T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C. AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR BAKANLIĞI

SGK SOSYAL GÜVENLİK KURUMU

SADEFE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLER DERNEKLERİ FEDERASYONU

PASHİDER Palyatif Sağlık Hizmetleri Derneği

EVSAD TÜRKİYE EVDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLER DERNEĞİ

ULUSLARARARASI PALYATİF BAKIM KONGRESİ KİTAPÇIĞI

11-12-13 MAYIS 2017

İÇİNDEKİLER

Kongre Kurulları
Önsöz
Kongre Konuları
Program Akışı
Konuşma Özetleri
Bildiri ve Posterler
    Sözel Bildiriler
    Poster Bildirileri
Sorunlar ve Çözüm Önerileri
Destekleyenler ve Paydaşlar
Fotoğraf Galerisi

KONGRE KURULLARI

Kongre Onursal Başkanı
Prof. Dr. Cevdet ERDÖL - Sağlık Bilimleri Üniversitesi Rektörü

Kongre Başkanları
Dr. Hasan AYDINLIK - TKHK Kurum Başkanı
Uzm. Dr. Fatih GÖKSEL - PASHİDER Yönetim Kurulu Başkanı

Bilim Kurulu
Prof. Dr. Adem AKÇAKAYA
Prof. Dr. Fevzi ALTUNTAŞ
Prof. Dr. Abdukadir BOBOEV
Prof. Dr. Mutlu DOĞANAY
Prof. Dr. Hamid KARİMOV
Prof. Dr. Abdurahmon KAYUMOV
Prof. Dr. Sardor KURGANOV
Prof. Dr. Hamza MÜSLÜMANOĞLU
Prof. Dr. Üzeyir OK
Prof. Dr. Nurullah OKUMUŞ
Prof. Dr. Öznur ÖZDOĞAN
Prof. Dr. Mustafa ŞAHİN
Prof. Dr. Meltem UYAR
Prof. Dr. Ahmet Çınar YASTI
Doç. Dr. Ahmet Yağmur BAŞ
Doç. Dr. Dilşen ÇOLAK
Doç. Dr. Nurten İNAN
Doç. Dr. Furkan Erol KARABEKMEZ
Doç. Dr. Gonca OĞUZ
Doç. Dr. İsmail OKAN
Doç. Dr. Fatma Gülçin ŞENEL
Doç. Dr. Murat GÜLTEKİN
Doç. Dr. Halil İbrahim YAKUT
Yrd. Doç. Dr. Ali Ramazan BENLİ
Yrd. Doç. Dr. Halit ÇINARKA
Yrd. Doç. Dr. Metin DİNÇER
Yrd. Doç. Dr. Ebru Erek KAZAN
Yrd. Doç. Dr. Birgül ÖZKAN
Op. Dr. Orhan KOÇ
Op. Dr. İdris KURTULMUŞ
Uzm. Dr. Fatma ARSLAN
Uzm. Dr. Yelda ÇUFALI
Uzm. Dr. Burhan DOST
Uzm. Dr. Fatih GÖKSEL
Uzm. Dr. Azer GULİYEV
Uzm. Dr. Seher İSMAYILOVA
Uzm. Dr. İlgar MUSAYEV
Uzm. Dr. İbrahim ULUSOY
Uzm. Dr. Murat PARPUCU
Uzm. Dr. Aylin YAMAN
Dr. Muzaffer SARAÇ
Dr. Hasan AYDINLIK
Dr. Muhammed ÖRNEK
Dr. Mustafa ÖZDERYOL
Dr. Hakkı ÖZTÜRK
Dr. Yasemin Kılıç ÖZTÜRK
Hemş. Aysel Ören HİN
Hemş. Derya KARAKAYA
Hemş. Gülcan Akdemir NURÇİN
Uzm. Hurişah AKSAKAL
Uzm. Dyt. Banu SÜZEN
Dyt. Sevan ÇETİN
Salih AKYÜZ
Meryem BAŞIBÜYÜK
Mohammed BUSHNAG
Arzu İNCEDİŞ
Seda Kertlez GÜNDÜZALP
Burak KARADUMAN
Orhan KARAGÖZ
Emine Avcı KURTLUK
Mine TUNÇEL
Recep USLU
Serap YILMAZTÜRK
Hulusi Armağan YILDIRIM

Kongre Sekreteryası
Uzm. Dr. Ezgi Utku ŞİMŞEK
Uzm. Hurişah AKSAKAL

KONGRE KONULARI

Bütünleşik Bakım Modeli
Palyatif Bakımda Türkiye'de Durum
Palyatif Bakım Yönergesi ve Planlamalar
Dünya'da Palyatif Bakım Uygulamaları
Palyatif Bakımda Mevcut Sorunlar
Palyatif Bakımda Yanlışlarımız ve Doğrularımız
Dünya'da Palyatif Bakım Uygulamaları
Palyatif Bakımda Mevcut Sorunlar
Palyatif Bakımda Yanlışlarımız ve Doğrularımız
Üniversite Uygulamaları
Eğitim Ve Araştırma Hastaneleri Uygulamaları
Devlet Hastaneleri Uygulamaları
Özel Sektörde Palyatif Bakım
İlçe Hastanesi Uygulamaları
Palyatif Sağlık Hizmetlerinde Uluslararası Örnekler
    Ürdün Palyatif Bakım
    Özbekistan Palyatif Bakım
    Azerbaycan'da Palyatif Bakım Yaklaşımı
    Hollanda Palyatif Bakım
Palyatif Bakımda Ağrı Yönetimi
Palyatif Bakımda Semptom Yönetimi
Sosyal Güvenlik Kurumu
Aile Ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
Belediyelerde Kurumsal Bakım ve Palyatif Bakım
Farklı Uygulama Modelleri
STK (Palyatif Bakımda Projeler Gönül Komşusu / Hastam Emin Ellerde)
Bakım Verici/Aile Bireyinin Eğitimi
Hasta Okulu
Sonda/Kateter Bakımı, NG/PEG Bakımı, Damar Yolu/Santral Venöz Kateter Bakımı, Mukozit/Ağız Bakımı
Yara Bakımı
Stomalar ve Bakımı
Palyatif Bakım Felsefesi
Palyatif Bakım Evde Sağlık Entegrasyonu
Palyatif Bakımda Manevi Bakım Uygulamaları
STK Uygulamaları
Palyatif Bakım Hastalarında Endüstriyel Beslenme ve Ürün Kullanımı
Palyatif Bakımda Enteral ve Parenteral Beslenme
Sivil Toplum Gözüyle Palyatif Sağlık Hizmetleri
Dünyada ve Türkiye'de Palyatif Bakım Eğitimi
Palyatif Bakım Hastasının Evde Sağlığa Entegrasyonunda Hemşirenin Rolü
Pediatrik Palyatif Bakım
Pediatrik Palyatifte Hemşirenin Rolü
Palyatif Bakımda Multidipliner Yaklaşım
Palyatif Bakımda Manevi Destek
Palyatif Bakımda Psikososyal Destek
Sincan Ceza Evi Palyatif Bakım Uygulama Örneği
Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji EAH
Kayseri Eğitim Araştırma Hastanesi
Üsküdar Devlet Hastanesi
Polatlı Devlet Hastanesi
Denizli İl Sunumu

PROGRAM AKIŞI

12 Mayıs 2017 CUMA / SALON A

1. Oturum | Prof. Dr. Nurullah OKUMUŞ / Prof. Dr. Nurullah ZENGİN / Dr. Kamil TÜRKMEN

09:00 - 10:45 ***Açılış Konuşmaları***
Bütünleşik Bakım Modeli - *Op. Dr. Orhan KOÇ*
Palyatif Bakımda Türkiye'de Durum - *Prof. Dr. Nurullah OKUMUŞ*
Palyatif Bakım Yönergesi ve Planlamalar - *Uzm. Dr. Bektaş KÖSE*
Tartışma

10:45 - 11:00 ***Kahve Arası***

2. Oturum | Prof. Dr. İrfan ŞENCAN / Doç. Dr. Mustafa AKSOY

11:00 - 12:00 **Dünya'da Palyatif Bakım Uygulamaları -** *Doç. Dr. Dilşen ÇOLAK*
Palyatif Bakımda Mevcut Sorunlar - *Doç. Dr. Fatma Gülçin ŞENEL*
Palyatif Bakımda Yanlışlarımız ve Doğrularımız - *Doç. Dr. Gonca OĞUZ*
Tartışma

12:00 - 13:30 ***Öğle Yemeği***

3. Oturum | Prof. Dr. Öner ODABAŞ / Prof. Dr. Adem AKÇAKAYA

13:30 - 15:00 **Üniversite Uygulamaları -** *Doç. Dr. İsmail OKAN*
Eğitim Ve Araştırma Hastaneleri Uygulamaları - *Dr. Yasemin KILIÇ ÖZTÜRK*
Devlet Hastaneleri Uygulamaları - *Uzm. Dr. Fatma ARSLAN*
Özel Sektörde Palyatif Bakım - *Prof. Dr. Teslime ATLI*
İlçe Hastanesi Uygulamaları - *Uzm. Dr. Burhan DOST*
Tartışma

15:00 - 15:30 ***Kahve Arası***

4. Oturum | Doç. Dr. Furkan Erol KARABEKMEZ / Prof. Dr. Hamid KARİMOV

15:30 - 17:30 **Palyatif Sağlık Hizmetlerinde Uluslararası Örnekler**
Ürdün Palyatif Bakım - *Mohammed BUSHNAG*
Özbekistan Palyatif Bakım - *Doç. Dr. Abdurrahmon KAYUMOV*
Azerbaycan Palyatif Bakım - *Dr. Azer GULİYEV*
Hollanda Palyatif Bakım - *Rüveyda AKYOL*
Tartışma

13 Mayıs 2017 CUMARTESİ / SALON A

1. Oturum | Prof. Dr. Nalan ÖRNEK ÇELEBİ / Doç. Dr. Didem AKÇALI

09:00 - 10:00 **Palyatif Bakımda Ağrı Yönetimi -** *Prof. Dr. Meltem UYAR*
Palyatif Bakımda Semptom Yönetimi - *Doç. Dr. Nurten İNAN*
Tartışma

10:00 - 10:30 ***Kahve Arası***

2. Oturum | Uzm. Dr. Fatih GÖKSEL / Uzm. Dr. Gazi ALATAŞ

10:30 - 12:00 **Uzun Süreli Bakım Ve Finansal Kaynak Arayışları**
Sosyal Güvenlik Kurumu - *Dr. Mustafa ÖZDERYOL*
Aile Ve Sosyal Politikalar Bakanlığı - *Hulusi Armağan YILDIRIM*
Belediyelerde Kurumsal Bakım ve Palyatif Bakım - *Dr. Muzaffer SARAÇ*
Farklı Uygulama Modelleri - *Seval DOĞAN*
STK (Palyatif Bakımda Projeler Gönül Komşusu / Hastam Emin Ellerde) - *Mine TUNÇEL*
Tartışma

12:00 - 13:00 ***Öğle Yemeği***

3. Oturum | Doç. Dr. Nurten İNAN / Deniz KAVUNCU

13:00 - 15:00

Palyatif Bakımda Özel Bakım Gerektiren Yaklaşımlar

Bakım Verici/Aile Bireyinin Eğitimi - *Uzm. Hurişah AKSAKAL*

Hasta Okulu - *Arzu İNCEDİŞ*

Yara Bakımı *&* **Stomalar ve Bakım -** *Hemş. Aysel Ören HİN*

Sonda/Kateter Bakımı *&* **NG/PEG Bakımı** *&* **Damar Yolu/Santral Venöz Kateter Bakımı** *&* **Mukozit/Ağız Bakımı -** *Serap YILMAZTÜRK*

Tartışma

15:00 - 15:30 ***Kahve Arası***

4. Oturum | Dr. Ü. Murat PARPUCU / Prof. Dr. M. Hamza MÜSLÜMANOĞLU

15:30 - 16:30

Palyatif Bakım Felsefesi - *Doç. Dr. Murat GÜLTEKİN*

Palyatif Bakım Evde Sağlık Entegrasyonu - *Yrd. Doç. Dr. Ali Ramazan BENLİ*

Palyatif Bakımda Manevi Bakım Uygulamaları - *Prof. Dr. Üzeyir OK*

STK Uygulamaları - *Yurdagül ALTINBAŞ*

Tartışma

16:30 - 16:45 ***Kahve Arası***

5. Oturum | Doç.Dr. Murat GÜLTEKİN / Dr. Ezgi Şimşek UTKU

16:45 - 18:15

Palyatif Bakımda Özel Bakım Gerektiren Yaklaşımlar

Palyatif Bakım Merkezinden Ev Tipi Ventilatörle Taburcu Edilen 5 Hastamız *Abdullah KAHRAMAN*

Palyatif Bakımda Yeniden Kemoterapi Başlanan Metastatik Akciğer Küçük Hücreli Karsinomlu Hasta Olgu Sunumu - *İbrahim Taycı*

Palyatif Bakım Merkezi Üsküdar Devlet Hastanesi Örneği - *Hatice DEMİRDAĞ*

Palyatif Bakım Merkezlerinin Hastalara Primer Bakım Veren Bireyler Üzerindeki Yüke ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisi - *Betül ERİŞMİŞ*

Palyatif Bakımda Stres, Anksiyete ve Depresyonun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi - *Gonca OĞUZ*

Palyatif Bakım Hastasına Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi - *Esra ASLAN*

Determining the Training Need so the Relatives of the Patients with Palliative Care - *Medine KOÇ*

Palyatif Bakım Bilgi Testi'nin Geçerlik ve Güvenirliği - *Ahmet SEVEN*

Palyatif Bakım Merkezinde Çalışan Doktor ve Hemşirelerin Palyatif Bakım Algısının Belirlenmesi - *Nazan TORUN*

Yaşlı Bakım Teknikerliği Son Sınıf Öğrencilerinin Bakım Verdikleri Yaşlılarda Saptadıkları Sorunlar - *Gülistan YURDAGÜL*

Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi İl Sunumu - *Zeynep GÜLKAYA*

13 Mayıs 2017 CUMARTESİ / SALON B

1. Oturum | Yrd. Doç. Dr. Metin DİNÇER / Doç. Dr. Kadriye KAHVECİ

09:00 - 10:00

Palyatif Bakımda Beslenme

Palyatif Bakım Hastalarında Endüstriyel Beslenme ve Ürün Kullanımı - *Uzm. Dyt. Banu SÜZEN*

Palyatif Bakımda Enteral ve Parenteral Beslenme - *Dr. Dyt. Sevan ÇETİN*

Tartışma

10:00 - 10:15 ***Kahve Arası***

2. Oturum | Prof. Dr. Rüstem AŞKIN / Dr. Abdullah ŞEKER

10:15 - 11:10	**Sivil Toplum Gözüyle Palyatif Sağlık Hizmetleri -** *Salih AKYÜZ* **Palyatif Bakımda Hemşirelik Eğitimi Nasıl Olmalı? -** *Uzm. Hurişah AKSAKAL* **Palyatif Bakım Hastasının Evde Sağlığa Entegrasyonunda Hemşirenin Rolü -** *Yrd. Doç. Dr. Ebru Erek KAZAN* **Tartışma**
11:10 - 11:30	***Kahve Arası***

3. Oturum | Prof. Dr. Ahmet Yağmur BAŞ / Prof. Dr. Fevzi ALTUNTAŞ

11:30 - 12:30	**Pediatrik Palyatif Bakım -** *Uzm. Dr. Yelda ÇUFALI* **Pediatrik Palyatifte Hemşirenin Rolü -** *Hem. Gülcan AKDEMİR NURÇİN* **Tartışma**
12:30 - 13:00	***Öğle Yemeği***

4. Oturum | Dr. Özcan AKAN / Yrd. Doç. Dr. Nazan TORUN

13:30 - 15:00	**Palyatif Bakımda Multidipliner Yaklaşım -** *Öğr. Gör. Meryem BAŞIBÜYÜK* **Palyatif Bakımda Manevi Destek -** *Prof. Dr. Öznur ÖZDOĞAN* **Palyatif Bakımda Psikososyal Destek -** *Seda KERTLEZ GÜNDÜZALP* **Tartışma**
15:00 - 15:30	***Kahve Arası***

5. Oturum | Dr. Muhammed ÖRNEK / Dr. Halil Yılmaz SUR

15:30 - 16:45	**Sincan Ceza Evi Palyatif Bakım Uygulama Örneği** **Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji EAH -** *Şerife KARACA* **Kayseri Eğitim Araştırma Hastanesi -** *Fatma Canan İŞLER* **Üsküdar Devlet Hastanesi -** *Gamze SEZER* **Polatlı Devlet Hastanesi -** *Hatice TURAL* **Denizli İl Sunumu -** *Selma ÇAYBAŞYILMAZ*

KONUŞMA ÖZETLERİ

Palyatif Bakım ve Evde Sağlık Hizmetlerinin Koordinasyonu

Ali Ramazan Benli

Amaç: Palyatif Bakım (PB) ile evde sağlık hizmetlerinin (ESH) koordinasyonunun önemi ve nasıl yapılacağını örnekler ile açıklamaktır.

Giriş: Hayatı tehdit eden hastalıklarda ortaya çıkan sorunlarla başa çıkmada biyopsikososyal ve multidisipliner yaklaşım getiren PB nin sahadaki en büyük paydaşı ESH dır (1). ESH, hastalığı nedeniyle evde sağlık hizmeti almaya ihtiyacı olan bireylere aile ortamında sağlık hizmetlerini sunmayı amaçlamıştır.

Gelişme: PB hastane içerisindeki diğer klinikler, yoğun bakım ve acil servis ile interaktif iletişimde olurken hastane dışında evde sağlık hizmetleri, huzurevi ve hospis-nursing home (Türkiye'de bulunmamaktadır) ile etkileşimde olmalıdır. Biz Karabük örneğinde ESH ve PB yi bir çatı altında Aile Hekimliği Kliniği altında topladık. Öncelikli olarak 20 saatlik PB eğitimi yapıldı. Yara bakımı kursu düzenlendi. Bu uygulamada mobil iletişim ile interaktif irtibat ile görüntü, bilgi paylaşımı oluşturulmaktadır. Ayrıca huzurevi ile aktif irtibat kuruldu. Haftada bir gün ESH ekibinin de dahil olduğu ortak PB viziti gerçekleştirerek yerinde eğitim yapıldı. Bu vizitlerde hastaların eve taburculuklarından sonra hastaya evde uygulanması gereken tedavi protokolleri ESH ile paylaşılmaktadır. Ev ziyaretlerinde hastaların ihtiyaçları (sürekli kullanılan ilaçların, hasta alt bezi ve oral-enteral beslenme ürünlerinin rapor ve reçetelenmesi gibi) karşılanmaktadır. Ev ortamında hastaların takibi mümkün değilse PB ünitesine kabulü sağlanmaktadır. Bu uygulama ile PB ünitesinin daha verimli kullanılması ve ESH çalışanlarının mesleki deneyimlerinin artırılması ile desteklenmesi gerçekleştirildi.

Tartışma ve Sonuç: Hastaların çoğu hayatlarının sonunu evde geçirmek istemelerine karşın hastanede yaşamları son bulmaktadır. Bu durumun en büyük nedenlerinden birisi hasta yakınlarının hastalarına son dönemde ne yapacaklarını bilemeyip hastalarını hastaneye getirmelerinden kaynaklanmaktadır. ESH tek elden ve PB ile koordineli bir şekilde uygulandığı zaman hastaların daha çok doğal ortamları olan evlerinde kalmaları sağlanacak ve PB ünitesi daha verimli kullanılacaktır. Amerikada nursing home ve hospis merkezleri PB ile sürekli irtibat halinde çalışmaktadır (2). Avrupa'da farklı bir uygulamada ise PB ler, hastaları ve hasta yakınları irtibatları sağlanarak inovatif ve dinamik bir ortam sağlanmıştır (3). Ülkemizde ise son yıllarda sayısı hızla artan PB ünitelerinin birbirleri ile irtibatı henüz sağlanmamıştır. Dünyada "evde palyatif uygulama" şeklinde yeni bir kavram ortaya atılmıştır (4). Bu bahsetmiş olduğumuz koordinasyonun ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. PB ünitelerinin bulundukları ilde mevcut ESH birimleri ile interaktif iletişimde olmaları hem kliniklerin daha verimli kullanılmasını sağlayacak hem de ESH ye destek olarak yön verecektir.

Anahtar Kelimeler: Palyatif bakım, Evde sağlık hizmetleri, Koordinasyon.

Kaynaklar:

1. Organization WH. Palliative care. 2007.
2. Zerzan J, Stearns S, Hanson L. Access to palliative care and hospice in nursing homes. Jama. 2000;284(19):2489-94.
3. Ahmedzai SH, Costa A, Blengini C, Bosch A, Sanz-Ortiz J, Ventafridda V, et al. A new international framework for palliative care. European journal of cancer. 2004;40(15):2192-200.
4. Stajduhar KI. Examining the perspectives of family members involved in the delivery of palliative care at home. Journal of palliative care. 2003;19(1):27.

YARA BAKIMI & STOMALAR VE BAKIM
Aysel Ören HİN

STOMA NEDİR

Yunancadan gelen bir kelime olup "açıklık" veya "ağız" anlamına gelir.

Geçici

Kalıcı

Cerrahi girişimler yaşamın sürdürülmesi ve yaşam kalitesinin artırılması için yapılıyor olsa da özellikle stoma oluşturulmasını gerektiren girişimler bir çok sorunu da beraberinde getirmektedir.

BU NEDENLE,

Ameliyat sonrası hemşirelik bakımı stomalı bireyin yeni yaşamına uyumunu kolaylaştırmada ve yaşam kalitesini artırmada oldukça önemlidir.

Bağırsak stomaları

Kalın Bağırsaklar

Assendan (Çıkan kolon) Dışkı sindirim enzimlerinden zengindir ve yarı sıvı haldedir

Transvers (yatay kolon) Dışkı sıvı yada daha katı haldedir

Dessenden (İnen kolon) Dışkı yarı katıya da katı halde

Sigmoid kolon: Dışkı normal kıvamdadır

Rectumdan oluşur

1 - Kolostomi

Barsağın (kolonun) karın duvarına ağızlaştırılmasıdır.

Karnın sol tarafına açılmaktadır.

Stomanın açıldığı yere göre dışkının kıvamı değişmektedir.

Assendan (Çıkan kolon) Dışkı sindirim enzimlerinden zengindir ve yarı sıvı haldedir

Transvers (yatay kolon) Dışkı sıvı yada daha katı haldedir

Dessenden (İnen kolon) Dışkı yarı katıya da katı halde

Sigmoid kolon: Dışkı normal kıvamdadır

Rectumdan oluşur

İnce

İNCE BAĞIRSAKLAR

İnce bağırsak duedonum, jejunum ve ileum olmak üzere 3 bölümden oluşur.

Temel görevleri;

Sindirimin tamamlanması

Besinlerin emilimi

Hormonlar ve intestinal sıvıların salınmasıdır

2 - İleostomi

İnce bağırsak duedonum, jejunum ve ileum olmak üzere 3 bölümden oluşur.

Temel görevleri;

Sindirimin tamamlanması

Besinlerin emilimi

Hormonlar ve intestinal sıvıların salınmasıdır

3 - Ürostomi

Bir çok nedene bağlı olarak bireyin karındaki bir stoma (ağız) aracılığı ile, idrarını dışarı atmasını sağlayan bir açıklıktır.

Sağ alt kadranda

Kalıcı

Stoma Bakım Hemşiresi; stomalı bireylere stoma bakımı veren özel dal hemşireleridir.

Bakım,

Eğitim,

Danışmanlık ve rehabilitasyon hizmeti sunmaktır.

Ameliyat öncesi , sonrası ve taburculuk olmak üzere stomalı bireye yönelik işlevleri vardır.

Ameliyat öncesi stoma bölgesinin işaretlenmesi,

Ameliyat sonrası stomanın değerlendirilmesi , bakımının yapılması, bireyin kendi kendine bakımı yapabilir hale gelmesi için eğitim verilmesi,

taburculuk sonrası beslenme , banyo , seyehat , ibadet , olası komplikasyonlar , cinsel hayat, spor ..v.b. konu başlıkları konusunda bilgi verilir.

Sonuç olarak;
Stoma komplikasyonlarının çoğu
Stoma yerinin iyi seçilmesi,
Stoma çapına uygun malzeme seçilmesi
Enfeksiyon kontrolü
Uygun Stoma bakımı
ile önemli ölçüde azaltılabilmektedir

PALYATİF BAKIM HASTALARINDA ENDÜSTRİYEL BESLENME SEÇENEKLERİ

Uzm. Dyt. Banu SÜZEN

Anahtar kelimeler: Enteral Beslenme, Palyatif Bakımda Beslenme, Beslenme Desteği, Ürün Seçimi

GİRİŞ:

Palyatif bakım küratif tedaviye yanıt vermeyen hastaların ve hasta yakınlarının yaşam kalitelerini arttırmaya yönelik uygulanan bakımlar bütünüdür. Beslenme sağlığın korunması, geliştirilmesi ve yaşam kalitesini arttırmak için organizmanın gereksinimi olan besin öğelerinin yeterli miktarda karşılanmasıdır. Sadece makro ve mikro besin öğeleri değil aynı zamanda sosyal ve psikolojik etkileri olan bir davranış şeklidir. Palyatif bakım hastalarında beslenmenin rolü henüz tartışılan bir konu olmasına rağmen beslenmenin yaşam kalitesi üzerindeki olumlu etkileri göz ardı edilemez ve bir bakımlar bütünü olan palyatif bakımın ayrılmaz parçasıdır.

PALYATİF BAKIMDA BESLENME TEMEL İLKELER:

Yaşamın sonunun yaklaşması hasta ve yakınları için zor bir süreçtir. Bu süreç içinde hastanın beslenmek istememesi doğal bir süreç olsa da hasta yakınları ve bakım ekibi için hastalarının beslenmesi yaşamın devamlılığını sağlayacağı için önemlidir. Henüz tartışmalı olmasına rağmen beslenen hastanın kendini iyi hissedeceği yönündeki inancımız hastalarımızı beslenmeye zorlamamıza neden olmaktadır. Agresif beslenme yaklaşımı hastalarda beslenmeye bağlı komplikasyonların artmasına neden olabilmektedir. Palyatif bakım hastaları için majör problem beslenmeyi etkileyen problemlerin sıklıkla görülmesidir. Verilen tedaviye, hastanın durumuna göre besin ret etme, iştahsızlık, ağız yaraları, ağız kuruluğu, yutma- çiğneme problemleri, gastrointestinal sorunlar, depresyon gibi semptomlar hastaların besin alımlarını olumsuz etkilemekte ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır.

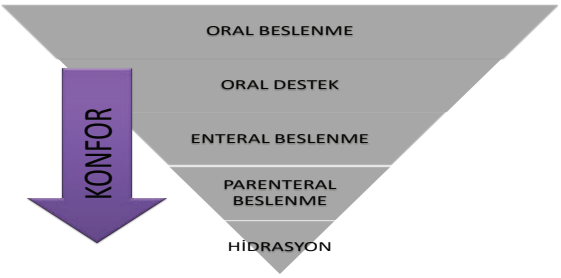
Normal gıda alabilen hastalarda beslenmenin hastaya göre planlanması gerekirse sevdiği tüketebildiği besinlerde zenginleştirme yapılmaktadır. Ancak beslenmenin aksadığı ya da yetersiz kaldığı durumlarda hastalara endüstriyel beslenme ürünleri ile destek verilmektedir. Beslenme desteği standart hasta bakımının bir parçasıdır. Hastaların temel besin gereksinimlerinin karşılanması, yağsız vücut doku kaybının azaltılması veya tersine çevrilmesi, oksidatif stresten korunma ve metabolik yanıtın hafifletilmesi amaçlanmaktadır.

Temel koşul yaşam kalitesinin korunması veya geliştirilmesi olan bakımlar bütününde, hastanın beslenme durumunun değerlendirilmesi ile başlamakta, klinik durum, psikolojik durum, beklenilen yaşam süresi ve özel ihtiyaçlar gözetilerek beslenme planlaması yapılır.

PALYATİF BAKIM HASTALARINDA BESLENME DESTEĞİ VE ÜRÜN KULLANIMI:

Palyatif bakım alan hastalarda beslenme desteği, beslenme yolu, uygun ürün seçimi ve beslenmenin izlemi olmak üzere üç temel konudan oluşmaktadır.

Hastanın durumuna göre beslenme desteği için beslenme yolu seçimi yapılmaktadır. Palyatif bakım hastalarında hangi beslenme yolunun daha efektif olduğuna dair kesin kanıtlar yoktur. Ancak fizyolojiye en uygun ve hastanın konforunu en iyi sağlayacak yolun seçimi öncelikli tercih olmaktadır. Beslenme yolu seçenekleri normal beslenmeden yapay beslenme basamaklarına ilerledikçe hastanın konforunun bozulacağı unutulmamalıdır.



Şekil 1: BESLENME SEÇENEKLERİ

Beslenme planlaması yapılan hastada ürün seçimi hastanın beslenme gereksinimleri, klinik durumu, verilen tedavi, kullanılması planlanan ürün içeriği ve maliyete göre yapılmaktadır.

Ürün seçimi için ama kriter hastanın durumuna en uygun olan ürünün kullanılmasıdır. Piyasada farklı aroma, lezzet ve özellikte ürün bulunmaktadır. En uygun ürünün seçimi için, bileşimlerinin bilinmesi ve hastaya göre seçim yapılması gerekmektedir. Enteral beslenme ürünleri oral beslenme destekleri ve tüplü beslenme ürünleri olarak bulunmaktadırlar. Enteral beslenme seçenekleri makro ve mikro besin öğelerini hastaların ihtiyaçlarını karşılayacak düzeyde içermektedirler.

Temel bileşenleri karbonhidratlar, yağlar, proteinler, vitamin-mineral-eser elementler ve sudur. Karbonhidrat kaynağı olarak mono, di, poli ve oligosakkaritlerden oluşmaktadır. Enerjinin %40-60'ı karbonhidratlardan sağlanmaktadır. Enteral ürünlerde başlıca posa kaynağı soya polisakkaritlerdir. Posa ile zenginleştirilmiş olanların dışında enteral beslenme ürünleri çoğunlukla düşük posalıdır. Protein kaynağı olarak polimerik ürünlerde tam protein veya protein isolatları, laktoalbumin, ovoalbumin ve whey protein kullanılırken elemental veya semi-elemental ürünlerde di, tripeptidler ve amino asitler kullanılmaktadır. Enerjinin %15-25'ini oluşturmaktadır. Yağ kaynağı olarak bitkisel yağlar ve balık yağı kullanılmaktadır. ürünlerin yağ içeriği enerjinin %25-40'ni sağlayacak şeklide değişmektedir.

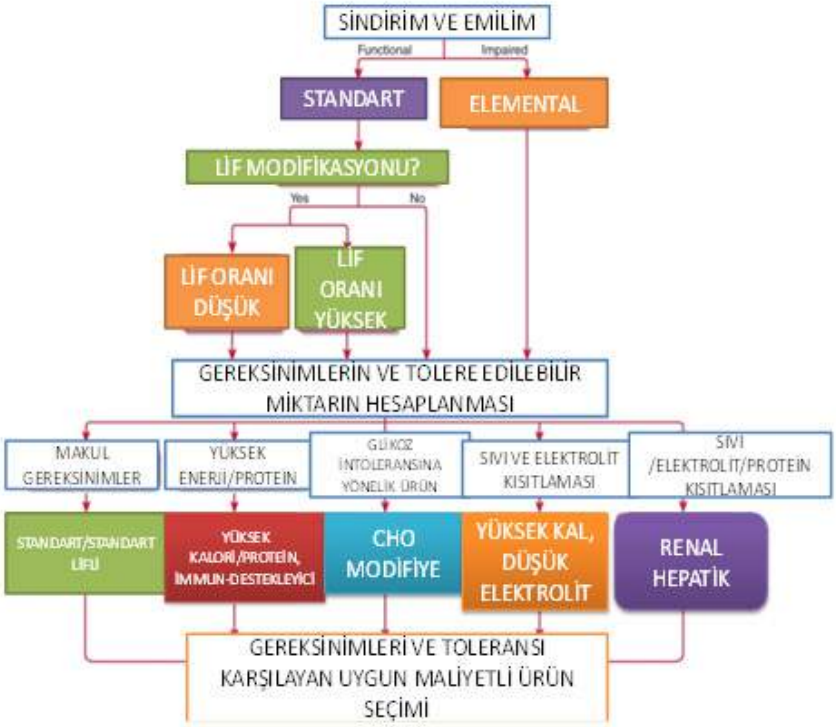
Enteral ürünler vitamin ve mineralleri beslenme ihtiyaçlarını karşılayacak düzeyde içermektedirler. Her enteral ürünün içinde belirli miktarda su bulunmaktadır. Enerji yoğunluğuna göre su içeriği değişmektedir. Çoğunlukla 1000ml standart bir beslenme ürününde 700-850ml su bulunmaktadır. Ürün seçimi yapılırken ürünün osmolalitesi ve elektrolit içeriği önemlidir. Hastalıklara özel geliştirilmiş ürünlerde elektrolit içeriği değişmektedir. Standart ve elemental ürünlerin dışında hastalığa özgü ürünler ve modüler ürünler mevcuttur.

