

## Son Dönem Yaşlı Hasta Bakımı

### End-of-life Care For the Elderly Patient

M. Akif KARAN

*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı, İstanbul*

#### Özet

“Yaşamın son dönemi” terimi, ister terminal bir hastalık, ister akut veya kronik bir hastalık ya da doğrudan yaşlanma sonucunda olsun, ölümün haftalar veya aylar içinde beklendiği zaman dilimi olarak tanımlanabilir. Tıbbi girişimler bu dönemi daha fazla uzatamayacaklardır. Son dönem hastası için öncelik ölümü geciktirmekten çok yaşam kalitesini mümkün olduğunca düzeltmeye verilmelidir. Son dönemdeki hastada ağrı, nefes darlığı, bulantı, kusma ve depresyon gibi sıkıntı verici semptomlar görülebilir. Böyle semptomlar daima acil sorun olarak kabul ve tedavi edilmelidir. “Resüsitasyon yapmama” kararı yasalarımıza göre halen suç olarak kabul edilmektedir.

*Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2006;52(Özel Ek A):A23-A25*

**Anahtar Kelimeler:** Yaşamın son dönemi, ağrı, dispne, kusma, depresyon, resüsitasyon yapmama kararı

#### Summary

The term of “the end of life” may be defined as that time when death -whether due to terminal illness, acute or chronic illness, or age itself- is expected within weeks to months and can no longer be reasonably forestalled by medical intervention. For patients at the end of life, maximizing the quality of life -rather than postponing death- is the first priority of care. The patients at the end of life may experience a host of bothersome symptoms such as pain, dyspnea, nausea, vomiting and depression. Symptoms at this period that cause disability and suffering must be considered medical emergencies and managed aggressively. “Do-not-attempt-resuscitation” order is not legal according to the Turkish laws. *Turk J Phys Med Rehab 2006;52(Suppl A):A23-A25*

**Key Words:** End-of-life, pain, dyspnea, vomiting, depression, do-not-attempt resuscitation

Akut veya kronik hastalıklar veya doğrudan yaşa bağlı olarak, haftalar veya aylar içinde ölümün söz konusu olduğu zaman dilimi “yaşamın son dönemi” olarak adlandırılır ve tıbbi girişimler bunu önleyemez. Hekimin bu dönemi tanınması hem hastalara uygulanacak tedavi stratejilerini hem de hastanın bundan sonraki zamanını nasıl değerlendireceği konusunda kararlarını belirlemeleri açısından önem arz eder (1). Değişik kanserlerde prognoz hakkında yeterli bilgi mevcuttur; ancak iskemik kalp hastalığı, inme, kronik akciğer hastalıkları ve demans gibi hastalıklarda ise prognoz oldukça değişken olabilmektedir.

Klinisyenler potansiyel olarak geri dönüşümlü hastalıkların tedavisi ile uğraşmayı daha çok tercih etmektedirler. Son dönem hastasında ise hastanın konforunu sağlamak, yaşam kalitesini olabildiğince düzeltmek ve hastanın ölüme hazırlanmasına yardım etmek de hekimin önemli görevleri arasındadır (2). Kötü

haber verme, komplikasyonlardan bahsetme ve prognoz hakkında konuşma gibi sıkıntılı durumlarda hasta-hekim iletişimde ustalık ve iletişim becerilerini kullanma daha öne çıkmaktadır. Son dönem hasta bakımı sadece doktorun sorumluluğunda değildir; doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, fizyoterapist, diyetisyen, din adamları, gönüllülerden oluşan bir interdisipliner takım işidir (2,3).

