

# PALYATİF BAKIM

**Editörler**

Berna Akıncı ÖZYÜREK

Nalan OGAN

©2023 Palyatif Bakım

ISBN: 978-625-6429-10-9

Tüm hakları saklıdır. 5846 ve 2936 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri yasası gereği; bu kitabın basım, yayın ve satış hakları Hipokrat Yayınevi'ne aittir. Anılan kuruluşun izni alınmadan kitabın tümü ya da bölümleri mekanik, elektronik, fotokopi, manyetik kağıt ve/veya başka yöntemlerle çoğaltılamaz, basılamaz, dağıtılamaz. Tablo, şekil ve grafikler izin alınmadan, ticari amaçlı kullanılamaz. Bölümler içinde kullanılan resim ve bilgilerin sorumluluğu o bölümün yazar (lar)ına aittir.

### Editörler

Doç. Dr. Berna AKINCI ÖZYÜREK

Doç. Dr. Nalan OGAN

### Yayıncı

Hipokrat Yayınevi

### Proje Koordinatörü

Meryem YAVUZ

(MediHealth Academy)

### Grafik-Tasarım

Fatih Şamil ULUDAĞ

Elif ÖZDİL

(MediHealth Academy)

### Baskı-Cilt

Ankara Özgür Matbaacılık Basım Yayın Dağ. San. Tic. A.Ş.

1250 Cadde No: 25 Ostim OSB Yenimahalle / Ankara

Sertifika No: 46821

**Hipokrat**  
Yayıncılık

Süleyman Sırrı Cad.No:16/2 Sıhhiye  
Tel: (0312) 433 03 05-15 ANKARA  
www.hipokratkitabevi.com



# Önsöz

Palyatif bakım, ciddi ve kronik hastalıkları olan bireylerde kendisinin ve ailesinin hastalıkları ile baş edebilmelerini kolaylaştırmak amacıyla olan ve multidisipliner yaklaşım gerektiren bir tıbbi bakım türüdür. Bu kitabı hazırlamaktaki amacımız, farklı birçok branştaki hekimlerimizin yararlanabileceği, güncel bilgiler ışığında sık karşılaşılan klinik ve etik sorunların çözümüne yol göstermesi ve faydalı olmasıdır.

Kitabımızda emeği geçen tüm değerli meslektaşlarımıza, kitabın basımında öncülük eden sayın Dr. Aydın ÇİFÇİ'ye, koordinasyon ve diziminde yardımcı olan Elif ÖZDİL'e teşekkürlerimizi sunarız.

**Doç. Dr. Berna AKINCI ÖZYÜREK**  
**Doç. Dr. Nalan OGAN**  
**2023, Ankara**

# Yazarlar

## Alper BÜLBÜL

Uzm. Dr. Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

## Aslıhan UZUNKULAOĞLU

Ankara Etlik Şehir Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, Ankara

## Aycan YÜKSEL

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

## Ayşegül YILDIZ

Dr. Öğr. Üyesi, Kapadokya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Nevşehir

## Banu SÜZEN

Dr. Öğr. Üyesi, Kapadokya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksek Okulu Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Nevşehir

## Ceren ILGAR

Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dr. Rıdvan Ege Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

## Didem ADAHAN

Prof. Dr. Lösante Hastanesi, Aile Hekimliği, Ankara

## Ertuğrul SARAL

Uzm. Dr. Serbest Psikiyatr, İstanbul

## Gülin MORKAVUK

Lösante Çocuk ve Yetişkin Hastanesi, Nöroloji Bölümü, Ankara

## Gürkan GÜNER

Uzm. Dr. Sağlık bilimleri Üniversitesi, Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Van

## Kerem ENSARİOĞLU

Uzm. Dr. Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara

## Leyla KUTLUCAN

Dr. Öğr. Üyesi, İzmir Bakırçay Üniversitesi, Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, İzmir

## Meshar ENSARİOĞLU

Asistan Hekimi, Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Ankara

## Mukadder GÜN

Doç. Dr. Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Ankara

## Mustafa ÖCAL

Kahta Devlet Hastanesi Acil Tıp, Adıyaman

## Nurgül BALCI

Uzm. Dr. Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, Evde Sağlık Birimi, Aile Hekimliği, Ankara

## Özlem ÖZDAĞ

Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi,, Göğüs hastalıkları Kliniği, Ankara

## Öznur UZUN

Uzm. Dr. Bilkent Şehir Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bölümü, Ankara

