

# 10. KOAH'da Palyatif Tedavi ve Yaşam Sonu Planlama

Doç. Dr. Özlem ORUÇ

SBÜ, Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Palyatif Bakım Ünitesi, İstanbul

## ÖZET

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), KOAH'ı palyatif bakımın uygun, ancak yeterince kullanılmayan bir hizmet olduğu en yaygın durumlardan biri olarak listelemektedir. KOAH'lı hastalar tipik olarak kademeli bir düşüş evresine sahipken, yörünge aniden değişebilir. Bu nedenle, yaşam sonu bakımı hakkında hasta-klinisyen iletişimi de dahil olmak üzere gelişmiş bakım planlaması, hastalar ve yakınları için büyük önem taşımaktadır. Yaşam sonu planlama tartışmaları sırasında ele alınması gereken önemli konular arasında teşhis, prognoz, hastanın bakım hedefleri, değerler ve inançlar yer alır. KOAH multisistemik bir hastalıktır, etkileri sadece akciğerle sınırlı değildir ve ağır semptom yükü ile ilişkilidir, bu nedenle palyatif bakım ve yaşam sonu planlama bu hastalar için çok elzemdir.

## GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre palyatif bakım "yaşamı tehdit eden bir hastalıkla karşı karşıya kalan hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitesinin artırılması, ağrı ve diğer fiziksel, psikososyal, manevi problemlerin kusursuz olarak değerlendirilmesi, tanınması ve tedavisini sağlayan bir yaklaşım"dır. Hospis terimi "öncelikle sadece yaşamın sonuna, genellikle hayatın son bir ila altı ayı arasında sunulan rahatlığa odaklanan bir bakım modelini" tanımlar. İdeal olan yaklaşım, yatan hastalarda yoğun bakımla ilişkili olabilen palyatif bakım ünitelerinde, ayakta hastalarda ise hastanın evine yakın yerleşimde olan bakım evlerinde ya da hastanın kendi evinde ekip olarak uygulanmasıdır, sonucusu ev temelli palyatif bakım olarak tanımlanır (1). Palyatif bakım amaç ve etkileri Tablo 1'de özetlenmiştir.

Küresel olarak, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) prevalansı artmaktadır ve yaşa göre ayarlanmış ölüm oranı artmaya devam eden tek hastalıktır (2). İngiltere'de tüm ölümlerin %5.2'si KOAH'a bağlı olup, akciğer kanserine bağlı ölümlerin oranına (%6.2) yaklaşmaktadır (3).

KOAH multisistemik bir hastalıktır, etkileri sadece akciğerle sınırlı değildir ve ağır semptom yükü ile ilişkilidir. Bu nedenle medikal tedavi optimize edildiğinde bile KOAH'lı hastaların çoğunda semptom ilişkili sıkıntıları mevcuttur. Hastalık ilerledikçe gelişen fonksiyonel kayıp nedeni ile sadece hasta değil; ailesi de ağır bir psikososyal yük altına girer. Sonuç olarak semptom yönetimi, yaşam kalitesini arttırmak ve hastaların fonksiyonel kayıplarını iyileştirmek için daha fazla müdahalelere ihtiyaç vardır (4). Palyatif bakımın KOAH'lı hastaların yönetiminde önemli bir rolü olabilir, ancak ne yazık ki kanser, son dönem kalp ve böbrek hastalıklarının yanında çok daha az dile getirilmekte ve palyatif bakım ihtiyacı daha az karşılanmaktadır. Etkinliğine, rehberlerde önerilmesine rağmen ne yazık ki çoğu hastalar bu bakımdan mahrum kalmaktadır (5,6). Örneğin; İngiltere'de yapılan bir araştırmada, 2014 yılında KOAH nedeni ile ölen beş kişiden sadece birinin palyatif bakım hizmetleri aldığı saptanmıştır (7). Son yıllarda biraz farkındalığın arttığı gözlemlense de (8). DSÖ, KOAH'ı palyatif bakımın uygun, ancak yeterince kullanılmayan bir hizmet olduğu en yaygın durumlardan biri olarak listelemektedir (9).

**Tablo 1. Palyatif bakım amaç ve etkileri.**

Ağrı ve diğer rahatsız edici semptomlarda rahatlatma sağlar.
Palyatif bakımın erken verilmesi, gereksiz hastaneye yatışları ve sağlık hizmetlerinin kullanımını azaltır.
Hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini artıran bir yaklaşımdır.
Palyatif bakım, hastaları ve bakıcılarını desteklemek için bir ekip yaklaşımı kullanır. Bu yaklaşım yaşla ilgili danışmanlık sağlamayı da içerir.
Hastaların ölüncüye kadar mümkün olduğunca aktif bir şekilde yaşamalarına yardımcı olmak için bir destek sistemi sunar.
Hastalığın başlangıcında, kemoterapi veya radyasyon terapisi gibi, ömrünü uzatmak üzere tasarlanan diğer tedavilerle birlikte uygulanır ve rahatsız edici komplikasyonları daha iyi anlamak ve yönetmek için gereken araştırmaları içerir.
Maliyet etkin bir sistemdir.
Hastalıklarla ilgili yaşam süresini ve prognozu da arttırır.