#### Dispne

Son dönem hastalarında en sık rastlanan sorunlardan birisi dispnedir. Öncelik hastanın şikayetini hafifletmeye verilmeli, daha sonra dispne nedeni ortaya konulmalıdır. Dispne nedenleri arasında pnömoni, pulmoner emboli, plevral efüzyon, pnömotoraks, bronkospazm, trakea obstrüksiyonu, nöromusküler hasta-

lıklar, karın ve göğüs duvarının hareket kısıtlılığı, iskemik kalp hastalığı, akut ve kronik kalp yetersizliği, vena kava superior sendromu, anemi gibi değişik patolojiler yer alır (4). Son dönem hastasında önce opioidler ve oksijen ile nefes darlığı hissi azaltılmalıdır. Kanser hastalarındaki tecrübeler ağrıya göre dispne tedavisinde çok daha düşük opioid dozlarının yeterli olduğunu göstermektedir (5). Hipoksemik olmayan hastalar oksijen repasmanı yerine temiz hava veya fanlar vasıtasıyla sağlanan hava akımlarından yarar görebilirler (2,5).

## Bulantı-Kusma

Ölmekte olan kanser hastalarının %70'i bu kötü hissi yaşarlar (6). Kemorespetör trigger zonun uyarılması (opioidler, digoksin, antibiyotikler, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar, hiperkalsemi, üremi, kemoterapötik ajanlar vasıtasıyla), vagal aferent sinir uyarısı (mukoza irritasyon, gastrointestinal traktusta gerilim veya genişlemeye yol açan konstipasyon, gastroparezi, mide çıkış yolu tıkanması, barsak tıkanması gibi patolojiler, iç organ büyümeleri sonucunda), yüksek kortikal yapılardaki tümör, kanama, infeksiyonlar nedeniyle gelişen kafa içi basınç artışı ve vestibüler aparatın hareketlerine bağlı olarak bulantı ve kusma ortaya çıkar. Tedavide dopamin, serotonin ve histaminin etkisine karşı kemoreseptör trigger zon reseptörlerinin bloke edilmesi için prokloerperazin gibi fenotiazin türevleri veya haloperidol kullanılabilir. Neden opioid ise başka bir opioide değiştirilebilir. Vagal aferent sinir uyarısında tedavide sebebe yönelinilir; difenhidramin, meklizin, hidroksizin yararlı olabilir. Çünkü bu mekanizma ile bulantı oluşmasında histamin reseptörleri rol oynar. Benzodiazepinlerin antiemetik etkisi zayıftır, aspirasyon riskini artırır; ancak kemoterapiye bağlı bulantıyı önleyebilirler. Kemoterapinin uyardığı ve postoperatif bulantı-kusmada en etkili olanlar serotonin antagonisti olan ondansetron ve granisetrondur. Pratik olarak az miktarda sevilen yemeklerden yenilmesi, soğuk, karbonatlı içecekler, ağır kokuları kısıtlamak gibi önlemler her hastada denenmelidir (2).

## Depresyon

Son dönem hastasında depresyon normal değildir. Sıklıkla anlaşılmaz, tanınmaz, tedavi edilmez, yaşam kalitesinin bozar, ağrıyı artırır, kişi daha çabuk ölmek ister (7). Üzüntü, keder, ıstırap ölen hastalarda beklenen duygulardır, bunları depresyondan ayırmak gerekir. Tipik vejetatif semptomlar olarak anhedoni, uykü bozukluğu, iştah azalması doğrudan hastalığa bağlı olabilir ve depresyon işareti olmayabilir. Bu dönemde tanı için daha yararlı olan depresyon semptomları suçluluk, günahkarlık hissi, ümitsizlik, çaresizlik hissi, değersizlik-işe yaramazlık hissidir (2). Bu dönemde de depresyonun etkin tedavisi mümkündür. Ancak ölmekte olan hiçbir hastanın ilaçların etkili olması için 4-6 saat bekleyecek zamanı yoktur. Klinik çalışmalar kısıtlı olmakla birlikte psikoterapi, hasta ve ailesinin eğitimi ve ilaç tedavileri önerilir. Metilfenidat ve dekstroamfetamin tedavileri ile, 1-2 gün içinde ruhsal durumda düzelleme sağlanabilir (2,7).