## Pınar ÖZMEN YILDIZ

Uzm. Dr. Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Bölümü, Adana

## Seçkin ÖZGÜL

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ankara

**Şahin EYÜPOĞLU**

*Uzm. Dr. Ağrı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ağrı*

**Tijen ACAR**

*Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Ankara*

**Tuğba TEZVERGİL**

*Uzm. Dr., Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara*

# İçindekiler

Önsöz .....	i
Yazarlar.....	iii
İçindekiler.....	vii
1. Bölüm Palyatif Bakım Nedir?.....	1
2. Bölüm Palyatif Bakım ve Semptom Yönetimi.....	7
3. Bölüm Palyatif Bakım ve Akciğer Hastalıkları	
3A. Palyatif Bakım ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı.....	15
3B. Palyatif Bakım ve İntertisyel Akciğer Hastalıkları.....	23
3C. Palyatif Bakım ve Solunum Yetmezliği.....	33
3D. Palyatif Bakım ve Pulmoner Tromboemboli.....	39
4. Bölüm Palyatif Bakım ve Kalp Hastalıkları .....	49
5. Bölüm Palyatif Bakım ve Kronik Karaciğer Hastalıkları .....	55
6. Bölüm Palyatif Bakım ve Nörolojik Hastalıklar.....	63
7. Bölüm Palyatif Bakım ve Böbrek Hastalıkları.....	69
8. Bölüm Palyatif Bakım ve Onkolojik Hastalıklar.....	75
9. Bölüm Palyatif Bakım ve Psikiyatrik Yaklaşım .....	83
10. Bölüm Palyatif Bakım Hastalarına Acil Serviste Yaklaşım.....	95
11. Bölüm Palyatif Bakım ve Fizik Tedavi Rehabilitasyon.....	101
12. Bölüm Palyatif Bakım ve Beslenme.....	107
13. Bölüm Palyatif Bakım ve Hemşirelik Bakımı.....	115
14. Bölüm Palyatif Bakım ve Aile Hekimliği-Evde Bakım ve Tele-Sağlık .....	123
15. Bölüm Palyatif Bakımda Etik Boyut.....	133
16. Bölüm Palyatif Bakım ve Yaşam Sonu.....	141
Dizin .....	147

## *Palyatif Bakım Nedir?*

Leyla KUTLUCAN

### TANIM

Palyatif kelimesi, Türk Dil Kurumu tarafından "geçici, geçiştirici, etkisi köklü olmayan, duruma geçici çözüm getiren" şeklinde tanımlanmıştır. Latince köken alan "Palliative (Palliare)" koruyucu ya da kapsayıcı anlamlarına gelmektedir. İngilizce terminolojide ise "Palliative" terimi hafifletici, yatıştırıcı, geçici çare anlamlarında kullanılmaktadır (1,2)

Palyatif Bakım, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından ilk kez 1986 yılında "Tedavi edici yaklaşımların tükendiği, son dönem hastalara sunulan bir sağlık hizmeti" şeklinde tanımlanmıştır. 2002 yılında, 'hastaların tanı almalarından yas dönemine kadar geçen süreyi ve ailenin desteklenmesi'ni de kapsayacak şekilde tanım genişletilmiştir (3,4). DSÖ, 2014 yılında tüm ülkeleri palyatif bakım hizmetlerini sağlık sistemlerine dahil etmeye çağırmıştır (5).

Palyatif bakımın güncel tanımı "yaşamı tehdit eden hastalıklarla mücadele eden hasta ve yakınlarının yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik fiziksel, psikososyal ve manevi problemlerin erken tespit ve tedavisini amaçlayan multidisipliner bir yaklaşım" olarak yapılmaktadır. Palyatif bakım daha önceki dönemlerde, çoğunlukla kanser hastalarının veya yapılacak bir tedavisi olmayan son dönem hastaların bakımını üstlenmekteydi. Fakat zamanla yaşamı tehdit eden tüm sağlık problemlerinin takip ve tedavinin sağlanması şeklinde değişim göstermiştir (5-8).

Avrupa Palyatif Bakım Birliği'ne göre, palyatif bakım "küratif (tam iyileşmeyi hedefleyen tedavi) tedaviye yanıt vermeyen hastaların bütüncül bakımı" şeklinde, Amerikan Hospis ve Palyatif Bakım Organizasyonuna göre ise "palyatif bakım genellikle tedavi edici bakıma ek olarak, ciddi hastalıkların ağrısına, semptomlarına ve stresine odaklanır" şeklinde tanımlanmaktadır (8,9).