		Endikasyon	ENERJİ kcal/mL	PROTEİN %enerji	YAĞ %enerji	KARBONHİDRAT %enerji	OZMOLALITE mosm/kg
Standart Formüller	Standart Besinler	Özel bir gereksinim yok	1,0-1,2	15 %	30 %	55 %	300-500
	Yüksek-proteinli standart besinler	Artmış protein ihtiyacı	1,0-1,2	20 %	30 %	50 %	300-500
	Yüksek enerjili besinler (1.5 kcal/mL)	Yüksek enerji gereksinimi veya sıvı kısıtlaması	1,5	20 %	30 %	50 %	500-650
	Yüksek enerjili besinler (2 kcal/mL)	Yüksek enerji gereksinimi veya sıvı kısıtlaması	2,0	15 %	40 %	45 %	450-800
Monomerik Ve Oligomerik Formüller	Semi-elemental	Minimal kalıntı, peptidler gibi protein	1,0	20 %	10 %	70 %	320-520
	Elemental	Minimal kalıntı, serbest amino asidler gibi protein	1,0	15-20 %	3-15 %	70-85 %	500-730

Şekil 2: ENTERAL BESLENME ÜRÜNLERİNİN SINIFLANDIRILMASI (Orhun G., Klinik Gelişim, 2011;24:5-9)

Oral beslenme desteği, besin alımı yetersiz olan hastalarda fizyolojiye en yakın ve maliyeti en düşük olan beslenme desteği seçeneğidir. Farklı hasta gruplarında yapılan çalışmalarda, hastaların yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği, beslenme durumunu koruduğu ya da geliştirdiği ve hastane maliyetlerini diğer beslenme seçeneklerine göre daha düşük tuttuğu gösterilmiştir. Beslenme desteği rehberler önerilerinde yoğun beslenme danışmanlığı ile birlikte önerilmektedir. Piyasada farklı lezzet, aroma, kıvam ve özel içeriğe sahip ürün çeşitliliği mevcuttur. Hastanın tüketimi ön plana alınarak önerilmesi, hastanın uyumunu ve tolerasyonunu arttırmakta, beklenen faydanın görülmesini sağlamaktadır.

Oral beslenme yapılamayan, gastrointestinal sistemi aktif olan hastalarda enteral beslenme tercih edilmektedir. Kullanılacak ürün hastanın gastrointestinal sisteminin fonksiyonelliği ile doğrudan ilişkilidir. standart beslenme ürünleri çoğunlukla tüm hasta gruplarında tolere edilebilmektedir. Hastanın gereksinmesine göre lifli, proteinden zengin, hiperkalorik seçenekleri ile beslenme gereksinimleri karşılanabilmektedir. Gastrointestinal sistem tam fonksiyonel değil ise ya da standart beslenmeye tolerasyon varsa elementel ürünler beslenme için kullanılmaktadır. Özel besin öğesi gereksinimleri olan hastalar için kilinik durum ve tol



Şekil 3: ENTERAL BESLENME ÜRÜN SEÇİMİ

Enteral beslenmenin mümkün olmadığı durumlarda ya da hasta veya hasta yakınlarının enteral beslenmeyi kabul etmediği durumlarda parenteral beslenme ile besin gereksinimleri karşılanmaktadır. Parenteral beslenme ürünlerinin temel bileşimleri karbonhidrat kaynağı olarak dekstroz, yağ kaynağı olaral lipit emülsiyonları, protein kaynağı olarak amino asitlerdir. Parenteral beslenme ürünlerinin içinde enteral ürünlerdeki gibi vitamin-mineral ve eser elementler yoktur. Hastanın ihtiyaçlarına göre dışarıdan, parenteral beslenme ürünleri ile geçimliliği olan vitamin-mineral, eser element ilavesi yapılmaktadır. Piyasada hazır üçü bir arada ürünler olduğu gibi hastanelerin konpounder ünitelerinde de parenteral beslenme hazırlanabilmektedir. Yaşamın sonu yaklaştıkça beslenme desteği olarak parenteral beslenme hasta kabul ettiği sürece suplemental parenteral beslenme desteği olarak kullanılabilmektedir.

Tek bir ürün hastanın tüm ihtiyaçlarını karşılamak için yeterli olmayabilir. Ürün seçimi ve hastanın beslenme ihtiyaçlarının karşılanması hastalık süreci, metabolik hasar ya da beklenen hasar, verilme zamanlaması, mevcut durumun şiddeti, beklenen gereksinim süresi, hastanın beslenmeyi tolere edebilme durumu, gastrointestinal aktivite ve yaşam kalitesine göre düzenlenmelidir.

KAYNAKLAR:

1. Orhun G.,2011,Enteral Ürünler, Klinik Gelişim, 24:5-9
2. Brown B., Roehl K., Betz M., 2015, Enteral Nutrition Formula Selection: Current Evidence and Implications for Practice, Nutr Clin Pract.;30:72-85
3. Academy of Nutrition and Dietetics, 2017, Practice Paper of the Academy of Nutrition and Dietetics: Ethical and Legal Issues in Feeding and Hydration
4. National Collaborating Centrefor Acute Care, 2006, Nutrition support in adults Oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition, ISBN 0-9549760-2-9
5. National Consensus Project for Quality Palliative Care, 2013, Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, ISBN 1-934654-35-3

İlçe Hastanelerinde Palyatif Bakım Uygulamaları

Burhan DOST , Besni Devlet Hastanesi, Palyatif Bakım Merkezi, Besni, Adıyaman

Anahtar Kelimeler: Palyatif bakım; Sağlık planlama organizasyonları

Amaç: Yaşamı tehdit eden hastalıklardan kaynaklanan problemler ile karşılaşan hastaların ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini, başta ağrı olmak üzere tüm fiziksel, psikososyal ve ruhsal problemlerin erken tespit edilerek ve etkili değerlendirmeler yapılarak önlenmesi veya giderilmesi yolları ile arttıran bir yaklaşım olan Palyatif bakımın ilçe hastanelerinde uygulamalarının anlatılması amaçlandı.

Giriş: Sağlık Bakanlığının 2015 yılında başlattığı tescil işlemlerinin ardından 27.03.2017 tarihi itibari ile 128 İlçe merkezi 1250 yatak kapasitesine ulaşıldı. Kişinin kendi yaşadığı yerde profesyonel bir ekip tarafından bu hizmete ulaşabilmesi ilçe hastanelerinde Palyatif Bakımın önemine dikkat çekmektedir.

Gelişme: Başta ağrı olmak üzere tüm ihtiyaçlarının karşılandığı bu merkezlerde bazı eksikliklerde göze çarpmaktadır. İlçe hastanelerinde nutrisyon ekibinin oluşturulamaması, beslenme pompası ve setinin teminin zorluğu, gastrostomi gibi invaziv işlemlerin yapılamaması, enteral ürün çeşitliliğinde eksiklikler (diyabetik, lifli vb) beslenme yönetiminde göze çarpan sorunlardandır. Ayrıca Palyatif Bakım merkezlerinde dekübit ülseri sıklığı yüksektir. İlçe hastanelerinde imkan kısıtlılığı nedeniyle yara bakımına yönelik özel ürünlere erişim kısıtlıdır. Diğer servislerin içerinde kurulan palyatif bakım merkezleri önemli sorunlardan biridir. Dünya sağlık örgütünün tanımında da belirtildiği gibi sadece hastalara yönelik değil, aynı zamanda verilen hizmetler hastaların ailesini de içerir. Bu yüzden ilçelerde bu merkezlerin varlığı ailelerin il merkezlerine gitmelerini önleyecek ve aileleri rahatlatacaktır.

Tartışma ve Sonuçlar: Palyatif bakım multidisipliner bir ekip anlayışı ile son yıllarda önem kazanan bir yaklaşım olmuştur. İlçe hastanelerinde açılan bu merkezlerin daha büyük merkezlerdeki yoğunluğu azaltacağı ve hastaların kendi yaşadığı yerde bu hizmete erişmesi bakımından büyük önem kazanacaktır.

İLÇE HASTANELERİNDE PALYATİF BAKIM UYGULAMALARI

Burhan DOST

Anahtar Kelimeler: Palyatif bakım; Sağlık planlama organizasyonları

Amaç: Yaşamı tehdit eden hastalıklardan kaynaklanan problemler ile karşılaşan hastaların ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini, başta ağrı olmak üzere tüm fiziksel, psikososyal ve ruhsal problemlerin erken tespit edilerek ve etkili değerlendirmeler yapılarak önlenmesi veya giderilmesi yolları ile arttıran bir yaklaşım olan Palyatif bakımın ilçe hastanelerinde uygulamalarının anlatılması amaçlandı.

Giriş: Sağlık Bakanlığının 2015 yılında başlattığı tescil işlemlerinin ardından 27.03.2017 tarihi itibari ile 128 İlçe merkezi 1250 yatak kapasitesine ulaşıldı. Kişinin kendi yaşadığı yerde profesyonel bir ekip tarafından bu hizmete ulaşabilmesi ilçe hastanelerinde Palyatif Bakımın önemine dikkat çekmektedir.

Gelişme: Başta ağrı olmak üzere tüm ihtiyaçlarının karşılandığı bu merkezlerde bazı eksikliklerde göze çarpmaktadır. İlçe hastanelerinde nutrisyon ekibinin oluşturulamaması, beslenme pompası ve setinin teminin zorluğu, gastrostomi gibi invaziv işlemlerin yapılamaması, enteral ürün çeşitliliğinde eksiklikler (diyabetik, lifli vb) beslenme yönetiminde göze çarpan sorunlardandır. Ayrıca Palyatif Bakım merkezlerinde dekübit ülseri sıklığı yüksektir. İlçe hastanelerinde imkan kısıtlılığı nedeniyle yara bakımına yönelik özel ürünlere erişim kısıtlıdır. Diğer servislerin içerinde kurulan palyatif bakım merkezleri önemli sorunlardan biridir. Dünya sağlık örgütünün tanımında da belirtildiği gibi sadece hastalara yönelik değil, aynı zamanda verilen hizmetler hastaların ailesini de içerir. Bu yüzden ilçelerde bu merkezlerin varlığı ailelerin il merkezlerine gitmelerini önleyecek ve aileleri rahatlatacaktır.

Tartışma ve Sonuçlar: Palyatif bakım multidisipliner bir ekip anlayışı ile son yıllarda önem kazanan bir yaklaşım olmuştur. İlçe hastanelerinde açılan bu merkezlerin daha büyük merkezlerdeki yoğunluğu azaltacağı ve hastaların kendi yaşadığı yerde bu hizmete erişmesi bakımından büyük önem kazanacaktır.

DEVLET HASTANELERİNDE PALYATİF BAKIM UYGULAMALARI
Fatma Arslan

2-- Her insan yaşamının son döneminde iyi bakılmak ve acısız ölmek ister, bu bir insanlık hakkıdır.
Günümüz sağlık sisteminde "hastanız için yapabileceğimiz bir şey yok, alın evinize götürün" anlayışı artık sona ermiş olup, "sizin için yapabileceğimiz bir şey hep var" anlayışı yaygın olarak benimsenmiştir.
3-- Yaşam sonu bakım tüm dünyada sağlık kalitesinin bir göstergesi olarak kabul edilir.
4-- Kanser görülme sıklığındaki artış
- Kanser hastalarının, yapılan tedavilere bağlı yaşam süresinin uzaması
- İnsan ömrünün uzaması sebebiyle artan kronik hastalıklar

Palyatif bakım merkezlerine ihtiyaç duyulmasına yol açmıştır.
5- Bunun üzerine Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi tüm bu durumları analiz ederek Palya-Türk adında bir proje hazırladı. Böylelikle hastanelerde ülkemiz gereksinimlerine göre palyatif bakım merkezleri açılmaya başlandı.
6--Bizim hastanemizde de 2012 yılında erişkin hastalara yönelik kapsamlı palyatif bakım merkezi açıldı, gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra 2015 yılında tescili tamamlandı.
7—16—Toplam 25 yatak ve 2 servisten oluşan merkezimizde hasta ve yakınlarının da çay içip dinleneceği salonlarımız ve kış bahçesi de mevcuttur. Tüm odalarımız tek kişilik olup kendine ait banyo ve tuvaleti bulunmaktadır.
17--PALYATİF BAKIM HASTA YATIŞ GRUPLARI
Dünya sağlık örgütünün palyatif hasta grupları: Alzheimer ve diğer demans türleri, Kanser, Kardiyovasküler Hastalıklar, Siroz, Koah, diyabet, AİDS, böbrek yetmezliği, Parkinson vb.
Ülkemiz gereksinimlerine göre biz bunları revize ederek kendi yatış grubumuzu belirledik. Buna göre
Onkoloji Hastaları
SVO (Serobravasküler Olay)
Kas-Sinir Sistemi Hastalıkları (ALS, Myastenia Gravis, vb)
Alzheimer-Parkinson Hastaları
Kafa Travmaları
Anoksik Beyin Hasarları
İleri Derece KOAH ve Konjestinal Kalp Yetmezliği
Malnütrisyon
18--1. ONKOLOJİ HASTALARI;
Semptom kontrolü(özellikle ağrı-bulantı-kusma-iştahsızlık ve enfeksiyon)

2. SVO HASTALARI;

Yoğun bakımdan yeni taburcu olmuş, trekeostomisi, PEG- N/G bulunan aile eğitimi gerektiren hastalar 2-3 hafta
Enfeksiyon kontrolü (Ürosepsis, Pnömoni)

3. KAS-SİNİR SİSTEMİ HASTALIKLARI

Ev tipi mekanik ventilatörde takip edilen ve PEG'İ mevcut olan hastalarda aile eğitimi, enfeksiyon kontrolü
Ürosepsis, Pnömoni

4. ALZHEİMER-PARKİNSON HASTALARI

Oral alım yokluğuna bağlı akut böbrek yetmezliği ve malnütrisyon gelişen hastalar, enfeksiyon kontrolü
Ürosepsis, Pnömoni
19--5. KAFA TRAVMASI
Trekeostomi, PEG yada ev tipi mekanik ventilatör durumlarında aile eğitimi
Enfeksiyon Kontrolü
Yoğun bakım fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerine geçişte semptomların kontrolü
ANOKSİK BEYİN HASARI
Trekeostomi, PEG yada ev tipi mekanik ventilatör durumlarında aile eğitimi
Enfeksiyon Kontrolü
Yoğun bakım fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerine geçişte semptomların kontrolü
20--7. İLERİ DERECE KONJEKTİF KALP YETMEZLİĞİ
Akut semptomların kontrolü
Dispne, Ödem, Enfeksiyon
Trekeostomi, PEG, ev tipi mekanik ventilatör için aile eğitimi
MALNÜTRİSYON
Hastanın beslenmesinin düzenlenmesi
21--Palyatif bakım hizmetlerine başvuru yönetmeliğe göre;
MADDE 13- Başvurular, palyatif bakım hizmeti almak isteyen hastaların kendisi veya aile bireyleri tarafından bizzat yapılabileceği gibi, aile hekimi veya hastanın takip ve tedavisini yapan müdavi tabibi tarafından da taburcu aşamasında gerekli görüşme ve koordinasyon sağlanmak suretiyle palyatif bakım hizmeti veren merkez veya sağlık hizmet sunucusuna yönlendirilebilir.

22-- Yatağa bağımlı,
Küratif tedavisi olmayan,
Fiziksel ve emosyonel semptomların kontrol edilmesinde güçlük yaşanan,
Başkasının desteğine ihtiyacı olan hastalar palyatif bakım hekimi tarafından değerlendirilir.
Yatırılarak bakım verilmesinin, kişiye veya ailesine yararlı olacağına karar verilen hastaların yatışı sağlanır.
23—Hasta kliniğe gelince hekim tarafından değerlendirilir, kliniği uygun ise banyo yaptırıldıktan sonra yatağına alınır. Banyo hasta yakını ve hemşire tarafından yaptırılır. Ev tipi mekanik ventilatörle takip edilen hastalar bile bu yöntemle yıkanabilmektedir.
24-- Hasta yatağa alındıktan sonra vital bulguları ölçülür, gerekiyorsa moniterize edilir. Gerekli görülen kan tetkikleri ve kültürleri alınır.
25—Doktoru tarafından detaylı anemnezi alınan ve muayenesi yapılan hastanın tedavisi planlanır.
26--Palyatif bakımda amacımız ölümü geciktirmek değil hastaya son günlerinde kaliteli ve saygın bir yaşam sunmaktır.
27--Bu nedenle tedavinin ana hatlarını;
-Bedensel (ağrı ve diğer semptomların tedavisi),
-Duygusal
-Sosyal
-Kültürel ve
-Manevi tedavi oluşturmaktadır.
28--Bunun için palyatif bakım merkezimizde
Başta ağrı olmak üzere semptomların tedavisi yapılır. Beslenme desteği sağlanır.
Hasta ve yakınlarına psikolojik ve sosyal açıdan destek olunur
Hastanın konforu ve bakımı sağlanır
Hasta ve aile eğitilir
29--Palyatif Bakım multidisipliner bir yaklaşımdır. Ekip çalışmasını gerektirir.
30-- Palyatif bakım sürecinde hasta birçok kanaldan destek görür. Hasta her zaman bu sürecin merkezindedir ve tüm disiplinler koordineli bir şekilde çalışır.
Palyatif Bakım ekibimizde:
- Hasta ve hasta yakını
- Doktor
- Hemşire
- Psikolog
- Fizyoterapist
- Diyetisyen - Sosyal hizmet uzmanı
- Din görevlisi yer almaktadır.
31--Hasta yakını, hastalık ve olası ya da mevcut semptomlar hakkında ekip üyelerinden bilgi alır; kendi yaşam deneyimlerini ve hastalıkla ilgili tepkilerini dile getirir ve bir bakım planın hazırlanması kararlarında ve geliştirilmesinde aktif rol alır.
32--Doktor, ekibin başıdır.
Hastanın tedavisini düzenler ve takibini yapar, hasta ve yakınlarını tedavi ve prognoz açısından bilgilendirir. Ekip üyeleri arasında koordinasyonu sağlar.
33--Hemşire,
Hasta ve hasta yakınıyla çok yakın iletişim halindedir.
Hastaya günlük becerilerini (vücut bakımı, beslenme, hareket etme vb.)gerçekleştirmesinde destek olur ve bu konuda hasta yakınını eğitir.
34--Psikolog, hastalığın üstesinden gelmesinde; depresyon ve korku durumlarının tedavisinde hastaya yardımcı olur. Hasta yakınlarını ve ekip üyelerini destekler.
35—Fizyoterapist, fizik tedavi uzmanının önerileri doğrultusunda ihtiyacı olan hastalara yatak içi egzersiz programı uygular, hastaların mobilize olmasına yardımcı olur. Hasta yakınlarının yapabileceği egzersizleri öğretir.
36--Diyetisyen, hasta yatınca NRS 2002 formunu doldurarak hekime bilgi verir. Günlük vizitlerle hastaların beslenme durumlarını değerlendirir, oral aldıkları gıdaların kalorisini hesaplayarak hekimi bilgilendirir. Hastalar için uygun besinlerin hazırlanmasını sağlar.
37--Sosyal hizmet uzmanı, hastalık nedeniyle oluşan kişisel ve sosyal değişikliklerin ve beklenen ölümün üstesinden gelmelerinde hasta ve hasta yakınına yardımcı olur. Kurumlarla olan iletişimlerinde, olası parasal sorunlarda ve aile içi çatışmalarda destek olur.
38--Din görevlisi, hastanın dininden ve inancından bağımsız olarak dini ve manevi sorunlarda danışacağı/ konuşacağı kişidir; hastayı dinler, suç ve affetme konularında hastaya destek sağlar.
39—40—Hasta yakınlarına odalarında bireysel olarak pratik eğitim verildiği gibi haftanın belli günlerinde gruplar halında teorik eğitim de verilmektedir.

41-- Ağrı kontrolü sağlanan
Akut semptomatik tedavisi tamamlanan
Beslenmesi düzenlenen hastanın
Yakının eğitiminin de tamamlanması üzerine taburculuğu planlanır.
42—Taburculuk sonrası evde kullanacağı ilaçların ve malzemelerin raporları çıkartılır ve reçete edilerek temini sağlanır.
43—Hastanın taburculuğu yapılarak evde sağlık hizmetine yönlendirilir.
44--Palyatif bakım merkezlmizde aile ve bakıcılara, kişinin hastalığı süresince destek verildiği gibi hastanın ölümünden sonraki süreçte de yaslı dönemi geçirmelerinde destek olunmaktadır. ölümünden sonraki süreçte de yaslı dönemi geçirmelerinde destek olunmaktadır.
45—Özetlersek Palyatif bakımda amacımız;
- Ölümü normal bir süreç olarak kabul edip, kişinin olabildiğince iyi yaşamasına yardımcı olmak,
- Yaşamın son döneminde yapılan gereksiz ve agresif tedavilerin yapılmasının önüne geçmek,
- Hastanın şikayetleri nedeniyle sık sık acil servise başvurma, yoğun bakıma ve hastaneye yatması ve sonrasında gereksiz yere yapılan tetkikleri ve invaziv girişimleri önlemektir.

Sunulan hizmetle hastaların, ailelerinin ve bakıcılarının çeşitli gereksinimleri karşılanarak, yaşam kalitelerinin artırılması hedeflenmektedir.
46--PALYATİF HEMŞİRELİĞİ SERTİFİKASYON PROGRAMI
Hastanemizde palyatif hemşireliği sertifikasyon eğitimi verilmektedir. Türkiye'nin her tarafından gelen kursiyerlere 1 hafta teorik 2 hafta pratik eğitim verilmekte ve sonrasında sınava tabi tutulmaktadır. Gruplar 14 kişilik olup bu gün 6. grubun eğitimini tamamlamış bulunmaktayız.
47--Teşekkürler

PALYATİF BAKIMDA YANLIŞLARIMIZ VE DOĞRULARIMIZ

Gonca OĞUZ

Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan problemlerle karşılaşan hasta ve ailede; başta ağrı olmak üzere tüm semptomların erken tanılama ve kusursuz bir değerlendirme ile önlenmesi ve hafifletilmesine yönelik uygulamaların yer aldığı ve yaşam kalitesini geliştirmenin amaçlandığı bir yaklaşımdır. Hastayı bir bütün olarak değerlendirerek psikososyal ve spiritüel gereksinimlerin karşılanmasını hedefler. Palyatif bakımın temelinde hasta ile birlikte ailesi de yer alır ve tedavi ile ilgili kararlara ortak katılım sağlanır.

Ülkemizde 2014 yılında yayınlanan yönergeyle palyatif bakımın amacı ve kuruluş prensipleri tanımlanmıştır. Yönergede sorumlu uzmanın tercihen anestezist olarak belirlenmesi, palyatif bakım tanımı ve ihtiyacı olan hasta popülasyonunun yeterince anlaşılamaması, başlangıçta palyatif bakım servislerinin ara yoğun bakım olarak algılanmasına neden olmuştur. Yapılan yoğun eğitim çalışmaları ile bu yanlış algı düzeltilmiş olmakla beraber palyatif bakım ekiplerine yönlendirmede sorunlar yaşanmaktadır. Hastalar sıklıkla son dönemde konsülte edilmekte, hastalık ve prognoz hakkında bilgilendirme yetersiz olmaktadır. Hasta ve ailelerin sürece ait farklı beklentileri, palyatif bakım hizmetinin etkin bir şekilde verilmesine engel olabilmektedir.

Kanser hastaları, hastalık sürecinde, tedavi sonrasında ve terminal dönemde kontrolü güç olabilen, çok sayıda semptomu sıklıkla bir arada yaşamaktadır. Bu dönemde kanser hastalarında görülen multipl semptomlar; fiziksel işlevler ve sosyal fonksiyonlarda bozulmaya, tedaviye cevapta azalmaya neden olmakta ve sağ kalım sürelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Palyatif bakım ihtiyacı duyan hastalarda genellikle yetersiz semptom kontrolü sağlandığı gözlenmektedir. En önemli semptom olarak kabul edilen ağrının terminal dönemde %90'nın üzerinde görülebildiği bilinmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün basamak prensipleri doğrultusunda yapılan analjezik tedaviyle hastaların %80'den fazlasında ağrı kontrolü sağlanabileceği bildirilmiş olmakla beraber kanser hastalarının büyük çoğunluğu yetersiz analjezik tedavi nedeniyle ağrı çekmektedir. Ülkemizde opioid tüketimi yetersiz olup, opioid kullanımı konusunda hasta, hekim ve sağlık sistemi kaynaklı engeller henüz çözümlenmiş değildir. Opioid çeşitliliğinin artması, yerli morfin üretimi ve palyatif bakım merkezleri açılması gibi olumlu gelişmeler, palyatif bakım desteği ve ağrı tedavisi konusunda verilecek sürekli eğitimler ve farkındalık çalışmaları ile desteklenmelidir. Palyatif bakım merkezleri ve evde bakım hizmetlerinin entegrasyonu sağlanmalı, evde bakım hastasında, daha önceden başlanan tedavinin devam ettirilmesi, yeni başlayan ağrının değerlendirilmesi, tedavisi ve gerekirse yönlendirilmesi yapılmalıdır. Kanser hastalarına evde bakım desteğinin istenilen düzeyde olmaması, sık acil servis başvurusu ve uzayan hastane yatışlarına yol açmaktadır. Aile hekimleri ve toplum sağlığı merkezinde çalışan hekimlerin opioidleri reçetelendirmesi ve sorunların çözümü için sistem bazlı çalışmalar yapılmalı, palyatif bakım merkezleri ve evde sağlık birimleri tarafından hastanın takip edilebilmesi için ortak bir veri tabanı oluşturulmalıdır.

Palyatif bakımda gereksiz tedavi ve girişimleri uygulamamak, maliyet etkin hizmet vermek, taburculuk sonrası ev ziyaretlerinin yapılması, ölüm sonrası yas sürecinde ailelerin desteklenmesi, resüsitasyon veya yaşam sonu kararlarıyla ilgili yasal düzenlemeler gibi konularda da çalışmalar yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Palyatif bakım merkezlerinin fiziksel koşullarının yanısıra çalışan sağlık personelinin sürekliliğinin sağlanması, eğitim ve motivasyon programlarının geliştirilmesi de etkin hizmet sunumu için gereklidir.

Kaynaklar

1. Definition of palliative care. World Health Organization, 2002.
2. Radbruch L, Payne S and the Board of Directors of the EAPC.White paper on standards and norms for hospice and palliative care in europe: Part 1 Recommendations from the European Association for Palliative Care. Eur J Palliative Care 2009; 16(6):278-289.
3. Teunissen S, Wesker W, Kruitwagen C, et al. Symptom prevalance in patients with incurable cancer: A systematic review. J Pain Symptom Manage 2007;34:94-104
4. World Health Organization. WHO Pain Ladder. Available at http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/
5. Duthey B, Scholten W. Adequacy of opioid analjesic consumption at country, global, and regional levels in 2010,its relationship with development level, and changes compared with 2006. J Pain Symptom Manage 2014;47(2):283-297.
6. Şenel G, Oğuz G, Koçak N, et al. The Management of Pain and Opioid Use for Cancer Patients at Palliative Care Clinic. Agri 2016;28(4):171-176.

PALYATİF BAKIMDA MEVCUT SORUNLAR

Gülçin Şenel

Tüm dünyada yaşlanan nüfus ve artan kronik hastalık prevelansı ile palyatif bakımın önemi ve küresel sağlık politikalarındaki önceliği giderek artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, yaşamın sonunda her yıl 40 milyondan fazla kişinin palyatif bakım desteğine gereksinimi olduğunu tahmin etmektedir. Gereksinime göre yaşamı tehdit eden hastalığın erken evrelerinden itibaren başlayabilen palyatif bakımda, tedavi süresince ve yaşam sonunda da devam eden destekle hasta ve ailesinin yaşam kalitesinin artırılması hedeflenir.1 Temel düzeyde palyatif bakım desteği sağlama sorumluluğu olan tüm sağlık çalışanlarının farkındalığı, eğitimi ve katılımı ile ancak bu hedefe ulaşılabilir.2

Ülkemizde palyatif bakım göreceli yeni bir kavram olup, sağlık profesyonellerinin ve toplumun farkındalığı yeterli seviyede değildir. Hastanelerde hızla artan yatak sayılarına rağmen, palyatif destek gereksinimi olan hasta populasyonu, endikasyonlar, semptom kontrolü için palyatif bakıma spesifik değerlendirme ölçeklerinin kullanımı, etkin ağrı tedavisi /opioid kullanımı, iletişim becerilerinin geliştirilmesi, yaşam sonu kararları için düzenlemeler, eğitimli ve bu konuda uzmanlaşmış ekip oluşturulması, bakımın hastane dışında da sürekliliği konularında yapılması gerekenler oldukça fazladır. Palyatif bakım desteği adı altında özellikle terminal dönem ve yaşam sonunda hastaya yararlı olmayan agresif ve invaziv girişimler uygulanmaktadır. Yoğun bakımda yatan hastalar için drenaj sağlanması, semptom kontrolünden daha çok tetkik ve tedavi taleplerinin karşılanmaya çalışılması gibi sağlık sisteminin aksayan yönlerinin palyatif bakımla kompanse edilmeye çalışılması ülkemizde palyatif bakımın gelişiminin önündeki engeller olarak karşımıza çıkmaktadır.

Palyatif bakımın zorluklarından biri "evrensel tıbbi destek standartlarını" karşılarken kültürel olarak farklı bireylerin kişisel isteklerini yerine getirmektir. Yaşamı tehdit eden hastalıkla başa çıkmada her bireye göre değişen doğru yaklaşım, kültürel ve kişiler arası faktörlerden çok fazla etkilenir. Prognoz ve yaşam sonu bakım seçeneklerinin erken dönemde tartışılması palyatif bakımın kabulünü kolaylaştırarak etkinliğini artırır.3 Halen ülkemizde bazı bilgilerin hastadan saklanması, hasta adına aile veya doktorun karar vermesinin istenmesi palyatif bakımda kaçınılmaz güçlüklere neden olmaktadır. Hasta özerkliği ve bağımsız karar verme hakkı gözetilerek kültürel normlara uygun bireyselleştirilmiş bakım verilmelidir.4

Palyatif bakım; bu konuda uzmanlaşmış ekiplerin yanı sıra tüm sağlık çalışanlarının katılımı ile palyatif bakıma ayrılmış hastane yataklarında, hastanenin diğer servislerinde, ayaktan poliklinik ve konsültasyon hizmetleri ve ağırlıklı evde bakım desteği ile verilmelidir. Bu süreklilik sağlanamadığı için hastalar ve aileleri hastanede kalmak istemekte, çok uzun yatış süreleri ile palyatif bakım yataklarının efektif kullanımı sağlanamamaktadır. Hastanede takibi gerekmeyen uzun süreli bakım gereksinimi olan hastalar için hastane dışında organizasyonlar planlanmalıdır.

Palyatif bakımın yaygınlaşması ve etkin bir şekilde sağlık sistemimize entegre edilebilmesi için kültürel hassasiyetler göz önünde bulundurularak sağlık profesyonellerinin eğitimi ve toplumun farkındalığını sağlayan politikaların yanı sıra evde bakım desteği organizasyonu ivedilikle geliştirilmelidir. Tüm sağlık çalışanları palyatif bakım prensiplerini kendi pratikleri ve bakım planları ile birleştirmelidir.

