

Göğüs Hastalıklarında Evde Sağlık Hizmet Sunumu

Dr. Pınar Ergün

Evde bakım; akut hastalık, uzun süreli sağlık problemi, kalıcı engellilik veya terminal hastalıktan kaynaklanan ihtiyaçlar doğrultusunda kişiye kendi ortamında sağlık hizmeti verilmesidir.

Evde bakımda genel hedefler; solunumsal hastalıklarda evde bakımın temel hedefleri, sağlık hizmet sunumundaki genel hedeflerden çok farklı değildir.

Genel hedefler;

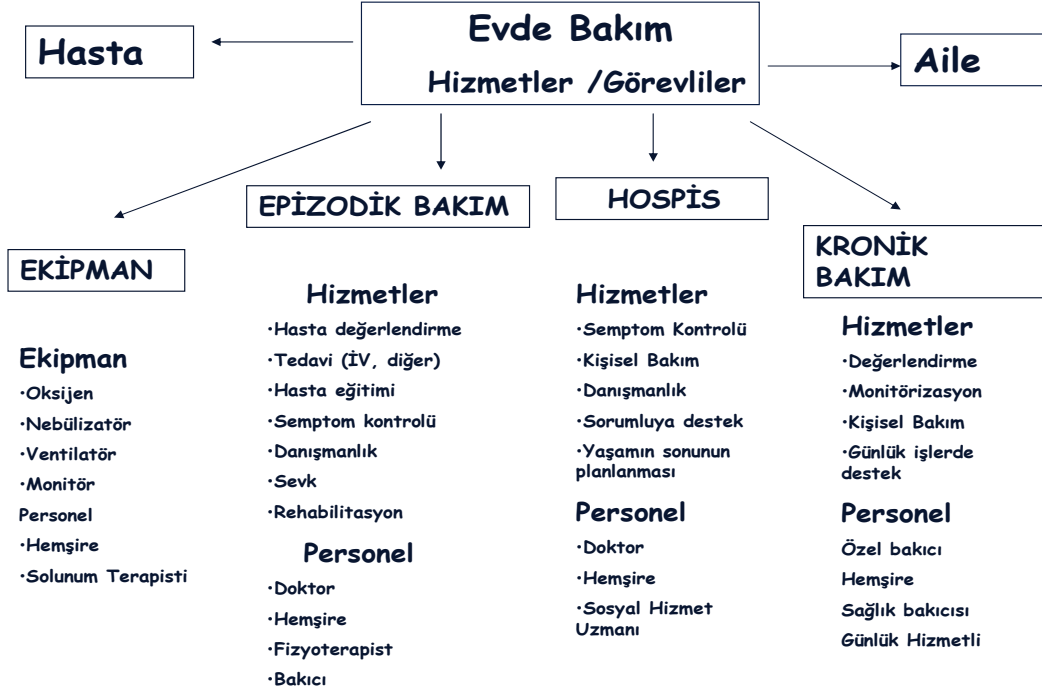
- Sağ kalımı artırmak
- Morbiditeyi azaltmak
- Fonksiyonel Kapasiteyi artırmak
- Yaşam Kalitesini artırmak
- Kendine bakımı iyileştirmek ve bağımlılığı azaltmak
- Sağlıkla ilişkili harcamaları azaltmak

Terminal dönem hastada hedefler;

- Fiziksel ve psikolojik rahatlığın sağlanması
- Yaşamın sonunun planlanması

Solunum hastalıklarında evde bakımda farklı uygulama modelleri mevcuttur. ABD’de evde bakım uygulamaları Şekil-1’de şematize edildiği gibi evde sağlık hizmetleri; epizodik bakım (sıklıkla post akut dönemde), hospis (palyatif ve yaşamın sonunda terminal hasta bakımı), kronik evde bakım hizmetleri (özel amaca yönelik saatlik bakım) ve evde medikal cihaz uygulamalarını içermektedir. Medicare ABD’de solunum hastalıklarında evde bakımda geri ödemelerden sorumlu tek en büyük kaynaktır. Bu uygulamalardan epizodik bakım tanımlamasında yer alan uygulamaları uzman hekim refere ettiği takdirde Medicare tarafından sertifikalandırılmış merkezler

sunmaktadır.



Şekil-1: Evde bakım uygulama modelleri

Avrupa’da KOAH akut atağının da içinde bulunduğu medikal veya cerrahi problemlere yönelik yeni tedavi hizmet sunum modelleri geliştirilmiştir.

