



OLGU SUNUMU

GELİŞMİŞ BİR DİNLENME VE BAKIMEVİ MODELİNDE TERMİNAL DÖNEM YAŞLI OLGU VE YAŞLI YAKININA DESTEK PROGRAMI ÖRNEĞİ

Öz

Ülkemizde terminal dönem yaşlı hastanın geriatrik izlem ve bakımının yapılabildiği, hasta ve hasta yakınlarına tıbbi ve sosyal desteğin sağlandığı alanlar sınırlıdır. Yaşlanan Türkiye için gelecekte bu yaş grubu hastalara hizmet gereksiniminin daha fazla olacağı öngörülmektedir. Bu olgu sunumunda kurumsal bakım alan, terminal dönem akciğer kanseri yaşlı bir bayan olgu örneğinde aile hekiminin de yer aldığı interdisipliner geriatrik ekibin çalışması değerlendirilmeye çalışılmıştır. Günümüzde bu ekiplerin çalışabileceği çağdaş geriatrik bakım hizmetleri sunabilen gelişmiş bakımevi modelleri planlanmalıdır. Sunulan tedavi ve bakım hizmetlerinin yaşlı hasta ve yakını kapsayan psikolojik ve sosyal boyutu beraber değerlendirilmelidir. Ülkemizde az sayıda uygulamanın geliştirilmesinde aile hekimlerinin de aktif rol alması önemlidir.

Anahtar Sözcükler: Yaşlı; Terminal Bakım; Hasta Bakımı Ekibi; Palyatif Bakım.



CASE REPORT

AN EXAMPLE OF SUPPORT PROGRAM TO ELDERLY PATIENT AND ELDERLY RELATIVE DURING THE TERMINAL PERIOD IN A DEVELOPED MODEL OF RESIDENTIAL HOME AND GERIATRIC CARE CENTER

ABSTRACT

Domains where geriatric care of elderly patients during the terminal period, along with medical and social support to patients and their relatives are limited in our country. It is presumed that in the future the demands for services for this age group will increase in Turkey which is getting older. In this old lady's case report, who had taken institutional care during the terminal period of lung cancer the interdisciplinary geriatric teamwork including the family physician was evaluated. Today, advanced nursing home models which can provide contemporary geriatric care services, must be planned where these teams can take part. Psychological and social dimensions of the management and care services covering elderly patients and their relatives, must be considered together. In our country, it is vital that the family physicians must also take an active role in developing these scarce implementations.

Key Words: Aged; Terminal Care; Patient Care Team; Palliative Care.

İletişim (Correspondance)

NİL TEKİN
SGK Narlıdere Dinlenme ve Bakımevi,
Aile Hekimliği İZMİR

Tlf: 0232 238 52 43
e-posta: niltekin33@yahoo.com

Geliş Tarihi: 24/09/2009
(Received)

Kabul Tarihi: 28/12/2009
(Accepted)

SGK Narlıdere Dinlenme ve Bakımevi,
Aile Hekimliği İZMİR



GİRİŞ

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşlı sayısı giderek artarken yaşlılara yönelik sağlık ve sosyal hizmet sunumu oldukça önem kazanmaktadır (1,2). Kronik hastalıkları yanında birçok problemi olan kırılğan yaşlılar toplumunda veya bakımevlerinde bu problemleri çözebilecek ve yakın izlem yapabilecek bir ekip tarafından izlenmelidir. Bunun için birlikte, koordineli çalışabilecek en küçük interdisipliner ekipte temel olarak geriatrist veya aile hekimlerinin, hemşirelerin ve sosyal hizmet uzmanlarının bulunması önerilmektedir (3-5). Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaşlı bakımı son yıllarda önem kazanırken gelişmiş ülkelerde uzun yıllar önce bu yaş grubuna yönelik önceliklerin belirlenmesine çalışılmıştır. Örneğin İngiltere'de 1970'li yılların başından itibaren birinci basamak hekimlerinin ve hemşirelerin yanı sıra sosyal hizmet uzmanlarının da ekipte yer alması gerektiği tartışılmaya başlanmıştır (6).

Bu çalışmada aile hekimliği uygulamasında yer alan ve interdisipliner bir ekiple hizmet verilen gelişmiş bir dinlenme ve bakımevi modelinde terminal dönemdeki bir yaşlı olgu ve yaşlı yakınına destek programı örneğinin ortaya konulması amaçlanmıştır. Yaşlıya ait sağlık verileri ve sosyal incelemesi kayıtlara bakılarak değerlendirilmiştir.