Anahtar kelimeler; palyatif bakım, eğitim, farkındalık, sağlık hizmet sunumu

Kaynaklar:

1. World Health Organization. http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/
2. National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services. Specialist Palliative Care: A Statement of Definitions Occasional Paper 8. London, National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services, 1995.
3. Klessing J. The effect of values and culture on life-support decisions. Western Journal of Medicine. 1992;157;316-22.
4. Stjernsward J, Foley KM, Ferris FD. Integrating palliative care into national policies. Journal of Pain and Symptom Management 2007;33:514-20.

DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE PALYATİF BAKIM EĞİTİMİ

Hurişah AKSAKAL

Palliative Care Education in the World and Turkey

Hurişah AKSAKAL - Ankara Ulus Devlet Hastanesi, Palyatif bakım Birim Sorumlusu

ÖZET

Yaşamın son anında sunulan palyatif bakım hizmetinin amacı hasta ve ailesinin yaşam kalitesini artırmaya yönelik semptomatik tedavi olmalı, hastanın yaşamını gereksiz yere uzatan, ağrı ve acısını artıran nafile tedavilerden ve girişimsel işlemlerden uzak durulmalıdır. Bu yaklaşımda bir palyatif bakım hizmetinin sunulması palyatif bakım felsefesini özümsemiş sağlık çalışanları ile palyatif bakım felsefesini öğrenerek, benimsemiş hasta ve yakınları ile mümkündür. Palyatif bakım eğitiminin; sağlık eğitimimizin bir parçası olması ve sağlık çalışanları için uzmanlık dalı olması bu bilincin oluşmasında önemli bir adım olacaktır.

Palyatif bakım eğitiminde dünya örnekleri incelendiğinde; Amerika, İngiltere, Kanada ve Avustralya'da tıp alanında uzmanlık dalı olarak kabul edildiği görülmüştür. Ayrıca sağlık profesyonellerinin çalışma alanlarında destek alabileceği birçok semptomatik (kemik ağrısı, nöropatik ağrı, kusma, deliryum, dispne, kas spazmı v.b) tedaviye yönelik hazır rehberleri mevcuttur (TBMM 2010).

Avrupa Palyatif bakım birliği; Palyatif Bakım Hemşireliği Eğitim Rehberi (The European Association for Palliative Care 2004) ve Tıp Eğitiminde Palyatif Bakım Eğitimi Geliştirme Rehberleri (The European Association for Palliative Care 2013) oluşturarak;

Üniversitelerde;

- Palyatif bakım ve önemi,
- Ağrıve diğer semptomların yönetimi
- Psikososyal ve manevi bakım
- Palyatif bakımda etik ve yasal konular
- İletişim
- Ekip çalışması üzerinde eğitim verilmesi gerekliliğini vurgulamıştır.

Avrupa Palliative Care Birliği; palyatif bakımda eğitim ve resmi sertifikasyon programlarının oluşturulması ve palyatif bakımın tıpta uzmanlık alanı olması yönünde sağlık politika yapıcılarını ve ulusal konseyleri zorlamaktadır.

Yapılan tüm çalışmalar palyatif bakım eğitiminin önemini ve süreklilik arz etmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır.1998'de 6783 İspanyol pratisyen hekim üzerinde yapılan bir araştırma, doktorların % 94'ünün tedavi edilemez hastaların bakımı konusunda yeterli eğitim almadıklarını, 2003 'de Avrupa Tıp Birliği tarafından onkologlarla yapılan bir araştırma ise, onkologların sadece % 52'sinin resmi olarak palyatif bakımda eğitim gördüğünü ortaya koymuştur.

DÜNYA'DA PALYATİF BAKIM EĞİTİMİ

Amerika'da Palyatif Bakım Eğitimi

Amerika Tıp Birliği; sağlık eğitimi esnasında doktor ve hemşirelere yaşam sonu bakım konusunda eğitim programı uygulamaktadır. Bu programlar da yaşam sonu bakım hastalarının semptomatik tedavilerine yönelik standartlar gösterilmektedir. Amerikan Tıp Derneği, Robert Wood Johnson Vakfı, Amerika Ulusal Kanser Enstitüsü (1997) "Palyatif ve Yaşam Sonu Bakım Eğitimi Projesi"ni oluşturarak, sağlık çalışanlarını eğitmek ve yetkinlik kazandırmayı hedeflemişlerdir. Bu proje ile 120.000 kişi eğitilmiş, 16 ülkede 2000' den fazla eğitici yetiştirilmiştir. Proje kapsamındaki sertifika programları ve 16 modülden oluşan bir uzaktan eğitim programı ile yaklaşık 17 yıldır sağlık profesyonellerinin eğitimine devam edilmektedir (Education in Palliative and End-of-life Care 2014)

Harvard Üniversitesi; Palyatif Bakım Merkezi palyatif bakım eğitimi konusunda hemşireler ve doktorlara yönelik düzenli programlar düzenlemektedir. Bu programların amacı disiplinler arası palyatif bakım bilinci oluşturmak, klinikte ve öğretimde palyatif bakım konusunda uzman eğiticiler yetiştirmektir (The Harvard Medical School program in Palliative Care Education 2014). Amerika'da akreditasyon kuruluşu olan Tıp Eğitimi İrtibat Komisyonu (LCME) ABD'de 126, Kanada'da 16 akredite olmuş tıp fakültesine ve Hemşirelik Yüksekokulu (AACN)'na eğitim müfredatlarının palyatif bakım eğitimi içermesi şartını getirmiştir.

İtalya'da Palyatif Bakım Eğitimi

İtalya palyatif bakım 'da profesyonel eğitim ve araştırmalarda liderdir. Bologna'da Palyatif Tıp Bilimleri Akademisi, 2007 yılından bu yana, palyatif bakım kültürünün geliştirilmesi için gerekli eğitim faaliyetlerini yürütmektedir. Akademi, palyatif bakım eğitim faaliyetlerini yerine getirme konusunda etkin olabilmek için, birçok Uluslararası işbirliği programını güçlendirmiştir.

Son yıllarda İtalya'da doktor ve hemşirelerin katılımı ile gerçekleşen bir araştırma, katılımcıların yalnızca % 50'sinin palyatif bakımı doğru bir şekilde tanımlayabildiğini, % 65'inin de yetersiz eğitim aldığını ortaya koymuştur.

2000'li yılların başında, İtalya'da palyatif bakımda master programları başlamış, doktor, hemşire ve palyatif bakım becerilerini geliştirmek isteyen diğer sağlık profesyonelleri bu master programlarına ciddi ilgi göstermiştir. Bununla birlikte, bu yüksek lisans dereceleri sağlık çalışanları için zorunlu olmadığı gibi, eğitim içeriği de standart ve ulusal değildir.

İtalya'da Palyatif bakım eğitiminin gelişiminde dönüm noktası, hükümetin eğitime ve eğitim içeriğinin ulusal olmasını sağlamak için müdahale ettiği "Palyatif Bakım ve Ağrı Yönetimine erişimi güvence altına almaya yönelik kararlar" başlıklı yasadır.

Yasa, aşağıdakileri denetlemekte ve garanti altına almaktadır:

Tüm vatandaşlık için palyatif bakım hakkı ve ağrı yönetimi
Palyatif bakıma erişim ve onur, özerklik, sağlık ihtiyacı, eşitlik, iyileşme kalitesi ile ağrı yönetimine erişim
Her hasta için özelleştirilmiş bakım modelleri
Hastanın haysiyetinin ve özerkliğinin korunması
Tüm hastalara sonuna kadar yaşam kalitesi
Hastaların ve ailelerin doğru ve profesyonel yardımları.

Bu yasa ile ayrıca ekibin her üyesinin bir role sahip olduğu vurgulanarak, palyatif eğitiminin uluslararası düzeyde tanımlanan palyatif bakım hizmetleri sunumuna yönelik üç seviyeye göre, sağlık profesyonellerinin her kategorisi için farklı olması gerektiğini ifade etmiştir.

1. Seviye A: Temel uzmanlık. Bu, tüm hekimler için gereklidir ve tıp fakültesinde alınmalıdır. İtalya'da bu henüz başarılmamıştır, ancak uluslararası alanda bu yönde gelişmeler olmuştur.
2. B Düzeyi: Klinik uygulamalarının bir parçası olarak palyatif bakımda çalışan hekimler için gerekli uzmanlık. Buna, birincil bakım doktorları, cerrahlar, kadın hastalıkları uzmanları ve hastaların çalışmalarının bir parçası olarak hastalara palyatif bakım sağlayan akciğer uzmanları dahildir ancak bunlarla sınırlı değildir.
3. Seviye C: Bir palyatif bakım ekibinde veya birimde lider veya çalışan bir hekim için gerekli uzmanlık. Bu seviye, uzman seviyesiyle tutarlıdır.

Eğitim ve öğretimle ilgili kanun sonrasında; Üniversite ve Araştırma Bakanlığı tarafından atanan bir grup uzman, palyatif bakım eğitim müfredatını ulusal üniversitelerde, doktorlar ve sağlık profesyonelleri için lisansüstü eğitim programı olarak tanımlamışlardır. 2013'ten itibaren hemşireler, doktorlar ve diğer sağlık profesyonelleri 2 yıllık master eğitimini gerçekleştirmektedirler. Yüksek lisans programları üniversiteler tarafından organize edilmesine rağmen palyatif bakım birimlerinde çalışan muldisipliner ekibin bir üyesi olmak için zorunlu değildir ve bu eğitim sonrası alınan sertifikaların geçerliliği bulunmamaktadır.

Avusturalya'da Palyatif Bakım Eğitimi

Nitelikli sağlık profesyonelleri tarafından, kaliteli bakım hizmetinin sunulabilmesi için '' Hemşirelik Eğitimi İçin Palyatif Bakım Müfredatı" oluşturulmuş ve palyatif bakım konusu lisans eğitimi müfredatına entegre edilmiştir (Ramjan ve ark. 2010).

Orta Doğu Kanser Konsorsiyumu'na Üye Ülkelerde Palyatif Bakım Eğitimi;

Kıbrıs, İsrail, Ürdün 'de sağlık profesyonelleri için lisansüstü eğitim ve öğretim programları vardır. İsrail ve Ürdün'de hemşirelik lisans eğitiminde palyatif bakım klinik eğitimin bir parçasıdır. Güney Kıbrıs Lefkoşa'da bulunan Arodaphnousa Hospisi' nde ikinci ve üçüncü sınıf hemşirelik öğrencileri 2 haftalık bir uygulama yapmaktadır.

İsrail'de beşinci sınıf tıp öğrencileri için kısa bir palyatif bakım uygulaması sağlamakta ve palyatif bakımın yan dal olabilmesi için görüşmelere devam edilmektedir (Bercovitch 2007; Bingley ve Clark 2009). Orta Doğu Kanser Konsorsiyumu'una üye ülkelerin sağlık profesyonelleri (Amerika Birleşik Devletleri, Kıbrıs, Mısır, İsrail, Ürdün, Filistin ve Türkiye) özellikle Amerika Birleşik Devletleri ve İngiltere'de lisansüstü programlar ve seminerlere katılmak için yurt dışı eğitim imkanlarından yararlanabilmektedir. 2004 yılından bu yana Orta Doğu Kanser Konsorsiyumu kendi sağlık sistemlerinde palyatif bakım eğitimine erişimi az olan ülkelerde Palyatif Bakım Eğitimi Seminer Programları düzenlemektedir .(Bingley ve Clark 2009).

Türkiye'de Palyatif Bakım Eğitimi

Ülkemizde son yıllarda palyatif bakım hizmetleri ciddi gelişmeler göstermesine rağmen Türkiye'de palyatif bakım uzman ekipler tarafından verilememektedir (Bingley ve Clark 2008).Hastane temelli kliniklerde palyatif bakım hizmeti sunan ekipler, palyatif bakım uzmanlığı düzeyinde eğitim ve öğretim programı alan profesyoneller değildir. Tıp fakülteleri bünyesinde mezuniyet sonrası palyatif bakım yan dal uzmanlığı ve hemşirelik okullarında palyatif bakım hemşireliği yüksek lisans eğitim programları bulunmamaktadır(Özçelik ve ark.2010) Temel tıp ve hemşirelik eğitimlerinde oldukça kısıtlı bilgiler verilmektedir (Kebudi et al 2014:TBMM2010).

Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi'nce palyatif bakım konusunda yaşanan sıkıntıları gidermek amacıyla hemşire temelli, toplum tabanlı bir proje gerçekleştirilmesini amaçlanarak "PALLİA-TURK" adında bir proje hazırlanmıştır. Bu proje kapsamında palyatif bakım eğitim ve örgütlenmesinde önemli gelişmeler yaşanmış ve bu gelişmelerde artışın hızlı bir şekilde devam edeceği öngörülmektedir (Özçelik ve ark .2010)

Sağlık Bakanlığına bağlı, yatak sayısı 10 ve üzeri olan, en az %30 yatak doluluk oranına sahip, 60 hastanenin palyatif bakım kliniğinde çalışan 87 doktor ve 663 hemşire ile gerçekleştirilmesi planlanmıştır. PB çalışan sağlık çalışanlarının %86,71'i PB eğitiminin üniversite eğitiminde zorunlu ders olarak verilmesi gerektiğini, %91,67'si uzmanlık dalı olması gerektiğini ifade etmişlerdir

Ülkemizde; 04 Şubat 2014 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği kapsamında Palyatif Bakım Hemşireliği sertifikalı eğitim alanı olarak belirlenmiş ve Bakanlık Makamının 28/09/2015 tarihli ve 816 sayılı onayı ile yürürlüğe girmiştir. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi tarafından ilk olarak Palyatif Bakım Hemşireliği Sertifikalı Kurs Programı 25 Nisan- 13 Mayıs 2016 yılında düzenlenmiştir. Palyatif

Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı Uygulama yetkisi verilmiş hastaneler 2017 Nisan ayı itibari ile;

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Nazilli DH,
Ankara Ulus Devlet Hastanesi
Kahramanmaraş Necip Fazıl Hastanesi,
Samsun EAH ,
Eskişehir Yunusemre DH,

sertifikasyon programları başlatarak palyatif hastasına bakım veren hemşirelere görevlerinin gerektirdiği yeterliliği kazandırabilecek bilgi, beceri ve tutumların kazandırılması hedeflenmiştir. Palyatif Bakım Hemşireliği Sertifikasyon Programı; 115 saat/ 15 iş günü/3 hafta, 35 saat teorik,80 saat uygulama eğitimi verilmektedir. Palyatif Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı;

Palyatif Bakıma Giriş
Semptom Yönetimi
Palyatif bakımda İletişim
Yaşam sonu bakım
Palyatif Bakımın Etik ve Yasal Boyutu konu başlıklarını içermektedir.

TKHB tarafından; 21-24 Aralık 2015 ve 30 Mayıs- 2 Haziran 2016 "Palyatif Bakım Hizmetiçi Eğitim" programı düzenlenmiştir. Bu eğitime önceden tespit edilen, yatak sayısı tescil edilmiş hastanelerden;1 hekim.1 hemşire,1 psikolog katılmıştır.

Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kanser Daire başkanlığı tarafından; Ulusal Kanser Haftası Kayıtçılık ve Tarama Eğitimleri programında 01- 03 Nisan 2015 “Palyatif Bakım Kursu” ve 06-08 Nisan 2016 "Ağrı Yönetimi Kursu " düzenlenmiştir.
Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı ve Kanser Kontrol Derneği (KANKODER), Palyatif Bakım Derneği ve Palyatif Sağlık Hizmetleri Derneği (PASİDER) işbirliği ile ;05-07 Aralık 2016 " Palyatif Bakımda Semptom Yönetimi Çalıştayı " ve " 22-23 Aralık 2016 " Palyatif Bakımda Ağrı Yönetimi çalıştayı" düzenlenerek palyatif bakım kliniklerinde kullanılmak üzere rehberler hazırlanması planlanmıştır.

SONUÇ

Yaşam sonu bakım insanlık hakkı olduğu gibi, sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin de göstergesidir. Bu nedenle palyatif bakım hastasının semptomatik tedavisinin yapılarak ağrı ve acısının dindirilerek yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik palyatif bakım yaklaşımının ülkemizde hızla yerleşmesi palyatif bakım yatak sayısının artırılmasından daha fazla önem arz etmektedir.
Bu nedenle palyatif bakım felsefesinin özümsenerek doğru tedavi protokollerinin oluşturulması, yoğun tedavi protokollerinden uzak, yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik tedavi planlarının yapılması ancak uzman sağlık profesyonellerinin yetişmesi ile olabilecektir. Dolayısıyla üniversite eğitim programlarına palyatif bakım eğitiminin entegrasyonu için üniversite eğitimine ek eğitim modellerine ve müfredatlara ihtiyaç duyulmaktadır. Ölüm eğitimi, yas süreci, ölüm sonrası bakım gibi konular lise ve üniversite eğitiminde yer almalıdır. Mezuniyet sonrasında ve müteakip aşamalarda palyatif bakım ve ağrı konusunda eğitimde süreklilik sağlanmalı ve palyatif bakım hemşireler ve doktorlar için uzmanlık dalı olmalıdır.

GENEL AĞRI DEĞERLENDİRME VE AĞRININ YÖNETİMİ

Dr. Meltem UYAR

Ağrı Nedir

Uluslararası Ağrı Araştırmalarının Teşkilatı'na (International Association for the Study of Pain=IASP) göre "ağrı, vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan, doku harabiyetine bağlı olan veya olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleriyle de ilgili, hoş olmayan emosyonel bir duyumdur, bir davranış şeklidir" (International Association for the Study of Pain IASP, 2012). Ancak ağrı psikolojik, sosyal ve spiritüel boyutları çoğu zaman düşülmeyen daha çok fiziksel bir fenomen olarak görülmektedir. Etkili ve yeterli ağrı tedavisi için, ağrının değerlendirilmesi çok kritik ve temel bir adımdır. Literatürde yetersiz ağrı değerlendirilmesinin etkili ağrı kontrolünde bariyerlerden en önemli olanının ağrı değerlendirilmesinin olduğu bildirilmektedir.

Ağrı değerlendirilmesi hasta ile ilk karşılaşıldığında ve hastanın durumuna, ortam ve bakım hedeflerine göre yeniden tanılanmalıdır. İlk kez 1996 yılında Amerikan Ağrı tarafından da tanımlandığı üzere, ağrı beşinci vital bulgu olarak şuan ulusal ağrı yönetim stratejisi olarak düşünülmektedir. Bu nedenle iyi bir ağrı kontrolü için, ağrının değerlendirilmesinin prensipleri, standart ve rehberlere dayalı olmalıdır. (American Ağrı Derneği)

Amerikan Ağrı Birliği ve Sağlık Bakım Organizasyonu Akreditasyon Komitesi (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) nabız, solunum, kan basıncı ve beden ısısı ile birlikte ağrının da ''beşinci yaşamsal bulgu'' olarak değerlendirilmesi gerektiğini önermektedir.

- Ağrı düzenli olarak değerlendirilmelidir.
- Ağrı değerlendirmesi ve yönetiminde sağlık çalışanı eğitilmelidir.
- Ağrı değerlendirmesi hastanın yaşına uygun olmalıdır.
- Ağrının şiddeti ve kalitesi (özelliği, lokalizasyonu, sıklığı ve süresi) sorulmalı ve ağrı değerlendirmesi kaydedilmelidir.

Ağrı değerlendirilmesinin Amaçları ;

Bireyin ağrı deneyimini standart yollardan değerlendirmek

Etiyoloji ve ağrı tipinin belirlenmesine yardım etmek

Ağrının birey ve fonksiyonları üzerine etkilerini değerlendirmek

Uygun tedavi planını geliştirmek

Disiplinler arası ekip üyeleri ile iletişimi sağlamak

İlk Ağrı Değerlendirilmesinin Temel Hedef ve Prensipleri

- Ağrı değerlendirilmesinde en uygun kaynak hastadır.
- Ağrı her zaman subjektiftir. Bu yüzden hastanın kendi bildirimi ve ağrı ifadesi en güvenilir ve geçerli göstergedir. Bir sağlık profesyoneli hastanın ağrı bildirimini her zaman, belirli bir sebep olmasa bile, saygı duymalı ve kabul vermelidir.
- Ağrının psikososyal yada davranışsal işaretleri (taşikardi, yüzünü buruşturmak) dikkate alınmalıdır
- Hasta popülasyonuna uygun ağrı tanılama araçları, ölçekleri kullanılmalıdır
- Fiziksel bir sebep bulunmadığı zaman ağrı dışlanabilir, bu yüzden ağrı yaratabilecek bir sebep tanımlanmadığında psikososyal nedenler bu duruma katkıda bulunabilir
- Benzer uyaranlara karşı farklı düzeylerde ve farklı deyimlerde yanıt verilebilir. Yani, belirli eşik değeri bulunmayabilir.
- Ağrı toleransı ağrı ile ilgili önceki deneyimler, baş etme yetenekleri, enerji düzeyi, genetik gibi birçok faktörü içeren bireysel bir değerdir.
- Kronik ağrı yaşayan bireyler ağrı ve diğer uyaranlara daha duyarlıdırlar
- Giderilemeyen ağrı fiziksel ve psikososyal sonuçlara yol açmaktadır. Bu yüzden sağlık profesyonelleri tedavi için reçetelenmiş ilaçları kullanma ile ilgili sorunları, ağrıyı inkar eden yada ağrıyı konuşmaya istemeyen hastaları ağrı bildirmeleri konusunda cesaretlendirmeleri gerekmektedir.
- Ağrı hoşa gitmeyen bir duygu ve emosyonel bir deneyimdir, bu nedenle ağrının değerlendirilmesinde fiziksel ve psikososyal yönleri tanılanmalıdır.

Ağrı değerlendirilmesinde sağlık profesyonellerinin temel hedefi, hastanın ağrının nedenlerini ve etkili yönetime yardımcı olacak bilgileri elde etmek olmalıdır. Bu amaçla hasta öyküsü, kapsamlı ağrı öyküsü değerlendirme, fiziksel değerlendirme, ağrı tanılama parametreleri ve uygun tanı testleri kullanılmalısın

1. Ağrı Öyküsü

*Hastanın ağrı ile ilgili öz bildirimine/raporuna inanma altın standarttır.

*Hasta öyküsünde bireyin geçmişteki tıbbi öyküsü, ilaçları, alışkanlıkları (sigara ve alkol tüketimi), aile öyküsü ve psikososyal öyküsünü alınmalı

* Kapsamlı hasta öyküsünü elde etmek, tedavi yan etkilerini azaltmak ve fiziksel fonksiyonları ve yaşam kalitesini geliştirmeyi sağlamaktadır.

Tablo 1. Ağrı Toleransını Etkileyen Faktörler dikkate ALINMALI

Ağrı Toleransını düşüren durumlar	Ağrı Toleransını artıran durumlar
	Semptomların giderilmesi
Rahatsızlık	Uyku
Uyksuzluk	Dinlenme yada psikoterapi
Yorgunluk	Relaksasyon yöntemleri
Anskiyete	Anlandırma/Destek
Korku	Anlaşılma/Empati
Gerginlik	Farklı/Değişik Aktivite
Bıkkınlık	Dertleşme/Dinleme
Üzüntü	Mood/ruh hali değişikliği
Depresyon	Ağrının önemi ya da anlamının anlaşılması
İçe kapanıklık	
Sosyal Terkedilmişlik	Sosyal katılım
Mental izolasyon	Duyguları ifade etmeyi cesaretlendirme

Tablo 2. Hasta Öyküsünde Elde Edilen Bilgiler

Ağrı Karakteristiği	Ağrı başlangıcı ve süresi Ağrı yeri Ağrı niteliği Ağrı yoğunluğu(şiddeti) Eşlik eden semptomlar Ağrıyı artıran yada azaltan faktörler
Tedavi Stratejileri	Geçmiş ve Şuanki İlaçlar (reçeteli yada reçetesiz) Nonfarmakolojik tedaviler Baş etme yöntemleri
Önceki Tıbbi Öyküsü	Önceki hastalıkları (psikiyatrik hastalıklar, kimyasal bağımlılıklar (esrar, eroin, diazapem ve alkol bağımlıkları) Operasyonlar ve kazalar, Akut ve kronik hastalıklar, Ağrı ile ilgili önceki problemler yada tedavi sonuçları
Aile öyküsü	Gelişimsel, evlilik yada mesleki problemler Stres yaratan ve depresif semptomlar Ağrının etkisini artıran ek sosyal ve yasal sorunlar
Günlük Yaşama Ağrının Etkileri	İş Diğer günlük aktiviteler(hobiler) Bireysel ilişkiler, Uyku, iştahsızlık, emosyonel durum
Hastanın Beklentileri ve Hedefler	Ağrının yoğunluğu, günlük aktivitelere ve yaşam kalitesine etkilerini yönetmek için hastanın hedefleri ve beklentileri

Hastanın Beklentileri ve Hedefler Ağrının yoğunluğu, günlük aktivitelere ve yaşam kalitesine etkilerini yönetmek için hastanın hedefleri ve beklentileri
2.Klinik Öykü ve Fizik Muayene
Geniş kapsamlı ağrı değerlendirmesini, ağrı tipini, hasta hazır olduğunda, sistematik yaklaşım ve uygun değerlendirme yap
*Ağrının yeri, ağrı şiddeti/yoğunluğu, ağrı yayılımı, ağrı süresi, ağrı niteliği,
*Ağrıyı azaltan ve artıran faktörler, ağrının etiyolojisi (kanser, tedavi ile ilgili, komplikasyonlar yada tedavi ile ilgili olmayan ağrılar),
*Ağrı tipine (nosiseptif, nöropatik, karışık) karar ver
*Kullanılan analjeziklerin öyküsü, ağrının anlamı ile ilgili inançlar, ilaçların etkileri ve sonuçları ile ilgili tutumları değerlendir
* Depresyon yada anksiyete gibi psikolojik hastalıkların var mı?
*Kişinin ağrı ve ağrı tedavisi hakkındaki inanışlarını, bilgisini ve anlama kapasitesini araştırılmalıdır.

Fiziksel Muayene
*Ağrının ilk tanılaması fiziksel muaneyi içerir.
*Fizik muayene hastanın genel durumu, kas iskelet sistemi ve nörolojik sistem ve ağrı yeri değerlendir
* Ağrının tipi (kronik yada nöropatik) kapsamlı kas iskelet ve nörolojik sistem değerlendirmesi gerektirebilir.

*Kapsamlı bir fizik muayene ile birlikte hastanın psikolojik durumu değerlendirilmeli
*Tanı ve tedavi yaklaşımları hastanın durumuna göre ayarlanmalı, gereksiz laboratuar ve tanı testlerinden kaçın

Kapsamlı ağrı değerlendirmesini, kendini ifade edemeyen hastada uygun değerlendirme araçları ile yapılmalıdır
(Palyatif bakıma ihtiyaç duyan popülasyon ağrı yanında birçok farklı semptomu yaşayan, fonksiyonel yetersizlikleri olan hasta olduğunu unutma)
*Ağrı değerlendirme araçları kısa, kolay uygulanabilir, pratik ve geçerli ve güvenilir olması gerekmektedir.
*Bu skalaları bireyin yaş, eğitim düzeyi, konuşma yeteneğine, iletişim yeteneği, gelişimsel ve kognitif yeteneğine, kültür ve etnik yapısına uygun seçmelisin

Ağrı tanılama araçları;

- Geçerli
- Güvenilir
- Duyarlı
- Uygulanabilir
- Pratik

• Hasta popülasyona özgü gelişimsel ve kültürel olarak uygun oluşturulmuş olmalı
• Farklı dillerde olmalı yada kolayca çevrilebilmeli
• Hastalar tarafından basit ve çabuk anlaşılmalı
• Hastalar, klinisyenler ve araştırmacılar tarafından kolay uygulanabilmeli, beğenilmeli
• Kolay elde edilmeli, çoğaltılmalı ve üretilmeli
• Bir hasta tarafından dokunulacağı için temiz olmalı

Tek Boyutlu Skalalar	Çok Boyutlu Skalalar
<u>Ağrı Yoğunluğunu Ölçen Skalalar</u> Vizüel Analog Skala (VAS) Sayısal Skalalar Sözel kategori ölçeği *Wong-Baker Yüz* Ağrı Değerlendirme *Skalası* Şuanki Ağrı Yoğunluğu Skalası Burford Ağrı Termometresi	McGill Ağrı Soru Formu Wisconsin Brief Ağrı Envanteri Memorial Ağrı Tanılama Kartı
Palyatif Bakım Semptom Tanılama Araçları • Memorial Semptom Tanılama Skalası • Edmonton Semptom Tanılama Skalası (***Edmonton Symtom Assesment System(ESAS))*** **Palyatif Bakım Yaşam Kalitesi Tanılama Araçları** • *EORTC* QLQ-C15-*PAL Palyatif Bakım Yaşam Kalitesi Ölçeği* • *EORTC* QLQ-C30 Kanser *Yaşam Kalitesi* Ölçeği	

1.Tek Boyutlu Ağrı Değerlendirme Ölçekleri

Ağrıyı tek boyutlu değerlendiren ölçekler genelde ağrı şiddeti gibi spesifik bir ölçüm üzerine odaklanır ve ağrı deneyiminin sadece tek bir boyutunu değerlendirmektedir. Tek boyutlu ağrı ölçeklerinin kullanım sınırlılığı ağrının kompleks doğasını yeterince ortaya koyamamasından kaynaklanmaktadır. Bu ölçekler arasında en iyi bilinen ve kullanılanlar;

Sayısal Ölçekler

Genelde hastanın şuanki ağrı şiddetini belirlemeye yönelik olan bu değerlendirme de, hastanın ağrısını sayılarla ifade etmesi istenmektedir. Sayısal ölçeklerde ağrı yokluğu (0) ile başlayıp, dayanılmaz/en şiddetli ağrı (10-100) düzeyine kadar ulaşmaktadır.

Vizüel Analog Skala (VAS): Klinik pratikte hastaların ağrısını değerlendirmek için bu ölçeği kullanmak çok basit, faydalı ve geçerlidir. VAS, sayısal olarak ölçülemeyen parametreleri sayısal hale dönüştürmek için kullanılmaktadır. 10 cm'lik bir çizginin bir ucuna **hiç ağrım** yok ve diğer ucana **çok şiddetli ağrı** yazılmaktadır. Hastadan iki ucu içeren bu çizgi üzerinde kendinin on anki ağrı durumunun nereye uygun olduğunu bir işaret ederek belirtmesi sağlanır. Ağrının hiç olmadığı noktadan hastanın işaretlediği yere kadar olan mesafenin ölçülmesi hastanın ağrısını belirmektedir. Sayısal ölçeklerde ağrı yokluğu (0) ile başlayıp dayanılmaz ağrı (10-100) düzeyine kadar ulaşır.

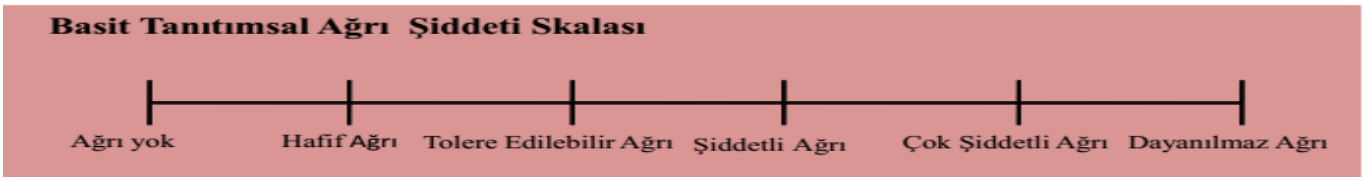
Vizüel Analog Skala (VAS):

Şuanki ağrı durumunuzu işaretleyiniz.

Ağrı Yok **Dayanılmaz Ağrı**

Sözel Kategori Ölçekleri

Sözel kategori ölçeği basit, kullanabilir ve ağrı şiddeti **hafiften dayanılmaz** dereceye kadar derecelendiren bir ölçektir. Sözel seçeneklerin kullanıldığı bu ölçekte hastanın ağrı durumuna uygun olanı veya ağrı durumunu tanımlayan kelimeyi seçmesi istenir. Kategoriler genelde, 0- ağrı yok, 1- hafif ağrı, 2- orta ağrı (rahatsız edici), 3- şiddetli ağrı, 4- çok şiddetli ağrı, 5- dayanılmaz ağrı olarak isimlendirilir. Sözel ölçeklerin kullanımının basit olması, uygulama ve puanlamasının kolay olması en önemli avantajlarıdır.