### KOAH'DA PALYATİF BAKIM

KOAH'da hastalık yörüngesi değişkendir ve önemli ölçüde belirsizlikle karakterizedir. Hastalar tipik olarak kademeli bir düşüş evresine sahipken, altta yatan akciğer hastalığının alevlenmeleri veya bir komorbid hastalığın neden olduğu olaylar nedeniyle yörünge aniden değişebilir. İlerlemiş KOAH'lı hastalar genellikle egzersiz toleransında ve tipik olarak akut alevlenmelerle noktalanmış oksijen bağımlılığının gelişiminde kademeli, ancak progresif bir düşüş yaşarlar. KOAH'lı hastalar sıklıkla yaşamlarının sonunda, genellikle yoğun bakım ünitesine kaldırılırlar. Her KOAH alevlenmesi yaşamı tehdit edebilir ve ölüm riskinin artmasıyla ilişkilendirilir. Aslında, akut KOAH alevlenmesi ile hastaneye yatırılan hastaların yaklaşık %10'u hastaneye yatış sırasında ölürken, solunum yetmezliği nedeniyle invaziv mekanik ventilasyona ihtiyaç duyan hastalarda bu oran yaklaşık dörtte bire çıkmaktadır (10). Alevlenme nedeniyle başvuran hastaların yaklaşık yarısı taburcu olduktan sonra dört yıl yaşamaz (11). KOAH'ın ilerlemesi çok heterojendir ve hastanın yaşamının sonu genellikle sevdiği tarafından tahmin edilmez. Palyatif bakım hakkında konuşmanın önündeki en önemli engel, özellikle KOAH'lı hastalar arasında prognozu belirlemede kesinliğin olmamasıdır. Prognoz, mortaliteyi etkileyen faktörler ile ilgili klinisyenler arasında net bir uzlaşma yoktur. Buna rağmen, bazı parametreler 12 ay içinde daha yüksek bir ölüm olasılığını öngörmektedir, bu parametreler Tablo 2'de sunulmuştur (12).

**Tablo 2. KOAH'lı hastalarda sağkalımın 12 aydan az kaldığını gösteren parametreler.**

• 50 m'lik altı dakikalık yürüme mesafesinde azalma
• Çok hareketsiz bir yaşam tarzına geçiş
• Depresif veya moral bozukluğu hissine doğru değişim,
• Karbondioksit parsiyel basıncının > 3 mmHg artması veya
• Oksijen parsiyel basıncının > 5 mmHg azalma

### Yaygın Ölüm Nedenleri

Kronik akciğer hastalığı olan hastalar arasında ölüm, ilerleyen solunum yetmezliğinden, akciğer hastalığının akut alevlenmesinden, eşzamanlı enfeksiyondan veya eşlik eden bir hastalıktan kaynaklanabilir. KOAH hastalarında yapılan bir çalışmada, yaklaşık %58'inin ölüm nedeninin solunumsal olduğunu göstermiştir (13). Öte yandan, KOAH'lı hastalar sıklıkla birden fazla komorbiditeden muzdariptir ve yaklaşık %42'si solunum dışı hastalıklardan ölmektedir. Hafif veya orta derecede KOAH'lı hastalar için en yaygın ölüm nedenleri kanser ve kardiyovasküler hastalıktır (14).

### KOAH'da Palyatif Bakımın Önemi

Sekiz ülkede yürütülen ve kanser, kalp yetmezliği, KOAH, HIV/AIDS ve multipl skleroz hastalarını içeren 23 çalışmanın sistematik bir incelemesi ev temelli palyatif bakım ekiplerinin kullanımının evde ölme olasılığını iki katından fazla artırdığını bulmuşlardır. Bu derleme ayrıca evde palyatif bakı-

mın hastalar için semptom yükünü azalttığını, normal bakımın semptomlarda artışla ilişkili olduğunu saptamıştır (15). Yine bazı çalışmalarda yatan hasta palyatif bakım konsültasyonlarının hastanedeki bakım maliyetlerinde bir azalma ile ilişkili olduğunu ileri sürmektedir (16-18).

Şiddetli KOAH hastaları, klinisyenlerinin genel iletişim becerilerini başarılı olarak değerlendirmelerine rağmen; yaşam sonu konularını tartışmadaki becerilerini zayıf olarak değerlendirmişler ve birçok konunun hiç tartışılmadığını bildirmişlerdir (prognoz, ölümle ilgili düşünceler, manevi beklentiler gibi) (19,20). Bu bulgular, kronik akciğer hastalığı olan hastalar için geliştirilmiş palyatif bakım hizmetlerine olan ihtiyacın altını çizmektedir (21).