Solunum Hastalıklarında Hastane merkezli Evde Bakım Modelleri;

- Evde hastane uygulaması
- Erken taburculuk (hospitalizasyon süresi < 48 saat)
- Destekli taburculuk (hospitalizasyon süresi > 48 saat)

Tipik **evde hastane uygulama modelinde** izlem solunum hemşireleri tarafından sık telefon görüşmesi şeklinde yapılmakta, hastanın durumunda bir kötüleşme veya bakımı ile ilgili bir sorundan şüphe edildiğinde eve ziyaret verilmektedir. Evde hastane uygulaması olarak da adlandırılabilir bir diğer yöntem, özellikle KOAH’da akut ataklarda **akut solunumsal değerlendirme servislerinde kullanılan yöntemdir**. Kronik hasta yükünün çok olduğu merkez hastanelerde kullanımı önerilen bu metotta acil servise başvuran, hospitalizasyon gerektiren seçilmiş olgularda aktif tedavi hastanın kendi ev ortamında uzman sağlık ekibi tarafından belirli bir süre dahilinde uygulanmaktadır. İngiltere’de **kronik bakım yönetim servisleri** olarak adlandırılan evde bakım modelinde son bir yıl içinde üçten fazla hastane başvurusu olan olgulara

solunum hemşireleri ve fizyoterapistler tarafından dzenli ancak sık olmayan ziyaretler verilmektedir. Bu uygulamada hastaya eğitim ve destek verilmekte ve gereksinimi olduğuunda mesai saatleri içinde hasta soruları veya öneriler için bu servisi arayabilmektedir.

Erken taburculukta acil servise müracaat eden ya da servislere yatışı verilmiş çoğu KOAH'lı olgunun evde bakım ekibi tarafından değerlendirilerek ESH'ye alınması ve hastanın gereksinimleri doğrultusunda tedavi ve takip programları oluşturulması söz konusudur.

Destekli taburculuk çoğunlukla atak sonrası evde pulmoner rehabilitasyon uygulamaları yada ventilatöre bağımlı hastalarda tedavi ve takip amacıyla gündeme gelen bir uygulama şeklidir.

Evde bakım ünitelerinin yapılandırma gerekçeleri;

Yirmibirinci yüzyılda yaşlı nüfusdaki artış eğilimi ile birlikte artan kronik hastalık yükü, kronik hasta bakımı dışında hastane etkinliğinin artırılması, sağlık harcamalarında maliyet/etkin yaklaşımlara olan gereksinim, evde bakıma olanak sağlayan teknolojik gelişmeler, hasta ve ailesinin memnuniyeti gibi unsurlar kronik solunum hastalıklarında evde bakım uygulama gerekçeleri olarak kabul edilmektedir. 2003 Cochrane sistematik veri tabanında seçilmiş KOAH akut ataklı olgularda evde bakımın güvenli ve etkili bir tedavi şekli olduğu ve acil servislere atak nedeniyle başvuran her dört hastadan birinin evde bakıma uygun olduğu vurgulanmıştır. Yine hastane başvurusu ya da hospitalizasyon gerektiren KOAH akut atağında evde hastane ya da destekli taburculuk uygulamalarının etkin ve güvenilir bir yaklaşım olarak **A kanıt düzeyi** ile NICE KOAH rehberinde yer aldığı görülmektedir. BTS'nin KOAH'da evde hastane uygulamaları için 2007'de yayınlanan rehberinde de KOAH'lı hasta başvurusunun yoğun olduğu merkez hastanelerde acil başvurusunu önlemek ve erken destekli taburculuk uygulamalarına olanak sağlamak üzere evde bakımın gerçekçi bir yaklaşım olabileceği belirtilmektedir. İspanya'da, Avrupa birliği destekli bir proje ile Web tabanlı evde bakım merkezi kurulmadan önce yapılan bir ön çalışmanın ortaya koyduğu bir başka sonuç evde hastane uygulamalarındaki tedavi etkinliğini yansıtmaktadır. Hastalığı hakkında bilgi düzeyi, tedaviye uyum ve pulmoner rehabilitasyondaki kazanımların evde hastane uygulamalarında çok daha fazla olduğu gösterilmiştir. Bu sonuçların hem morbidite ve hem de dolaylı maliyeti etkileyebilecek kazanımlar olduğu açıktır. Direkt tedavi maliyet sonuçları karşılaştırıldığında da KOAH atak tedavisinin evde hastane uygulamasından istatistiksel anlamlı düşük olduğu da bu çalışmayla gösterilmiştir. Evde bakım ünitelerinin yapılandırıldığı merkezlerde, ventilatör bağımlı olguların

yoğun bakımlardan eve transferi ve evde bakımı da etkin olarak sağlanabildiğinden yoğun bakımlarda gereksiz yatak işgali de önlenebilmektedir.

Evde bakım gerektiren solunum hastalıkları;

- Obstrüktif hava yolu hastalıkları; KOAH, bronşiektazi, astım, kistik fibroz
- Restriktif hava yolu hastalıkları; göğüs duvarı deformiteleri, intersitisyel akciğer hastalıkları, pnömokonyoz, TBC sekelleri
- Nöromusküler hastalıklar; ALS, Musküler distrofi, Post polio sendromu
- Uyku ilişkili solunum hastalıkları
- Diğer; terminal dönem akciğer kanseri, post-torakotomi, pulmoner hipertansiyon, akciğer transplantasyonu önce ve sonrası, ventilatöre bağımlı hasta

ABD’de solunum hastalığı nedeniyle evde bakıma en fazla sevk edilen hasta grubu KOAH’lı olgulardır. 1998’de evde bakıma alınan 7.6 milyon olgunun %11.1’de primer tanı solunumsal hastalıklardır. Medicare hastalarında KOAH 4. ve Pnömoni 5. sıklıkta evde bakıma sevk edilen hastalıkları oluştururken, paralitik sendromlar (%1.8) ve akciğer maligniteleri diğer en sık nedenler olarak yer almaktadır.