### PALYATİF BAKIMIN AMAÇLARI VE KAPSAMLARI

- Sağlıkla ilgili ciddi sıkıntıları olan her yaş grubundan bireylerin aktif ve bütüncül bakımlarıdır. Mevcut sağlık problemi; kanser, kardiyovasküler hastalık, son dönem kronik hastalık (diyabet, romatizmal hastalıklar), akut travma, hareket kısıtlılığı veya kaybı, organ yetmezliği (böbrek yetmezliği, karaciğer yetmezliği), tüberküloz, ciddi yanıklar, aşırı prematüre doğum, konjenital anomaliler, demans veya yaşlılığa bağlı aşırı düşünlük gibi çok farklı nedenlere bağlı olabilir.
- Yaşamı onaylar, ölümü de olağan bir süreç olarak değerlendirir. Amaç ölümü ertelemek ya da hızlandırmak değildir. Beklenen yaşam süresini uzatmak tabii ki önemlidir ama bunu yaşam kalitesini yükselterek yapmak daha da önemlidir. Yaşam kalitesi; kişinin fiziksel, duygusal, sosyal açıdan iyi olma halidir. Palyatif bakım, mevcut yaşamın kalitesini artırmayı hedefleyen bir bakım felsefesidir. Dünü ya da yarını değil, bugünü en iyi şekilde yaşayabilmeyi benimser.

## 3. Bölüm

### PALYATİF BAKIM VE AKCİĞER HASTALIKLARI

#### *B. Palyatif Bakım ve İntertisyel Akciğer Hastalıkları*

Aycan YÜKSEL, Ceren ILGAR

#### İNTERTİSYEL AKCİĞER HASTALIKLARI

İntertisyel akciğer Hastalığı (İAH) diğer adı ile diffüz parankimal akciğer hastalığı (DPAH) genellikle kronik seyirli, akciğerleri diffüz olarak etkileyen, parankimde fibrozis, inflamasyon ve yapısal deformiteye neden olan bir grup hastalıktır. Terimsel olarak bahsedilen interstisyum; alveoller ve kapillerler arasındaki bölgeye ek olarak ayrıca alveolar duvar, perivasküler, perilenfatik ve peribronkovasküler bağ doku ve septayı da kapsadığından bu hastalıklarda alveol boşlukları, küçük hava yolları, damarlar ve plevra da etkilenebilmektedir. Bu hastalık grubunda alveolokapiller membran yoluyla gaz değişim kapasitesinin bozulması sonucunda solunum yetmezliği gelişir. Diffüz parankimal akciğer hastalıkları dört ana başlık altında incelenir (1).

- Nedeni bilinenler: (Bağ doku hastalıkları, hipersensitivite pnömonisi, ilaç ilişkili akciğer hastalığı, vb.)
- Granümatöz hastalıklar (sarkoidoz)
- İdiyopatik interstisyel pnömoniler
- Diğer (Eozinofilik pnömoni, pulmoner alveoler proteinozis, Langerhans hücreli histiositozis, lenfanjiyoleimiyomatozis, vb.)

İntertisyel akciğer hastalıkları içinde en sık görülen idiyopatik interstisyel pnömonilerdir. İdiyopatik interstisyel pnömonilerin kendi içinde sınıflandırılması **Tablo 1**'de verilmiştir (1).

Major İİP'ler	Nadir görülen İİP'ler	Sınıflandırmayan İİP
İdiyopatik pulmoner fibrozis	Lenfositik interstisyel pnömoni	
İdiyopatik nonspesifik interstisyel pnömoni	Plöroparankimal fibroelastozis	
İdiyopatik deskuamatif interstisyel pnömoni		
Kriptojenik organize pnömoni		
Akut interstisyel pnömoni		