## Beslenme

Yememek ve içmemek ölümün sebebi değil, normal ölüm sürecinin bir parçasıdır. Aileler sevdikleri yemeyi reddettiği zaman sıklıkla strese girerler, bu anlaşılabilir bir durumdur. Aileler yan-

lış bir ümitle suni beslenme ve hidrasyon isterler, böylece ömrünün uzayacağı, fonksiyonel durumunun düzeleceği, konforunun ve yaşam kalitesinin artacağını düşünürler. Akut durumlarda bu girişimler iyileşmede önemli rol oynarlar; ama son dönem demans, inme ve kanser hastalarında bu geçerli değildir (8). Ölümü yakın olan hastada sıvı desteğini azaltmak pulmoner ve periferik ödemi, asiti azaltır. Doktor suni beslenme ve hidrasyonun rolünü ve değerini aileye anlatmalı ve anlamalarını sağlamlmalıdır (2).

## Ağrı

SUPPORT çalışması verilerine göre ölen hastaların %40'ı yaşamlarının son 3 gününde orta-ciddi düzeyde ağrı duyarlar. Bu yalnızca ağrı duyması beklenen akciğer, kolon kanserleri için değil, kronik kalp yetersizliği veya kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalar için de geçerlidir. Son dönem hastalarında ağrı tedavisi yeterli yapılmamaktadır, çünkü doktorlar ağrıyı değerlendirilmede yetersiz kalmakta, yan etki ve ilaç bağımlılığından endişelenmekte, opioid reçetelenmesi ile ilgili yasal düzenlemeler nedeniyle korkmaktadırlar (9). Ağrının objektif ölçütü yoktur. Kronik ağrılı hastalarda ağrının tipik fizyolojik değişiklikleri olan taşikardi, hipertansiyon, terleme ve ağlama gibi belirtiler bulunmayabilir (2,6).

Hastanede yatan hastaların sıklıkla ciddi ağrısı olduğundan morfine ihtiyaç duyarlar, ancak hafif veya orta derecede ağrıda asetaminofen, aspirin, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar yararlı olabilir. Akut, ciddi ağrıda intravenöz yolla opioidler kullanılarak hızlı rahatlama sağlanır (morfin sulfat 2-4 mg gibi). Tedavi başarılı olunca orale geçilmelidir. Çünkü daha ucuzdur, evde verilebilir ve iğneye bağlı infeksiyon riski kalmaz. Ağrı ciddi ve devamlı ise, devamlı ağrı kontrolü gerekir, uzun etkili oral ve transdermal opioidler kullanılmalıdır. Terminal dönemde intravenöz yoldan tekrar injeksiyonlar tercih edilmelidir. Çünkü hızlı cevap alınır. Ekiyalan dozlara göre opioidler arasında değişim yapılabilir. Opioidlerin yan etkileri sedasyon, solunum depresyonu, konstipasyondur. Kolay ve etkin tedavi edilebilir. Aynı dozda opioidin sedasyonu 2-3 saatte çözülür, persistan sedasyon metilfenidat veya dekstroamfetamin ile giderilebilir (sabah-öğle 2,5 mg, 5-15 mg/gün uygun olup günde 40-60 mg'ı aşmamalı). Akciğer hastalığı olanlar düşük doz opioide tolere edebilir. Kullanımından kaçınılmamalıdır, ancak dikkatle monitorize etmek gerekir. Bulantı, kaşıntı ve idrar retansiyonu gibi yan etkiler gözlenirse opioid dozu azaltılır veya preparat değiştirilir (2,10,11).

## Resüsitasyon Yapmama Kararı

Resüsitasyon girişiminin başarısız olacağı düşünülüyorsa "resüsitasyon teşebbüsünde bulunmama" (do-not-attempt-resuscitation=DNAR) kararı uygun olur (12). Hastanede yatarken kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR) uygulanması gereken hastaların hastaneden sağ olarak çıkma oranları %14'tür. Multiorgan yetersizliği veya ileri kanser vakalarında bu oran %1'den az iken myokard infarktüsü hastalarında ise %25-40 arasındadır (13,14).