Solunum Hastalıklarında Evde Bakım’da Sunulan Hizmetler;

- Evde hastane uygulaması; tedavi, takip
- Ventilatör bağımlı hasta takip, tedavi ve bakımı
- Reçete edilen tedavi, prosedürlerin uygulanması
- Solunumsal cihaz uygulanması, eğitim, takip, bakım
- Laboratuvar incelemeleri için örnek alınması
- Pulmoner rehabilitasyon
- Ev ortamının hasta yaşamına uygunluğunun sağlanması
- Bakım veren bireylerin desteklenmesi/ alternatif hizmet sunumu
- Yaşamın sonunun planlanması
- Hasta ve ailesinin eğitimi
- Sigaranın bırakılması

Evde sağlık hizmeti sağlayacak ekip ve donanım:

Gerekli Personel ve görev dağılımı:

- Medikal direktör (Göğüs hastalıkları Uzmanı)

- Pratisyen hekim
- Fizyoterapist
- Hemşire
- Diyetisyen
- İş-uğraşı terapisti
- Çağrı merkezi sorumlusu
- Sekreter
- Şoför

Medikal direktörün Görevleri:

- İşleyişte tanımlanan alt yapı ve hizmet standartlarının korunması ve sürdürülmesi,
- Pratisyen hekim tarafından evde değerlendirilen hastanın tanısının konulması, tedavi planının yapılması,
- Mekanik ventilatör bağımlı veya komplike olgulara ev ziyareti vermek,
- Vaka kontrolörlüğü yapmak; belli aralıklarla hastaların verilerinin toplanarak değerlendirilmesi, ekip toplantıları yaparak konseyde hastanın durumunun tartışılması, gerekirse tedavi planında değişiklik yapmak,
- Hasta bakım planları, hasta dosyası ve diğer kayıtların doğru eksiksiz ve zamanında tutulmasını sağlamak,
- Bakım hizmeti veren personele bilgi ve eğitim vermek, danışmanlık sağlamak, hizmetleri geliştirmeye yönelik kararlar almak.
- Tüm uygulama ve işlemlerin etik kurallara uyularak, hasta hakları doğrultusunda uygulanmasını sağlamak.
- Tedavi sırasında kullanılacak ilaçlar, tıbbi malzeme ve cihazların sağlanması.

1.basamak hekiminin (Aile hekimi, pratisyen hekimin görevleri);

Göğüs hastalıklarında evde bakım uygulamalarında 1. basamak hekimin görevleri üç kategoride incelenmektedir: ev ziyaretleri yapmak, hastaları evde bakıma refere etmek, evde bakım uygulamalarında multidisipliner ekip içinde görev almak.

Evde Bakım Hemşiresi görevleri:

a) Hekimin tedavi için yazılı ve imzalı istemini almak, hemşire formlarına kaydetmek ve uygulamak, uygulama sonuçlarını kaydetmek,

b) Hasta için gerekli özel işlemlerin uygulanmasında hekime ve diğer ekip üyelerine destek sağlamak,

c) Hasta bakım planındaki işleri yapmak, yaşamsal bulgularını değerlendirmek, kaydetmek, değişiklikleri hekime rapor etmek,

d) Tedavi planına göre hastaya oral, parenteral ve haricen verilecek ilaçlarını vermek ve kaydetmek, uygulanan ilaçların etki ve yan etkilerini gözlemek, kaydetmek,

e) Hizmetlerde gerekli olacak araç-gereç, malzemeler için istek yapmak, bunların yeterli ve çalışır şekilde bakımı için görüş bildirmek,

f) Araç-gereçleri kullandıktan sonra temizlemek, dezenfekte etmek ve gerektiğinde sterilizasyon için hazırlamak,

g) Hasta ve ailesine, hastalık ile tedavi ve bakımına ilişkin, sınırları önceden hekimi ile birlikte belirlenmiş olarak bilgi vermek,

h) Hasta ve ailesine, gereksinimlerine göre, hastalığa özel, kendine bakım ya da yardımcı bakım teknikleri gibi konularda ve genel sağlık konularında eğitim yapmak,

ı) Tüm uygulama ve işlemlerini etik kurallarına uyararak, hasta hakları doğrultusunda uygulamak

Evde bakım hizmeti merkezinde/biriminde bulundurulması gereken asgari araç ve gereçler;

1. Çağrı merkezinde aşağıdaki teknik özelliklere sahip donanım olmalıdır.

- Mesaj bırakabilme,
- Yönlendirme yapabilme,

2- Tıbbi Cihazlar

- Tansiyon aleti
- Steteskop
- EKG (portatif)
- Glukometre
- İdrar stikleri
- Değişik ebatlarda sondalar (NG, idrar)
- Cut-down seti
- Otoskop-oftalmoskop seti
- Işık kaynağı