Wong ve Baker'in Yüz İfadeleri Derecelendirme Skalası

Bu skala gülen yüzden ağlayan yüze kadar değişik ağrı ifade eden 6 karton yüzden oluşmuştur.

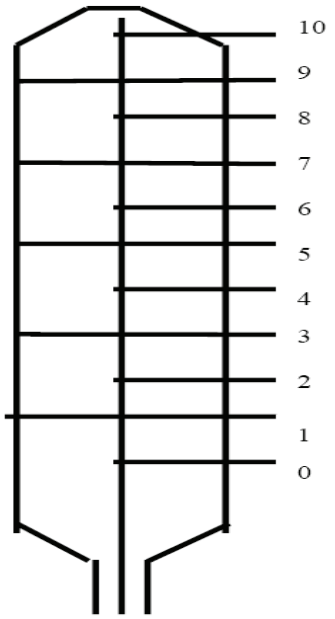
Burford Ağrı Termometresi

Burford Ağrı Termometresinin ülkemizde kullanımı henüz yaygın değildir. Bu ölçek kolay anlaşılır, numaralarla birleştirilmiş sözlü ifadeleri içerir. Numaralardan 0-1 ağrısızlığı, 2-3 hafif, 4-5 rahatsız edici, 6-7 şiddetli, 8-9 çok şiddetli, 10 ise dayanılmaz ağrıyı tanımlamaktadır. (Eti Aslan, 2002)

Burford Ağrı Termometresi

İsim: .....

Kullanım: Ağrınızı en iyi tanımlayan rakamın karşısına "**x**" işareti koyunuz.



Tarih					
Saat					
10					
9					
8					
7					
6					
5					
4					
3					
2					
1					
0					
Analjezik: zamanı, ismi, dozu, veriliş yolu					
Ağrının yeri					
Hemşirenin yorumu					
Hastanın yorumu *					

* Yürüme, uyku, banyo, yeme ve içme gibi aktivitelerle ağrı ilişkisini içerebilir.

McGill Melzack Ağrı Soru Formu; 1971 yılında Melzack ve Targerson tarafından geliştirilmiştir. Ülkemizde Kuğuoğlu, Eti- Aslan ve Olgun tarafından (1998) geçerlilik ve güvenirliği yapılmıştır. McGill Melzack Ağrı Soru Formu dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde bireyin ağrısının yerini vücut şeması üzerinde işaretlemesi ve ağrı deriden geliyorsa "D", vücut yüzeyinde ise "Y", hem derinde hemde yüzeyde ise "D - Y" harfleri ile belirtmesi istenir. İkinci bölümde Ağrıya duyusal, algısal ve değerlendirme yönünden inceleyen 20 kelime grubu vardır. Her grup ağrıyı değişik önleri ile tanımlayan 2- 6 kelimeden oluşur. Bireyin ağrısına uyan kelime kümesini seçmesi ve seçtiği küme içerinde ağrısına uyan kelimeyi işaretlemesi istenir. Üçüncü bölümde ağrının zamanla ilişkisi yer alır. Ağrının sürekliliği, sıklığı, ağrıyı artıran ve azaltan faktörleri belirlemeye yönelik kelime gruplarını içerir.

Dördüncü bölümde ise, ağrı şiddetini belirlemeye yönelik "hafif" ağrı ile "dayanılmaz" ağrı arasında değişen beş kelime grubu tanımlanır. McGill Melzack Ağrı Soru Formu ile ağrının yeri, bireyde yarattığı his, zamanla ilişkisi, şiddeti ve birey için yaşanabilir ağrı düzeyi belirlenir (5).

Brief Ağrı Envanteri

Brief Ağrı Envanteri, ağrılı bireylerin ağrılarının azaltılmasına yönelik ağrı şiddetinin kolay ve çabuk ölçümünü sağlamak amacıyla geliştirilmiştir. Brief Ağrı Envanteri, ağrılı olan bireylerde ağrının geçmişi, lokalizasyonunu, şiddetini ve aktiviteye olan etkisini değerlendiren geçerli, güvenilir ve yaygın kullanılan bir ölçektir. Bu ölçek kullanılarak, ağrılı bireylerin en kötü, orta, en hafif ve şimdiki ağrı şiddeti ve aynı zamanda ağrının etkilediği 7 fonksiyonel alan (genel aktivite, ruhsal durum, yürüme yeteneği, normal çalışma durumu, diğer bireylerle ilişkileri, uyku ve yaşam doyumu) derecelendirilir ve değerlendirilir. Brief Ağrı Envanteri, 1994 yılında Cleeland ve Ryan tarafından geliştirilmiştir.

Memorial Ağrı Tanılama Kartları (Memorial Pain Assessment Card)

Memorial Ağrı Tanılama Kartları basit, hızlı ve etkin bir değerlendirmeye olanak sağlamaktadır. Anlaşılması kolaydır ve hasta tarafından yaklaşık 20-30 saniye içerisinde doldurulabildiği için hastanın tedaviye yanıtını ölçmede sıklıkla uygulanabilir. Bu kartlar 22x28 cm. kart üzerinde iki taraflı olarak düzenlenmiştir. Ağrının özelliklerini tanımlayıcı öğelerle, ağrı şiddeti, ağrının kontrolü ve ruh halini belirleyen ağrı ölçümünü içermektedir.

Palyatif Bakımda Diğer Semptom ve Yaşam Kalitesi Ölçekleri

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ) palyatif bakım hastalarında varolan semptomları tanılamak amacıyla geliştirilmiş bir skaladır. ESTÖ'de hastalar ağrı, aktivite, bulantı, depresyon, anksiyete, sersemlik, iştahsızlık, iyi olma ve nefes darlığı gibi dokuz semptomu 10 cm'lik bir VAS eşliğinde değerlendirirler. Geçerlik ve güvenirliği 240 kanser hastasında yapılmış ve çalışma sonucunda ESTÖ'nin bu popülasyon için geçerli bir araç olduğu saptanmıştır.

Memorial Semptom Tanılama Ölçeği (MSTÖ) (EK III) kanser hastalarında en yaygın olarak görülen semptomların prevalansını, özelliğini ve bu semptomların verdiği sıkıntıyı değerlendirmek için Portenoy (1994) tarafından geliştirilmiştir. Kapsamlı semptom tanılamasını gerçekleştirmek isteyen hemşireler için yararlı olabilir. MSTÖ, toplam 32 semptom ve genel sıkıntı indeksi, fiziksel semptom alt skalası ve psikososyal semptom alt skalası olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır. 24 semptomun sıklığı, şiddeti ve hastaya verdiği sıkıntı 4'lü ve 5'li likert tipi skala ile değerlendirilmektedir. 8 semptomun sadece şiddeti ve verdiği sıkıntı ölçülmektedir. Toplam MSTÖ puanı tüm 32 semptomun ortalaması ile elde edilmektedir. Puanın yüksek olması semptomların daha sık, daha şiddetli ve daha çok sıkıntı verdiğini göstermektedir (25). MSTÖ'nin Türk toplumu için geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Yıldırım ve ark tarafından yapılmıştır.

Spesifik Populasyona Özgü Değerlendirme ve Yaklaşımlar

Yaşlı Bireylerde Ağrı Değerlendirilmesi

Yaşlı hastaların ağrıya karşı tepkileri farklı olabilir ve ağrıyı genç hastaların ağrısından farklı şekilde bildirebilirler. Ağrı konusundaki yanılgılar, iletişim sorunları, fizyolojik değişikler, ağrının inkarı veya ağrıyı gizleme, yaşlı hastalarda ağrı değerlendirmesini etkileyen önemli etmenlerdir. Yaşlı hastaların davranışları ve ağrı konusundaki bazı yanılgıları, ağrının değerlendirilmesi ve etkin şekilde giderilmesinde sıklıkla en önemli engelleri oluşturmaktadır. Onlar, ağrıyı yaşlanma sürecinin normal bir parçası olarak kabul ederler yada ağrıları hakkında şikayet etmek istemezler, basitçe "iyi" hasta olmak isterler. Şikayet edenlerin, başkaları tarafından "gereksiz yere yakınıp duran kimseler" olarak değerlendirildiğine ve yaşlıların ağrı ile yaşamaya hazırlıklı olmaları gerektiğine inanırlar. Opiodlere bağımlılık korkusu da, bu yaş grubundaki çoğu hasta için önemli bir kaygıdır. Ağrıyı kabul etmenin hastanede yatma, rahatsız edici ve ağrılı tanı işlemleri gerektireceğini düşünen yaşlılar, bu sonuçtan korktukları için ağrılarını söylemeyebilirler.

İletişim sorunları, bellek ve algılama sorunlarının varlığı yaşlılarda ağrı bildirimini etkileyebilir. Görme ve işitme sorunu olan yaşlılarda ağrı bildirimi ve ağrı kontrol girişimlerinin yerine getirilmesi güç olabilir. Bu sorunların varlığını atlamamak için yaşlıya açık uçlu sorular sorulmalı ve dikkatle gözlenmelidir. Eğer ağrı bildirimi açık değilse aile yada yakınlarından yardım alınabilir. Yaşlının aktivitelerinde artma yada azalma olup olmadığı da aileye sorulabilir.

Yaşlı Hastada Ağrı Değerlendirilmesi

Direkt sorgulama (Bireysel bildirim/rapor)

VAS

Fonksiyonel Ağrı skalası (FPS)

Fonksiyonel Ağrı Skalası

0 = Ağrı yok

1 = Ağrı çok hafif, tolere edilebilir, aktivitelere engel olmaz

2 = Ağrı tolere edilebilir,ancak bazı aktivitelere engel olabilir

3 = Ağrı şiddetli, tolere edilemez düzeydedir, hasta telefon edebilir, televizyon seyredebilir , kitap okuyabilir

4 = Ağrı çok şiddetli, tolere edilemez düzeydedir, hasta telefon edemez, televizyon seyredemez , kitap okuyamaz

5 = Ağrı dayanılmaz, hasta ağrı nedeni ile sözel ilişki kuramaz .

Sözel Tanımlayıcı Skala (VDS)

Anlık Ağrı Şiddeti (PPI)

Yaşlı bireye şuanki ağrısı sorularak cevaplanması istenmektedir.

0	Ağrı yok
1	Hafif Ağrı
2	Tolere Edilebilir Ağrı
3	Şiddetli Ağrı
4	Çok Şiddetli Ağrı
5	Dayanılmaz Ağrı

Global Ağrı Değerlendirmesi (GPA)

Direkt gözlem Araçları

İleri Demansda Ağrı Değerlendirmesi (PAINAD)

PAINAD SKALASI				
	0	1	2	Skor
Solunum	Normal	Kısa hiperventilasyon	Gürültülü soluma çabası, uzun hiperventilasyon periodu	
Negatif vokalizasyon	Hiçbiri	Arasıra inliyor, sızlanıyor, kısık sesle beğenmeme ifadesi	Tekrarlayıcı şikayetler,Gürültülü inleme, sızlanma,Ağlama	
Yüz ifadesi	Gülümseme/ ifadesiz	Üzgün, korkak, çatık kaşlı	Yüzünü buruşturma	
Vücut dili	Relaks	Gergin, Kederli yürüyüş, telaş	Rijit, eller yumruk yapılı, dizler yukarı çekili,iten, vuran	
Teselli edebilirlik	Teselliye ihtiyaç yok	Ses veya dokunma ile dikatini çekme	Teselli edlemez, dikkati çekilemez	
				Toplam

- Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI)

Davranış	Hareketle	İstirahatte
1. Sözel olmayan şikayetler (İç çekmeler, inlemeler, nefes nefese konuşmalar, ağlamalar)		
2. Yüz ifadeleri (gözlerin kısılması, dişlerini sıkmak, Dudakları sıkıca kapamak, çenenin düşmesi)		
3. Destek alma (mobilyalara tutunma, dayanma)		
4. Huzursuzluk (sık pozisyon değiştirme, yerinde duramama)		
5. Ovunma (ağrıyan yere masaj yapma)		
6. Sözel şikayet (rahatsılığı , ağrıyı gösteren acıdı, yeter, ah gibi sözler)		
Tam olmayan skor		
Tam skor		

Observational Pain Behavior Assesment Instruments (OPBAI)

Doloplus-2

Bakım veren kişilerle görüşme

Yaşlı Demanslılarda Ağrı değerlendirmesi (PADE)

Fiziksel değerlendirme (solunum, yüz, postür) , Global değerlendirme (bakım sırası değ.)

İletişimi Olmayan Yaşlılarda Ağrı Değerlendirmesi (PAINE)

Motor davranışlar, Tekrarlayıcı vokal davranışlar, Farklı davranışlar

Aktiviteler, Düşme, ödem, titreme, vital bulguda değişiklik, kan lekeleri, kemik kırıkları

Kombine Skalalar

Resident Assesment Instrument Home Care (RAI-HC)

McGill Ağrı Skalası

Kognitif Yetersizliği Olan Hastalar İçin Ağrı Değerlendirme

Kognitif yetersizliği olan bireylerde ağrı değerlendirilmesi yapmak oldukça zordur. Bu grupta yer alan birçok demaslı birey bulunmaktadır. Prosfektif bir çalışmada geriatri kliniğinde tedavi alan 160 hastadan % 12'si ağrı tanılaması için kullanılan dört değerlendirme skalalarını anlayamamıştır. Bu skalalar arasında sözel kategori skalası, yatay VAS, dikey VAS ve yüz ağrı skalaları yer almaktadır.

Ciddi demaslı yaşlı bireyler için sistematik review çalışmaları PACSLAC yada Doloplus-2 skalaların bu popülasyon için daha uygun olacağını vurgulamaktadır.

İletişim İle ilgili Engeli Olan Hasta Değerlendirme

Hasta Populasyonu	Genel Yaklaşım
• İnfant ve çocuklar • İleri yaşlı bireyler (85 ve üstü yaşlılar • Emosyonel yada kognitif yetersizliği olan bireyler • İletişimle ilgili kültürel, eğitim ve dil engeli olan bireyler • Entübe Hastalar • Son dönem hastalar	*Değerlendirilme için yeterli zaman ayırmalı ve verilmeli *Bu hasta popülasyona uygun ağrı tanılama skalası bir kategori yada diğer spesifik skalalar kullanılmalı *Ağrı göstergelerinin hiyerarjik bir düzende izlenmelidir • Hastanın kendi bildirimi • Patofizyolojik durumlar yada ağrı oluşturabilecek durumlardaki prosedürler *Ağrı ile ilgili davranışlar (yüz buruşturma, rahatsızlık, sesler) *Aile üyeleri yada bakım vericiler tarafından hasta ile ilgili ağrı bildirimi *Fizyolojik göstergeler (vital bulgular, işaretler) *Alternatif durumlar uygun olmadığında, ağrının objektif ve davranışsal cevaplarına güvenilmeli

Ağrı Yönetimi

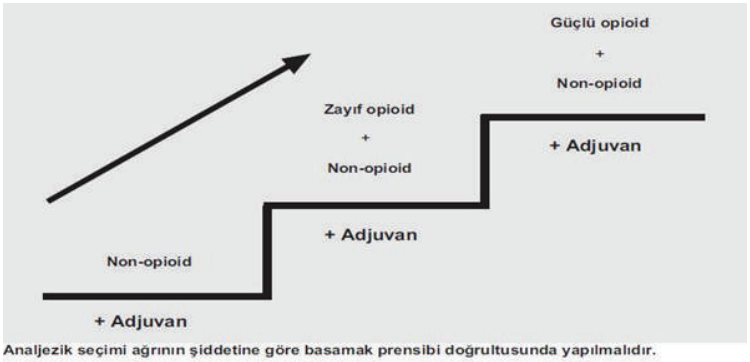
Bireyin ağrı duyusu sübjektif bir duygu olduğu için tedavisi bireysel olmalıdır, tedavinin etkinliğini değerlendirmek oldukça önemlidir.

- İlk ağrı değerlendirmesi sonrası, daha önce ağrı tedavi almadığında, ilk basamak tedavisi önerilir. Hastanın daha önceki tedavi ile ilgili tecrübeleri sorulmalıdır.
- Ağrıyı sınıflamak önemli, nöropatik, nosiseptif ve miks tip
- Tedavide ağrı nedeni ve türüne spesifik olarak analjezik ilaç seçmelisin
- Böbrek fonksiyon bozukluğunda bütün opioidler için doz azaltılması uygundur
- Fentanil, kodein ve oksikodon kronik böbrek yetmezliğinde doz azaltarak güvenle kullanabilirsin

Opiodilerin advers etkileri yakından takip etmelisin ve uygun ilaçları düşünmelisin

- Konstipasyon için laksatif başlamalısın
- Bulantı kusma için antiemetik tedaviye eklemelisin
- Solunum depresyonu dikkate almalısın, (Naloksan)

DSÖ Analjezik Piramidi



Analjezik seçimi ağrının şiddetine göre basamak prensibi doğrultusunda yapılmalıdır.

(G. Vargas-Schaffer. (2010). Is the WHO analgesic ladder still valid?: Twenty-four years of experience. Canadian Family Physician, 56(6), 514-7)

- VAS göre hafif düzeyde (1-3) ağrıya 1. Basamak ağrı tedavisi için Non-steroid anti-inlamatuar ilaçlar (nonopiodiler: parasetamol, metamizol, ibuprofen, diklofenak vb.)

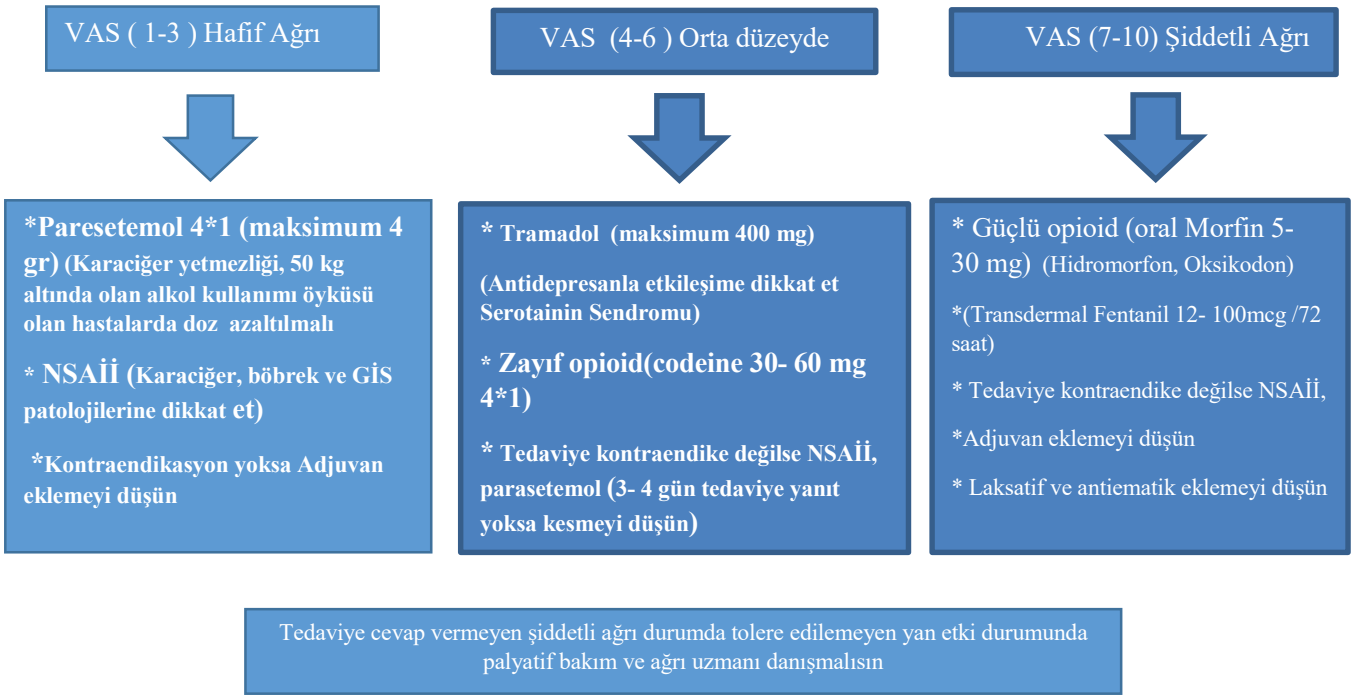
•VAS göre Orta düzeyde ağrı (4-6) (zayıf opioidler: tramadol, kodein)

•VAS göre şiddetli (7-10) (Morfin, Transdermal Fentanil, Oksikodon, Hidromorfon)

•Adjuvanlar (kortikosteroidler, antikonvülzanlar, antidepresanlar, bifosfonatlar vb)

Adjuvanlar tedavide her basamağa eklenebilir, 1. basamak ağrı tedavisinde kullanılan ilaçlar her basamakta kullanılmalıdır

AĞRI TEDAVİ ALGORİTMİ



Non- Farmakolojik Yöntemler

*Ağrı tedavisi ile kullanılabilecek nonfarmakolojik yöntemlerden güvenilir ve etkili yöntemleri hastanın için değerlendir (Kanıt Ib)

1.Fiziksel Girişimler

- Fizyoterapi ve egzersiz (Tatham B et al. T e eff icacy of exercise therapy in reducing shoulder pain related to breast cancer: a systematic review. Physiother Can. 2013;65(4):321-30)
- Masaj (Cassileth BR and Vickers AJ. Massage therapy for symptom control: outcome study at a major cancer center. J Pain Symptom Manage 2004;28:244–9 Soden K, et al. A randomized controlled trial of aromatherapy massage in a hospice setting. Palliat Med.2004;18(2):87-92.)
- Sıcak soğuk uygulama (RNAO, 2013)
- TENS (Transkutanöz Elektrik Sinir Stimulasyonu)
- Akupunture (Alimi D, Rubino C, Pichard-Léandri E, Fermand-Brulé S, DubreuilLemaire ML, Hill C. Analgesic effect of auricular acupuncture for cancer pain: a randomized, blinded, controlled trial. J Clin Oncol 2003;21:4120–6. , Lee H, Schmidt K, Ernst E, et al. Acupuncture for the relief of cancer-related pain- a systematic review. Eur J Pain 2005;9:437-444)

2.Psikososyal Yaklaşımlar

- Kognitif davranışsal terapi (Dikkati başka yöne çekme, hayal kurma)
- Müzik (Huang ST, et al. T eeffectiveness of music in relieving pain in cancer patients: a randomized controlled trial. Int J Nurs Stud.2010;47(11):1354-62.)
- Relaksasyon teknikleri (Gevşeme)

(OCSMC, 2010; RNAO, 2013,)

Hasta ve Aile Eğitimi

*Hasta ve ailesinin ağrı ilaçlarını kullanma ile ilgili bilgi, kaygı ve yanlış inançlarını konusunda eğit
*İletişimin ağrıdaki önemi anlat
*Ağrı şikayetini nasıl ve hangi yöntemlerle ifade edeceğine yardım et
*Ağrı bildirinin sağlık profesyonelleri tarafından şikayet olarak algılanmayacağını açıkla
(RNAO, 2013)
(Jho HJ, Myung SK, Chang YJ, Kim DH, Ko DH. Eff icacy of pain education in cancer patients: a metaanalysis of randomized controlled trials. Support Care Cancer. 2013;21(7):1963-71)

KAYNAKLAR

1. Accreditation Canada. (2011). Pain Management Standards from Canadian Council on Health ServiceAccreditation. Retrieved from http://www.canadianpainsociety.ca/pdf/Standards-Statement-CCHSA.pdf
2. Baker CM, Wong DL. QUEST: a process of pain assessment in children. Orthop Nurs 1987;6:11–21
3. Bao Y, Kong X, Yang L, et al. Complementary and alternative medicine for cancer pain: an overview of systematic reviews. Evid Based Complement Alternat Med. 2014:170396.
4. Carlsson AM. Assessment of chronic pain: I. Aspects of the reliability and validity of the visual analogue scale. Pain 1983;16:87–101
5. Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals (CAMH): The Official Handbook. Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations. Oak Book, IL: The Commission 2006
6. Ernst E, Cassileth BR. Te prevalence of complementary/alternative medicine in cancer: a systematic review. Cancer 1998;83:777–82
7. Eti-Aslan F. Ağrı değerlendirme yöntemleri. Cumhuriyet Üniversitesi HYO Dergisi 2002; 6(1): 9-16
8. G. Vargas-Schaffer. (2010). Is the WHO analgesic ladder still valid?: Twenty-four years of experience. Canadian Family Physician, 56(6), 514-7
9. Hartrick CT, Kovan JP, Shapiro S. The numeric rating scale for clinical pain measurement: A ratio measure? Pain Prac 2003; 3(4): 310-316
10. Hicks CL, Von Baeyer CL, Spafford PA, et al. The faces pain scale-revised:toward a common metric in pediatric pain measurement. Pain 2001; 93: 173-183
11. International Association for the Study of Pain (IASP). (2012c). Pain Terminology. Retrieved from http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Defnitions
12. Jho HJ, Myung SK, Chang YJ, Kim DH, Ko DH. Eff icacy of pain education in cancer patients: a metaanalysis of randomized controlled trials. Support Care Cancer. 2013;21(7):1963-71.
13. Lee H, Schmidt K, Ernst E, et al. Acupuncture for the relief of cancer-related pain- a systematic review. Eur J Pain 2005;9:437-444
14. McCaffery, M., Pasero, C. (1999). Assessment. Pain: Clinical Manual (2nd ed.). St. Louis: Mosby, 35-102
15. Ontario Cancer Symptom Management Collaborative (OCSMC). (2010). Cancer Care Ontario's Symptom Management Guides-to-Practice: Pain. Cancer Care Ontario (CCO). Retrieved from https://www.cancercare.on.ca/cms/one.aspx?portalId=1377&pageId=58189
16. Pasero C, Mc Caffery M. When patients can't report pain. AJN 2000; 100 (9):22-23
17. Registered Nurses' Association of Ontario (2013). Assessment and Management of Pain (3rd ed.). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario. http://www.rnao.org
18. Running, A., & Turnbeaugh, E. (2011). Oncology pain and complementary therapy: A review of the literature. Clinical Journal of Oncology Nursing, 15(4), 374-379/
19. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2008). Control of pain in adults with cancer. A nationalclinical guideline. No., 106. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)
20. Soden K, et al. A randomized controlled trial of aromatherapy massage in a hospice setting. Palliat Med.2004;18(2):87-92.)
21. Taddio, A., Ilersich, A. L., Ipp, M., Kikuta, A., Shah, V., & HELPinKIDS Team. (2009). Physical interventions and injection techniques for reducing injection pain during routine childhood immunizations: systematic review of randomized controlled trials and quasi-randomized controlled trials. Clinical Therapeutics, 31(2), S48-76.
22. Wong-Baker FACES Pain Rating Scale. (Wilson and Hockberry 2008.)
23. World Health Organization. Access to controlled medications program.Geneva: World Health Organization; 2007. Available at: www.who.int/medicines/areas/quality_safety/access_to_controlled_medications_brnote_english.pdf.
24. Hølen J. C, Hjermstad J M, vard Loge J H et al. Pain Assessment Tools: Is the Content Appropriate for Use in Palliative Care? Journal of Pain and Symptom Management, 2006;32(6):567-580
25. 1.Yıldırım YK. Uyar M. Kanser Ağrısını Değerlendirmede Kullanılan Araçlar. Uyar M, Uslu R, Yıldırım YK, editör. Kanser ve Palyatif Bakım İzmir: Meta Basım, 2006, p. 45-70.

İSTANBUL BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ SAĞLIK DAİRE BAŞKANLIĞI
KURUMSAL BAKIM HİZMETLERİ
Dr. Muzaffer SARAÇ

AMAÇ:
İstanbul genelinde yardıma muhtaç kişilere ulaşmak ve bu kişilerin barınma beslenme, sağlık ve sosyal ihtiyaçlarını gidermek. Bu konularda toplumu bilinçlendirmek ve sektörde hizmet kalitesini belirlemektir.

GİRİŞ VE GELİŞME:
Yaşlılık, hayatın diğer evreleri gibi doğal, kaçınılmaz ve tüm insanlar için geçerli olan bir durumdur. Dünyada ve Türkiye'de Sosyo-Demografik değişiklikler, yaşlı nüfus oranındaki artış vb. nedenlerden dolayı sağlık, çevre, konut, sosyal güvenlik, sosyal destek hizmetleri gibi alanlarda yeni hizmetler ve yeni politikalar oluşturması gerekliliğini ortaya çıkmıştır.
Türkiye'de 65 yaş ve üzeri nüfusun tüm nüfusa oranı 2016 yılı sonu itibariyle % 8,3'ye (6 Milyon 651 Bin 503 kişi) ulaşmıştır. Bu oranın 2023 yılında %10,2'ye ve 2050 yılında ise %21'e ulaşması beklenmektedir. İstanbul için yaşlılık oranı ise %6.35 dir.(Tablo.1)

Tablo.1. İstanbul'da Toplam Nüfus ile Yaşlı Nüfus Karşılaştırılması

	Sayılar	Açıklama
Türkiye Nüfusu	**79.814.871**	
65 yaş üstü Nüfus	**6.651.503**	**Tüm nüfusuna orana %8.3**
İstanbul Nüfusu	**14.804.116**	**Tüm Nüfusa oranı %18.5**
İstanbul 65 yaş üstü Nüfus	**940.318**	**İstanbul daki yaşlı oranı %6.35**

Kaynak: TÜİK- 2016

İstanbul Büyükşehir Belediyesi olarak Türkiye'nin En Büyük Bakım ve Huzurevi Olan Darülaceze Kayışdağı Kampüsü'nde, 1000 Kişi Kapasiteyle Yaşlılara hizmet vermekteyiz.
Sakinlerimize fiziksel ve psikolojik durumlarına göre gruplandırılarak kendilerine en uygun yaşam sitesinde konusunda uzman çalışanlarla hizmet verilmektedir. Yaşam sitelerinin fiziki şartları site sakinlerinin profiline göre oluşturularak yaşamsal ihtiyaçları da otomasyon sistemiyle takip edilmektedir.
Kayışdağı Yerleşkesinde 9 farklı yaşam sitemizde sakinlerimizin fiziksel, zihinsel ve mental durumlarına göre yaşamsal ihtiyaçları ve sosyal ihtiyaçları karşılanmaktadır. Spor Salonu, kütüphane, kafeterya, sosyal aktivite merkezi, doğal dinlenme alanları, hobi bahçesi gibi alanlarla da sakinlere rehabilitasyon amaçlı hizmetler verilmektedir.
Başvurular bireyin kendisi ya da ilgilileri tarafından, 153 no'lu Beyaz Masa vasıtasıyla veya 0216 528 84 55 no'lu Yaşlı Danışma Hattı'ndan yapılabilmektedir. Ayrıca Yaşlı Danışma Hattına gelen aramalarda yaşlılık alanı ve sosyal hizmet konularında danışmanlık hizmeti de verilmektedir.

Akseki Ormanalı Abdullah ve Nerime Turan Sanatçı Yaşam Evi
Kurumumuz Türkiye'de bir ilki gerçekleştirerek ülkemizin sanat yaşamına katkıda bulunanlara Kartal İlçesi'nde 7000 m2'lik alanda Sanatçı Yaşam Evi ile hizmet vermektedir.

Dr. Beşir Akınal Huzurevi
Öz bakımını yapabilen, fiziksel ve zihinsel herhangi bir sağlık sorunu bulunmayan sakinlerimize hizmet vermektedir.

Yaşam Evleri
Darülaceze'de kalma şartlarına sahip yaşlıların; alıştıkları sosyal ortamlarından, mahallelerinden ve semtlerinden koparılmadan kendilerine uygun evlere yerleştirilerek sosyal bir çevrede yaşamlarını sürdürmeleri sağlanan evlerdir. Yaşam evlerinde, yaşlı bireye mümkün olduğunca çeşitli desteklerin verilerek toplum içerisinde yaşamasının sağlanması, yatılı kurumsal bakımın ötelenmesi sağlanmaya çalışılmaktadır.
Bununla yaşlıların sosyal hayata entegrasyonunun maksimum derecede mümkün kılındığı, güvenlik ve bağımsızlıklarının sağlandığı yeni bir hizmet modeli ortaya çıkarılması amaçlanmıştır.
Yaşam Evlerinin Kirası, tefrişi, bakım-onarımı, elektrik, su, doğalgaz giderleri, apartman aidatı ve ortak giderleri kurumumuz tarafından karşılanmaktadır.
Yaşam Evi Sakinlerine verilen hizmetler içerisinde, net asgari ücretin yarısından fazla olmak üzere aylık harçlık verilmesi ve tüm giyim ihtiyaçlarının karşılanması da yer almaktadır.