Kronik akciğer hastalığı gibi ciddi, hayatı tehdit eden bir hastalığı olan hastalar için, palyatif bakım hastalık sürecinin erken safhalarında sunulmalı ve kontrol edilmesi zor semptomları, bakım hedeflerini ve yaşam sonu bakımı planlamalıdır. Bu bakım, evde, bakımevlerinde, hastanelerde, hospislerde ve ayakta tedavi klinikleri de dahil olmak üzere, sağlık hizmetinin sürekliliği boyunca bir dizi ortamda sunulabilir. Yaşamı tehdit eden ileri evre hastalığı olan çok sayıda hastanın palyatif bakımdan yararlanabilmesi için, hastalık destekleyici hizmetlerin sadece palyatif bakım uzmanları tarafından değil, aynı zamanda bu hastalara bakan tüm klinisyenlerin uygulamalarına dahil edilmesi önemlidir. Bazıları bu “birincil” palyatif bakımı, yani hastalığın her evresinde hastalıkla ilgilenen klinisyenlerin yaklaşımını; onu “ikincil” veya “ayrı bir uzmanlık dalı olan” palyatif bakımdan ayırmak için adlandırır (22). Kronik akciğer hastalığı olan hastalar için

optimum palyatif bakım, ideal olarak hem birincil hem de ikincil palyatif bakımı içermelidir. Bu hastalara bakan klinisyenlerin kapsamlı destekleyici bakım sağlama konusunda yetkinliğe ve farkındalığa sahip olmaları ve bu konulara dair eğitim almaları gerekir.

### Hastalara ve Ailelere Palyatif Bakım Nasıl Verilir?

Palyatif bakımı “destekleyici bakım” olarak tanıtmak ve hastanın hedefleri ve bakım istekleri hakkında semptom yönetimi ve ekip iletişimine odaklandığını açıklamak faydalı olabilir. Bu açıklama, palyatif bakımın anlamı hakkındaki genel anlayış eksikliğini gidermeye yardımcı olur. Hasta ve bakım verenler palyatif bakım ile ilgili genellikle yanlış algılanan yaşam sonu bakımı olarak değil de; destekleyici bakım olarak bilgi verildiğinde daha iyi anladıklarını ve rahatladıklarını ifade etmişlerdir (23). Palyatif bakımın sıklıkla hastanın mevcut tedavi planına ek olarak sağlandığını vurgulamak önemlidir. Örneğin; KOAH’lı bir hasta solunum yetmezliği ile akut alevlenme durumunda palyatif bakım alabilir ve gerekirse endotrakeal entübasyon almayı seçebilir.

Palyatif bakım hakkında bir konuşma başlatmak için kullanılacak yöntemi düşünürken, hastanın nefes darlığı, oksijen ihtiyacında artış, başkalarına bağımlılık, solunum fonksiyon testlerinde azalma gibi yönlerine odaklanmak faydalı olabilir. İlerlemiş akciğer hastalığı olan hastaların aile bakıcılarını bu tartışmalara dahil etmek yararlı olabilir, çünkü çoğu kez yaşamsonu planlama hakkında spesifik ve acil tedavi kararlarını hasta yakınlarının vermeleri gerekmektedir.

Palyatif bakımın önemli bileşenleri Şekil 1’de özetlenmiştir.

**Şekil 1. Palyatif bakımın önemli bileşenleri.**



## YAŞAM SONU PLANLAMA

Yaşam sonu planlamanın hedefi hastanın ve ailenin istekleri doğrultusunda; klinik, kültürel, etik ve manevi standartlarla ağır ve acı çekmeksizin ölüm olarak adlandırılan “güzel ölümü” sağlamaktır. Hasta ve ailesinin yaşam sonu bakımının nasıl yönetilmesini istediklerini öğrenmek önemlidir. Bu bilgiler doğrultusunda hasta ve ailesinin isteklerine saygı duyulmalıdır. Ailelerin sağlanabilecek destek ve ölmekte olan üyelerinin nasıl rahatlatılacağına dair bilgiye gereksinimleri olacaktır. İleri bakım planlama tartışmalarına, hastalık sürecinin erken safhalarında, hastanın bu kararlara katılmak için yeterince iyi olduğunda başlanmalıdır. Hastalar, hastalığın şiddetini hafife alma eğilimindedir ve nadiren palyatif bakım veya yaşam sonu planlaması hakkında bir tartışma başlatılır. Ölümünden bir ay önce, ileri KOAH'lı hastaların sadece %31'inin yaşam beklentilerinin bir yıldan az olduğunu tahmin ettiği saptandı (24). Ölüm ve nefessiz kalma veya boğulma korkusu ile ilgili endişeler oldukça yaygındır, ancak klinisyenleri ile tartışmadıkları gözlemlendi (25). Tercihen, bu tartışmalar, akut bir hastalık anında değil, hasta nispeten stabil olduğunda yapılmalıdır. Kronik akciğer hastalığında, bakımın hedefleri ve ileri bakım planlaması hakkında değerlendirmeye yol açması gereken birkaç geçiş noktası Tablo 3'te özetlenmiştir. Bu geçiş noktası belirlendikten sonra, klinisyen konuyu açıklamak için uygun zamanı ve yeri seçebilir, kimin bulunması gerektiğini belirleyerek hasta ve aileyle bir toplantı düzenleyebilir. Tüm bu konular tek bir görüşmede yetişmeyerek tekrar gerektirebilir. Hastaların yaşam sonu planlama görüşmeleri sırasında ele alınması gereken önemli olan konular Şekil 2'de sunulmuştur (26). Tartışma hasta merkezli olmalı ve umudu gerçeklikle dengelemek