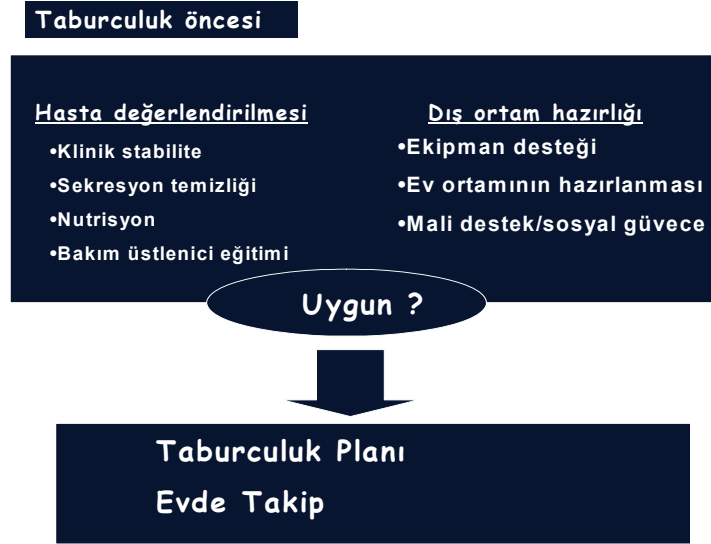
- Oksijen tüpü
- Ambu ve maskesi
- Entübasyon seti
- Sütür aletleri
- Acil ilaçlar
- Enjeksiyon malzemeleri
- Pansuman malzemeleri
- Yara bakım malzemeleri
- Non-steril eldiven, steril eldiven
- Kan ve numune alma tüpleri (kültür tüp ve kapları)
- Mobil serum askısı
- Malzeme çantası

Göğüs Hastalıklarında Evde Sağlık Hizmet Sunumu; uygulamalar ve tedavi bileşenleri

I- ESHS'ye sevk kriterleri (ATS'nin ESH'ye yönlendirme kriterleridir);

- Yeni tanı konulan solunum hastalığı veya birden fazla ko-morbid hastalık varlığı
- Takip, koordinasyon gerekliliği
- Polikliniğe başvuramayan ancak monitörizasyon ve/veya eğitim gerektiren hasta
- En iyi FEV₁ değerinin % 30'un altında olması, stabil olmayan sağlık durumu, hastalık ve tedavi ile ilgili başa çıkma becerilerinin iyi olmaması,
- Son 1 yıl içinde 1'den fazla acil başvurusu ve hastaneye yatış
- Stabil olmayan takip gerektiren kardiyopulmoner durum
- Hasta ve bakımından sorumlu kişilerde iletişimsizlik, unutkanlık
- Yaşlı, yalnız yaşayan hasta
- Günlük yaşam aktivitelerinin yapılmasını engelleyen dispne, ambulatuar güçlükler, görme, işitme ve konuşmada güçlüklerin olması, günlük yaşam aktivitelerinde yardım gereksinimi veya günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememesi;
- İleri teknoloji ve komplike tedavi gerekliliği
- Sürekli izlem ve destek gerektiren sağlık bakımı ihtiyacı evde bakıma sevk kriterlerini oluşturmaktadır.

Göğüs hastalıklarında ESHS'den en fazla faydalanacak hasta gruplarından biri de ventilatör bağımlı olgulardır. Yoğun bakımlardan eve nakil edilecek olgularda iş akışı aşağıda şematize edilmiştir.



Şekil-2: Mekanik ventilatör bağımlı olguda evde bakıma kabulde hastane ve evde bakım ekibi iş akış şeması

II-Evde bakıma aday olgunun değerlendirilmesi;

Evde bakıma aday olgunun değerlendirilmesi kapsamında öncelikle olgunun tıbbi durumunun belirlenmesi gerekir. Sigara kullanımı ve diğer pulmoner risk faktörlerinin varlığı, semptom profili, kullandığı ilaçlar, aşılar ve inhaler ilaç teknikleri ile ilgili bilgi ve beceri düzeyi belirlenmelidir. Beslenme yetersizliği ve vücut kompozisyonunun değerlendirilmesi gerekir. Fiziksel değerlendirmede, kan basıncı, kalp hızı, solunum sayısı, solunum sesleri, boy ve vücut ağırlığı, vücut ısısı, siyanoz, periferik ödem ve genel görünüm için inspeksiyon, oksijen saturasyonu (istirahatte, farklı pozisyonlarda, günlük yaşam aktiviteleri sırasında, yürüme ve egzersiz sırasında), standardize dispne değerlendirmesi (Medical Research Council Dispne Skalası ve Borg skalası), fizyolojik cevaplar (fiziksel aktivite ve egzersiz), laboratuvar bulguları, işitme, görme ve konuşma kaybı, duyu kaybı, koordinasyon kaybı değerlendirilir. Fonksiyonel beceriler ve kayıplar belirlenir. Hastanın fiziksel ortamı (elektriksel güç kaynakları, mevcut alan, güvenlik, mobilite ihtiyaçları, astmatik komponenti olan hastaların ortamının allerjenler ve iritanlar açısından değerlendirilmesi), evin coğrafi yerleşimi, sosyal durum, yardımcıları ve desteklerin durumu, fonksiyonel değerlendirme açısından önemlidir. Evde bakım için gerekli olan oksijen tedavisi, aerosol tedaviler, ventilatuar destek, evde izlem cihazları, yürüme ve mobilite yardımcıları, hastane yatakları ve ilgili cihazlar, yardımcı banyo araçlarının değerlendirilmesi de evdeki bakım ve fonksiyonellik açısından önem taşımaktadır.