İİP: İdiyopatik interstisyel pnömoni; İAH: İntertisyel akciğer hastalığı

#### **Epidemioloji**

İntertisyel akciğer hastalıkları tanı güçlüğü ve görece düşük insidansa sahip olması nedeniyle epidemiyolojik çalışma yapılması güç bir hastalık grubudur. Yapılan çalışmalarda 3.6 ile 32/100000 arasında değişen insidansa sahip olduğu saptanmıştır. Yapılan ilk epidemiyolojik çalışmada en sık görülen interstisyel akciğer hastalığı idiyopatik pulmoner fibrozis (İPF) iken (2), Avrupa'da olguların %26'sının sarkoidoz, %19'unun İPE, %12'sinin kronik hipersensitivite pnömonisi (HP) ve %7,2'sinin bağ doku hastalığı ilişkili (BDH-İAH) olduğu bulunmuştur (3). Ülkemizde ise İAH insidansının 25,8/100000 olduğu ve sırasıyla sarkoidoz ve İPF'nin en sık görülendifüz parankimal akciğer hastalıkları olduğu bildirilmiştir (4). Özetle, en sık rastlanılan interstisyel akciğer hastalıkları; sarkoidoz, İPE, bağ dokusu hastalığı akciğer tutulumu, kronik HP ve pnömokonyozlardır.



### *Palyatif Bakım ve Kalp Hastalıkları*

Pınar ÖZMEN YILDIZ

#### GİRİŞ

Kalp hastalıkları özellikle de kardiyovasküler hastalıklar önde gelen ölüm nedenlerinden biri olmaya devam etmektedir. Tıbbi, cerrahi ve cihaz tedavileri ile kalp fonksiyonları, kapak fonksiyonları, aritmiler ve fonksiyonel kapasitede iyileşmeler sağlanmaktaysa da kimi zaman istenmeyen olumsuz sonuçlar ile karşılaşılabilir. Kalp hastalıkları akut miyokard infarktüsü geçiren sağlıklı bir kişiden inflamatuvar kardiyomyopati orta yaşlı bir bireye ve tek ventrikül hastalığı için Fontan ameliyatı olan bir gence kadar değişen çeşitli klinik profillerde kendini gösterirken palyatif bakım hepsi için önemli bir yere sahiptir.

Palyatif bakım yaşam kalitesini en üst düzeye çıkarmaya ve semptomları azaltmaya odaklanan özel bir tıbbi bakım türüdür. Her yaşta ve ciddi bir hastalığın her aşamasında uygun olan, hasta ve aile merkezli bir bakımdır. Palyatif bakım, akut ve kronik hastalıkta olağan bakımın yanı sıra uygulanmalıdır (1). Kardiyak bakımın önemli bir bileşeni olarak giderek daha fazla kabul görürken, buna yönelik araştırmalar hız kazanmıştır (2). Palyatif bakım, 'birincil' veya 'ikincil' olarak tanımlanabilir (3). Birincil palyatif bakım herhangi bir klinisyen tarafından sağlanabilir. Genellikle standart önceden yapılandırılmış bakım planını, bakım hedeflerin belirlenmesini, fiziksel semptomların ve duygusal sorunların temel yönetimini içerir. Önceden yapılandırılmış bakım planı, hastaların ciddi bir şekilde hastalanmaları durumunda almak isteyecekleri veya istemeyecekleri bakımla ilgili isteklerini tanımlamalarına yardımcı olan bir süreçtir. Hastaların beklentileri, umutları ve palyatif bakım ihtiyaçları hastalık sürecinin erken dönemlerinde ortaya çıkarılmalı ve karar vermeye rehberlik etmek için kullanılmalıdır. Yönetim ve karar verme daha karmaşık hale geldiğinde, ikincil palyatif bakım sağlamak için resmi palyatif bakım eğitimi almış uzmanlara gereksinim vardır. Dirençli fiziksel semptomlar, karmaşık psikososyal sorunlar, tedavi seçenekleri ile ilgili çatışma çözümü, aile ve klinisyen desteği ikincil palyatif bakımın temel yönlerini oluşturur.

Semptom yönetimi, palyatif bakımın bir diğer önemli alanıdır. Semptom yükü, kardiyovasküler hastalıkların süreci boyunca dalgalı bir seyir gösterse de genellikle yaşamın sonuna doğru iyice artar. Göğüs ağrısı, nefes darlığı ve aktiviteyi sınırlayan yorgunluk, çoğu kardiyovasküler uzmanın karşılaştığı yaygın semptomlardır. Bununla birlikte, ilerlemiş koroner arter hastalığı olan hastalarda dirençli göğüs ağrısı ve aritmiler ve ilerlemiş kalp yetmezliği olan hastalarda şiddetli dispne, anoreksi ve uykusuzluk gibi yakınmalara karşı daha çaresiz kalınabilmektedir. İlerlemiş hastalık ve yüksek semptom yüküne genellikle depresyon, anksiyete de eşlik etmekte ve bu durumlar uzman palyatif bakım konsültasyonunu gerektirebilmektedir.