**Tablo 3. KOAH'da, bakım hedefleri ve ileri bakım planlaması hakkında tartışmaya geçilmesi gereken geçiş noktaları.**

• Yeni veya farklı tedavilerin, örneğin, oksijen tedavisinin başlatılmasından itibaren
• Daha fazla yaşam uzatan tedavi seçeneğinin olmaması
• İşlevsel düşüş
• Sık görülen alevlenmeler
• Sık hastaneye yatış/acil servis ziyaretler
• Akciğer nakli için sevk edildiğinde

gerekmektedir. Hastanın hastalığın yaşamındaki etkisini algılaması, hastalığın şiddeti ve prognozu hakkında bilgi vermek, bu dengeyi sağlamada klinisyene yol gösterecektir. İleri akciğer hastalığı olan birçok hasta nefes darlığı krizinden ve boğulmadan korkar. Bu nedenle, hastalar için dispne için palyatif bakım seçeneklerini ve dispne krizini nasıl yöneteceklerini tartışmak önemlidir. Nefes darlığıyla başa çıkmak için net bir plan hakkında güvence vermek, söylenmemiş korkuları hafifletebilir. Diğer palyatif bakım konuları; ileri yönergelerin ve karar vericilerin rolü, yaşam sonu bakımın yeri için tercihler ve manevi inançlardır (27,28).

### Resüsitasyon veya Mekanik Ventilasyondan Sonra Prognoz

Hastanın karar vermesine yardımcı olmak için entübasyon/mekanik ventilasyonun olası sonuçları açıklanmalıdır. KOAH'lı hastalar, hastanede resüsitasyondan sonra eve dönme ve bağımsız olarak yaşama konusunda kötü prognoza sahiplerdir. Bir çalışmada, hastanede resüsitasyon alan KOAH hastalarının sadece %15'inin hastaneden taburcu oluncaya kadar

**Şekil 2. Yaşam sonu planlama görüşmeleri sırasında ele alınması gereken konular.**

Teşhis ve beklenen hastalık süreci	Tedavi seçenekleri	Prognoz
Hastanın bakım hedefleri (örneğin; daha uzun hayatta kalma, evde daha fazla zaman, semptomların kontrolü)	Değerler ve inançlar	Ölüm süreci

hayatta kaldığını ve hayatta kalanlar arasında medyan sağkalımlarının sadece beş ay olduğunu bulmuştur (29). Başka benzer çalışmalarda da invaziv mekanik ventilasyon gerektiğinde hastane mortalitesi %85 oranında bildirilmiştir (30,31).

### Solunum Desteğinin Geri Çekilmesi

Hastalığın erken evresinde solunum desteği hakkında “ya hep ya hiç” kararı vermek zor olabilir. Örneğin, pnömöni gibi tedavi edilebilir süreçte invaziv tedaviye izin verilebilir, ancak klinisyenlerin hastanın makul bir süre içinde düzelmeye göstermediği takdirde ventilatör desteğini geri çekmesini sağlaması önemlidir. Bu nedenle, bakım hedeflerinin ve mekanik ventilasyonun durdurulacağı durumların belirlenmesi akıllıca olacaktır. Alternatif olarak, hastalar noninvaziv ventilasyonu kabul edebilir.