III- Farmakolojik tedavi;

Kronik solunum hastalıklarında medikal tedavi planı hastalığın şiddetine, ek hastalıkların varlığına, hastanın uyumuna ve hastadan alınan bireysel yanıtı göre ayarlanır. Genel olarak medikal tedaviden beklenen yararlar; semptomların azaltılması, egzersiz kapasitesi ve yaşam kalitesinin artırılması, komplikasyonların azaltılması ve tedavi edilmesi, morbidite ve mortalitenin azaltılması şeklindedir. KOAH'ta, tedavi yaklaşımları bütün boyutları ile Türk Toraks Derneği (TTD) KOAH tanı ve tedavi klavuzunda verilmiştir. Astma'da da hastalık kontrolü esasına dayalı tedavi yaklaşımları yine TTD Astım tanı ve tedavi rehberinde detayları ile yer almaktadır. Kistik fibroz ve bronşektazi hastalarında ise evde nebulizer olarak antibiyotik uygulamaları dikkati çekmektedir. Solunum hastalıklarında evde medikal tedavinin başarılı bir şekilde sürdürülebilmesi için öncelikle hastanın ilaç bilgisinin iyi olması, kullanma şeklini iyi bilmesi ve medikal tedavi rejimine uyumunun iyi olması gerekmektedir. KOAH'ta hastanın kendi tedavisi içinde yer alması önemlidir, bu konuda cesaretlendirilmelidirler. Karşılıklı iletişim ile sürdürülecek tedavi yaklaşımı, hastanın tedaviye uyumunu artırır, uzun süreli tedavinin başarısını artırır. Farklı tedavi şekillerine uyum farklılıklar göstermektedir. Hastalara cihazların uygulanması doğru bir şekilde gösterilmeli, dozları açıklanmalı ve cihaz temizliği gösterilmelidir. Evde nebulizatör tedavisi (gerek bronkodilatör, gerekse antibiyotik için) dikkatli uygulanması gereken tedavi şekilleridir. Çeşitli patojenlere rezervuar görevi gören nebulizatörlerin düzenli temizliği, en az olmak kaydıyla hafta 3 kez dezenfeksiyonu önerilmektedir.

Evde hastanın tedaviye uyumsuzluğuna neden olan faktörler gözlenmeli, eğitim verilmeli ve doğru bir şekilde tedavi kullanması için yardım edilmelidir.

IV- Non- farmakolojik tedavi;

a- Evde uzun süreli oksijen tedavisi

Rehberlerin önerileri altında evde uzun süreli oksijen tedavisi; PaO₂ < 55 mmHg, SatO₂ < %88 hastalarda ya da PaO₂'si 55-59mmHg olup ek kriterleri (kor pulmonale, polisitemi EKG'de P pulmonale varlığı) olan hastalara verilmektedir. Konsantratörler, basınçlı gaz silindirleri ve sıvı oksijen sistemleri olmak üzere 3 tip oksijen sistemi bulunmaktadır. Günde 1,5-2 L/dk akım hızından olmak üzere, en az 15 saat oksijen alınmalıdır. Ek uyku problemi varsa veya egzersizde desaturasyon varsa uykuda veya egzersizde akım hızının 1 L/dk daha artırılması önerilmelidir.

Sadece egzersizde desaturasyon saptanan olgular, pulmoner rehabilitasyon programlarına dahil edilerek taşınabilir oksijen sistemlerinin kullanımı açısından değerlendirilmelidir.

Evde uzun süreli oksijen tedavisi kullanan hastalarda evde bakım çerçevesinde tedavi yönünden sıkı denetimi gerekebilir. Uyumu artırmak ve doğru kullanımı sağlamak amacıyla daha fazla eğitim, motivasyon, hastanın ihtiyacına uygun olan doz ve sürenin belirlenmesi ve maliyet-etkinlik yönünden hastanın bilgilendirilmesi ve desteklenmesi önemlidir.

b. Evde mekanik ventilasyon

Son 15-20 yıldır maske ile non invaziv mekanik ventilasyon (NIMV) tedavisinin etkili bir yöntem olarak gösterilmesi, daha çok sayıda hasta grubunun bu tedaviden fayda görmesi, evde mekanik ventilasyon kullanıcı sayısında artışlara neden olmuştur. NIMV'nin başlıca amaçları; semptom kontrolü, yaşam kalitesinde ve fizyolojik parametrelerde düzelme sağlamak, sağ kalımı uzatmaktır. Evde NIMV kronik solunum yetmezliğine neden olan farklı grup hastalıklarda (obstrüktif veya restriktif) endikedir. KOAH'ta; hiperkapniye bağlı semptomların varlığı ve fizyolojik kriterlerin varlığı ($\text{PaCO}_2 \geq 55\text{mmHg}$, $\text{PaCO}_2:50-54 \text{ mmHg}$ ve noktürnal desaturasyon, $\text{PaCO}_2:50-54$ ve yılda en az iki kez hiperkapnik solunum yetmezliği nedeniyle hastaneye yatış) hastaya evde NIMV tedavisini gerektirir.