OLGU SUNUMU

Dinlenme evinde eşiyile birlikte kalmaya başlayan 73 yaşında, çocuksuz kadın hasta son dönemde artan halsizlik yakınması nedeniyle polikliniğe başvurmuştu. Parkinson hastalığı tanısı olan olguda uzun dönemli sigara içme öyküsü mevcuttu. Yaklaşık altı ay önceki dış merkezde yapılan tetkiklerin sonucunda demir eksikliği anemisi tedavisi başlanmıştı. Kontrol biyokimyasal tetkikleri, akciğer grafisi sonucu ve klinik bulguları ayrıntılı olarak değerlendirilerek malignite ön tanısı ile tıp fakültesi hastanesine sevki yapıldı. Hastanede yapılan değerlendirme sonrasında sol akciğer üst lobta kitle, karşı akciğerde nodüller nedeniyle evre 4 küçük hücreli dışı akciğer kanseri tanısı ile göğüs hastalıkları servisine yatışı yapılarak kemoterapi tedavisine başlandığı bildirildi. Kranial manyetik rezonans görüntüleme (MRG) sonucu yatıştan bir ay önce normal olarak değerlendirilen sakinin ilerleyen süreçte bilinçte kapanma, sağa niştirmesi gelişimi gözlemlendi, çekilen kontrol kranial MRG'de ise sol orta serebral arterde trombüs görüldüğü öğrenildi. Eşinin talebi üzerine altıncı haftanın sonunda hastaneden taburcu edilerek dinlenme ve

bakımevine nakli sağlandı. Nazogastrik tüp ile beslenme, mannitol ve asetil salisilik asit tedavisi, hafif düzeyde ancak yaygın olan vücut ağrılarının kontrolünün sağlanması önerileri değerlendirildi. Sakinin geriatrik bakım merkezindeki odasında tek kişi olarak kalması sağlandı. Eşi bu şehirde destek verecek yakınlarının bulunmadığını, tesisin artık evleri olduğunu ve bu dönemde gereken bakımın sağlanabileceğini düşündüğü için hastaneden çıkardığını belirtti. Kendisine eşinin ölümüne yakın bir dönemde olduğu, iyi ölüm şartlarının sağlanmasına yönelik çalışılacağı bilgisi verildi. Geriatrik bakım merkezinde bulunduğu katta çalışan hemşire, yaşlı bakıcı, fizyoterapist, psikolog ve sosyal hizmet uzmanından oluşan ekibe yaşlının durumu ile ilgili bilgi verilerek izlem ve bakım planı belirlendi. Nazogastrik tüp ile beslenmenin sağlanması, oksijen desteği, bası yaralarının oluşmaması için düzenli alt bakımı ve pozisyon verilmesi, hastaneden önerilen tedavilerin devamı, ağrı kontrolünün sağlanması gibi palyatif tedavi ve terminal dönem hasta bakımı uygulandı. Giderek bilinci tamamen kapanan sakine yatak içi egzersizleri ve destekleyici psikoterapi etkin olarak uygulanamadı. Bu dönemde yoğun çökkünlüğü gözlenen ve sigaraya başlayan sakinin eşine ise sosyal hizmet uzmanlarınca sosyal destek verildi. Psikolog ile düzenli görüşmeleri yapılarak destekleyici psikoterapi alması sağlandı. Terminal dönem bakım kararının eş tarafından verilmesi, bu konuda yeterince bilgilendirilmesi ve yakınlarının müdahil olmaması nedeniyle belirgin bir bakımı engelleyici durum ile karşılaşmadı. Sakinin eşinin isteği üzerine ölüm öncesi vedalaşması sağlanmaya çalışıldı. Ancak son ölüm anında gerekli tüm müdahalenin uygulanması isteği nedeniyle tekrar hastane acil çıkışı yapıldı. Vefatı sırasında ekip üyeleri ve özellikle sosyal hizmet uzmanı tarafından dul eşe sosyal destek verildi. Ölüm sonrası yas açısından izlendi, önceki depresif duygu durumu göz önüne alınarak depresyon tedavisine başlandı. Aldığı destekten duyduğu memnuniyete karşın yalnızlık duygusu nedeniyle dul eş için, yakınlarının bulunduğu şehirdeki dinlenme evine gidebilmesi yönünde sosyal hizmet uzmanınca rapor hazırlandı. İki aylık süreçte izlen eşte yas sürecinin hafiflemesi ve diğer ildeki dinlenme evinin kabul etmesi üzerine nakli yapıldı. Yaklaşık altı ay sonra tesisini ziyarete gelen sakinin yaşadığı yere uyum gösterdiği, sigara içmediği ve yalnızlık hissini azaldığı gözlemlendi. Hayatının en zor ve üzüntülü döneminde aldığı destekten dolayı memnuniyeti ve olumlu geri bildirimini hizmet sunumunda yer alan ekip üyeleri ile paylaşıldı.