Ayrıca, haftalık ziyaretlerde sakinlerin sağlık durumu gözlemlenmektedir. Sakinler aile hekimine kendisi gitmektedir. Hastaneye gidilmesi durumunda idare tarafından randevusu alınarak gerekli takipleri yapmaktadır. Yaşam Evleri projesinde kalmakta olan sakinler sağlık durumlarının kötüye gitmesi durumunda tedavi ve bakım hizmetlerinin daha düzenli devam edilebilmeleri için kısa veya uzun süreli olarak Kayışdağı ana kampüsünde bulunan yaşam sitelerine alınmaktadırlar.
Yaşam evlerinde kalan sakinlerimiz kurumumuz tarafından düzenlenen piknik, kahvaltı, tatil programları, iftar programları ve yemek programları gibi organizasyonlara katılmaktadırlar.
İstanbul'un farklı ilçelerinde 25 Yaşam Evinde 41 yaşlıya hizmet verilmektedir.
Evsizlere Yönelik Sağlık ve Sosyal Bakım Hizmeti:
İstanbul'da sokakta veya terk edilmiş mekanlarda yaşayan kişilerin kış ayları süresince barınma, beslenme, kişisel hijyen,sağlık,giyim ve sosyal ihtiyaçları karşılanmaktadır. 2015-2016 Toplam 2.844 Kişi,2016-2017 Toplam 4.592 kişiye hizmet verilmiştir.

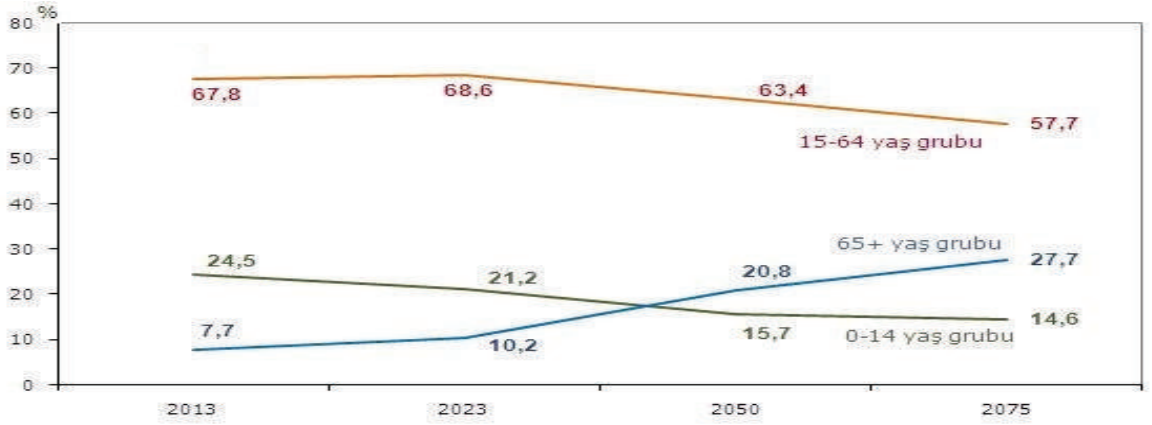
YAŞLILARIN YAŞAM KALİTESİNİ ARTIRMAK İÇİN YÜRÜTÜLEN FAALİYETLER:
Manevi Destek Çalışmaları kapsamında, İl Müftülüğü görevlilerince dini ve ahlaki konuların işlendiği programlar düzenlenmektedir.
Sosyal Bakım Çalışmaları kapsamında; ilgili uzmanlar (sosyolog, psikolog, diyetisyen, sağlık personeli, hastabakıcı, doktor vb) tarafından, her sakin için ayrı ayrı durum analizi yapılmakta, ihtiyaçları belirlenmekte, gerekli hizmet önerilerinin yapıldığı sosyal bakım planı oluşturulmaktadır.
Sosyal Hayata Adaptasyon Çalışmaları Kapsamında; kurum içi ve dışı sosyalleşme çalışmalarını içermektedir. Kurum içi sosyalleşme çalışmaları kapsamında; sakinler için doğum günleri, piknikler, site yönetim kurulu seçimleri, geziler gibi faaliyetler düzenlenmektedir. Kurum dışı sosyalleşme çalışmaları kapsamında ise; sakinlerin önceki kültürel ve sosyal faaliyetlerini devam ettirebilmeleri ve kurum dışındaki toplumsal hayata katılıp, sosyalleşmelerini sağlamak amacıyla kurum dışı geziler, kutlamalar gibi etkinlikler düzenlenmektedir.
Aktif Yaşlılık Çalışmaları Kapsamında, düzenli egzersiz ve spor yapılarak, yaşlanma ve yaşlılıkla birlikte ortaya çıkan sorunların azaltılması ve sakinlerin yaşam kalitesinin artırılması hedeflenmiştir.
Darülaceze Dostluğu ve Gönüllülüğü Çalışmaları Kapsamında, özellikle üniversite ve lise öğrenci grupları ile gönüllü olan kişilerin sakinlerle iletişim kurması ve sakinlerin sosyal hayata adaptasyonları sağlanmaktadır. Herhangi bir beklenti içerisinde olmadan bireyin emek ve zamanını başka bireylerin yaşam kalitelerini artırmak adına yaptığı çalışmalardır. Liseler, üniversiteler, sivil toplum kuruluşları ve bireylerden oluşan gönüllü çalışmalar zamanla olgunlaşarak sistemli bir hale gelmiştir. Bu alanda oluşturulan "gönüllü yönetmeliği, gönüllü bilgi ve takip formu" ile gönüllülerimizin giriş çıkışları, yaptıkları çalışmalar kısacası takipleri kolayca yapılabilmekte ayrıca oluşturulan "gönüllü kimlik kartı" ile de gönüllülerimizin kuruma karşı olan aidiyet duyguları artmaktadır.

HİZMETTEN YARARLANAN KİŞİ SAYISI:

Hizmet	2016	2017(Nisan ayı dahil)
Darülaceze Sakinleri	**1014**	**866**
Kayışdağı Kampüsü	**829**	**738**
Yaşam Evi Sakinleri	**39**	**41**
İSMEM Sakin Sayısı	**25**	**3**
Beşir Akınal Huzurevi Sakin Sayısı	**65**	**53**
Sosyal Organizasyonlar	**1130**	**236**
Ziyaretçi Sayısı	**28.000**	**9.703**

İSTANBUL BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ SAĞLIK DAİRE BAŞKANLIĞI
EVDE BAKIM HİZMETLERİ
Dr. Muzaffer SARAÇ

AMAÇ:
Ülkemizin en kalabalık, iktisadi ve kültürel açıdan en önemli şehri olan İstanbul, nüfus açısından da belediye sınırları göz önüne alınarak yapılan sıralamaya göre Avrupa'da birinci sırada gelmektedir.
Bu bağlamda Evde Bakım Hizmetleri, İstanbul Büyükşehir Belediyesi sınırları içinde yaşayan hasta veya bakıma muhtaç bireylerin ve yakınlarının yaşadıkları ortamda sağlık, bakım, rehabilitasyon ihtiyaçlarının karşılanması amacıyla başlatılmış bir hizmettir. 2001 yılında pilot çalışma ile başlayan hizmet, 2005 yılında tüm İstanbulu kapsayacak şekilde sunulmaya devam etmiştir.
GİRİŞ ve GELİŞME :
Ülkemizde toplumsal değişimler, bilinç düzeyinin artması, hizmet taleplerindeki değişiklikler ve en önemlisi yaşlı nüfus oranındaki artış ile kronik hastalıkların doğru orantılı olarak artması, şehir yaşantısı vb. faktörlerin stresi tetiklemesi günümüzde ve gelecekte bakım hizmetlerine ihtiyacın artacağının kaçınılmaz olduğunu göstermektedir.
Bunların yanı sıra, endüstrileşme süresince coğrafik hareketliliğin artması, kentleşme ve dolayısıyla aile yapılarının değişmesi, geniş ailelerin giderek çekirdek aileye dönüşmesi ve kadınların giderek daha fazla çalışma yaşamına girmesi gibi nedenlerden dolayı aile içinde bakım verici roldeki kişilerin azalması söz konusudur. Bu da yaşlı ve özellikle kronik hastalığı olan bireylerin bakımında aile dışı insan gücü ve teknoloji kullanımını zorunlu kılmaktadır.

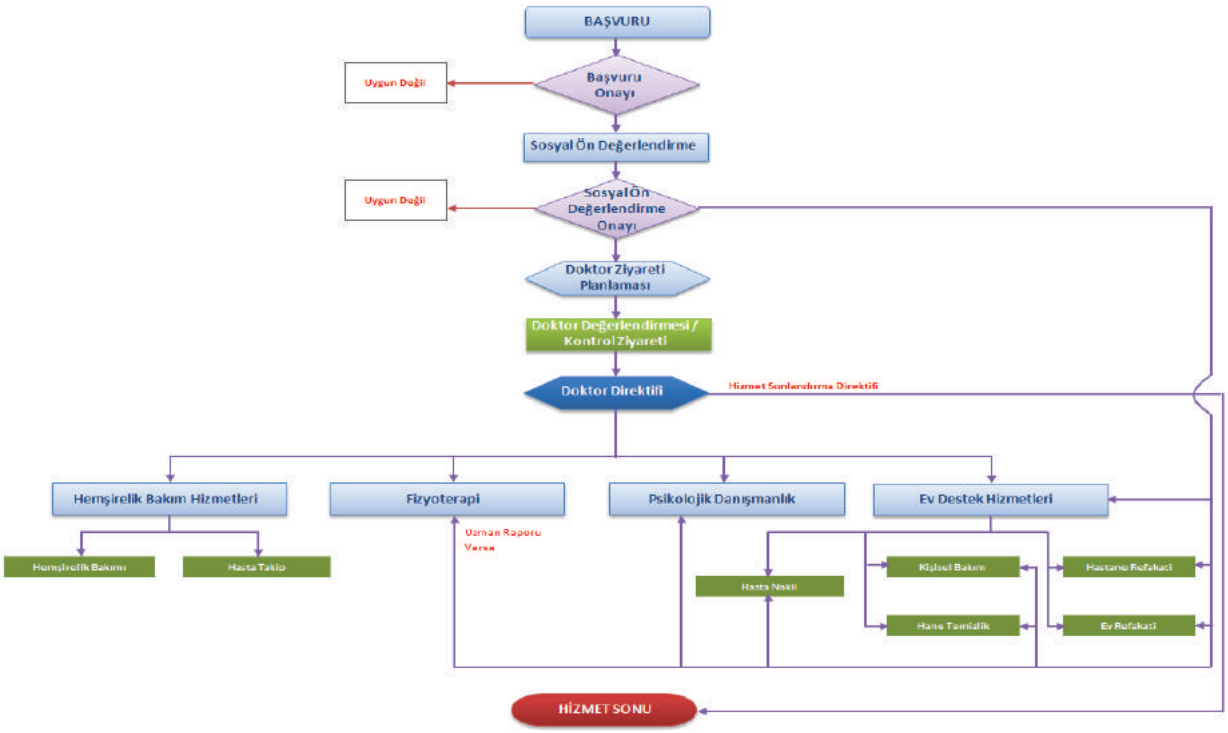


Şekil 1. 2013-2075 Türkiye'de Nüfusun Yaş Yapısının Değişimi projeksiyonu (TÜİK-2013)

Yukarıda belirttiğimiz gibi Epidemiyolojik spektrumdaki değişiklikler sonucu, akut hastalıkların öneminin azalması ve tedavisi daha pahalı olan kronik hastalıkların önem kazanması gibi faktörler hastane maliyetlerinin hızla artmasına neden olmaktadır.
Tedavi maliyetlerinin azaltılması, ülke ekonomisine katkı sağlanması, kaynak israfının önlenmesi, hastanelerde meydana gelebilecek yığılmaların önlenmesi, iyileşme süresinde pozitif psikolojik etki sağlanması, İyileşme döneminin kesintisiz olması, Hastane Enfeksiyonlarının azaltılması, Hasta ve yakınlarının, eğitimli ve kendine yeterli hale getirilmesi için evde sağlık hizmetleri önem arz etmektedir.

İBB EVDE BAKIM HİZMET SÜRECİ
Hizmet 279 personel, 111 araç ile gerçekleştirilmektedir.
Günde yaklaşık 700 Hane Ziyareti yapılmaktadır
Hizmetten Yararlananlar:
- **Evde aile bireyleriyle birlikte yaşayan veya kimsesiz, engelli, yaşlı, yatağa bağımlı, hayatını başkalarına bağımlı olarak idame ettiren bakıma muhtaç bireyler,**
- **Hastanede gördüğü tedavi veya ameliyat sonrasında taburcu edilen ve idame tedavisinin evde sağlanması gereken hastalar,**
- **Kronik hastalıkları olanlar,**
- **Terminal dönem hastaları,**
- **Hastanede yatmayı gerektirmeyecek şekilde tıbbi tedavi ve bakımı gereken hastalar,**
- **Evde Fizyoterapi, Psikoterapi hizmetine ihtiyacı olanlar,**

Hizmet Akış Şeması:



Şekil 2. Hizmet Akış Şeması(İBB, Sağlık Daire Başkanlığı-2017)

Hizmetin Sonlandırılması; Hastanın evde sağlık hizmetlerine ihtiyacının kalmaması, iyileşmesi, vefat etmesi, hasta veya yakınının hizmeti yapacak duruma gelmesi, sosyal çalışma ekipleri tarafından uygunsuzluk raporu verilmesi, hasta veya yakınının hizmete uyumsuzluk göstermesi, yapılan hizmetten hastanın fayda sağlanmadığının tespit edilmesi durumunda hizmet sonlandırılmaktadır.

Tablo 1. İBB Evde Bakım Hizmetleri 2002-2017 Hizmet Sayıları

	2016	2002-2017 Mart Toplam
Hizmet Verilen Kişi Sayısı	10.082	213.267
Sağlık- Sosyal Ön Değerlendirme	15.498	643.837
Evde Doktor Muayenesi	10.363	323.648
Hemşire Bakım	137.520	969.628
Fizyoterapi	17.493	186.066
Psikolojik Danışmanlık	4.555	36.422
Hane/ Kişisel Bakım	5.169	22.036
Nakil	6.116	35.973

Kaynak: İBB, Sağlık Daire Başkanlığı-2017

Tablo 2. Sağlık Bakanlığı ve İstanbul Büyükşehir Belediyesi Hizmetleri Sayısal Karşılaştırması

Sayı	Sağlık Bakanlığı			İstanbul Büyükşehir Belediyesi		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Aktif Dosya	31.361	52.174	69.950	8.479	8.052	10.082
Aylık Ziyaret	7.957	8.290	16.583	12.613	12.848	17.921
Yıllık Ziyaret	95.485	99.121	132.661	151.359	154.179	215.057
Kişi Başı Ort. Ziyaret	3	2	2	19	19	21
Merkez	58	51	91	3	3	3

Kaynak: İl Halk Sağlığı, İBB Sağlık Daire Başkanlığı-2017

SONUÇ:
Ülkemizde Evde Sağlık ve Bakım Hizmetleri Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Yerel Yönetimler, STK'lar ve Özel Sağlık Kuruluşları aracılığı ile verilmektedir. Bu da bazı hizmetlerde mükerrerliğe neden olmakta ve hizmet sunumu açısından sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

ANA SORUNLAR

Hizmeti Kim Sunacak?
Hizmetlerden Kimler Yararlanacak?
Bu Hizmetler Nasıl Sunulacak?
Finansmanı Hangi Kaynaklardan Sağlanacak?

ÖNERİLER

Tek Merkezden Yönetim
Hizmet Standartlarının Oluşturulması
Kurumların Entegrasyonu ve Koordinasyonu
Ortak Finansman Sağlanması
Ortak Veri Tabanı Oluşturulması

Mevcut sistemin iyileştirilmesi için öncelikle ana sorunlar ve bunlara yönelik çözüm önerilerini irdelememiz çok doğru olacaktır.

SONDA,KATATER,NAZOGASTRİK(NG) SONDA,PERKÜTAN ENDOSKOPİK GASTROSTOMİ(PEG),VENÖZ KATATER,SANTRAL KATATER,MUKOZİT VE AĞIZ BAKIMI

Serap OTAR

AMAÇ

Sonda,Katater,NG Sonda,PEG,Venöz Katater,Santral Katater,Mukozit Ve Ağız Bakımının güncel bilgiler ile kongre katılımcılarına sunulması.

GİRİŞ

Sonda,katater,NG,PEG,venöz ve santral katater,mukozit ve ağız bakımı temel hemşirelik bakımını kapsamaktadır.Palyatif Bakım; özel bilgi, beceri ve tutum gerektirir ki bu da özelleşmiş eğitim ile gerçekleşir.her geçen gün gelişen teknoloji ile bakım yöntem ve ekipmanları da gelişmektedir.Hastaların yaşam kalitelerinin arttırılmalı,güncel bilgiler çerçevesinde bakım alması sağlanmalıdır.

GELİŞME

Sonda,katater bakımında amaç;Kateterin işlevsel devamlılığını sağlanması ve üriner enfeksiyon oluşmasının önlenmesidir.Üriner kateteri olan hastada enfeksiyonu önlemek için periüretral bölgenin antiseptiklerle temizlenmesine gerek yoktur. Hastanın rutin banyo ya da tuvalet sonrası temizliği sırasında rutin günlük temizliğini su ve sabunla yapması yeterlidir.Bölgenin kuru tutulması sağlanmalı,nemlendirici kullanılmamalıdır.

Nazogastrik sonda; Üst gastrointestinal sistem (GİS) kanamalarının tedavisi, değerlendirilmesi, Mide içeriğinin toplanması, mide lavajı, mide salgılarının aspirasyonu, İlaç verme, beslenmenin yapılması amacıyla uygulanır Ng sondanın yerinde olup olmadığı rutin kontrol edilir,kayıt altına alınır. Sondanın tespiti için kullanılan flaster her gün değiştirilir ve her değişimde burun deliğinin başka bir kenarına doğru sabitlenir Sondanın midede uzun süre bırakılması perforasyon, ülserasyon, mukoza irritasyonu, epistaksise neden olabileceğinden sonda 3- 7 günde bir diğer bir burun deliğine takılır

Perkütan endoskopik gastrostomi;.Ağızdan yeterli besin alınamayan durumlarda endoskopi yoluyla karına yerleştirilen beslenme tüpüdür. İlk peg pansumanı PEGin yerleştirilmesinin ertesi günü olmalıdır.Stoma kanalında granulasyon oluşana kadar genellikle1- 7gün arası steril pansumanın her gün değiştirilmesi ve lokal dezenfeksiyonu sağlanması önerilir. Yara iyileşmesinden sonra (peg takılmasından 1-2 hafta sonra) su ve sabunla temizleme uygundur ve hasta yakını ev ortamında da bakımını bu şekilde devam ettirebilir Temizlik ,tüpün girdiği yerden dışarı doğru dairesel hareketle yapılmalı,cildin kurulanmasına özen gösterilmelidir.

Periferik venöz ve santral katater bakımında amaç; kateterin tıkanması ve enfeksiyon oluşmasının önlenmesidir. Kateter giriş yeri enfeksiyon belirtileri yönünden kontrol edilir. pansuman seti steril şekilde açılır ve steril eldiven giyilir.Kateter çevresi % 2‘ lik klorheksidin veya % 10 povidon iyot ile saat yönünde/ içten dışa dairesel hareketle steril gazlı bez ile kontamine edilmeden silinir Santral venöz kateter giriş yeri steril gazlı bez ve tespit materyali kapatılıp üzerine tarih ve bakımı yapan kişinin parafı atılmalıdır. Katater pansumanımızı steril gazlı bez ile yapıyorsak 24 saatte bir;klorheksidin içeren özel ürün kullanıyorsak 7 günde bir yapmalıyız.

Mukozit ve ağız bakımı; : Mukozal membranda ki ülseratif ve/veya enflamatuar durumlardır Oral mukozit lezyonları, enflamasyonlu ve kanamalı ülserasyonlar şeklindedirler.Hastalara, ülsere ve ağrılı bölgelerin daha hızlı iyileşmesi için, günde en az 4 defa ılık sodyum bikarbonat solüsyon ile gargara yapmaları önerilmelidir

TARTIŞMA VE SONUÇ

Kaliteli yaşama hakkının ilke edinildiği palyatif bakım merkezlerinde son teknoloji ve bilgi ile bakımın verilmesi temel amaçtır.

PEDİATRİK PALYATİF BAKIM
Uzm. Dr.Yelda ÇUFALI

AMAÇ :
• Pediatrik palyatif bakımda özel bakım gerektiren çocuğun yaşamına yıllar katmaktan çok, yıllarına yaşam katmak , ailesinin ve kendisinin yaşam kalitesini yükseltmek , yaşamlarına anlam katmayı hedeflemekteyiz.

GİRİŞ:
• Bursa Dörtçelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi Palyatif Bakım Servisi 13 Ağustos 2015 tarihinde açılmıştır.Türkiye'deki İLK ve TEK Pediatrik Palyatif Bakım Servisi olma özelliğini taşımaktadır. 7 Yataklı olarak hizmet vermektedir.Sadece Bursa ve çevresi değil Güney Marmara ve tüm illerden ihtiyaç doğrultusunda hasta kabulü yapmaktadır .

PEDİATRİK PALYATİF BAKIM EKİBİ : 1 Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı (sorumlu hekim),1 Konsültan Pediatri Uzmanı , 5 Pediatrik yoğum bakım deneyimli ve iletişimi güçlü hemşire, 2 hasta bakımında yardımcı personel , 1 tıbbi sekreter.Destekleyici Ekip : Psikiyatrist , Psikolog , Fizyoterapist, Öğretmen, ilgili tüm pediatrik yan dal hekimleri.

GELİŞME:
• Pediatrik yoğun bakımda uzun süre yatan kronik bakım hastalarının evdeki bakımına hazırlanması yoğun bakımdan eksterne edilmesi noktasında ciddi zorluklar vardır. Bu durum gereksiz yoğun bakım yatış süresini, hastanede kalış süresini uzatmaktadır.Ülkemizde zaten sınırlı sayıda olan pediatrik yoğun bakım yatak kapasitesinin büyük bir kısmı bakım hastalarıyla iyice sınırlı hale gelmektedir. Sağlık Bakanlığı 2013 istatistik verilerine göre ülkemizdeki pediatrik yoğun bakım yatak sayısı 1.116 'dır . Yılda yaklaşık 60.000 çocuğun yoğun bakım ihtiyacı olduğu tahmin edilmektedir. Ortalama 5.700 çocuk yoğun bakım hizmeti aldığına göre yatak kapasitesi ihtiyacının % 20 'sini dahi karşılayamamaktadır. Mevcut yatak sayısına göre ülkemiz için : pediatrik yoğun bakım yatak sayısı /çocuk nüfus oranı :
1 / 137.000 dir.
Servisimizde açıldığı tarihten bu zamana kadar 343 hastaya hizmet verilmiştir. Ortalama Yatış Günü= 6,75 Gün
Pediatrik Palyatif Bakım Sevisimizde "Yatış Kriterleri"miz olup hastalar buna göre interne edilmektedir.
Hastanın evde bakımına hazırlanması için anneye ilgili doktor , bakım hemşireleri, fizyoterapistler tarafından EĞİTİMLER verilmektedir.Ayrıca hastalarınıza öğretmen, fizyoterapist, psikolog desteği sağlanmaktadır.
Yedi yataklı servisimizde hasta annesiyle beraber olarak uzun süreli yoğun bakım yatışlarındaki kopmuş olan anne-çocuk bağı yeniden inşa edilmektedir. Başlangıçta annelerimiz sadece gözlemci iken kendisini hazır hissettiği zaman bakım eğitimlerine katılması, öğrenmesi ve bir süre sonrada bizim gözetimimizde kendisinin bakım yapmasını sağlıyoruz. Bu süreçte çocuktaki psikososyal gelişimlerle motive olan kendini yeterli hissetmeye başlayan anneye evdeki bakımına başlamasında önceliğimiz olan "anne özgüven temini" ni sağlamış oluyoruz. Eğitim sürecinde annelere psikolog, sosyal hizmet uzmanımız ile sürekli ve planlı destek sağlıyoruz.

TARTIŞMA ve SONUÇ:
• Hastalarımız gerekli tedavi ve anne eğitimlerinin ardından "Taburcu Olma Kriterleri " ne göre taburcu edilirler.
Hastalar eve taburcu olduktan sonra yoğun bakım , palyatif bakım , evde sağlık hizmetleri birbiriyle iletişim halinde hastalara sağlık hizmetimiz devam etmektedir. Ayrıca palyatif bakım telefonlarımız ve sosyal medya gruplarımız ile il dışından hastalarımızla dahi iletişim ve danışmanlığımız 7/24 sürmektedir.

THE IMPLEMENTATION OF PALLIATİVE CARE IN A UNIVERSİTY HOSPITAL LOCATED IN NORTHERN TURKEY

Ismail OKAN

Surgical Oncology Section, Department Of General Surgery, Medical Faculty,
Palliative Care Reserach And Application Center,
Gaziosmanpasa University, Tokat, Turkey

Aim: The Implementation of Palliative Care (PC) is challanging task since PC is a relatively new area of medicine in Turkey. Here we summarized our experience of PC implementation in a region where PC had not been available as an institution before.

Materials and Methods: PC study group was established in 2010 in the university hospital located in Tokat. An educational program was established to self educate the group members and increase the knowledge and experience with PC patients. The PC Research and Application Center was established in 2015. An implementation program to introduce PC through hospital, university and city was created. The data was collected prospectively between October 2015-October 2016.

Results: PC educational program consisted of seminars and presentations organized by a multidisiplinary team.The educational visits to 5 countries (Uppsala/Sweden, Trondheim/ Norway, Bonn/Germany, London/United Kingdom, Amman/Jordan) where dedicated PC centers are present were performed between 2011-2015. PC unit with outpatient clinic and ward services through consultations has been established in 2015. Students from medical and nursing faculties were trained in 8 courses. In a context of PC education , healthcare professionals in medical faculty and training hospitals, faculty members from different faculties (nursery, theology, dentistry, agriculture, bioengineering and etc.), members of govermental instutions and NGO's were informed about PC service in our university.

Conclusion: An active approach to PC implementation into a city where PC is unknown is necessary to introduce PC correctly. It also helped to increase the awereness of Palliative care among city population.

BİLDİRİ VE POSTERLER
SÖZEL BİLDİRİLER

PALYATİF BAKIM MERKEZLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN PALYATİF BAKIMA YÖNELİK GÖRÜŞLERİ VE BİLGİ DÜZEYLERİNE EĞİTİMİN ETKİSİ

Yrd. Doç. Dr. Metin DİNÇER Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara Ulus Devlet Hastanesi
Yrd. Doç. Dr. Nazan TORUN Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

Amaç: Bu çalışma palyatif bakım merkezlerinde (PBM) çalışan hemşirelerin palyatif bakıma yönelik bilgi ve tutumlarını ve eğitimin etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve yöntem: Çalışma, Ankara Ulus Devlet Hastanesinde "PB Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı" na katılan gönüllü 42 hemşire ile gerçekleştirildi. Çalışmada, PBM'nde çalışan/çalışması planlanan hemşirelerin PB'a olan bilgi ve tutumlarını öğrenmek için açık uçlu sorular temel veri toplama aracı olarak kullanıldı. Katılımcılara eğitimden önce 10 açık uçlu soru, teorik eğitim ve pratik eğitimden sonra 12 açık uçlu soru yazılı olarak soruldu. Verilerin çözümlenmesinde kalitatif araştırmaların analizlerinde kullanılan temel yöntemlerden olan içerik analizi yöntemi kullanıldı.

Bulgular: % 83' ü (n=35) kadın olan katılımcıların yaş ortancası 33 yıldır (min-maks:21-50) katılımcıların % 62'i (n=26) lisans mezunu, % 62'si (n=26) devlet hastanesinde, geri kalanı eğitim ve araştırma hastanesinde çalışmaktaydı. Araştırma katılanların meslekte toplam çalışma süresi ortancası 12 yıl (min-maks:1-30), PBM çalışma süresi ortancası 13 aydır (min-maks:0-48).
Çalışmamız sonucunda; hemşirelerin PB'a ilişkin algıları 6 tema ile açıklandı. Bunlar; "Palyatif Bakımın Anlamı", "Yaşam Kalitesini Artırma", "Bakımın Büyük Bir Parçası Hasta Ailesi/Yakını", "Yetersizlikler", "İletişim ve İş Birliği", "Güçlükler".
Eğitimden önce katılımcılar palyatif bakımı, bakım süreci olarak tanımlarken teorik eğitimden sonra bütüncül yaklaşım ve sağlık hizmeti, pratik eğitimden sonra ise bütüncül yaklaşım ve destek olma süreci olarak tanımladı.
PB'ın amacı ve hastaların ihtiyaçları katılımcılar tarafından eğitimden önce ; hastanın kişisel bakımın sağlanması, beslenmenin sağlanması, teorik eğitimden sonra; hastanın yaşamın son dönemlerinde yaşamı daha kaliteli geçirmesi, pratik eğitimden sonra ise; hasta ve hasta ailesine/yakınına destek olmak şeklinde PB yaşam kalitesini artırma şeklinde ifade edildi.
Etik ikilemler kategorisinde, eğitimden önce katılımcıların bu konuda fazla bilgi sahibi olmaması nedeniyle eğitimlerden sonra farklı kategoriler bulundu.
Katılımcılar eğitimden sonra palyatif bakım ile ilgili yeni bilgiler edindiğini ve bazı konularda ise yanlış bilgilerinin olduğunun farkına vardıklarını ifade ettiler.

Tartışma ve Sonuçlar: Eğitim öncesi ile teorik ve pratik eğitim sonrası aynı adlarda temaların olmasına rağmen PB'ın anlamı ve yaşam kalitesini artırma temaların alt kategorileri ile etik ikilemlerin kategorilerinde farklılıklar bulundu. Bu çalışmada PBM'nde görev yapan hemşirelerin, uygulanan sertifikalı eğitim programı sonrasında, PB hakkında bilgilerinin iyileştiği ve geliştiği görüldü. Sonuç olarak PB konusunda standartlaştırılmış eğitim programları ile sağlık çalışanlarının PB konusunda yeterli bilgiye ve tutuma sahip olacağı düşünülmektedir. Ayrıca palyatif bakım hizmetlerinde yaşanan güçlüklerin ve yetersizliklerin yasal düzenlemeler ile çözülebileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelime: Palyatif Bakım, Algı, Tutum, Bilgi, Eğitim, Hemşire

PALYATİF BAKIM MERKEZİNDEN EV TİPİ VENTİLATÖRLE TABURCU EDİLEN 5 HASTAMIZ

Abdullah KAHRAMAN, Havva Yeşil ÇINKIR

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Van Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji Kliniği, Van , Türkiye
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Van Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği, Van, Türkiye

Anahtar sözcükler: Ev tipi ventilatör, palyatif, trakeostomi

Giriş: Kronik solunum yetmezliginin tedavisinde evde uzun süreli mekanik ventilasyon (USMV),önemli ve basarılı bir teknik olarak özellikle gögüs duvarı ve nöromüsküler hastalıklarda morbidite ve mortaliteyi azaltıcı etkisiyle tüm dünyada giderek daha yaygın bir sekilde kullanılmaktadır.

Vaka 1: 70 yaşında kadın hasta özefagus ca nedeniyle kemoterapi ve radyoterapi tedavisi almıştır. Hastanın boynunda meydana gelen ödem nedeniyle hasta entübe edilmiş ve anesteziyoloji yoğun bakım ünitesine alınmıştır. Burada hastaya trakeostomi ve perkutan gastrostomi açılmıştır. Hasta daha sonra ev tipi ventilatörle palyatif bakım servisine alınmıştır. Burada gerekli tedavisi düzenlenen ve gerekli eğitimin verildiği hasta 4 hafta sonra taburcu edilmiştir.

Vaka 2: 68 yaşında kadın hasta kardiyak arrest sonrası başarılı resüsitasyonla anesteziyoloji yoğun bakım ünitemize alınmıştır. Burada hastanın 5 gün içinde bilinci açılmış GKS 10+ entübe olan hastaya ekstübasyon denenmiştir. Hasta ekstübasyon sonrası ciddi solunum sıkıntı yaşamış ve reentübe edilmiştir. Hastaya bronkoskopi yapılmış ve ciddi trakeal stenoz olarak düşünülmüştür. Bunda sonra hastaya cerrahi trakeotomi açılmış ve ev tipi ventilatörle palyatif bakım servisine kabul edilmiştir. Burada gerekli tedavisi düzenlenen ve eğitimleri verilen hasta taburcu edilmiştir.