Evde NIMV planlanan hasta taburculuktan önce mutlaka uygun ventilatör, maske, mod seçimi ve ventilatör ayarları yönünden değerlendirilmeli, hasta ve ailesi bu yönden eğitilmelidir. Evde NIMV tedavisi alan hastalarda periyodik bakım ile ilgili standart bir yaklaşım olmamakla beraber, ilk kontrolün taburculuktan itibaren bir-iki ay içinde yapılması önerilmektedir. Her hastada düzenli kontrollerin, klinik ve arter kan gazları ile yılda iki kez yapılması, öte yandan tedavinin etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla yılda bir kez yatırılarak değerlendirilmesi önerilmektedir. Tedavinin yetersizliğinin gösterilmesi durumunda mod, maske, ayarlarda değişiklik tartışılmalı, altta yatan hastalığın progresyonu söz konusu ise tedavi süresinin artırılması düşünülmelidir.

c. Evde Pulmoner Rehabilitasyon

Etkinliği kanıtlanmış pulmoner rehabilitasyon (PR) programlarının hastalığın başlangıcından son dönemine kadar sürmesi gerektiği ve uzun süreli programların daha etkin olduğu gösterilmiştir. Oysa günümüzde pulmoner rehabilitasyon uygulayan merkezlerin sayıca az olması, ulaşım

güçlüğü, ventilatör bağımlılığı yada yatağa bağımlılık gibi primer hasta kaynaklı kısıtlılıklar nedeniyle PR programlarının evde direkt gözetimli uygulanması söz konusu olabilir.

Günümüz literatüründe ayaktan takipli hasta verilerinin derlendiği pulmoner rehabilitasyon çalışmalarına göre az sayıda olan evde pulmoner rehabilitasyon çalışma sonuçları PR'nin evde uygulanması durumunda; hastanın tedaviye uyumunun arttığı, verilen eğitim ve egzersiz, diyet ve davranışsal öğretilerin hayata uyarlanmasının daha yüksek oranlarda gerçekleştiği gösterilmiştir. Bu nedenlerle basit, uygulanması kolay, güvenli ve maliyeti düşük bir yöntem olan evde pulmoner rehabilitasyon programları özellikle hastalıkların dispne başta olmak üzere solunumsal semptomlarını, hastaneye başvuru ve yatış sıklığını azaltmakta, egzersiz kapasitelerini ve sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini geliştirmekte, sağlıkla ilgili harcamaları azaltmaktadır.

Hastanın programa uzun süreli katılım ve uyumunun kolay olması, hasta için daha rahat ve güvenli bir uygulama olması, ulaşım sorununun bulunmaması, ailenin rehabilitasyon programına katılımı ve desteğinin yüksek olması ve genel maliyetinin düşük olması evde pulmoner rehabilitasyon uygulamalarının bazı avantajlarıdır.

Evde pulmoner rehabilitasyon göğüs hastalıkları uzmanlarının medikal direktörlüğünü yaptığı multidisipliner bir ekip tarafından uygulanmaktadır. PR programları; hasta ve ailesinin eğitimi, üst-alt ekstremitte egzersiz eğitim programları, solunum kontrolü eğitimi bronşiyal hijyen teknikleri, hastalıkla başa çıkma eğitimi, gevşeme, solunum kas eğitimi, psikososyal destek, vücut kompozisyonunun değerlendirilmesi gibi yaklaşımları içermektedir. Programlarda yer alan egzersiz eğitimi yüksek ve düşük şiddetli olabilmesine rağmen genellikle tercih edilen düşük şiddette egzersiz eğitiminin de hastaların egzersiz kapasitesini ve yaşam kalitesini olumlu etkilediği kanıtlanmıştır.

Evde pulmoner rehabilitasyon programları KOAH ve bunun dışındaki solunumsal hastalıklarda, solunumsal semptomları olan ve fiziksel fonksiyonu kısıtlanmış hastalar için özellikle; ilk kez hastaneye yatmış, yeni tanı almış olan, rutin bir pulmoner rehabilitasyon programı almış olan, tekrarlayan atakları olan, sık hastane yatışı, evine solunumsal cihaz reçete edilen, kompleks tedavi ve medikasyon gerektiren, evde kalmak isteyen terminal dönem hastalar için, hastalık şiddetinden bağımsız olarak uygulanabilmektedir.

d. Palyatif bakım ve yaşamın sonunun planlanması;

Palyatif bakım; kronik hastalığa bağlı semptom kontrolünün sağlanması, bu uzun süreçte hasta ve ailelerine gerekli bilgilendirme ve destek tedavinin sağlanması, yaşam kalitesinin iyileştirilmesini

hedefleyen hizmetler ve tedavi yaklaşımlarını içeren bir tanımdır.. Palyatif bakım geleneksel hastalık tedavi modelinden çok hasta ve ailesi için yaşam kalitesinin iyileştirilmesine, karar almada yardım etmeye ve kişisel gelişim için fırsatlar sunmaya yöneliktir. Tüm kronik hastalıklarda ve hastalığın tüm evrelerinde hasta ve ailesinin gereksinimine göre düzenlenir. İleri hastalık aşamasında palyatif bakım hizmeti uygulayan hekimin ve/veya ekibin görevleri arasında; mekanik ventilasyon, evde sağlık hizmetleri, akciğer nakli konusunda karar verme ve bunları aile ile paylaşma da yer almaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre palyatif bakım; yaşamı tehdit eden hastalığı olan bireylerin hastalıkla ilişkili fiziksel, psikososyal ve inançsal sorunlarının erken tanınması, kusursuz değerlendirilmesi ve tedavisi yolu ile yaşam kalitesinin iyileştirildiği, hasta ve ailesinin bu zorlu süreçte desteklendiği bir yaklaşımdır.