Palyatif bakımın bir diğer önemli bileşeni, hastalara ek olarak bakım verenlere ve aile üyelerine ve hatta tıbbi ekip üyelerine psikososyal destek sağlanmasıdır. Klinisyenler, prognoz, hastalık gidişatı ve tedavi seçeneklerini hassas bir şekilde tartışarak bu alanda birincil palyatif bakım sağlarlar. Destekleyici dinleme ve endişelere empati ile yanıt verme temel bileşenlerdir. Bazen bu, hastayı bir sosyal hizmet görevlisi ve manevi bakım

### *Palyatif Bakım ve Psikiyatrik Yaklaşım*

Alper BÜLBÜL, Ertuğrul SARAL

#### GİRİŞ

Palyatif bakımla ilgili modernleşme sürecinin öncesine bakıldığında ekiplerde nadiren psikiyatriklere ya da diğer ruh sağlığı profesyonellerine rastlanmaktadır. Bunun nedenleri ampirik olarak incelendiğinde palyatif bakıma psikiyatrik yaklaşımın katılımının önünde çeşitli engeller olduğu öne sürülmüştür. Bu engeller palyatif bakımı sağlayanların psikolojik zorlanmalara da kendilerinin müdahale edebileceğine olan inançları, psikiyatrların yaşamının sonlarında olan hastalara yönelik olası ilgisizlikleri, beden odaklı tıbbın hâkim olması, finansal zorluklar gibi bazı nedenler olarak sıralanmıştır (1).

Palyatif bakım ve terminal dönem hastalıklar ile ilgili son yıllarda olan gelişmeler, bu alanda birçok yeni araştırmanın yapılmasının sağlanmasının yanı sıra ideal palyatif bakımında psikososyal destek ve psikiyatrik konularının ne denli önemli olduğunun anlaşılmasına da yardımcı olmuştur. Terminal dönemde birçok farklı sorun ortaya çıkmaktadır. Hastanın dalgalı seyreden genel durumunun takibi, hastanın beden temizliği, sekresyonların aspirasyonu, yatak ve bası yaralarının önlenmesi, deliryumun önlenmesi ve müdahalesi, ek psikiyatrik durumların tespiti ve tedavisi gibi birçok farklı alana müdahale gerektiren sağlık hizmetleri ancak bu konuda eğitilmiş ve multidisipliner bir ekibin parçası olan sağlık profesyonelleri yürütülebilmektedir. Çeşitli sorunların ve multidisipliner çalışmaların gerekliliği kimi zaman palyatif bakımı diğer tedavi ve bakımlara göre karışık bir hale de getirebilmektedir.

Terminal dönemde giderilmesi ya da hafifletilmesi gereken belirtiler listesine, psikiyatrik hastalık belirtileri ve bu hastaların maruz kaldıkları psikososyal ve ruhsal sorunları da eklemek gerekmektedir. Kronik ve ciddi hastalıklarda, bu hastalıkların yanı sıra ortaya çıkan depresyon, anksiyete, deliryum, uyku bozuklukları gibi psikiyatrik komorbiditeler de sık görülmektedir. Ortaya çıkan psikiyatrik komorbidite ve ruhsal zorlanmaların varlığı hastanın yaşam süresi ve kalitesi üzerinde olumsuz etkiler göstermekte, hasta yakınları ve bakım verenler için de önemli sorunlara yol açabilmektedir (2, 3).

Örneğin; palyatif bakım hastalarında yaklaşık %50 oranında depresyon semptomlarının görüldüğü, %70 oranında klinik olarak belirgin bir anksiyete semptomu ortaya çıktığı ve neredeyse tamamında ölüme yaklaşırken deliryumun gözlemlendiği ileri sürülmektedir. Bahsedilen psikiyatrik semptomların ciddi hastalığın olduğu terminal dönemlerde ayırt etmek genellikle zor olmaktadır. Bu bilgiler ışığında, psikofarmakolojik ve psikoterapötik müdahaleler gerektiren ve hastanın yaşam kalitesi ile süresini etkileyen psikiyatrik komorbiditeler psikiyatri uzmanlarında değerlendirilmeli, psikiyatrlar palyatif bakım ekipleri ile yakın temasta olmalıdır (4).

Bu bölümde 3 ana başlık olan ve palyatif bakımda en sık görülen komorbiditeler olarak kabul edilen depresyon, anksiyete ve deliryum ele alınacaktır.