Vaka 3: 52 yaşında ALS'li hasta 3 yıldır tedavi görmektedir. Hastanın solunum problemlerinin artması nedeniyle hasta acil serviste entübe edilerek anesteziyoloji yoğun bakım ünitesine alındı. Hasta burada 2 haftalık tedaviye rağmen ekstübe edilemedi. Grigs yöntemi ile hastaya perkütan trakeostomi açıldı. Hasta ev tipi ventilatörle palyatif bakım servisine kabul edildi. 2 haftalık eğitim ve tedavi düzenlenmesinden sonra hasta evde sağlık hizmetleri aracılığıyla taburcu edildi.

Vaka 4: 65 yaşında kadın hasta ALS hastalığına bağlı solunum yetmezliği nedeniyle acil serviste entübe edilerek anesteziyoloji yoğun bakım ünitesine alındı. Tedavisinin 10. gününde Griggs yöntemiyle hastaya perkütan tarkeostomi açıldı. 15. gününde yutma refleksinin de çok zayıf olması sebebiyle PEG takıldı. Sonrasında ev tipi ventilatörle hasta palyatif bakım ünitesine kabul edildi. Hasta 2 haftalık tedavi ve eğitim programı sonrasında evde bakım hizmetleri aracılığıyla taburcu edildi.

Vaka 5: 67 yaşında kadın hasta KOAH, kalp yetmezliği ve pnömoni nedeniyle anesteziyoloji yoğun bakım ünitesine alındı. Hasta entübe edildi. 12. gününde uzamış ventilasyon nedeniyle Griggs yöntemi ile perkütan trakeostomi açıldı. Enfeksiyonu toparlayan hastanın günde en az 4 saat ventilatör desteği ihtiyacı olması üzerine hastaya ev tipi ventilatörle palyatif bakım servisine alındı. Burada 1 aylık takip ve tedavi sonrası hastanın günlük ventilatör ihtiyacı 2 saat civarındayken hasta yakınlarına gerekli eğitimler verilerek taburu edildi.

Sonuç: Palyatif bakım ile yoğun bakım ünitelerinin organizasyonu bu hastalara daha kaliteli hizmet verilmesini sağlayacaktır.

PALYATİF BAKIMDA YENİDEN KEMOTERAPİ BAŞLANAN METASTATİK AKCİĞER KÜÇÜK HÜCRELİ KARSİNOMLU HASTA OLGU SUNUMU

İbrahim TAYCI, Erol KARAASLAN

Malatya Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Ünitesi

Giriş:

Palyatif bakım iyileştirici tedavilerin tükenmesinin ardından başlayan, hastaların yaşamlarının son dönemlerinde ortaya çıkan sorunlarına semptomatik ve rahatlatıcı çözümler üreten hizmetler bütünüdür1. Akciğer küçük hücreli karsinomunda tedavisiz sağkalım oldukça sınırlıdır2. Kemoterapi ve radyoterapiye rağmen yine de sürvi kısadır. Özellikle metastatik nüks eden vakalarda sağkalım oldukça kısa olmaktadır3. Palyatif bakım ünitemizde bulunan metastatik küçük hücreli karsinomu olan bir hastamıza sağladığımız bakım ve performans durumunun düzelmesi ile yeniden kemoterapi başlanmasını inceledik.

Anahtar Kelimeler: Palyatif bakım, küçük hücreli akciğer karsinomu

Olgu

60 yaşında erkek hasta tarafımıza halsizlik, şiddetli bulantı ve ağrı şikayetleriyle başvurdu. öyküsünde 1 yıl önce akciğer küçük hücreli karsinom tanısı aldığı, kitlenin hiler yerleşimli olması sebebiyle opere olamadığı ve 6 kür sisplatin+etoposid rejimi aldığı öğrenildi. eş zamanlı olarak 30 gün radyoterapi de uygulandığı ve beyin için de profilaktik radyoterapi aldığı öğrenildi. kontrollerinde kitlenin kaybolduğu ifade edilen hastanın takibinin 6. ayında karşı akciğer, beyin ve lenf nodları metastazlarıyla yeniden hastalık tespit edilmiş. genel durumunun kötü olması, performans skorunun düşük olması sebebiyle kemoterapi başlanması düşünülmeyen hasta palyatif destek tedaviler açısından tarafımıza başvurdu. hastanın ilk değerlendirmesinde tansiyon arteryel 100/60 mmHg, nabız 110/dk, oksijen saturasyonu parmak ucu probuyla %88 tespit edildi. glaskow skoru 13 olarak belirlenen hasta ileri derecede halsiz ve bitkin görünüyordu. tüm vücudunda ağrıları olduğunu ifade eden hastanın visuel ağrı skoru (VAS) 5-6 seviyesindeydi. bulantı ve kusması olan hastanın tüm vücudu terli ve soğuktu. dispnesi de olan hastanın akrosiyanozu mevcuttu. ECOG skoru 4, Karnofsky performans skoru ise 30 tespit edildi. hastaya yapılan ilk müdahalenin ardından maske ile oksijen ve bronkodilatör tedaviler uygulandı. damar yoluyla bulantı ve ağrısı için uygun ilaçlar verildi, hidrasyonu sağlandı. serum sodyum düzeyi düşük olan hastada bu durum dehidratasyon ve anti epileptik tedaviye bağlandı. Uygun mayilerle hidrate edilen hastaya oral alımının olmaması üzerine total parenteral beslenme başlandı. Takiplerinde bulantı ve ağrı kontrolü sağlanan hastanın oral alımının başlaması için hastanemiz nütrisyon komitesince hastane yemekhanesinde özel menü hazırlatıldı. Giderek oral alımı düzelen hastanın serum sodyum ve albümin düzeyleri yükseldi. Fizyoterapist eşliğinde günlük ekstremite güçlendirici egzersizler yaptırıldı. Psikolog ile görüşmesi sağlanan hastaya ruhsal ve manevi destek verildi. Klinik takiplerinde giderek performans skoru düzeldi. Kendi başına yürüyebilir ve günlük ihtiyaçlarını giderebilir hale geldi. ECOG skoru 2 ye, Karnofsky skoru da 50 ye yükseldi. Kilo alımı gözlenen ve mental olarak motive edilen hasta için onkoloji ile irtibat kuruldu. İrinotekan 5 kür almasına karar verildi. Halen hastanemiz palyatif bakım ünitesinde yatmakta olan hasta 4. Kür kemoterapisini almış olup klinik olarak stabil seyretmektedir.

Tartışma

Dünya Sağlık Örgütü palyatif bakımı "erken tanı ve kusursuz değerlendirmeyle sıkıntıların önlenmesi ve rahatlatılması, ağrının ve fiziksel, psikososyal ve ruhsal diğer sorunların tedavisi yoluyla yaşamı tehdit eden hastalıklarla ilişkili problemlerle yüzleşen hasta ve yakınlarının yaşam kalitesini iyileştiren bir yaklaşım" olarak tanımlamaktadır1. Palyatif bakım son yıllarda önem kazanan, kronik hastalıkları sebebiyle tam olarak iyileşemeyen ve iyileştirici tedavilerin tükendiği hastaların yaşamlarının son dönemlerinde bakım hizmetleri ve destek tedavileri sunan multidisipliner bir yaklaşımdır4. Hastaların ağrı, bulantı, iştahsızlık, kilo kaybı, nefes darlığı ve anksiyete gibi semptomlarına yönelik palyatif tedaviler sunan ve beslenme, fizyoterapi, psikoterapi, ruhsal ve manevi destek almalarını sağlayan hizmetler bütünüdür. Multidisipliner bir yaklaşımla verilen hizmetler neticesinde hastaların sağkalımları artmakta ve yaşam kaliteleri yükseltilmektedir5. Yaşamın sonunda, palyatif bakım sıklıkla bakıma odaklanır. Fakat prognoza bakılmaksızın amaç hastalığı tamamen iyileştirmek veya kronik hastalığı tedavi etmek olmasa bile palyatif bakım yaklaşımı ciddi kronik ve son dönem hastalık süresi boyunca yararlıdır6.

Akciğer kanseri hem erkek hem de kadınlarda kanser ölümlerinin en sık sebebidir7 . Bronkojenik karsinom tüm akciğer kanserlerinin %90 ından fazlasını oluşturmakla birlikte 5 histolojik alt tipinden olan küçük hücreli karsinom (KHAK) bu olguların %10-15 inden sorumludur8. KHAK bronş orjinli bir tümör olup tipik olarak santralden başlayıp submukozal alana infiltre olarak lümende kitle olmaksızın bronşta daralma ya da obstrüksiyona neden olur. KHAK agresif bir tümördür. Tanı sırasında hastalığın sınırlı mı yoksa yaygın evrede mi olduğu önemlidir. Sınırlı hastalıkta kemoterapi ve radyoterapi uygulanmakla birlikte yaygın hastalıkta yalnızca kemoterapi seçeneği vardır9,10. KHAK hastalarının %60-70 i tanı sırasında yaygın hastalığa sahiptir11. Kombine kemoterapiyle yaygın hastalığa sahip olan hastaların yalnızca %20 si tam cevap vermekte ve ortalama sağkalım 7 ay civarında olmaktadır12. bununla birlikte 5 yıllık sağkalım oranı yalnızca %2 kadardır13. Hastalıkta kötü prognoz belirteçleri arasında düşük performans skoru, %10 dan fazla kilo kaybı, hastalığın nüks etmesi ve hiponatremi14 sayılabilir. Temel ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada metastatik küçük hücreli dışı akciğer karsinomlu hastalar değerlendirilmiş ve bu hastaların erken palyatif bakıma alınması araştırılmıştır15. Standart bakım alan hastalarla karşılaştırıldıklarında erken palyatif bakım alan hastalarda depresif semptomların daha az olduğu, yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu ve ortalama sağkalımın daha iyi olduğu tespit edilmiştir.

Bizim hastamızda küçük hücreli akciğer karsinomu için belirlenen kötü prognoz kriterlerinin tamamı mevcuttu. Başvuru sırasındaki klinik durumu ikinci kez kemoterapi almasına engel teşkil ediyordu. Ancak uygulanan nitelikli palyatif bakım sayesinde hastanın performans durumunun ve klinik tablonun düzelmesiyle hasta için ikinci bir şans niteliğinde olan kemoterapi başlanabildi. Uygulamış olduğumuz fizyoterapi ve nütrisyon komitesince özel olarak hazırlattığımız beslenmesiyle fiziken toparlanmasına yardımcı olduğumuz hastamıza ayrıca psikoterapi de uygulayarak ruhsal ve manevi destek sağlandı. İleri evre kanserlerde kür şansı halen çok düşük olmakla bilrilte hastalara etkin bir biçimde multidisipliner olarak palyatif bakım hizmetleri uygulanmalıdır. Yaşam beklentisi sınırlı olan bu tür hastalarda palyatif bakımla en azından yaşam kalitelerinin yükselmesi ve sağkalımın uzaması mümkündür.

Kaynaklar

1- WHO definition of palliative care;1998 www.who.int/cancer/palliative/definition/en/

2- Jackman DM, Johnson BE. Small-cell lung cancer. Lancet. 2005 Oct 15-21. 366(9494):1385-96. [Medline].

3- Janne PA, Freidlin B, Saxman S, Johnson DH, Livingston RB, Shepherd FA, et al. Twenty-five years of clinical research for patients with limited-stage small cell lung carcinoma in North America. Cancer. 2002 Oct 1. 95(7):1528-38. [Medline].

4- Ferrell BR, Coyle N, eds. Oxford Textbook of Palliative Nursing. New York: Oxford University Press; 2010.

5- Quill TE, Abernethy AP. Generalist plus specialist palliative care -- creating a more sustainable model. N Engl J Med. 2013;368:1173-1175.

6- The Center to Advance Palliative Care (CAPC). Palliative care tools, training and technical assistance. 2014. http://www.-capc.org Accessed August 14, 2014.

7- American College of Chest Physicians; Health and Science Policy Committee. Diagnosis and management of lung cancer. ACCP evidence-based guidelines. Chest. 2003 Jan;123(1 Suppl): D-G, 1S-337S. [PMID: 12527560]

8- Bach PB et al. Screening for lung cancer: ACCP evidence-based clinical practice guidelines (2nd edition). Chest. 2007 Sep;132(3 Suppl):69S-77S. [PMID: 17873161]

9- Boffetta P, Trichopoulos D. Cancer of the lung, larynx, and pleura. Adami H, Hunter D, Trichopoulos D, eds. Textbook of Cancer Epidemiology. 2nd ed. New York, NY: Oxford University Press; 2008. 349-67.

10- Cascone T, Gold KA, Glisson BS. Small Cell Carcinoma of the Lung. Kantarjian H, Wolff R, eds. The MD Anderson Manual of Medical Oncology. 3rd ed. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2016. 323-42.

11- Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2016. CA Cancer J Clin. 2016 Jan-Feb. 66 (1):7-30. [Medline]. [Full Text].

12- Jackman DM, Johnson BE. Small-cell lung cancer. Lancet. 2005 Oct 15-21. 366(9494):1385-96. [Medline].

13- Janne PA, Freidlin B, Saxman S, Johnson DH, Livingston RB, Shepherd FA, et al. Twenty-five years of clinical research for patients with limited-stage small cell lung carcinoma in North America. Cancer. 2002 Oct 1. 95(7):1528-38. [Medline].

14- Hermes A, Waschki B, Reck M. Hyponatremia as prognostic factor in small cell lung cancer--a retrospective single institution analysis. Respir Med. 2012 Jun. 106(6):900-4. [Medline].

15- Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med. 2010;363:733-742. Abstract

PALYATİF BAKIM MERKEZİ ÜSKÜDAR DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ

Emine DEMİR*, Hatice DEMİRDAĞ, Gamze SEZER*****

*Üsküdar Devlet Hastanesi, Uzman Hekim, Başhekim Yard.
**Üsküdar Devlet Hastanesi, Uzman Hemşire, Ar-Ge Birimi
*** Üsküdar Devlet Hastanesi, Hemşire, Palyatif Bakım Merkezi Sorumlu Hemşiresi

Giriş

Dünya Sağlık Örgütünün yapmış olduğu tanıma göre palyatif bakım; yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan problemlerle karşılaşan hasta ve ailede, ağrının ve diğer problemlerin, erken tanılama ve kusursuz bir değerlendirme ile belirlenmesi; fiziksel, psikososyal ve manevi gereksinimlerin karşılanması yoluyla acı çekmenin önlenmesi ve hafifletilmesine yönelik uygulamaların yer aldığı ve yaşam kalitesini geliştirmenin amaçlandığı bir yaklaşımdır (1).

Son yıllarda; kanser görülme sıklığındaki artış, kanser hastalarının yapılan tedavilerle yaşam süresinin uzaması, insan ömrünün uzaması sonucu artan kronik hastalıklar palyatif bakım merkezlerini kurulmasını kaçınılmaz kılmıştır. Palyatif bakım bir ekip işidir ve bu ekipde; hasta ve hasta yakını, hekim, hemşire, fizyoterapist, psikiyatrist / psikolog, din görevlisi, sosyal çalışma uzmanı, diyetisyen ve gönüllüler yer almaktadır.(2,3,4)

Vaka Sunumu

Hastanemizde Palyatif Bakım Merkezinin 02 Mart 2016 tarihinde kuruluş hazırlıkları tamamlanmış ve 09.06.2016 tarihinde tescili alınmıştır. Geçtiğimiz 1 yıl içerisinde toplam 168 hasta bu birimimizde tedavi görmüştür ve halen görmektedir. Hastaların %23 (n:39)'ü kanser, %8 (n:13)'i akciğer hastalıkları (KOAH), %1 (n:2)'i kalp yetmezliği, %45(n:76)'i nörolojik hastalıklar (CVO, Alzeimer/Demans, ALS, Multipl Skleroz vb…), %23(n:38) 'ü ise diğer hastalıklar (böbrek yetmezliği, karaciğer yetmezliği/siroz, diyabet, beslenme bozukluğu ve basınç yarası…vb) nedeniyle hastanemizde tedavi görmüştür. Hastalarımızın %23 (n:38)' ü vefat etmiş, %59 (n:100)'u taburcu olmuş, %18 (n:30)'i farklı kliniklere ve hastanelere sevk edilmiştir. Palyatif Bakım Merkezimiz 12 yatakla hizmet vermektedir. Palyatif Bakım Merkezimizde bir koordinatör hekim, vardiyalarla çalışan 10 hemşire ve 4 hizmetli personel, psikolog, sosyal çalışmacı, iş-meşguliyet terapisti ve fizyoterapist görev yapmaktadır. Palyatif bakım merkezimizde hasta yakınları ve çalışanlarımız için her hafta bir gün örgü atölyesi, 1 gün takı atölyesi düzenlenmektedir. Merkezimiz içerisinde hasta odaları, meşguliyet odası, çok amaçlı salon, girişim ve muayene odası ve çalışanlar için dinlenme alanı bulunmaktadır. Hizmetler klinik ortamda verilmekte ve palyatif bakım merkezimiz 24 saat hizmet esasına göre çalışmaktadır.

Merkezimizde hastalarımıza aşağıdaki hizmetler verilmektedir.

- Muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, hemşirelik bakımı ve rehabilitasyon hizmetleri
- Semptom yönetimi,
- Psikososyal değerlendirme
- Ağrı yönetimi
- Beslenme desteği,
- İlaç, tıbbi cihaz ve malzeme kullanımına ilişkin sağlık raporlarının çıkarılması sağlanır.
- Merkezimiz, tedavisi düzenlenmiş hastanın tıbbi, psikolojik ve sosyal durumunun gerektirdiği seviyede hizmet almasını temin etmek amacıyla, aile hekimi ve evde sağlık hizmetleri birimleriyle gerekli koordinasyonu sağlar.

Tartışma ve sonuç

Palyatif bakım merkezimizde bakıma muhtaç olan hastalar ağrısız kaliteli bir hastalık süreci geçirirken hasta yakınları da hasta bakımına ilişkin gerekli eğitimleri almaktadır. Böylece hasta yakınları da hastalarına bilinçli bir şekilde bakmanın manevi huzurunu yaşamaktadırlar. Merkezimizin psikoloğu tarafından hastalara, hasta yakınlarına ve çalışanlara bu süreçle daha kolay başetmelerini sağlamak amacıyla psikolojik destek sağlanmaktadır. Palyatif bakım insanların hayat kalitelerine etkilemekte ve iyileştirmektedir. Her hastanın yaşamının son günlerini belli bir kalite ve huzur içerisinde geçirmeye hakkı vardır. Bu nedenle palyatif bakım günümüzde insan hakları arasında sayılmaktadır.(1)

Anahtar Kelimeler: Palyatif, Bakım, Hasta, Ekip

KAYNAKLAR

1. Gültekin,M., Özgül, N., Olcayto, E., Tuncer, M. (2010) Türkiye'de palyatif bakım hizmetlerinin mevcut durumu, Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi. 1; 1-6
2. www.who.int/cancer/palliative/definition/en/
3. (http://izmirguney.khb.saglik.gov.tr/4101_palyatif-bakim)
4. (http://www.tkhk.gov.tr/DB/9/3302_yeni-palyatif-bakim-)

PALYATİF BAKIM MERKEZLERİNİN HASTALARA PRİMER BAKIM VEREN BİREYLER ÜZERİNDEKİ YÜKE VE YAŞAM KALİTESİNE OLAN ETKİSİ

Betül Erişmiş*, Yeliz Tekmen, Hakan Kursat*, Betül Yıldırım*, Firuze Midi Kursat*, Ertuğrul Kerimoğlu***, Deniz Yılmaz*, Faruk Karandere*, Süheyla Apaydın***

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul
**Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Palyatif Bakım Merkezi, İstanbul
***İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Bu çalışma, palyatif bakım merkezinde verilen bakım ve tedavi desteğinin, yatarak izlenen hastalara bakım veren bireyler üzerindeki bakıcı yükü ve yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirebilmek amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırmaya Aralık 2016–Nisan 2017 tarihleri arasındaki beş aylık süreçte Palyatif Bakım Merkezi'mizde yatarak tedavi alan hastalara primer bakım veren 41 bakıcı dahil edilmiştir. Veri toplama aracı olarak, hasta yatışları ve taburculuk sırasında toplam iki kez olmak üzere, zarit bakıcı yük ölçeği ve bakım verme yükü ölçeği (burden interview), yaşam kalitesini ölçmek amacıyla da WHOQOL-BREF yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır.
Bulgular: Çalışmaya alınan toplam 41 bakıcıdan 10(%24,3)'u erkek, 31(%75,6)'i ise kadındı. Tüm bakıcıların yaş ortalaması 46,78 iken, erkek bakıcıların 49,4, kadın bakıcıların ise 45,9 idi. Bakıcılardan 34(%82,9)'ü evli, 4(%9,7)'ü bekar, 3(%7,3)'ü ise boşanmıştı. 19(%46,3) bakıcı ilkokul mezunu, 10(%24,3) bakıcı lise mezunu, 5(%12,1) bakıcı üniversite mezunu, 5(%12,1) bakıcı ortaokul mezunu idi, 2(%4,8) bakıcı ise okuryazar değildi. 33(%80,48) bakıcı, hastanın birinci derece akrabası iken, 6(%14,6) bakıcı ikinci derece akrabası idi. 2(%4,8) bakıcının ise hasta ile akrabalık bağı yoktu. Hasta özelliklerinde; 21(%51,21) hasta yatağa bağımlı, 11(%26,8) hasta mobilize, 2(%4,8) hasta yarı mobilize ve 7(%17) hasta ise destekle mobilize idi. 31(%75,6) hastanın bası yarası yok iken, 10(%24,3) hastanın bası yarası vardı. 24(%58,5) hasta oral beslenebilirken, 2(%4,8) hasta perkütan endoskopik gastrostomi(PEG)'den, 3(%7,3) hasta nazogastrik sondadan , 12(%29,2) hasta ise parenteral yoldan beslenmekte idi. Takip süresince toplam 9 hasta exitus olduğundan bu hastaların bakıcılarına mevcut ölçekler ikinci kez uygulanamadı. Kalan 32 bakıcının hospitalizasyon ve taburculuk sırasındaki, zarit bakıcı yük ölçeğinden aldığı ortalama puanlar sırasıyla 46,5 ve 45,6, burden interview ölçeğinden aldığı ortalama puanlar sırasıyla 32,9 ve 32,8, WHOQOL-BREF yaşam kalitesi ölçeğinden aldığı ortalama puanlar ise sırasıyla 86,75 ve 87,6 idi, Hospitalizasyon öncesi ve sonrası bakıcı yük ölçekleri ve yaşam kalitesi ölçeği arasında istatiksel olarak anlamlı fark saptanmadı($p>0,05$).

Sonuç ve Tartışma: Hastaların ailelerine yönelik tıbbi, psikolojik, sosyal ve manevi destek vererek acılarını hafifletmek, yaşam kalitelerini geliştirmek için faaliyet göstermek palyatif bakımın amaçlarından biridir. Bu amaç doğrultusunda planladığımız çalışmamızdan elde edilen sonuçlar, bakıcı yükü ve yaşam kalitesi üzerinde palyatif bakım merkezinin belirgin bir etkisinin olmadığını gösteriyor gibi olsa da, bunda çalışmaya alınan bakıcı sayısının yeterli düzeyde olmayışı, bakıcıların demografik, sosyokültürel, ekonomik ve eğitimsel düzeylerinin homojen olmaması ve ayrıca her hasta ile ilgili ek bakım gerektiren durumların bir ya da birden fazla oluşu gibi faktörlerin etkili olduğu düşünülmüştür. Bakım veren birey sayısını artırarak daha homojen bir grup elde edebilmek ve daha net sonuçlara ulaşabilmek amacıyla çalışmamız devam etmektedir.
Anahtar kelimler: Bakım veren yükü, palyatif bakım, burden interview, zarit bakıcı yük ölçeği, yaşam kalitesi ölçeği.

Anahtar Kelimeler; palyatif bakım, kanser, yaşam kalitesi, anksiyete, depresyon

Kaynaklar:

1. Dumont S, Turgeon J, Allard P, et al. Caring for a loved one with advanced cancer: Determinants of psychological distress in family caregivers. J Palliat Care Med. 2006;9(4):912-21.
2. Sherman DW. Reciprocal suffering: the need to improve family caregivers' qualityof life through palliative care. J Palliat Care Med. 1998;1(4):357-66.
3. Grunfeld E, Janz T, Glossop R, et al. Family caregivers burden: results of a longitudinal studyof breast cancer patients and their principal caregivers. CMJA. 2004;170(12):1795-801.

PALYATİF BAKIM HASTASINA BAKIM VEREN AİLE BİREYLERİNİN BAKIM VERME YÜKLERİNİN BELİRLENMESİ

Esra Aslan*, Deniz Avcı, Hurişah Aksakal*****

*Kayseri Eğitim Araştırma Hastanesi
**Kayseri Eğitim Araştırma Hastanesi
***Ankara Ulus Devlet Hastanesi

Özet

Amaç: Palyatif bakım hastaları yaşamlarının sonuna kadar geri dönüşü olmayan ve giderek şiddeti artan hastalık süreci içerisindelerdir.Onlarla birlikte bu süreçten en fazla etkilenenler hastaya heran bakmakla yükümlü aile bireyleridir.Bu çalışma palyatif bakım hastasına bakım veren aile bireylerinin bakım yükünü ölçmek için yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, Kayseri Eğitim Araştırma Hastanesi Palyatif Tedavi Merkezi'nden tedavi sonrası taburcu edilmiş ve halen tedavisi süren hastasına bakım veren, araştırmaya katılmayı kabul eden 100 hasta yakını ile yapılmıştır.Veri toplamada, araştırmacılar tarafından hazırlanan hasta ve yakınının tanıtıcı özelliklerini içeren "Kişisel Bilgi Formu" ve ' 'Zarit Bakım Yükü Ölçeği '' uygulanmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %67'si (n=67) kadın, %33'ü (n=33) ise erkekti. Katılımcıların bakım hizmeti verdikleri hastaların ise %40'u (n=40) kadın, %61'i(n=60) ise erkekti. Hastaların %74'i (n=74) kanser, %8'i (n=8) bunama, %3'ü(n=3) inme, %15'i (n=15) de diğer nonspesifik ya da çoklu tanılarla izlenmekteydi. Katılımcılar tanılarına göre sınıflandırıldığında cinsiyet yönünden anlamlı fark görülmedi (p=0,629). Katılımcıların %26 'sı (n=26) 5 ay ve altında bir süre bakım hizmeti vermişken, kalan %74'sının (n=74) bakım verme süreleri 5 ay ve üzeriydi. Katılımcıların sadece %13 'ü (n=13) gün içinde 8 saat ve altında bir süre bakım hizmeti vermişken, kalan %87'sinin (n=87) bakım verme süreleri 8 saat ve üzeriydi. Katılımcıların %25'i (n=25) eşlerine, %52'si (n=52) ebeveynlerine, %6'sı çocuklarına, %9'u (n=9) kardeşlerine ve %8'i (n=8) de ikinci derece akrabalarına bakıyorlardı.Katılımcıların %58'i hastasına bakarken aşırı güçlük yaşadığını belirtirken,%86'sı hastasına bakım vermede daha fazlasını yapmak istediğini belirtti.

Sonuç: Bakım verenin yaşadığı güçlüğün,kendi yaşı,hastanın yaşı ve yakınlık durumuyla doğrudan ilgili olduğu gözlenmiştir.Hasta yakınları hastalarına bakarken güçlük yaşamalarına rağmen hastaları için her zaman daha fazlasını yapmak istemektedirler.Hastalarının bakımını hiçbir zaman başkasının üstlenmesini istememektedirler.Palyatif Bakım kapsamındaki hasta yakınlarına yönelik hizmetlerin, hasta bakım eğitimlerinin içeriklerinin genişletilmesi,rehabilite hizmetlerin artırılması önemlidir.Hasta yakınlarının kendilerini gerek hastaya bakarken,gerek yas sürecinde vicdanen rahat hissetmeleri yaşam kalitelerini artıracaktır.

Anahtar Kelimeler:Palyatif,Bakım Yükü,Yaşam Kalitesi.

Kaynaklar:

1.Kanser Hastaları ve Aileleri İçin Palyatif Bakım 2010,İzmir.Ege Üni.Hemşirelik Yüksekokulu, İç Hastalıkları ABD.Araş.Gör.H.Özçelik,Prof.Dr.Çiçek Fadıloğlu

2.Elçiğil A.Palyatif Bakım Hemşireliği .Gülhane Tıp Dergisi 2012; 54:329-334

3.İnci F.H &Erdem M (2008).Bakım Verme Yükü Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlaması Geçerlilik ve Güvenilirliği.Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(4):85-95

4.Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlükler (Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Dergisi 2009,22-49)Araş.Gör.İmatullah Akyar, Prof.Dr.Nuran Akdemir.

5.Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü M.İ.Atagün,Ö.D.Balaban,Z.Atagün,M. Elagöz, A.Y.Özpolat.

DETERMİNİNG THE TRAİNİNG NEED SO THE RELATİVES OF THE PATİENTS WİTH PALLİATİVE CARE

Medine Koc1, Ismail Okan2, Rıza Cıtıl3, Yalcın Onder3, Nagihan Yıldız Celtek4, Mustafa Süren5, Keriman Aytekin Kanadlı6, Tuğba Ozdursun Karaca7, Sahizer Eraydın1, Samed Rahatlı8

1Gaziosmanpasa University, Nursing Department of Health Sciences Faculty, Tokat, Turkey, 2Faculty of Medicine, Gaziosmanpasa University, Department of General Surgery, Tokat, Turkey.
3Faculty of Medicine, Gaziosmanpasa University, Department of Public Health, Faculty of Medicine, Tokat, Turkey.
4Faculty of Medicine, Gaziosmanpasa University, Department of Family Medicine, Tokat, Turkey.
5Faculty of Medicine, Gaziosmanpasa University, Department of Anesthesiology and Reanimation, Tokat, Turkey
6 Kilis State Hospital, Kilis, Turkey.
7 Gaziosmanpasa University, Palliative Care Research and Application Center, Tokat, Turkey.
8 Faculty of Medicine, Baskent University, Department of Oncology, Ankara, Turkey.

Introduction and Purpose: It is important to determine the training needs and difficulties of the families of the patients with Palliative care. This study aims to determine training needs of the relatives of the patients with Palliative care who applied to the University hospital and the state hospital.
Materials and the method: The relatives of 136 patients with Palliative care who gave their consent participated in this cross-sectional and descriptive study performed at the Gaziosmanpasa University and Tokat State Hospital between the dates of December 14, 2015 and February 14, 2016. In the data collection form which was developed as a questionnaire there were a total of 27 open-ended and closed end questions. The data was collected through interviews conducted face to face.

The packet program version of the SPSS 20.0 was used to evaluate the data and descriptive statistics,such as percentage, average, and standart deviation were used and chi-square test was applied. The level of statistical meaningfulness was accepted as $p<0.05$
Findings: It was found that the averageage of the participants (n=136) was 46.14±13.46 (20-71 years) and the 61.8% of them were women. The findings showed that 80.9% of the patients with Palliative care have cancer. 56.6% of the relatives who care for the patients graduated only from a primary school or below and 63.2% of them live with the patient at the same place. 77.0% of the relatives have difficulty in providing care for the patient. 73.5% of them do not have enough knowledge about Palliative care while 88.2% of them expressed that they have never beenin formed about Palliative care before.

It was determined that the relatives of the patient have the most difficulty in providing nutrition for the patient (55.9 %). Their most frequently expressed expectation is the availability of the health professionals (94.9%). In a training program to be provided for the the relatives of the patient with Palliative care, they would like the program to include training mostly in paincontrol (89.0 %), support in how to provide nutrition (83.8 %) and dealing with the psychological problems (80.9%).
Results and Suggestions: It was determined that the relatives of the patients with Palliative care in ourcity need training. Therefore, a training program should be arranged to include training mostly in pain control, providing nutrition, and how to deal with psychological problems.