Tüm yaşlarda güçten düşürücü kronik ya da yaşamı tehdit edici hastalığı olanlar palyatif bakım uygulanması gereken hedef hasta popülasyonunu oluşturmaktadır. Bu grup hastalarda palyatif bakım, hastalığın semptomlarının ortaya çıkması ile başlamakta ve yaşam boyu sürmektedir. Bakım planı yapılırken hasta ve ailesinin kültürel değerleri, beklentileri ve hedefleri göz önüne alınmalıdır. Farklı disiplinlerin bir arada, ekip yaklaşımı ile hastanın fiziksel, psikolojik, sosyal ve dinsel rahatsızlıklarının önlenmesi ya da yatıştırılması palyatif bakımın birincil hedefleri arasındadır. Hasta ve aile/arkadaşları ile iyi iletişim kurma bakım verme kadar önemlidir.

Palyatif bakım; hastanın tedavi hizmetlerini aldığı hastanede ya da evde ailenin iş birliği ile sağlık profesyonelleri aracılığı ile uygulanabilmektedir. İdeali; yatan hastalarda yoğun bakımla ilişkili olabilen palyatif bakım ünitelerinde, ayaktan hastalarda ise hastanın evine yakın yerleşimde olan bakım evlerinde ya da hastanın kendi evinde ekip olarak uygulanmasıdır.

Yaşam sonu bakımının hedefi ise, hastanın ve ailenin istemleri doğrultusunda; klinik, kültürel, etik standartlarla ağrı ve acı çekmeksizin ölüm olarak adlandırılan iyi ölümü kolaylaştırmaktır. Yapılan uygulamalarla semptomların yönetimi, yaşam kalitesini koruma, barışçıl, saygın ölümü kolaylaştırma amaçlanır. Hasta ve ailesinin yaşam sonu bakımının nasıl yönetilmesini istediklerini öğrenmek önemlidir. Bu bilgiler doğrultusunda hasta ve ailesinin istemlerine saygı duyulmalıdır. Ailelerin sağlanabilecek destek ve ölmekte olan üyelerinin nasıl rahatlatılacağına dair bilgiye gereksinimleri olacaktır. Yaşam sonu bakımında palyatif bakım sürdürülebilir ya da yaşamı sürdürme önlemleri kesilebilir.

Yaşam sonu bakım özellikle kronik akciğer hastalığı olan ve uzun süreli mekanik ventilatöre bağlı olan olgular için önemlidir. Tedavinin sonlandırılması, kardiyopulmoner resüsitasyon uygulanıp uygulanmayacağını belirlemede hasta ve aile bireylerinin görüşleri değerlendirilir. Yaşam sonunun planlanmasında doktor veya hemşirenin hasta ve ailesine durumun

değerlendirilmesi konusunda yardımcı olmaları gerekebilir. Yaşamın sonu, genellikle hastanın hastalığının son dönemi ve ölüm beklentisinin yoğun olduğu dönemi tanımlar. Bu süreç, birkaç saatten haftalar ya da aylarla ifade edilebilecek süreci kapsar.

İnsancıl bir gereksinim olan palyatif bakım tüm sağlık bakım sunum sistemleri içine entegre edilmeli, tüm yaş grupları ve tüm tanı kategorilerindeki hastalara hitap edebilmelidir.

V-Evde Bakımda etkinlik;

a. Mortalite

Atak sonrası stabil dönemde evde bakım uygulamalarının KOAH'lı olgularda bir yıllık mortalitede düşme sağladığını savunan az sayıdaki çalışma sonucuna karşın yapılan birçok çalışmada seçilmiş olgularda KOAH atağında evde hastane uygulamasının güvenli bir yaklaşım olduğu ve mortalite oranlarının da hastanede tedaviye göre farklılık göstermediği saptanmıştır. Diğer bir hastane merkezli evde bakım uygulama modeli olan erken destekli taburculuğun konvansiyonel hastane bakımı ile karşılaştırıldığı çalışmalarda da, hastaneye tekrar başvuru oranları ve takibe alındıktan sonra geçen 2 ay içerisinde ki mortalite oranlarında fark saptanmamıştır.