### Bakım Hedeflerinin Tartışılması

Bakım hedeflerinin tartışılması, ileri bakım planlamasının önemli bir bileşenidir ve bu, hasta için neyin önemli olduğunu saptanması ile başlar. Hastalar için “iyi yaşamının” ne anlama geldiğini keşfetmek bu tartışmanın başlamasına yardımcı olabilir. Bazı hastalar, yaşam kalitelerini bozan uzun süreli mekanik ventilasyon gibi oldukça külfetli müdahalelerden geçmeleri gerekse bile uzun yaşamının önemli olduğunu düşünürler. Diğerleri ise, hayatta kalmalarını tehlikeye atsa bile, kalan zamanlarını hastaneye gitmek zorunda kalmadan evde sevdikleriyle geçirmek isteyebilirler. Mümkün olan en iyi bakım, hastaları hayatlarının geri kalanını bilinçli isteklerine göre yaşamaları için destekleyen bakımdır. Bakımın hedefleri ve ileri bakım planlama tartışmaları sırasında, ilerlemiş akciğer hastalığı ile yaşama deneyiminin yanı sıra hastaneye kabul ile ilgili önceki deneyimler hakkında soru sormak önemlidir (32). Bu deneyimlerin anlatımı, klinisyenin hastanın günlük hastalık yükünü ve ayrıca gelecekteki hastalık deneyimleriyle ilgili beklentilerini, umutlarını ve korkularını anlamasına yardımcı olabilir. Hedefler tanımlandıktan sonra, klinisyen daha sonra gelecekteki tedavilerin potansiyel yükünü, olası sonuçları ve bu sonuçların olasılığını hastanın hedefleri bağlamında tanımlayabilir. Bunu yapmak, belirli tedaviler için karar vermeyi büyük ölçüde kolaylaştırır. Böyle bir tartışma, terapinin sınırlarının gerçekçi bir şekilde anlaşılmasına ve beyhude veya tıbben uygunsuz kabul edilen tedavi taleplerinden kaçınılmasına da yol açacaktır. Hastaların yaşam kaliteleri için neyin önemli olduğuna dair bakış açıları hakkında içgörü kazanmak, sadece tedaviler hak-

kında karar vermenin temelini oluşturmakla kalmaz; aynı zamanda hastaların klinisyenlerin iletişim becerilerinden genel memnuniyetini artırabilir (33). Bu nedenle hastanın genel bakım değerlerini ve hedeflerini belirlemeden önce, hastalardan kardiyopulmoner resüsitasyon veya mekanik ventilasyon gibi spesifik tedavi seçimleri yapmalarını istemenin yaygın hatasından kaçınmak önemlidir.

Diğer önemli bir nokta ise yaşamı sürdüren tedavilere yönelik tercihlerin, hastalığın seyri sırasında değişebileceğidir. Bir çalışmada, ayakta tedavi gören KOAH hastalarının üçte birinden fazlası kardiyopulmoner resüsitasyon ve/veya invaziv mekanik ventilasyonla ilgili tercihlerini en az bir yıl içinde değiştirmiştir. Sağlık durumlarında, ruh hallerinde, hareketliliklerinde veya medeni durumlarında bir değişiklik yaşadıklarında tercihlerinin değişme olasılığı daha yüksektir (34).

### Palyatif Bakım veya Hospise Yönlendirmede Sıkıntılar

- İleri akciğer hastalıkları (örneğin; KOAH veya interstisyel akciğer hastalığı) olan kanser dışı hastaların prognozunu belirlemek, maligniteden daha zordur.
- Bazı doktorlar, hastalarla ölümle ilgili konuşma veya onlara iletişim kurma konusunda beceri veya eğitim eksikliğinden dolayı, yaşam sonu planlama konusunda isteksiz olabilirler.
- Doktorlar kanser olmayan hastalar için evde ya da başka bir ortamda hospis bakımı önermekte başarısız olabilirler çünkü bunların mevcudiyetinin veya hospis uygunluğu için yayınlanan kriterlerin farkında değildirler.
- Yoğun poliklinik şartlarında uygun zaman ve ortam olmayabilir.

### KOAH'DA SEMPTOM YÖNETİMİ

#### Dispne

Nefes darlığı, çoğu ileri akciğer hastalıklarında merkezi bir semptomdur. Dispne, hasta üzerinde ve aynı zamanda aile bakıcıları üzerinde önemli bir etkiye sahiptir ve sağlık durumunun önemli bir belirleyicisidir (35,36).

Dispne yönetiminde, spesifik tedavi edilebilir nedene yönelmek (örneğin; bronkokonstriksiyon, plevral efüzyon, fazla sekresyon), farmakolojik olmayan yönetim (örneğin; pulmoner rehabilitasyon, gevşeme egzersizleri, Nöromusküler elektrik stimülasyonu

(NMES), Göğüs duvarı vibrasyonu, yüze hava üfleyen fanlar, enerji tasarrufu, oksijen) ve ağırlıklı olarak opioidler dahil olmak üzere farmakolojik yönetim olacak şekilde birçok bileşeni vardır (5,37).