Key Words: Palliative care, the relatives of the patient, training needs

By¬Stander Effect of Nursing Students Thorough Peer Interaction on Palliative Care Education

Sahizer Eraydın 1, Mustafa Süren 2, Rıza Cıtıl 3, Yalcın Onder3, Medine Koc1, Nagihan Yıldız Celtek4, Ismail Okan5
1Gaziosmanpasa University, Nursing Department of Health Sciences Faculty, Tokat, Turkey.
2Faculty of Medicine, Gaziosmanpasa University, Department of Anesthesiology and Reanimation, Tokat, Turkey.
3Faculty of Medicine, Gaziosmanpasa University, Department of Public Health, Faculty of Medicine, Tokat, Turkey.
4Faculty of Medicine, GaziosmanpasaUniversity, Department of Family Medicine, Tokat, Turkey.
5Faculty of Medicine, Gaziosmanpasa University, Department of General Surgery, Tokat, Turkey.

ABSTRACT
Aim: This study was performed in order to evaluate the peer interactions and peer awareness about palliative care (PC) in nursing students where only a small group took the Elective PC Coursa
Materials and the method: Thesubject of this descriptive and cross-sectional study consisted of 324 students who gave the iconsests among 410 registered students of Tokat Faculty of Health Sciences, Nursing Department in the 2015-2016 Academic Year. In 2014-2015 Academic Year, 54 student in their third grade took the Elective Course in “Introduction to Palliative Care”. A guestinare with 26 questins was creaed and asked to evaluate the peer interaction and awareness about PC. The data was collected thorough self-filled guestionnaires and evaluated using the IBM SPSS Statistics Version 20 software program. Descriptive analysis Chi Square test were applied to perform the intergro up comparisons.

Findings: 67.3% of the students has already known about the PC before. Of the students 69.3% learnta bout it from their curriculum, 37.6% fromt he health Professional, 38.1% from their friends, 24.3% from their who took a course about PC, and 20.6% from the internet. 53.3% of the students expressed that after graduation they wanted to work in a field that provides PC. 64.6% of the students whose friends took the elective course in PC nursing stated that they wanted to work in this field while only 43.2% of thes tudents whose friends did not take the course expressed the same intention. The difference was statistically significant ($p<0.05$).

Conclusion: Both the awareness and the intention to work in PC profession has higger in students wholearnt PC thorogh.

Key Words: palliative care, peer awareness, peer interaction, nursing student

PALYATİF BAKIM BİLGİ TESTİ'NİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ

Ahmet SEVEN*, Havva SERT**

* Sakarya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği AD
** Sakarya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği AD, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik EABD

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı Nakazawa ve arkadaşları tarafından 2009 yılında geliştirilen Palyatif Bakım Bilgi Testi'nin (PBBT) Türkçe formunun, geçerli ve güvenilir bir araç olup olmadığını incelemektir.

GEREÇ YÖNTEM: Çalışma metodolojik olup, Kasım 2014-Nisan 2015 tarihleri arasında, kurum izni ve etik kurul onayı alındıktan sonra, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu Sakarya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı üç hastanede çalışan 350 hemşireyle yapıldı. PBBT; felsefe, ağrı, dispne, gastrointestinal ve psikiyatrik problemler şeklinde 5 alt boyuttan ve toplamda 20 maddeden oluşmakta ve doğru, yanlış ve bilmiyorum şeklinde cevaplanmaktadır. PBBT'nin geçerlik ve güvenirlik çalışmasında dil eşdeğerliği, kapsam geçerliği, yapı geçerliği (İç Tutarlılık Analizi; madde korelasyonu ve madde ayırt edicilik, birleşme ve ayrılma geçerliliği), Cronbach alpha, Gutman ve Spearman Brown güvenirlik katsayısı (Yarıya Bölme Yöntemi), madde analizi (madde toplam-item-total correlation, madde kalan-corrected item-total correlation ve madde ayırt edicilik indeksleri), ve test tekrar test tekniği kullanıldı.

BULGULAR: Dil eşdeğerliği için test tekrar test ve uyarlanan ölçeğin Türkçe ve İngilizce formlarının karşılaştırma yöntemi kullanıldı. PBBT'nin test tekrar test (n=30) ile Türkçe ve İngilizce formunun 15 kişilik gruba uygulanması sonucunda Türkçe ve İngilizce formlarının uygulamaları ve PBBT'nin 3 hafta ara ile birinci ve ikinci uygulamaları arasında pozitif yönde ileri düzeyde anlamlı güçlü ilişki olduğu belirlendi ($p<0.000$). Kapsam geçerliği incelemesi için alanlarında uzman toplam 10 uzmana gönderilen PBBT maddeleri için Dawis tekniği kullanılarak hesaplanan kapsam geçerlik indeks (KGİ) puanı 0,99±0,022 ileri derecede anlamlı olduğu saptandı (KGİ >0,80). PBBT iç tutarlık güvenirliğini belirlemek üzere yapılan analiz sonucunda Cronbach Alpha değeri α=0,91 olarak hesaplandı. Maddelerin iki eşdeğer yarıya bölünmesi ile elde edilen güvenirlik (split-half reliability) katsayıları Spearman değeri (Equal-length Spearman-Brown) Sb=0,83 ve Guttman değeri (Guttman split-half) ise G=0,86 olarak saptandı. PBBT genel boyutunda yer alan maddeler için Pearson çarpım moment korelasyon analizi sonucu madde-toplam korelasyonlarının 0,450 ile 0,756 arasında; madde-kalan korelasyon katsayılarının ise 0,394 ile 0,709 arasında değiştiği ve ölçeğin bütününe ilişkin madde-toplam, madde-kalan ve madde ayırt edicilik özelliklerinin istatistiksel olarak $p<0,000$ düzeyinde ve PBBT'nin alt boyutlarında yer alan maddelerin tamamının ise $p<0,001$ düzeyinde anlamlı olduğu bulundu.

SONUÇ: Palyatif Bakım Bilgi Testi (PBBT) Türkçe formu geçerli ve güvenilir bir araçtır.

Anahtar kelimeler: Palyatif Bakım, Bilgi Testi, Geçerlik, Güvenirlik

PALYATİF BAKIM MERKEZİNDE ÇALIŞAN DOKTOR VE HEMŞİRELERİN PALYATİF BAKIM ALGISININ BELİRLENMESİ

Yrd. Doç. Dr. Metin DİNÇER
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara Ulus Devlet Hastanesi
Uzm. Hurişah AKSAKAL Ankara Ulus Devlet Hastanesi
Yrd. Doç. Dr. Nazan TORUN Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

Amaç: Son birkaç yılda ülkemizde ki palyatif bakım (PB) merkezlerinin sayısında ciddi artışlar meydana gelmiştir. PB uygulamaları yeni bir tıp disiplini olması nedeniyle uygulama ve bakış açısından çalışanlar arasında farklılıklar bulunmaktadır. Bu çalışma ile PB merkezlerinde çalışan doktor ve hemşirelerin PB algılarının tespit edilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem: Bu çalışma, Sağlık Bakanlığına bağlı, yatak sayısı 10 ve üzeri olan, en az %30 yatak doluluk oranına sahip, 60 hastanenin PB merkezlerinde çalışan 87 doktor ve 663 hemşire ile gerçekleştirilmesi planlanmıştır. PB merkezlerinde çalışan tüm doktor ve hemşirelere ulaşılması hedeflendiğinden örneklem seçim yoluna gidilmemiştir. PB algısını ölçmek için sorular tasarlanmış ve 3 pilot uygulamadan sonra sorulara gerekli düzeltmeler yapılarak hedef kitleye dağıtılmıştır. Sorulara 55 doktorun (%63.2) ve 450 hemşirenin (%67.8) geri dönüşü olmuştur. Sorulara verilen cevapların Cronch Alfa değeri 0,67 olarak bulunmuştur. Yapılan faktör analizinde, aynı yöndeki ifadelerin aynı faktör yüküne bağlanmadığı ve faktör yüklerinin çok düşük olduğu görülmüştür. Bu nedenle cevapların sadece normal dağılıma uygunluğu test edilmiş ve frekanslarına bakılmıştır.
Bulgular: Katılımcıların; %83,3'nün kadın, %88,49'u hemşire, %75'inin devlet hastanesinde çalıştığı, %40,48'inin 29-38 yaş aralığında, %53,7'sinin lisans mezunu, %33,3 'ünün meslekte çalışma süresin 11-21 yıl, % 92,46'sının PB merkezinde çalışma süresinin 1 ile 25 ay ve %60,6'sının 1950-3499 TL arasında gelire sahip olduğu tespit edilmiştir. Buna ilave olarak sorumlu hekimlerin %43,64'ünün Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı olduğu görülmüştür.
Katılımcılar, PB'de semptomatik tedavinin yapılması (%84,92), ağrı ve ıstırabı dindirilmesi (%98,02), yaşam kalitesinin artırılması (%93,06) görüşlerine katılmışlardır. Ayrıca katılımcıların %36,11'i PB'de yapılan işlemlerin amacının yaşam süresinin uzatılmasına yönelik olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca katılımcıların %83,3'ü PB verilen hizmetleri ara yoğun bakım hizmeti olarak gördüğünü ifade etmiştir.
Katılımcıların %95,04'ü hasta/hasta yakını eğitiminin, hastanın eve uyumunu artırdığını, %80,36'sı PB merkezlerinde hasta kabul kriterlerinde farklılık olduğunu belirtirken, %20,04 hastanın ölüm anına kadar PB merkezlerinde yatırılması gerektiğini ve %95,04 manevi bakım uzmanlarının sunduğu hizmetin amacına ulaşmadığını ifade etmişlerdir.
Katılımcıların %95,83'ü PB gereksinimi olan hasta grubunun tanımlanması, %76,96'sı PB'de yatış süresinin sınırlandırılması, %89,68'i kardiyopulmoner canlandırma yapmama (DNR) konusunda yasal düzenleme olmasını,% 79,76'sı %93,06 PB'de tedavi protokollerinin oluşturulmasını, %86,51'i hasta yatış ve çıkış kriterlerinin PB'ler için tanımlanmasını,%88,69'u PB hastasının taburculuk sonrası aile hekimi tarafından takip edilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Katılımcıların %56,94'ü Anestezi ve Reanimasyon uzman hekimlerin PB merkezlerinde sorumlu hekim olması gerektiğini ve %44,44 'ü de taburculuk sonrası verilen evde sağlık hizmetinin yeterli olduğunu ifade etmişlerdir.
PB çalışan sağlık çalışanlarının %86,71'i PB eğitiminin üniversite eğitiminde zorunlu ders olarak verilmesi gerektiğini, %91,67'si uzmanlık dalı olması gerektiğini ifade etmişlerdir.
Tartışma ve Sonuçlar: Katılımcılar PB'yi hem sağlık hizmeti hem bakım hizmeti hem de ara yoğun bakım olarak algılamaktadır. Ayrıca katılımcılar uygulamalarda farklılıklar olduğunu, bir standart olmadığını ve bu konuda yasal düzenleme olması gerektiğini düşünmektedirler. Çünkü PB ülkemizde yeni uygulamaya konulmuş ve yaşamın sonu ile ilgilenen bir tıp pratiğidir. Sonuç olarak PB ile ilgili uygulamalarda ve düzenlenen eğitimlerde standartlaşmanın sağlanması PB algısını değiştirebilir.

Anahtar Sözcük: Palyatif Bakım, Algı, Tutum

Kaynakça:

1. Ewing, G., Farquhar, M., & Booth, S. (2009). Delivering palliative care in an acute hospital setting: views of referrers and specialist providers. J Pain Symptom Manage, 38(3), 327-340. doi:10.1016/j.jpainsymman.2008.09.009
2. Fadare, J. O., Obimakinde, A. M., Afolayan, J. M., Popoola, S. O., Aduloju, T., & Adegun, P. T. (2014). Healthcare workers knowledge and attitude toward palliative care in an emerging tertiary centre in South-west Nigeria. Indian J Palliat Care, 20(1), 1-5. doi:10.4103/0973-1075.125547
3. Kaasalainen, S., Brazil, K., Williams, A., Wilson, D., Willison, K., Marshall, D., . . . Phillips, C. (2014). Nurses' experiences providing palliative care to individuals living in rural communities: aspects of the physical residential setting. Rural Remote Health, 14(2), 2728.
4. Sandsdalen, T., Grondahl, V. A., Hov, R., Hoye, S., Rystedt, I., & Wilde-Larsson, B. (2016). Patients' perceptions of palliative care quality in hospice inpatient care, hospice day care, palliative units in nursing homes, and home care: a cross-sectional study. BMC Palliat Care, 15(1), 79. doi:10.1186/s12904-016-0152-1
5. Sandsdalen, T., Rystedt, I., Grondahl, V. A., Hov, R., Hoye, S., & Wilde-Larsson, B. (2015). Patients' perceptions of palliative care: adaptation of the Quality from the Patient's Perspective instrument for use in palliative care, and description of patients' perceptions of care received. BMC Palliat Care, 14, 54. doi:10.1186/s12904-015-0049-4

YAŞLI BAKIM TEKNİKERLİĞİ SON SINIF ÖĞRENCİLERİNİN BAKIM VERDİKLERİ YAŞLILARDA SAPTADIKLARI SORUNLAR

Gülistan YURDAGÜL*, Melek ÖZTÜRK**

*Gülistan YURDAGÜL; Kilis 7 Aralık Üniversitesi SHMYO
**Melek ÖZTÜRK; Kilis 7 Aralık Üniversitesi SHMYO

ÖZET

Nüfusun yaşlanması 21. yüzyılda tüm dünyada olduğu gibi ülkemiz içinde ön plana çıkan en önemli demografik olgulardan biridir(Yaşlanma Ulusal Eylem Planı 2007). Genel nüfus yaşlandıkça bakıma muhtaç insan sayısı da aynı oranda artmaktadır. Günümüzün çağdaş yaşam biçimi ile tıbbın ve teknolojinin gelişimi yaşam süresini uzatmakta, bunun sonucu olarak da toplam nüfusa oranla yaşlı nüfusun oranı gün geçtikçe artmaktadır(Özkan 2006). Fonksiyonel kapasite ve yeteneklerin kaybı ile yaşlı bireyin günlük yaşam aktiviteleri sınırlanmakta, bağımsız fonksiyonları giderek yarı bağımlı ya da tam bağımlı hale gelmektedir(Olgun 2013).

Amaç: Yaşlı bakım teknikerliği son dönem öğrencilerinin hastanede bakım verdikleri yaşlılarda saptadıkları sorunları tespit etmek amacı ile planlanmıştır.

Materyal ve Metod: Araştırma kesitsel tipte tanımlayıcı bir araştırmadır. Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan demografik veriler, izolasyon, Norton Bası Skalası, İtaki Düşme Riski formu ve ağrı için Görsel Analog Skalasının içinde bulunduğu veri toplama formları kullanılmıştır. SPSS 15.0 paket programında yüzde ve frekans analizleri kullanılmıştır. Araştırmaya 60 yaş üstü, 74 yaşlı birey için doldurulan veri formu değerlendirmeye alınmıştır. Eksik veri formları değerlendirmeye alınmamıştır.

Bulgular: Araştırmadan elde edilen bulgulardan bazıları; hastaların düşme riski %83.8, bası yarası riski %28.4 oranında yüksek çıkmıştır. Hastaların %29.7'si diş protezi kullanmaktadırlar. %21.6'sı birden fazla kronik hastalığa sahipken; %18.9'u KOAH hastalığına sahiptir. %25.7'sinin biraz fazla ağrıya sahip olduğu elde edilen bulgular arasında yer almaktadır.

Tartışma ve Sonuçlar: Günlük yaşam aktivitelerinin en başında yer alan güvenlik, sağlık bakım teknikerliği için son derece önemlidir. Bazı durumlarda yasal boyutlarda devreye girebilmektedir. Bu nedenle hastaların düşmemesi için gerekli önlemlerin alınması önem taşımaktadır. Düşme riskini birçok durum etkileyebilir. Yardımcı sağlık personelleri bunların farkında olmalı, öncelikle düşme riskini arttıran faktörleri belirlemeli ve gerekli önlemleri almalıdır. Bir diğer saptanılan sorun ise bası yarası riskinin yüksek çıkmasıdır. Deri bütünlüğünde bozulma riski ve doku bütünlüğünde bozulma olarak ele alınan bası yarası riski özellikle enfeksiyon, ağrı, beden imajı için ayrı bir öneme sahiptir. Palyatif bakım da ise ayrıca dikkat edilmesi gereken hususlardan bir tanesidir. Genel olarak yaşlılarda gözlemlediğimiz ve duyduğumuz şikayetlerin bir diğeri ise ağrıdır. Nitekim araştırmamızda kullandığımız görsel analog ağrı skalasında yaşlılarımızın %25.7'si çok fazla ağrıya sahip olduğunu ifade etmiştir. Bu bulgulardan yola çıkarak yaşlı bireylerin palyatif bakımında dikkat edilmesi gereken durumlardan bazıları saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı Bakımı, Bakım, Yaşlı Bakım Teknikerliği

Kaynaklar

1- Türkiye'de yaşlıların durumu ve yaşlanma ulusal eylem planı 2007. Yayın No DPT: 2741. http://ekutup.dpt.gov.tr/nufus/yaslilik/eylempla.pdf. Erişim: 30.03.2017.

2- Özkan H, Yalvarmış F, Güler M, Çalışkan T, Türker S, Sunay FB. Yaşlı Nüfusun Sosyodemografik Özellikleri: Pamukçu Kasabası, Balıkesir. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi; 2006. 15(11):199-201.

3- Olgun N, Aslan FE, Yücel N, Öntürk ZK, Laçin Z. Yaşlıların Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.2013. 4(2): 72-78.

Palyatif Bakımda Stres, Anksiyete ve Depresyonun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Gülçin Şenel, Gonca Oğuz, Nesteren Koçak, Şerife Karaca, Fatih Göksel
SBÜ, Dr. A.Y. Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Yaşam sonunda bakım yükünün yanı sıra ölümle ilgili canlı bir bilince sahip olunması ve belirsiz bir gelecekle yüzleşme olasılığı yaşam sonundaki hastaya bakım verenler için duygusal stresleri artırmaktadır. Bakım veren aile üyelerinde psikolojik stresin normal populasyona göre iki kat daha fazla olduğu ve hastanın fonksiyonel kapasitesindeki sınırlanmayla daha da arttığı bildirilmiştir (1). Birçok aile üyesinde anksiyete düzeyi yaşam sonundaki hastadan daha yüksek bulunmuştur (2). Bakım veren bu aile üyelerinin depresyon düzeyinin ise hasta ile benzer ve genel populasyondan yüksek olduğu gösterilmiştir (3). Bu çalışmada palyatif bakım merkezinde yatan ileri evre kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinde stres, anksiyete ve depresyonun yaşam kalitesi üzerine etkisi araştırıldı.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmaya palyatif bakım merkezinde yatarak tedavi alan ileri evre kanser hastalarına bakım veren 200 hasta yakını alındı. Bakım verenlerin yaşam kalitesini ölçmek için WHOQOL-BREF TR ölçeği, anksiyete ve depresyon için Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, stres için Bakım Veren Stres Ölçeği kulllanıldı. Orta ve yüksek düzeyi gösteren puanlar anksiyete ve depresyon için pozitif kabul edildi.

Bulgular: Bakım verenlerin %29.5'inde anksiyete (n=59), %44.5 inde depresyon (n=89) %52.5 stres (n=105) olduğu saptandı. Bakım veren kadınlarda erkeklere göre daha yüksek oranda anksiyete (p=0.008) bulundu. Yaşlı hastalara bakım verenlerde (>60 ve 18-40 yaş gruplarındaki hastalara bakım verenler karşılaştırıldığında) daha yüksek oranda depresyon görüldü (p<0.05). Yaşam kalitesi algısı "oldukça iyi/çok iyi" olan hasta yakınlarının diğer hasta yakınlarına göre fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevre alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu saptandı (p<0.05). Aynı hasta yakını grubunda diğer gruplara göre daha düşük oranda anksiyete, depresyon ve stres olduğu belirlendi (p<0.05).

Tartışma ve Sonuçlar: Bu çalışmada ileri evre kanser hastalarına bakım verenlerde azalan yaşam kalitesi ile stres, anksiyete ve depresyonun daha fazla görüldüğü saptandı.Yaşam kalitesinin düşmesinde psikolojik yükün rolü oldukça fazladır. Yaşam sonunda bakım verenler bakım yükü yanı sıra çaresizlik deneyimlemektedirler. Palyatif bakımda, hedeflenen yaşam kalitesi için hasta ve ailesi bütüncül ve interdisipliner ekip yaklaşımı ile ele alınarak bu psikolojik yükün azaltılması için çalışılmalıdır.

Anahtar Kelimeler; *palyatif bakım, kanser, yaşam kalitesi, anksiyete, depresyon*

Kaynaklar:

1. Dumont S, Turgeon J, Allard P, et al. Caring for a loved one with advanced cancer: Determinants of psychological distress in family caregivers. J Palliat Care Med. 2006;9(4):912-21.
2. Sherman DW. Reciprocal suffering: the need to improve family caregivers' qualityof life through palliative care. J Palliat Care Med. 1998;1(4):357-66.
3. Grunfeld E, Janz T, Glossop R, et al. Family caregivers burden: results of a longitudinal studyof breast cancer patients and their principal caregivers. CMJA. 2004;170(12):1795-801.

BİLDİRİ VE POSTERLER
POSTER BİLDİRİLERİ

PALYATİF BAKIM MERKEZİ HEMŞİRELERİNDE TÜKENMİŞLİK ÜZERİNE BİR PSİKODRAMA ÇALIŞMASI

Ayşe ÇİÇEK Hafize ARSLAN

Denizli Devlet Hastanesi

GİRİŞ

Mesleksel tükenmişlik, işi gereği insanlarla yoğun bir ilişki içinde olan kişilerde görülen duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı/yetersizlik duygusu şeklinde tanımlanmıştır (1).

Psikodrama, katılımcıların ruhsal ve sosyal sorunlarını sahnede canlandırarak araştırmasını sağlayan bir psikoterapi yöntemidir. Psikodrama oturumları ısınma, oyun (eylem) ve paylaşım aşamalarından oluşur (2).

Bu çalışmanın amacı palyatif bakım merkezinde çalışan hemşirelerde tükenmişliğin Psikodrama teknikleri kullanılarak ele alınmasıdır.

SONUÇ

Son oturumda grup üyeleri kendi değişimlerini iki boş sandalye kullanarak oyunlaştırdılar. Bu oyun terapiden nasıl faydalandıklarını ve etkilendiklerini anlamalarına yardımcı oldu. Geribildirimlerde kullandıkları bazı cümleler şu şekildedir:

"Kendimi başkalarının yerine koymayı öğrendim"
"Duygularımı, eski kızgınlık ve kırgınlıklarımı gördüm"
"Yenilikler karşısında nasıl davrandığımı, önce korktuğumu fakat sonra nasıl uyum yapabildiğimi gördüm"
"Zaman zaman dinlenmem gerektiğini anladım"
"Cam kırıklarımı, acıtan kıymıklarımı fark ettim, farklı pencerelerden bakmayı öğrendim"
"Hastalarımla konuşmanın onlara iyi gelebileceğini fark ettim"
"Hayatın tadını ve acının tadını birleştirebildiğimi gördüm"

GRUP SÜRECİ

Grup çalışmasına Denizli Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi'nde çalışan 9 hemşire (8 kadın, 1 erkek) katıldı. Grup süreci yaklaşık üçer saatlik 4 yapılandırılmış oturumdan oluştu. Tüm grup oturumlarını ko-terapist ünvanı almış, psikiyatri uzmanı bir grup yöneticisi ve psikolog bir yardımcı yönetici yönetti. Grup çalışması bir psikodrama eğiticisinin denetimi ile yürütüldü ve her oturumdan sonra süpervizyon alındı.

Kaynaklar:

1-Gökkaya F, Özdel O. Rehber öğretmenlerin mesleksel tükenmişliğini azaltmada psikodramanın etkinliği. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2016; 17(5):354-361.

2-Karadağ F, Oğuzhanoğlu NK, Özdel O, Ergin Ş, Kaçar N. Psöriyazis hastalarında psikodrama: Stres ve stresle baş etme. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2010; 11:220-227.

ERGANİ DEVLET HASTANESİ PALYATİF BİRİMİNDE YATAN HASTALARIN RETROSPEKTİF ANALİZİ

Bircan PİLATİN *, Eşref ARAÇ **,

* Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği , Diyarbakır,

** Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi, Diyarbakır,

Amaç: Bu çalışmada Diyarbakır Ergani Devlet Hastanesi'nde Palyatif Bakım Ünitesinde yatan Hastaların retrospektif analizinin değerlendirmesi amaçlandı.

Gereç ve yöntemler: Çalışma 01 şubat 2016 - 13 mart 2017 tarihleri arasında Palyatif Bakım Ünitesi'nde yatan 111 hastanın (65 erkek, 46 kadın; ort. yaş 70.9 yıl; dağılım (20-95 yıl) klinik dosyaları retrospektif olarak incelendi.168 yatış , 111 hasta , dosyaları, cinsiyet, yaş, belirtiler, klinik özellikler, tanı ve hastanede kalış sürelerine göre değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların 44'ü (%26.1) malignite ve maligniteye bağlı komplikasyonlar nedeni ile hastanede yatırıldı. 26 hasta (%15.4) antibiyotik tedavisinin tamamlanması için ve 9 hasta (%5.3) diyabete bağlı komplikasyonlar nedeni ile hastanede yatırıldı. Alzheimer hastalığı için 14 (% 8.3),koah , koaha bağlı akciğer komlikasyonları için 28 hasta (% 16.6) tedavi gördü .Böbrek yetmezliği, yaşlılık ve femur kırığı nedeni ile yatağa bağımlı olan 24 hasta (%14.1) ise yatak yarası bakımı ve nutrisyon tedavisi için hastanede yatırıldı. Ortalama hastanede kalış süresi 9.6 gün idi.

Sonuç: Dünyada Palyatif Bakım Birimleri ve programları daha çok onkoloji hastalarına odaklanmaktadır. Diğer yandan, dünyanın her yerinde yaşlı nüfustaki ve kronik hastalıklardaki artış, kanser dışı palyatif bakım ihtiyacını artırmaktadır.

Anahtar sözcükler: Yaşlı nüfus; palyatif bakım

Palyatif Bakım; İleri Evre Kanser Hastalarında Bakım Veren Yükü ve Yaşam Kalitesi

Nesteren Koçak, Gülçin Şenel, Gonca Oğuz, Şerife Karaca, Fatih Göksel
SBÜ, Dr. A.Y. Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Palyatif bakımda hasta ve hasta yakınlarına bütüncül bir yaklaşımla destek verilmelidir. Çok sayıda semptom varlığı ve kompleks bakım gereksinimi ile ileri evre kanser hastalarına bakım verenler fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik birçok sorunla karşı karşıya kalmaktadır (1). Bu çalışmada palyatif bakımda yatan ileri evre kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi araştırıldı.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmaya palyatif bakım merkezinde yatarak tedavi alan 200 ileri evre kanser hastası ve bu hastalara bakım veren 200 hasta yakını alındı. Hastaların fonksiyonel kapasiteleri Karnofski Performans Skalası ile bakım gereksinimleri ise Katz İndeksi ile belirlendi. Hasta yakınlarının yaşam kalitesini ölçmek için WHOQOL-BREF TR ölçeği kullanıldı. Bakım verenlerin yaşam kalitesi alt grupları ile demografik özellikleri ve hasta bakım yükü karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmada yer alan hastaların % 54'ü (n=108) erkek, bakım verenlerin % 65'i (n=130) kadındı. Hastaların Karnofski Skoru % 30 (10-70); Katz İndeksi 2 (0-6) olarak bulundu. Bakım verenlerin WHOQOL-BREF TR alt boyut puanlarının dağılımı;fiziksel sağlık 48.96±12.67, psikolojik 59.21±14.09, sosyal ililşkiler 56.83±20.91 ve çevresel 55.67±14.13 olarak hesaplandı. Bakım verenlerin yaşı, medeni durumu, çalışma durumu, bakım verdikleri süre ile hastanın yaşı ve cinsiyetine göre fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevre alt boyut puanları benzerdi. Erkeklerin kadınlara göre psikolojik ($p<0.001$) ve çevre ($p=0.025$) alt boyut puanları daha yüksekti. Eğitim durumuna göre sadece çevre alt boyutu için anlamlı bir fark elde edildi ($p=0.004$). İlk/orta eğitim almış bakım verenlerin puanları yüksek eğitim alanlara göre düşüktü. Hastaların Karnofski Skoru ve Katz İndeksi ile WHOQOL-BREF RT ölçeği alt boyutları arasında ilişki saptanmadı.

Tartışma ve Sonuçlar: Bu çalışmada da daha önce yapılan çalışmalarla gösterildiği gibi ileri evre kanser hastalarına bakım verenlerde başta fiziksel sağlık olmak üzere tüm alt gruplarda yaşam kalitesinin bozulduğu gösterildi (2). Bu dönemde hastaların büyük çoğunluğunda fonksiyonel kayıp ve bakım yükü çok fazla olduğu için yaşam kalitesi alt boyutları ile ilişki saptanamadığı düşünüldü. Palyatif bakımda, sağlık profesyonellerince bakım vericilerin yaşam kalitelerinin belirli aralıklarla değerlendirilmesi ile farkındalık oluşturularak, yaşam kalitesi etkilenen bakım vericilerin bakım yükünün en aza indirilmesi için psikososyal ve manevi destek hizmetlerine erişim sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler; *palyatif bakım, kanser, yaşam kalitesi*

Kaynaklar:

1. Romito F, Goldzweig G, Cormio C, Hagedoorn M, Anderson BL. Informal caregiving for cancer patients. Cancer 2013;119(11):160-9.
2. Weitzner M, McMillan S, Jacobsen P. Family caregiver quality of life: differences between curative and palliative cancer treatment settings. J Pain Symptom Manage 1999;17:418-28.

ESKİŞEHİR YUNUSEMRE DEVLET HASTANESİ'NDE ÇALIŞAN HEMŞİRE VE EBELERİN PALYATİF BAKIMA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ

S. YILMAZTÜRK ,Z. GÜLKAYA, F. DOĞUÇAM, S. KAYACIKLI, E. KAYA, H. CAN, K.CEYLAN, M. BIYIK, H. DOĞRU

GİRİŞ

PALYATİF BAKIM "Yaşamı tehdit eden durumlarla birlikte görülen sorunlarla karşı karşıya olan hastaların ve ailelerin yaşam kalitesini, ağrıyı ve fiziksel, psikososyal ve spritüel boyuttaki diğer sorunları erken dönemde belirleyerek, kusursuz bir biçimde değerlendirerek ve tedavi ederek geliştiren bir yaklaşım" olarak ele alınmıştır .(World Health Organization, 2002). Palyatif Bakım; özel bilgi, beceri ve tutum gerektirir ki bu da özelleşmiş eğitim ve pratikle kazanılabilir.

Bu çalışmada YEDH çalışan ebe ve hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

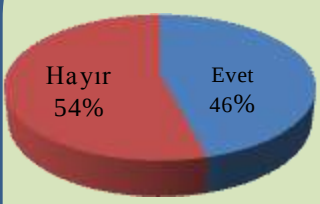
GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışma tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırmadır Çalışmanın örneklemini toplam 196 hemşire ve ebe oluşturmuştur. Veri toplamada kullanılan anket formu; demografik ve fonksiyonel özelliklerin yanı sıra literatürden hazırlanan palyatif bakıma ilişkin görüş ifadelerini içeren form ve açık uçlu soruları kapsamaktadır.

Araştırmada verilerin değerlendirilmesi için SPSS 17.0 (Statistical Programme for Social Sciences) paket programı kullanılmıştır. Araştırmanın bağımsız değişkenlerini araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin yaş, cinsiyet, meslek, eğitim durumları, çalıştıkları klinik, çalışma yılı oluştururken bağımlı değişkenlerini ise palyatif bakım konusunda bilgi durumu ve palyatif bakıma ilişkin görüşleri oluşturmuştur. Frekans dağılımları ve ki-kare testinden yararlanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık seviyesi olarak $p<0.05$ kullanılmıştır.