Ülkemizde solunum hastalıklarında evde bakım mortalite oranları ile ilgili veri tabanı mevcut değildir. Solunum hastalıklarında evde bakım uygulama modellerinin standardizasyonuna yönelik fizibilite çalışmaları yapılmalı; uygulanacak modellerin belli hasta gruplarında mortaliteye olan etkileri, hastane bakımı ile mortalitelite oranları arasındaki fark olup olmadığı, yaşam kalitesi, fonksiyonel kapasite, hasta ve ailesinin memnuniyeti, acil servis, hastane başvurusu, hastaneye yatış gerekliliği ve hastanede kalınan gün sayısı, maliyet-etkinlik gibi başlıklar araştırılmalıdır. Bu sonuçlar ülkemizdeki uygulamalara ışık tutacaktır.

b. Fonksiyonel kapasite ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi

KOAH yada akciğer malignitelerinde uzman yada aile hekimlerinin denetiminde evde bakım uygulamalarının fonksiyonel kapasite ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinde iyileşme sağladığı gösterilmiştir. ABD'de evde bakım hizmetlerinin bir parçası olarak ESHS'den faydalanan farklı terminal hastalığı olan olgularda yaşam kalitesinde orta düzeyde bir artış ve akciğer maligniteleri olan olgularda ise sıkıntı yaratan semptomların daha geç dönemde ortaya çıktığı ve sosyal

bağımlılığın hem daha geç hem daha az geliştiği görülmüştür. Kanada da evde bakımın bir parçası olarak hasta ve ailesine eğitim uygulanan KOAH'lı olgularda bireysel yönetimde iyileşme sağlanmıştır. Evde bakımın önemli tedavi modalitelerinden biri olan evde pulmoner rehabilitasyon uygulamalarının yaşam kalitesi, günlük yaşam aktiviteleri ve egzersiz kapasitesinde önemli kazanımlar sağladığı gösterilmiştir.

Kronik solunum problemi olan hastalarda fonksiyonel kapasite ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesine yönelik standardize değerlendirme formlarının oluşturulması ve evde bakım veren merkezlerde sonuç ölçümlerinin, etkinlik maliyet analizlerinde kullanılması önemlidir.

c. Hasta ve ailesinin memnuniyeti

Evde bakım stratejileriyle orta düzeyde de olsa yaşam biçiminde pozitif yönde artış sağlandığı yapılan çalışmalarla gösterilmiştir. İngilterede göğüs hastalıkları uzmanları tarafından evde bakıma alınan olguların hastalıkla baş etme yöntemlerini öğrenerek daha doğru ve etkin ilaç kullandığını ve sigara bırakma oranlarının da bu grupta daha yüksek olduğu gösterilmiştir.

Pulmoner rehabilitasyon ve evde bakıma yönelik sonuç ölçümlerinde anketler ile hasta ve aile memnuniyeti değerlendirilmeli; hasta ve ailesine yönelik eğitim programları planlanmalı; uzun süreli takipler ile hasta ve yakınlarının eğitiminin pulmoner rehabilitasyonun sonuç ölçümlerine katkısı değerlendirilmelidir

d. Acil servis, hastane başvurusu, hastaneye yatış gerekliliği ve hastanede kalınan gün sayısı

Hastane bakımı en pahalı sağlık bakım hizmet sunum modeli olduğundan yapılandırılmış evde bakım uygulamaları hastane başvuruları, hastanede kalınan gün sayısı ve acil başvuru oranlarının azaltılmasını hedeflemektedir.

Bu konuda yapılan çalışmaların biriktirdiği pozitif sonuçlar özellikle kronik hasta yükünün çok olduğu Göğüs hastalıkları merkez hastanelerinde evde bakım ve Pulmoner rehabilitasyon ünitelerinin kurulması gerekliliğini kuvvetle desteklemektedir. Pulmoner rehabilitasyon ve evde sağlık hizmetlerinden faydalanan hasta sayısının artırılması entegre bakım kavramı doğrultusunda ulusal bir model ve hizmet sunum ağı oluşturulmasına bağlıdır. Evde bakım /ESH'ye alınan hasta kayıtları bir merkezden takip edilmeli acil servis, hastane başvurusu, hastaneye yatış gerekliliği ve hastanede kalınan gün sayısı izlenmeli ve programın etkinliğini değerlendirme de bu veriler kullanılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. ATS Statement on Home Care for Patients with Respiratory Disorders. *Am j Respir Crit Care Med* 2005 ;171: 1463-64
2. NICE COPD Guideline.
3. Lanken PN, Terry PB, DeLisser HM, et al. An Official American Thoracic Society Clinical Policy Statement: Palliative care effort patients with respiratory diseases and critical illnesses. *Am J Respir Crit Care Med* 2008;177:912-927.
4. Dourado VZ, Tanni SE, Vale SA, et al. Systemic manifestations in chronic obstructive pulmonary disease. *J Bras Pneumol* 2006;32(2):161-71.
5. World Health Organization. WHO definition of palliative care-2005. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/print.html>.
6. Morrison Rs, Meier DE. Palliative care. *N Engl J Med* 2004;350:2582-2590.
7. ATS/ERS Statement on Pulmonary Rehabilitation. *Am J Respir Cr.t Care Med* 2006;(173):1390-1413.
8. Clark CJ, Decramer M. The definition and rationale for pulmonary rehabilitation In: Donner CF, Decramer M; eds. *ERS Pulmonary Rehabilitation Monograph*. 2000;13(5):1-6
9. Monninkhof E, Van der Valk P, van der Palen J, et al. Effects of a comprehensive self-management programme in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J* 2003;22(5):815-20.
10. Donaldson GC, Seemungal TA, Bhowmik A, et al. Relationship between exacerbation frequency and lung function decline in chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 2002;57:847-852.
11. Gallefos F. The effects of patient education in COPD in a 1-year follow-up randomised, controlled trial. *Patient Educ Couns* 2004;52(3):259-66.