İleri akciğer hastalığı olan hastalarda, dispnenin farmakolojik yönetiminde, KOAH'a yönelik bronkodilatör tedavi, KOAH akut alevlenmeleri için sistemik glukokortikoidler ve ayrıca, eşlik eden akciğer enfeksiyonu veya bronşektazi için antibiyotikler gereklidir. Altta yatan durumlarının optimal tedavisine rağmen dirençli dispnesi olan hastalar için, uluslararası kılavuzlar opioidlerin kullanılmasını önermektedir. Uygulama kılavuzlarındaki önerilere rağmen klinisyenler hipoventilasyonla ilgili endişeler nedeniyle kronik solunum yolu hastalığı olan hastalara opioid reçeteleme konusunda genellikle isteksizdirler. KOAH'lı hastaların sadece dörtte biri yaşamlarının son altı ayında opioid almıştır (38). Klinisyenler, palyatif bakım alan hastalar arasında önemli yan etkilere dair hiçbir kanıt sunmayan çalışmalara rağmen; olumsuz solunum etkilerinden korktuklarını bildirmişlerdir (39). Opioidlere her zaman kabızlığı önlemek için laksatiflerde eşlik etmelidir. Dispneyi tedavi etmek için anksiyolitikler de önerilmiştir; ancak literatür, anksiyolitiklerin dispnenin palyatif tedavisi için etkinliği konusunda çelişkilidir. Öte yandan, nefes darlığına anksiyete eşlik ettiğinde, anksiyolitiklerle tedavi, etkilerin ve yan etkilerin dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi ile düşünülebilir.

**Oksijen tedavisi:** Bazı hastalar, evde oksijen saturasyonunu değerlendirmek için pulse oksimetresine sahip olduklarında kendilerini daha kontrol altında hissedebilirler. Oksijen akım hızı arttıkça, hava yolu mukozasının aşırı kurumasını önlemek için solunan oksijene nemlendirme eklenmelidir. Oksijen tedavisinin yanında pulmoner rehabilitasyon uygulamaları ile hastayı yavaş ve derin nefes almaya teşvik etmek hastaları rahatlatacaktır.

**Palyatif bakım ortamında noninvaziv ventilasyon (NIV):** KOAH ve akut solunum yetmezliği olan hastalar için NIV kullanımı üç kategoride değerlendirilmektedir:

- **Kategori 1:** Pnömoni, akut solunum yetmezliği, atak gibi durumlarda yaşamı sürdüren tedavi olarak NIV kullanımı.
- **Kategori 2:** Hastalar ve aileler endotrakeal entübasyon ve invaziv mekanik ventilasyondan vazgeçmeye karar verdiklerinde, alternatif tedavi

olarak NIV kullanımı. Çalışmalar, KOAH veya kalp yetmezliği olan hastalarda endotrakeal entübasyondan vazgeçmeyi seçen gruplar için NIV kullanımından sonra hastanede sağkalımın %50 ila 75 aralığında kabul edilebilir olduğunu ileri sürmektedir (40,41).

• **Kategori 3:** Hastalar ve aileler tüm yaşam desteğinden vazgeçip yalnızca rahatlık önlemleri almayı seçtiklerinde palyatif bir önlem olarak NIV kullanımı. Sadece bir konfor ölçüsü olarak kategori 3'te NIV kullanımını destekleyen veriler sınırlıdır (40-43). Sınırlı verilere rağmen; Avrupa Solunum Derneği ve Amerikan Toraks Derneği'nin önerileri, terminal kanser veya diğer terminal durumlarda palyasyon için dispne hastalarına NIV verilmesini desteklemektedir (41).

Kategorileri belirlemek için, hasta ve yakınları ile yaşam sonu planlama yapmak ne kadar önemli ise; hasta ve hasta yakını ile NIV başlamadan önce yaşam kalitesi üzerindeki etkileri (örneğin; maske rahatsızlığı ve bası yaraları, ağızda kuruluk, yatak partnerinin makine gürültüsünden rahatsız olması durumu gibi) veya cihaz ve maske ile ilgili sosyoekonomik sorunları ele almakta çok önemlidir (44).

### Öksürük, Balgam ve Hemoptizi

Öksürük, balgam ve hemoptizi, ileri akciğer hastalığı olan hastalar ve bakıcıları için rahatsız edici semptomlar olabilir (45,46). Kronik öksürük yönetiminde ilk adım, etiyojyiyi belirlemektir. Örnek olarak, öksürük anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri, gastroözofageal reflü veya bronşektazi gibi etiyojilerden kaynaklanabilir. Sistemik opioidler, dirençli öksürük için en etkili tedavidir. Bronşektazili hastalar için, pürülan balgam üretiminin kontrolü genellikle antimikrobiyal ajanlarla sağlanabilir. Önceki antibiyotik kullanımına ve mevcut balgam kültürlerine bağlı olarak antipseudomonal antibiyotiklerin intravenöz olarak uygulanması gerekebilir. Hemoptizi, küçük miktarlarda bile olsa, hasta ve izleyenler için son derece korkutucu olabilir, nadir de olsa masif kanamalar olabilir ve yaklaşım diğer sebeplere bağlı hemoptizi yaklaşımlarından farksızdır.

### Malnütrisyon

Düşük BMI ve malnütrisyon KOAH'lı hastalarda morbidite ve mortalite sebebidir. Malnütre hastalarda nutrisyonel destek anlamlı bir şekilde kilo alımına, respiratuar kas gücünde artışa ve sonuç olarak sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin artışı sağlar (5).