BULGULAR

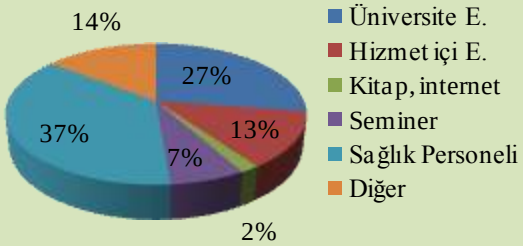
Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi Alma Durumu



Sağlık personelinin çoğunluğunun yaşı %34.2 ile 36-40 arasında; çoğunluğu kadın ve hemşire, lisans mezunu, meslekte çalışma yılı çoğunluğun %49.5 ile 16 yıl ve üzerindedir..

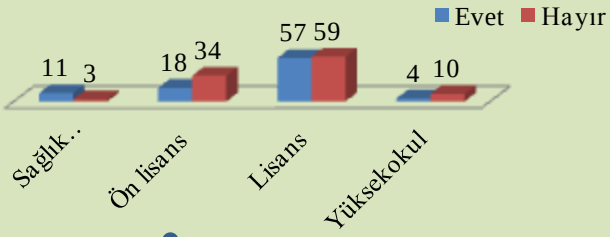
Sağlık personelinin yarıdan fazlası (%54.1) palyatif bakım hakkında bilgi almadıklarını, bilgi aldığını belirtenlerin bilgiyi sağlık personellerinden (% 21.9) edindiklerini belirtmişlerdir.

Ebe Ve Hemşirelerin Bilgi Alma Kaynakları

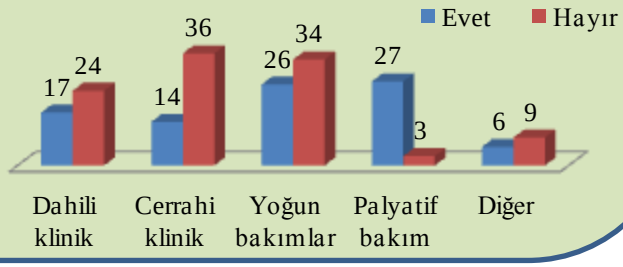


Sağlık personelinin çoğu palyatif bakım hizmet içi eğitim programında ; Palyatif Bakım Nedir ?(%86.2),Palyatif Bakım Hemşireliği (%94,4),Hasta Ve Yakını Eğitimi(%8,7) konularının ele alınması gerektiğini ifade etmişlerdir.Çalışmaya katılan sağlık personeli palyatif bakım ekip üyelerini çoğunlukla hemşire, doktor, psikolog, fizyoterapist, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı olarak belirtirken; gönüllüler(%45.9), manevi destek uzmanı(%58.7) olmalıdır ifadesini daha az oranda vermiştir.

Ebe ve Hemşirelerin Eğitim Durumuna Göre Palyatif Bakım Konusunda Bilgi Alma Durumu



Ebe Ve Hemşirelerin Çalıştığı Kliniğe Göre Palyatif Bakım Konusunda Bilgi Alma Durumu



TARTIŞMA ve SONUÇ

Çalışmaya katılan sağlık personelinin çoğu, palyatif bakım hizmetlerinden yararlanılabilecek hasta gruplarını; terminal dönem hastası, motor nöron hastalıkları, muskuler distrofi, multple skleroz, son evre demans, stroklu hastalar ve Alzheimer tanılı hastalar olarak tanımlarken; AIDS, karaciğer yetmezliği, böbrek yetmezliği tanılı hastaları %39.8 oranında tanım dışı bırakmıştır. Tüm veriler özetlendiğinde palyatif bakım tanım ve amacının hizmet içi eğitimlere alınması gerektiği, palyatif bakım kliniklerinin ara yoğun bakım, yara bakım servisi olmadığı, kaliteli yaşam ve onurlu ölümün ilke edinildiği bir klinik olduğu bilgisi; seminer, sempozyum ve hizmet içi eğitimlerle sağlık çalışanlarına verilmelidir.Seminerlere katılımcı sayısının dinamik tutulması sağlanmalıdır. Palyatif Bakım Hizmetleri evde başlar, hastanelerde de devam eder. Bu konuda çalışanlara seminerler, günlük iletişimlerde bilgi verilebilir.

KAYNAKLAR
Elçigil, Ayfer. "Palyatif bakım hemşireliği." Gülhane Tıp Dergisi 54.4 (2012):
https://angora.baskent.edu.tr/acik_arsiv/dosya(Sağlık Personelinin Palyatif Bakıma İlişkin Görüşleri Yüksek Lisans Tezi G.Turgay,)
http://kanser.gov.tr/Dosya/Sunular/yogunbakimDerya2015.pdf (Palyatif Bakım Merkezleri Yoğun Bakım İlişkisi- Dr. D.Gökçınar)

VERTİGO BULGULARI İLE BAŞVURAN GEÇ TANI ALAN HİPERTANSİYON HASTASI: OLGU SUNUMU

Uzm. Dr. Derya Işıklar Özberk*, Uzm. Dr. A. Özlem Kılıçaslan**, Prof. Dr. Ruhuşen Kutlu*
*Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD. Konya,Türkiye
**72 Nolu Fetih Aile Sağlığı Merkezi. Konya,Türkiye

GİRİŞ

Türkiye'de her üç erişkinden biri hipertansiyon (HT) hastasıdır. Bu olguyu biz aile hekimlerinin özellikle birinci basamakta sıklıkla karşılaşabileceği bir hastalık olması ve rutin poliklinik muayenesi sırasında kan basıncı (KB) ölçümleri ile erken tanı ve tedavisinin mümkün olabileceğini vurgulamak amacıyla sunmak istedik.

OLGU SUNUMU

Kırk dokuz yaşında erkek hasta polikliniğe boyun ağrısı, başında ağırlık ve sersemlik hissi özelliklede pozisyonel baş dönmesi şikayetleri ile başvurdu. Anamnezinde daha önce herhangi bir şikayeti olmayan hasta yaklaşık üç aydır çok sık meydana gelen baş dönmesi ataklarının olduğunu, bunun için birkaç defa doktora başvurduğunu, herhangi bir ileri inceleme yapılmadığını ve antivertijinöz ilaçları uzun zamandır kullandığını belirtti. Hastanın kendisinde ve ailesinde bilinen kronik hastalık öyküsü yoktu. Sigara ve alkol alışkanlığı olmayan hastanın boyu 175 cm, kilosu 85 kg, bel çevresi 115 cm, üst ekstremite nabızları sağda 80 atım/dk, solda 82 atım/dk, kan basıncı sağ kolda 190/130 mmHg, sol kolda 180/125 mmHg idi. Hastanın nörolojik muayenesi normaldi. Hasta 10 dakika dinlendirildikten sonra kontrol KB, sağ kolda 190/120 mmHg, sol kolda 180/115 mmHg idi. Hastaya 50 mg kaptopril dil altı tablet verildi. Bir saat sonra tekrar ölçüldüğünde sağ kol KB 150/100 mmHg idi. Hasta ertesi gün rutin kan tahlilleri ve kan basıncı takibi için davet edildi. Hastanın yapılan rutin kan ve idrar tahlili ile EKG'si normal idi. Sadece TG düzeyi (253 mg/dl) yüksek saptandı. Ertesi gün sağ kol kontrol KB değeri 185/115 mmHg ölçüldü. ESC/ESH 2013 kılavuzuna göre evre 3 HT (TA≥180 ve/veya ≥110) tanısı konulan hastaya tuz kısıtlaması, egzersiz, diyet gibi yaşam tarzı değişiklikleri önerildi. Sabah tek doz 80 mg telmisartan-12.5 mg hidroklorotiyazid tablet ve akşam tek doz amlodipin 10 mg tablet başlandı. Takipte hastanın evde KB ölçümleri ortalaması her iki kolda 130/80 mmHg idi herhangibir yan etki oluşmamıştı ve başvuru esnasındaki şikayetleride kaybolmuştu.

TARTIŞMA

Türkiye'de erişkinlerde HT prevalansı %31.8 bildirilmiştir. Bu çalışmalarda taranan kişilerin %32.2'sinin daha önce hiç KB ölçümü yaptırmadığı saptanmıştır. Hastamızda da benzer şekilde daha önce hiç KB ölçümü yaptırmadığı tespit edildi.

Beden kitle indeksinin (BKİ) 25 kg/m^2 civarında olması, bel çevresinin erkeklerde <102 cm olması, hem HT nu önlemek hem de KB'nı kontrol altında tutmak için önerilmektedir. Hastamızında BKİ 27,75 kg/m^2 olup ayrıca abdominal obezite mevcuttu. Kan tetkiklerinde de hipertrigliseridemi tespit edildi. Öncelikli olarak yaşam tarzı değişikliği önerildi. Hastamızda sigara ve alkol bağımlılığı olmaması bir avantaj idi.

SONUÇ

Sık görülen halk sağlığı problemi olan HT tanısı, polikliniğe özellikle baş dönmesi, boyun ağrısı şikayeti ile başvuran hastalar değerlendirilirken KB ölçümü göz ardı edilmemelidir.

DAHİLİ VE CERRAHİ BİRİMLERDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN PALYATİF BAKIM MERKEZİ HAKKINDAKİ BİLGİLERİNİN VE ALGILARININ BELİRLENMESİ

T.C SAĞLIK BAKANLIĞI
Kayseri İli Kamu Hastaneler Birliği
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
KAYSERİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
Hayriye AKBAŞ - Hilal KURT

Amaç

Yaptığımız çalışma, hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin bilgi ve görüşlerini belirleyip, palyatif bakım ekibinin tanıtılması ve palyatif bakım farkındalığı/bilinci geliştirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç-Yöntem

Palyatif bakım merkezini tanıtan bilgilendirme afişi hazırlandı.
Palyatif bakım merkezi çalışanı olmayan hemşirelere bilgi, tutum ve görüşlerini belirlemeye yönelik 4 adet soru hazırlandı.Hazırlanan sorular, dahili ve cerrahi servis hemşirelerine, bilgilendirme afişi gösterilmeden önce ve afiş gösterildikten sonra tekrar yöneltilmiştir.
Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesinde; Medikal onkoloji,radyasyon onkoloji ve dahiliye yoğun bakım ünitesi 'de çalışmakta olan 15 dahili birim hemşiresi ve üroloji, genel cerrahi kalp damar cerrahi servislerinde çalışmakta olan 15 cerrahi birim hemşireleri olmak üzere toplam 30 kişi çalışma kapsamına alınmıştır.

Hemşirelere yöneltilen sorular;

1.Sağlık profesyoneli olarak, palyatif bakımın tanımı nedir?
2.Palyatif bakım hizmeti, hangi hastalara verilmelidir?
3.Palyatif bakım hizmeti sunan ekip üyeleri kimlerdir?
4.Palyatif bakım hizmetleriyle, hasta ve yakınlarının yaşam kalitelerini etkilediğini düşünüyor musunuz?

Bulgular

Çalışma kapsamındaki dahili ve cerrahi birimlerde görev yapmakta olan hemşirelere bilgilendirme afişi gösterilmeden önceki ve afiş gösterildikten sonraki cevapları değerlendirildi.
Dahili birimlerdeki hemşirelerin afiş gösterilmeden önceki cevapları: Doktor, hemşire ve klinik postadan oluşan bir ekiple; SVH (serobrovasküler hastalıklar), kanser ve beslenme bozukluğu olan hastalara, yoğun bakım şartlarında, tedavi ve bakımın yapıldığı,hastanın yaşam kalitesini arttırmaya yönelik yaklaşımlarda bulunan birimdir.
Hemşirelerin afiş gösterildikten sonraki cevapları: Geniş, kapsamlı ve multidisipliner bir ekiple; SVH, demans, kanser ve beslenme bozukluğu olan hastalara, hastalığa bağlı olarak gelişen semptomlara yönelik tedavinin yapıldığı, psikolojik ve manevi destekle hasta ve ailesinin yaşam kalitesini arttırmaya yönelik girişimlerin yapıldığı birimdir.
Cerrahi birimlerdeki hemşirelerin afiş gösterilmeden önceki cevapları:
Doktor, hemşire, manevi destek uzmanları ve klinik postadan oluşan bir ekiple, artık ailelerin bakmak istemediği yatağa bağımlı, kanser ve kimsesiz hastaların, yaşam kalitelerinin artması için hizmet verilen birimdir.
Hemşirelerin afiş gösterildikten sonraki cevapları: Profesyonel bir ekiple evde bakılamayan felçli, beslenme bozukluğu ve bası yarası olan, tıbbi tedaviye yanıt vermeyen, kanser hastaları ve ailelerine, bütüncül bir yaklaşımla hayat kalitesini arttıran birimdir.

Sonuç

Yapılan çalışmada palyatif bakım kavramı henüz yerleşmemiş olup, hastane çalışanları arasında netlik kazanmamıştır. Özellikle palyatif bakım merkezinde görev yapmayan, sağlık profesyonellerinin bu hususta bilgilendirilmeleri, önem taşımaktadır.

Kaynaklar

1.Aydoçğan F, Uygun K, Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler. Klinik Gelişim. 24: 4 9,2011.
2.Kahveci K, Gökçınar D. Palyatif Bakım. Nobel Tıp Kitapevleri Ltd.Şti. ss.1-7, İstanbul, 2014.
3.Oktay, Ş. (1990), Etkin Sağlık Hizmeti İçin Disiplinlerarası Ekip Yaklaşımı, Hemşirelik Bülteni, 15: 27-31.
4.Velioğlu, P. (1988), Sağlığa Disiplinler arası Ekip Yaklaşımı, Hemşirelik Bülteni, 10: 1-9.
5.İzmirguney.khb.saglık.gov.tr

PALYATİF SAĞLIK HİZMETLERİ SORUNLARI VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ - 2017

PALYATİF SAĞLIK HİZMETLERİ SORUNLARI
VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ
2017

Palyatif Sağlık Hizmetleri Derneği olarak 2012 yılında kurulmuş ve SADEFE nin bir üyesi olarak hizmetimize devam etmekte olup palyatif bakımın Türkiye'ye kazandırılması aşamalarında rol almış olup, özellikle yönetmelik çalışmalarında da yer almıştık. Dolayısıyla yeni bir kavram olan palyatif bakımın algılanmasında yaşanacak sıkıntıları dile getirmiştik. Yönergenin yayımıyla yavaş yavaş Türkiye geneline yayılan hizmetin bizim tarafımızdan ve özellikle bu hizmette yer alan çalışanlarla yaptığımız istişareler neticesinde tespit ettiğimiz hususları ve çözüm önerilerini paylaşmak isteriz

Palyatif Bakım Kliniklerinde;

Sorun: Kavram açısından yaşanan problemler.
Çözüm: Sunulan hizmet sağlık hizmetidir ve sunulan bakım hizmeti sağlık sunumunun bir parçasıdır, amaç hastanın yaşam kalitesini artırmaktır. Palyatif bakım hizmeti algısının sağlık çalışanları, hasta ve yakınlarında doğru oluşturulması adına palyatif bakım hizmetleri tanımının yerini palyatif sağlık hizmetleri almalıdır.

Sorun: Palyatif Bakım ile yoğun bakım kavramının verilecek hizmet açısından karıştırılması.
Çözüm: I.Basamak Yoğun Bakım, Ara Yoğun Bakım değildir; bu nedenle yoğun bakım ve palyatif bakım kavramı, basamakları ve basamaklarına göre hasta tanımlamaları tekrar yapılmalı, bu kliniklerden hizmet alacak hasta grupları tanımlanmalıdır. Ayrıca mevcut yoğun bakım algısının değişmesi adına palyatif sağlık klinikleri sorumlu hekimlerine hizmet içi eğitim verilmeli ve eğitim alan hekimlerin değişmemesi yönünde gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Ayrıca verilen eğitimlere bakıldığında yoğun bakımın palyatif bakımla ilişkisi, palyatif yoğun bakım, yoğun bakımın palyatif bakımdaki rolü gibi başlıklar oturmamış olan palyatif bakım kavramını yoğun bakım odaklı yerleşmesine neden olacaktır. Bu sebeple verilen eğitimlerde bu başlıkların yer almaması sağlanmalıdır. Eğitimler merkezden kontrol edilmelidir.

Sorun: Palyatif bakımın Dünya Sağlık Örgütüne göre birçok tanımı vardır. Bunlardan bir tanesi de "yaşamın kalitesini düşürücü hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan semptomlarla karşılaşan hasta ve ailenin yaşam kalitesinin yükseltilmesi, ağrı ve acısının dindirilerek ruhsal ve psikososyal problemlerinin önceden tahmin edilerek tedavisinin sürdürülmesine yönelik uygulamaların yer aldığı bir bakım felsefedir" der. Ülkemizde hazırlanan Yönerge bu çerçevenin çok az kısmını karşılamaktadır. Yönergenin daha detaylı ve kafalarda soru işareti bırakmayacak şekilde hazırlanması gerekmektedir.
Çözüm: Hasta ve yakının yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik yönetmelikler düzenlenmeli ve tescilde zorunluluk olmalıdır(n-itelikli oda, ayrı hasta banyo alanı, mutfak, meşguliyet odası v.b .)

Sorun: Görevlendirilen hekimlerin süreli olması.
Çözüm: Palyatif sağlık kliniklerinde sorumlu hekimlerinin bir yıl görevlendirilmesine yönelik TKHB Başkanlığı tarafından yayınlanan yönergeye bağlı kalınarak belge üzerinde tek hekim görevlendirilmesi yapılıp hekimlerin aylık değişmesinin önüne geçilmelidir. Palyatif bakım felsefesini özümseyemeyen hekimlerin order düzenlemeleri sağlık çalışanlarında ve hasta yakınlarında yanlış anlamalara sebep olmakta, nafile tedavilerin hastaya hiçbir yararı olmamaktadır(order tedavilerinde bir ay 10 kalem tedavi yapılırken bir ay sonra aynı hastaya 3 kalem tedavi yapılmaktadır).

Sorun: Görevlendirilen hekimin tercihen anestezi uzmanı olması merkezlerin yoğun bakım olarak algılanmasının sebeplerinden bir tanesidir.
Çözüm: Yönergede yapılacak değişiklikle diğer hekimlerinde aynı derecede sorumlu olduğu hususu düzeltilmelidir. Multidisipliner ekip sorumlusu hekim olarak belirlense de diğer sağlık personeline de yeterli yetkiyi devretmiş olması hem kendi açısından yükü azaltacağı, diğer sağlık personelinin sorumluluk alarak daha motive çalışmasını da sağlayacağı düşünülmektedir.

Sorun: Palyatif bakımın yoğun bakım olarak algılanması sonucu personel planlamasının bu şekilde yapılması.
Çözüm: Palyatif bakım personel planlaması kendi içerisinde ayrı bir disiplin olarak belirlenmeli hasta başına kaç hemşire hekim veya diğer personel olması mevzuu mevzuat çerçevesinde düzenlenmeli.

Sorun: Yoğun bakım algısına paralel olması sebebiyle çok fazla invazif girişim yapılması ve hastanın psikolojik ve sosyal destek kısmının 2. Planda kalması.
Çözüm: Bu konuda yine mevzuatta düzenleme yapılması neticesinde psikolog, sosyal hizmet uzmanı, manevi destek uzmanı gibi sosyal destek veren unsurlar daha fazla ön planda tutulmalıdır. Sosyal hizmet uzmanları hastanın eve hazırlanma aşamasında yaşayacağı sorunların çözümünde anahtar rolü görmektedir

Sorun: Palyatif bakım merkezlerinin inme merkezleri ile kapatılma hususu.
Çözüm: Palyatif sağlık kliniklerinde yatan hasta dağılımı incelendiğinde çoğunlukla yatağa bağımlı, SVO hastalarına hizmet verildiği görülmektedir. Bu nedenle palyatif bakım kliniklerinin inme merkezi olmadığı, eğer bu alanda bir ihtiyaç var ise çalışmaların başlatılarak inme merkezlerinin ülkemizde yaygınlaştırılma çalışmalarının başlatılarak palyatif sağlık kliniklerinin gerçek hastasına dokunmasına imkân sağlanmalıdır.

Sorun: Palyatif bakım hastalarının beslenme hususlarının önemsenmesi.
Çözüm: Palyatif sağlık kliniklerinde diyetisyen veya nütrisyon ekibi aktif olarak yer almalı, hastaya başlanan beslenme ürünleri bilimsel veriler ışığında ve hasta laboratuvar verileri göz önünde bulundurularak hastaya başlamalıdır.

Sorun: Palyatif bakım merkezlerinin yara bakım merkezi olarak görülmesi hususu.
Çözüm: Palyatif bakım klinikleri basınç yarası tedavi kliniği değildir, hastaların sadece basınç yarası için plastik cerrahın hizmet sunduğu hastanelerden; plastik cerrahın hizmet sunmadığı hastanelere nakil edilmesinin önüne geçilmelidir. Unutulmamalıdır ki yara bakımı hastanın hastanenin her kliniğinde alabileceği bir sağlık hizmetidir.

Sorun: Palyatif bakımın içerisinde evde sağlık hizmetlerinin rolünün belirtilmemesi.
Çözüm: Evde sağlık hizmetlerinin yetki ve sorumlulukları geliştirilerek 24 saat hizmet sunan merkezler olması sağlanarak, hastaların taburculuk sonrası tedavilerini yaptırmak için hastanelerin acil servislerine başvurmalarının önüne geçilmelidir.

Sorun: Palyatif bakımın tanımı iyi yapılmalı, ne bir yoğun bakım gibi ne de yurt dışında belirtilen hospis gibi görülmemeli.
Çözüm: Hastaların ölüm anına kadar palyatif bakım kliniklerinde tutularak sevdiklerinden uzak, yalnız ve acı içinde ölmesinin engellenmesi adına; Yatış sürelerine sınırlandırılmalı, Hastanın evi bakım alacağı en iyi yer olarak tanımlanmalı,
Gereksinimi olduğunda kliniğe tekrar kabulünün gerçekleşeceği garantisi verilerek palyatif hastasının evde sağlığa entegrasyonu sağlanmalıdır.

Sorun: Palyatif bakım noktasında tedavi alacak kesim bilgilendirilmeli. Kavram karmaşasının önüne geçilmeli.
Çözüm: Palyatif bakım klinikleri bakımevi değildir; bu nedenle hasta ve yakınlarına palyatif kliniklerinde sağlık hizmetinin sunulduğu vurgusu yapılmalı, toplumun doğru aydınlatılması adına kamu spotu, kitapçık ve broşür gibi palyatif bakımın tanıtımına yönelik faaliyetler düzenlenmelidir.

Sorun: Çalışanların görev tanımları mevzuatta açık bir şekilde yer almaması.
Çözüm: Öncelikle evde sağlık hizmetini multidisipliner ekibin vermesi sağlanmalı ve sağlık hizmetini sunan profesyonellerin (Doktor, Hemşire, Fizyoterapist, Sosyal Hizmet Uzmanı, Diyabet Eğitim Hemşiresi, Psikolog, Diyetisyen) ve bakım elemanlarının; Görev tanımları, Sorumlulukları, Hizmet koşulları, Denetim standartları belirlenmeli, Bu alanda çalışacak ekip üyelerine bakıma muhtaç birey ve ailesine müdahale yaklaşımları konusunda eğitim verilmelidir.

Sorun: Palyatif bakım yeni kavram olması sebebiyle bütün hususlar yazılı olarak mevzuatta yer almamakta, yorumu gerektirecek alan bırakılmaktadır.
Çözüm: Palyatif bakım klinikleri yatış ve çıkış kriterlerinin belirlenerek tüm Türkiye'de standartlaşması sağlanmalıdır. Palyatif sağlık hizmetlerinin sadece hastane temelli olmasının önüne geçilmeli, tüm çalışma alanlarında olduğu gibi multidisipliner ekibin görev tanımları çok net yapılmalı ve palyatif sağlık kliniklerinde sağlık bakım kalitesi artırılmalıdır.

Sorun: Palyatif bakıma özel alan tanımı iyi yapılmaması, bu hususun mevzuatta çok basit olarak yer alması.
Çözüm: Hizmet alırken veya hastaneye giriş işlemlerini yaparken hasta ve yakınlarının vakit geçirebilecekleri, kitap, gazete okuyabilecekleri alanın olmaması, televizyon seyredebilme imkânının olmaması, olan yerlerde ise tamamen bir karmaşa içerisinde olması bu alandaki eksikliği de ortaya koymuştur. Kurulacak merkezlerde bu tarz alanlar oluşturulup bu hastalara özgü kılınması bu ihtiyacı da karşılayacağı düşünülmektedir. Bunun mevzuatta detaylı olarak belirtilmesi gerekmektedir.

Sorun: Hangi hastanelere kaç yataklı palyatif bakım merkezi kurulacağının net olarak belirlenmemesi.
Çözüm: Merkezlerin planlanması yapılarak hangi hastaneye hangi büyüklükte merkezin kurulması gerektiği belirlenmeli, bu da bir eylem planı çerçevesinde düzenlenmelidir. Personel desteği sağlanamayacağından C grubu hastanelere planlama yapılmamalı. Yönergede yer alan yatak sayısına göre ve yoğun bakım yatağına bağlı planlama hem yoğun bakım ile kavram karmaşasına neden olmakta hem de kontrolsüz yatak açılmasına sebep olmaktadır.

Sorun: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığında bakım hastalar ile ilgili problemler.
Çözüm: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nda bakım alan hastaların sağlık ihtiyaçlarının düzgün karşılanabilmesi için birbirleriyle koordineli çalışarak, bakım ve sağlık merkezini ortak çatıda buluşturulması faydalı olacaktır.

Sorun: Hasta yatışı ile ilgili sınırlandırmalar yapılmalı.
Çözüm: Yurt dışı incelemelerinde yatış gün sınırlaması getirilmiştir. Bu durumun olumlu ve olumsuz yanları mevcuttur. Bir hasta tam olarak iyileşmeden yatış gün sınırlamasına takılıp çıkarılması hastalığın nüksetmesine ve tekrardan hastaneye yatışı gerektirebileceği gibi hastanın ölümüne de sebep olabilir. Sınırlama yapılmazsa bu merkezler uzun süreli bakım merkezi haline gelme durumu ile karşı karşıya kalabilir. Bu durumda kurulması düşünülen modele tamamen zıttır. Yatış sınırlaması esnek olarak yapılarak karara sağlık personelinin katılımı sağlanmalıdır.

Sorun: Palyatif bakımın tek bir merkez boyutuna indirgenmesi.
Çözüm: Palyatif bakıma gereksinimi olan hastalar sadece bu merkezlerde takip edilmemesi faydalı olacaktır. Böylelikle palyatif bakım modeli tüm servislerin benimseyeceği bir model halini alacaktır. Bu durumda merkezlerdeki yatak sayılarını artırmama yönündeki görüş desteklenmelidir. Palyatif bakım konusunda eğitim almış destek timi oluşturularak diğer servislerde de hasta takibi yapması gerekmektedir. Böylece palyatif bakım servisleri dışındaki doktor ve sağlık personelinde de palyatif bakım bilgisinin yerleşmesi sağlanacağı düşünülmektedir.

Sorun: Ağrı tedavisine yeterli önem gösterilmemesi.
Çözüm: Ülkemizde Algoloji Bilim Dalı da yan dal olarak kabul edilmiştir. Halen Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniklerine bağlı olarak ağrı poliklinikleri hizmet vermektedir. Kanser hastalarının yoğun olmadığı merkezlerde ağrı polikliniklerinde nonmalign hasta yükü daha fazla olabilir. Eğitim hastanelerinde ayrıca algoloji klinikleri de kurulabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Ağrı polikliniği dışında ayaktan hastalara hizmet veren, daha önce takipli hastaların evde tedavilerinin devamlılığı için palyatif bakım merkezi bulunmalıdır. Ağrı poliklinikleri doğal olarak bu merkezlerle koordineli çalışması faydalı olacaktır.

Sorun: Alan sınırlamaları noktasında yeterli düzenlemenin yapılmamış olması.
Çözüm: Kurulması planlanan palyatif bakım merkezlerine ülke şartları da göz önünde bulundurularak alan sınırlaması getirilmemesi gerektiği düşünülmektedir. Belirli alanlar zorunlu olmalı ancak efektif olup olmaması değerlendirilmeli. Odalar tek kişilik, tuvalet-banyonun içerisinde bulunduğu, güneş ışığını alabilen aydınlık alanlar olmalı. Sağlık bakanlığının şehir hastaneleri projelerinde bu durumlarda yatırım planında değerlendirilmelidir. Mevcut binaların bu şartlarda düzenlenmesi zorken yeni yapılacak binaların planlamalarının bu çerçevede yapılması zor olmayacağı düşünülmektedir.

Sorun: Tescil işlemleri yapılırken sınırların belirgin olmaması.
Çözüm: Başvuru yapan kurum tescil işlemi yapıyorken bazı alanlar olmazsa olmaz alan olarak belirlenmeli, kişilerin inisiyatifine bırakılmamalıdır. Kalite kriterleri belirlenerek standartlar iyileştirilmelidir.

Sorun: Resusitasyonla ilgili sorunlar.
Çözüm: Son dönem hasta resusitasyonunun kanuni zorunluluğu üzerinde çalışılmalı, mümkünse bu tarz hastalar için zorunluluk olmaktan çıkarılmalıdır. Şu anda resusitasyon yapmama yasal olmadığı için, her hasta resusite edilip yoğun bakıma alınmaktadır. Son dönem her hasta için invaziv girişimden kaçınılmalı ve tedaviyi değiştirmeyecek gereksiz pahalı tetkikler istenmemelidir. Hasta ve hasta yakınları bu istemler karşısında ikna edilerek bu süreçte de palyatif bakım ekibine destek verilmesi faydalı olacaktır. Tüm tedavi desteğinde hasta istemi dikkate alınmalı, bu istemler yazılı olmalı, istemlere uyan doktor ve sağlık personelinin korunmasına yönelik önlemlerin de alınması faydalı olacaktır.

Sorun: Genel Mevzuat sorunu ve diğer paydaşların süreçten uzak tutulması.
Çözüm: Sonuç olarak ülkemizde palyatif bakım hizmetlerini verebilmek için yeni bir model geliştirme gerekliliği ortadadır. Bu modelde Sağlık Bakanlığı(SB), Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı(ASPB), Sosyal Güvenlik Kurumu(SGK), Üniversiteler, Diyanet İşleri Başkanlığı(DİB), Sivil Toplum Kuruluşları(STK) nın paydaşlığında gönüllülerinde önemli oranda yer almalıdır. Sağlık ve sosyal işlerin ayrı bakanlıklarca yürütüldüğü ortada olduğu için Sağlık Bakanlığı ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı sistemin önemli parçalarıdır. Sağlık hizmetine ulaşabilen bir hasta bakım hizmetine ulaşamayabiliyor. Bu hizmetler için iki ayrı bakanlığın sunmuş olduğu hizmetlere birbirinden ayrı olarak başvuruda bulunmak gerekiyor. Bu hizmetlerin koordineli yürütülmesi, arada kalan bu hasta grubunun sıkıntılarını çözeceği düşünülmektedir.

Sonuç olarak ilgili tüm paydaşların sürece dahil olacağı bir sistem geliştirilmesi için mevzuat çalışması yapılmalı, üniversite hastaneleri, özel hastaneler ve sağlık bakanlığında açılacak şekilde kapsayıcı bir mevzuat yapılmalıdır. Planlamalar merkezden kontrol edilecek şekilde yapılmalı. Yoğun bakım ve diğer hizmetlerle karıştırılmayacak şekilde kendine özgü bir hizmet olduğu noktasında çalışmalar yapılmalıdır. Geri ödeme noktasında gelirin önemsendiği performans sistemi göz önüne alındığında kuruma gelir sağlanması amacıyla sırf göstermelik olsun diye yatak açılmasının önüne geçilmesi gerekmektedir. Evde Sağlık hizmetleri ile entegre olması sistemin en önemli ayağıdır.

Belirtilen eksikliklerin ve sistemin iyileştirilmesi için yapılacak çalışmalarda yer almaya hazır olduğumuzu belirtir saygılar sunarız.20.01.2017

Doç. Dr. Ahmet Yağmur BAŞ
SADEFE Yönetim Kurulu
Başkanı

Op. Dr. Fatih GÖKSEL
PASHİDER Yönetim Kurulu
Başkanı

DESTEKLEYENLER & PAYDAŞLAR

FOTOĞRAF GALERİSİ

FOTOĞRAF GALERİSİ

FOTOĞRAF GALERİSİ

FOTOĞRAF GALERİSİ

FOTOĞRAF GALERİSİ

FOTOĞRAF GALERİSİ

FOTOĞRAF GALERİSİ

FOTOĞRAF GALERİSİ

FOTOĞRAF GALERİSİ