TARTIŞMA

Terminal dönem ölümün haftalar veya aylar içinde beklenildiği yaşamın son dönemini içeren zaman dilimi olarak tanımlanır. Terminal dönem akciğer kanseri ise hasta kayıtlarından genel olarak yaşamın son sekiz haftası içindeki dönem olarak belirlenmiştir (7,8). Ölmek üzere olan hastaya bakım vermek sağlık hizmetlerinin en zor alanlarından biridir. Avrupa ülkelerinde birinci basamak hekimlerinin kanserden korunma yanı sıra, kanserin tanısı, tedavisi ile terminal dönem kanser hastası izleminde sorumlulukları ve rolleri olduğu belirtilmektedir (9,10).

Terminal dönemdeki hastaların fiziksel ve ruhsal sıkıntı düzeylerinin belirgin derecede fazla olduğu bilinmektedir. Bu nedenle psikik acıyı azaltmak, uyum sürecini destekleyerek yalnızlık ve izolasyonu önlemek, kaygı, depresyon ve diğer psikiyatrik semptomları düzeltmek, ağrı ve diğer fizyolojik semptomlarla baş etmeye yardım etmek, hastanın tedaviye etkin katılımını sağlayarak yaşam ümidini güçlendirmek gerekir (7,10).

Ülkemizde son yıllarda artan kanser hastalarının gereksinimlerinin giderilmesine yönelik palyatif bakım hizmetlerinin sunumunda gelişmeler mevcuttur. Ağrının dindirilmesi, semptomların kontrolü yanında hastanın, bakım verenlerin ve ailelerin psikososyal gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Terminal dönem hastalara hizmet sunumunun sürdürülmesinde hospis ya da palyatif bakım ünitelerine gereksinimin giderek arttığı da bilinen bir gerçektir. Terminal dönem hastaya 'iyi ölüm' koşullarını sağlayacak, yaşam kalitesini arttıracak kurumların ve organizasyonların sağlanması hedeflenmelidir (7,11-13).

Günümüzde yaşlı bakımevlerinin ailesi tarafından destek görmeyen yaşlıların hizmet aldığı yerler algısı dışında çağdaş geriatrik bakım hizmeti sunabilen, yaşam kalitesini arttırmaya yönelik çalışan gelişmiş merkezler olması beklenmektedir (4,5). Sonuç olarak aile hekimliği disiplini temelinde interdisipliner geriatrik ekiple terminal dönemdeki hasta ve hasta yakınına destek programı örneği gelişmiş bir dinlenme ve bakımevi modelinde uygulanmıştır. Biyopsikososyal yaklaşımın temel ilkelerini ve terminal dönem hasta bakımını da içeren bu uygulama, ülkemizde bu alanda nadir örneklerden biridir.

Teşekkür

Çalışmaya katılım onamı veren hastamızın eşine, bilimsel çalışma izni veren dinlenme ve bakımevi yetkililerine teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

1. Miller KE, Zylstra RG, Standridge JB. The Geriatric patient: systematic approach to maintaining health. *Am Fam Physician* 2000; 61:1089-104.
2. Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı. <http://www.sp.gov.tr/documents/TurkiyedeYaslilarınDurumuveYaşlanmaEylemPlanı.pdf>. Erişim: 15.10.2009.
3. Basics of geriatric care. In: Beers MH, Berkow R (eds). *Merck Manual of Geriatrics*. Merck&Co., Inc, NJ, USA, 2000, pp 74-86.
4. Dişçigil G, Tekin N. Aile Hekimleri İçin Geriatri El Kitabı. 1th ed. Adnan Menderes Üniversitesi Yayınları, Aydın, 2007, pp 1-6.
5. Tekin N, Şahin HA. Birinci basamak hekimlerinin geriatrik hasta izlemindeki yeri: Geriatrik bakım merkezi örnekleri. *Sendrom Dergisi* 2006; 18(11):61-4.
6. Hodes C. Care of the elderly in general practice. *Br Med J* 1973; 4(5883):41-2.
7. Bahar A. Ölüm sürecinde olan hasta: Terminal bakım ve hospis. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2007;2(6):147-58.
8. Skaug K, Eide GE, Gulsvik A. Prevalence and predictors of symptoms in the terminal stage of lung cancer: a community study. *Chest* 2007;131(2): 389-94.
9. Demagny L, Holtedahl K, Bachimont J, Thorsen T, Letourmy A, Bungener M. General practitioners' role in cancer care: a French-Norwegian study. *BMC Res Notes*. 2009;2:200.
10. Sham MMK. Hospice care for patients with terminal cancer. *J Hong Kong Med Assoc* 1992;44: 253-7.
11. Işıkhani V. Terminal dönemdeki kanser hastalarının ölüm yeri tercihleri. *Türk Onkoloji Dergisi* 2008;23(1):34-44.
12. Aksoy S. Ethical considerations on end of life issues in Turkey. In: Song KY, Koo YM, Macer DRJ, (Eds). *Bioethics in Asia in the 21 st Century* (Eubios Ethics Institute), 2003, pp. 22-3.
13. Woodford H. *Essential Geriatrics*. Radcliffe Publishing Ltd. Oxon, 2007, pp 283-90.