### Kronik Akciğer Hastalığında Diğer Semptomlar

Çeşitli çalışmalar, kronik akciğer hastalığı olan hastaların, anksiyete, depresyon, yorgunluk, uykusuzluk, kas güçsüzlüğü ve ağrı gibi semptomlar dahil olmak üzere dispne ve öksürüğe ek olarak yüksek semptom yükü yaşadıklarını göstermiştir. Bu hastaların sadece küçük bir kısmı semptom tedavisi almıştır (47). KOAHlı hastalarda ağrı sıklığının araştırıldığı bir çalışmada orta ila şiddetli KOAH'ı olan hastalar arasında ağrı prevalansı %66 olarak saptanmıştır (48).

Yaşamın son günlerinde veya saatlerinde bulunan hastalar, çoğu kez çözümsüz fiziksel ızdırabın yanı sıra önemli duygusal, ruhsal ve sosyal sıkıntılar yaşarlar. Tüm bu hastalar için semptom yönetimi ve destek yani palyatif yaklaşım bu nedenle son derece elzemdir.

### BAKICI YÜKÜ VE BAKICILARA DESTEK

Akciğer hastalığı ilerledikçe, KOAH'ı olan hastalar, normal günlük işlerini yerine getirmede zorlanmaya başlarlar. Hastalar market alışverişi, ev işi, çamaşır yıkama, seyahat gibi günlük ve banyo, giyinme gibi günlük yaşamın temel faaliyetlerinde de yardıma ihtiyaç duyabilir. Bu nedenle, hastalar sıklıkla aile içi veya diğer bakıcılarından yardım alır. Bakıcı yükü, ileri KOAH'lı hastaların aile bakım verenlerinde yaygındır (49,50). Yapılan bir çalışmada, KOAH hastalarının aile bakıcılarının %64'ünün klinik olarak ilgili anksiyete semptomları yaşadığını ve bakıcıların %34'ünün klinik olarak ilgili depresyon semptomları yaşadığını göstermiştir. Bu çalışma ayrıca, hastanın nefes darlığının şiddeti arttıkça, aile bakıcılarının anksiyete veya depresyon geliştirme olasılıklarının daha da yükseldiğini gösterdi (51). Dolayısıyla KOAH'lı hastaların bakım yükü, bakım verenlerin yaşam kalitesinde de düşüklüğe yol açmaktadır (52). Bununla birlikte, palyatif bakım, aile bakıcıları için de olumlu bir deneyim olabilir. Yüksek kaliteli palyatif bakım aynı zamanda yas desteğini de içerir. Son çalışmalar, yas bakımının olumlu sonuçlarına dair kanıtlar göstermektedir. Kronik akciğer hastalığı olan hastalar ve yakınları için palyatif bakımın bir parçası olarak yas bakımının geliştirilmesi, yas sürecinin hem sevdikleri hem de toplum için önemli sonuçlarını azaltmak açısından önemli olabilir (53,54). Gerçekte, uzamış yas; önemli sıkıntılar, iş performansında azalma, bozulmuş sosyal işlevsellik, olumsuz sağlık sonuçları, depresyon ve intihar riski ile ilişkilidir (55,56).

### KAYNAKLAR

1. <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>
2. Lilly EJ, Senderovich H. Palliative care in chronic obstructive pulmonary disease. *J Crit Care* 2016; 35: 150-4.
3. British Lung Foundation. Respiratory Health of the Nation. Lung Cancer Statistics. <https://statistics.blf.org.uk/lung-cancer> Date last accessed: July 10, 2017.
4. Aslıhan Yalçın, Akan Kaya. KOAH'ta Yaşamın Son Günleri. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi* 2013; 1: 143-51.
5. <https://goldcopd.org/2021-gold-reports>
6. 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: 912-27.
7. David M. G. Halpin. Palliative Care for Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Signs of Progress, but Still a Long Way to Go American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* > Volume 198, Issue 11.
8. Bloom CI, Slaich B, Morales DR, et al. Low uptake of palliative care for COPD patients within primary care in the UK. *Eur Respir J* 2018; 51: 1701879.
9. <http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>
10. Hajizadeh N, Goldfeld K, Crothers K. What happens to patients with COPD with long-term oxygen treatment who receive mechanical ventilation for COPD exacerbation? A 1-year retrospective follow-up study. *Thorax* 2015; 70: 294.
11. Piquet J, Chavaillon JM, David P, et al. High-risk patients following hospitalisation for an acute exacerbation of COPD. *Eur Respir J* 2013; 42: 946.
12. Benzo R, Siemion W, Novotny P, et al. Factors to inform clinicians about the end of life in severe chronic obstructive pulmonary disease. *J Pain Symptom Manage* 2013; 46: 491.
13. Casanova C, de Torres JP, Aguirre-Jaime A, et al. The progression of chronic obstructive pulmonary disease is heterogeneous: the experience of the BODE cohort. *Am J Respir Crit Care Med* 2011; 184: 1015.
14. Berry CE, Wise RA. Mortality in COPD: causes, risk factors, and prevention. *COPD* 2010; 7: 375.
15. Gomes B, Calanzani N, Curiale V, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database Syst Rev* 2013: CD007760.
16. Starks H, Wang S, Farber S, et al. Cost savings vary by length of stay for inpatients receiving palliative care consultation services. *J Palliat Med* 2013; 16: 1215.
17. Morrison RS, Dietrich J, Ladwig S, et al. Palliative care consultation teams cut hospital costs for Medicaid beneficiaries. *Health Aff (Millwood)* 2011; 30: 454.
18. Smith S, Brick A, O'Hara S, Normand C. Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: a literature review. *Palliat Med* 2014; 28: 130.