DNAR kararı verilmesi hem insani hem hukuki sorumluluk getirir. Fiziksel ve sosyal çevrenin profesyonelce değerlendirilmesi zorunludur. Bazı ülkelerde DNAR kararı yasal kabul edilmektedir; ancak bugün için Türkiye Cumhuriyeti Kanunlarına göre ötanazi suçtur, hiçbir hekim DNAR kararı veremez ve böyle bir kararı uygulayamaz, aksi taktirde ölüme sebebiyet veremle suçlanabilir. Yazılı bir DNAR belgesi de böyle bir suçun

somut kanıtını oluşturacaktır. Burada yanlış anlaşılmaya çok uygun olan bir noktayı vurgulamak gerekir. DNAR kararı hiçbir tedavi yapılmayacak anlamına gelmemektedir. Bu karar ancak hastanın bir gürültü-kargaşa içinde, yabancıların arasında, ailesinin yanında olmadığı bir durumda ölmemesini sağlayabilir. Yoksa KPR uygulaması gereken kalp-solunum durması saptanana kadar gerekli tüm tıbbi müdahale yapılmalıdır (2,5,16).

## Kaynaklar

1. Von Roenn JH, Cleeland CS, Gonin R, et al. Physician attitudes and practice in cancer pain management. A survey from the Eastern Cooperative Oncology Group. *Ann Intern Med* 1993;119:121-6.
2. Finucane TE, Christmas C, Travis K. Tube feeding in patients with advanced dementia: a review of the evidence. *JAMA* 1999;282:1365-70.
3. Grond S, Zech D, Diefenbach C, et al. Prevalance and pattern of symptoms in patients with cancer pain: a prospective evaluation of 1635 cancer patients referred to a pain clinic. *J Pain Symptom Manage* 1994;9:372-82.
4. Block SD. Assessing and managing depression in the terminally ill patient. ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. *Ann Intern Med* 2000;132:209-18.
5. Ebell MH, Becker LA, Barry HC, Hagen M. Survival after in-hospital cardiopulmonary resuscitation. A meta-analysis. *J Gen Intern Med* 1998;13:805-16.
6. de Vos R, Koster RW, de Haan RJ. Impact of survival probability, life expectancy, quality of life and patients preferences on do-not-attempt-resuscitation orders in a hospital. *Resuscitation* 1998;39:15-21.
7. Rabow MW, Pantilat SZ. Care at the end of life. In: Tierney LM, McPhee SJ, Papadakis MA (eds). *Current Medical Diagnosis and Treatment*. 44th edition. NewYork: McGraw-Hill, 2005: 65-84.
8. Singer PA, Martin DK, Kelner M: Quality end-of-life care: patients' perspectives. *JAMA* 1999;281:163-8.
9. The SUPPORT Principle Investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). *JAMA* 1995;274:1591-8.
10. Lynn J, Teno JM, Phillips RS, Wu AN, Desbiens N, Harrold J, et al. Perceptions by family members of the dying experience of older and seriously ill patients. SUPPORT Investigators. Study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments. *Ann Intern Med* 1997;126:97-106.
11. Holm S, Jorgensen EO. Ethical issues in cardiopulmonary resuscitation. *Resuscitation* 2001;50:135-9.
12. Page J, Henry D. Consumption of NSAIDs and the development of congestive heart failure in elderly patients: an underrecognized public health problem. *Arch Intern Med* 2000;160:777-84.
13. Pantilat SZ. End-of-life care for the hospitalized patients. *Med Clin N Am* 2002;86:749-70.
14. Stewart K, Spice C, Rai GS. Where now with Do Not Attempt Resuscitation decisions? *Age Ageing* 2003;32:143-8.
15. Luce JM, Luce JA. Perspectives on care at the close of life. Management of dyspnea in patients with far-advanced lung disease: "Once I lose it, it's kind of hard to catch it". *JAMA* 2001;285:1331-7.
16. Fohr SA. The double effect of pain medication: seperaing myth from reality. *J Pall Med* 1998;1:315-28.