## 10. KOAH'da Palyatif Tedavi ve Yaşam Sonu Planlama

19. Curtis JR, Engelberg RA, Nielsen EL, et al. Patient-physician communication about end-of-life care for patients with severe COPD. *Eur Respir J* 2004; 24: 200.
20. Janssen DJ, Curtis JR, Au DH, et al. Patient-clinician communication about end-of-life care for Dutch and US patients with COPD. *Eur Respir J* 2011; 38: 268.
21. Brown CE, Jecker NS, Curtis JR. Inadequate Palliative Care in Chronic Lung Disease. *An Issue of Health Care Inequality. Ann Am Thorac Soc* 2016; 13: 311.
22. Quill TE, Abernethy AP. Generalist plus specialist palliative care--creating a more sustainable model. *N Engl J Med* 2013; 368: 1173.
23. Maciasz RM, Arnold RM, Chu E, et al. Does it matter what you call it? A randomized trial of language used to describe palliative care services. *Support Care Cancer* 2013; 21: 3411.
24. Fried TR, Bradley EH, O'Leary J. Changes in prognostic awareness among seriously ill older persons and their caregivers. *J Palliat Med* 2006; 9: 61.
25. Gardiner C, Gott M, Small N, et al. Living with advanced chronic obstructive pulmonary disease: Patients concerns regarding death and dying. *Palliat Med* 2009; 23: 691.
26. Curtis JR, Wenrich MD, Carline JD, et al. Patients' perspectives on physician skill in end-of-life care: differences between patients with COPD, cancer, and AIDS. *Chest* 2002; 122: 356.
27. Janssen DJ, Engelberg RA, Wouters EF, et al. Advance care planning for patients with COPD: Past, present and future. *Patient Educ Couns* 2012; 86: 19.
28. Parker SM, Clayton JM, Hancock K, et al. A systematic review of prognostic/end-of-life communication with adults in the advanced stages of a life-limiting illness: patient/caregiver preferences for the content, style, and timing of information. *J Pain Symptom Manage* 2007; 34: 81.
29. Stapleton RD, Ehlenbach WJ, Deyo RA, et al. Long-term outcomes after in-hospital CPR in older adults with chronic illness. *Chest* 2014; 146: 1214.
30. Mollica C, Paone G, Conti V, et al. Mechanical ventilation in patients with end-stage idiopathic pulmonary fibrosis. *Respiration* 2010; 79: 209.
31. Gaudry S, Vincent F, Rabbat A, et al. Invasive mechanical ventilation in patients with fibrosing interstitial pneumonia. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2014; 147: 47.
32. Rocker GM, Simpson AC, Horton R. Palliative Care in Advanced Lung Disease: The Challenge of Integrating Palliation Into Everyday Care. *Chest* 2015; 148: 801.
33. Mallick S. Outcome of patients with idiopathic pulmonary fibrosis (IPF) ventilated in intensive care unit. *Respir Med* 2008; 102: 1355.
34. Janssen DJ, Spruit MA, Schols JM, et al. A call for high-quality advance care planning in outpatients with severe COPD or chronic heart failure. *Chest* 2011; 139: 1081.
35. Janssen DJ, Franssen FM, Wouters EF, et al. Impaired health status and care dependency in patients with advanced COPD or chronic heart failure. *Qual Life Res* 2011; 20: 1679.
36. Gysels MH, Higginson IJ. Caring for a person in advanced illness and suffering from breathlessness at home: threats and resources. *Palliat Support Care* 2009; 7: 153.
37. Williams MT, Lewthwaite H, Brooks D, et al. Chronic Breathlessness Explanations and Research Priorities: Findings From an International Delphi Survey. *J Pain Symptom Manage* 2020; 59: 310.
38. Janssen DJ, de Hosson SM, bij de Vaate E, et al. Attitudes toward opioids for refractory dyspnea in COPD among Dutch chest physicians. *Chron Respir Dis* 2015; 12: 85
39. Clemens KE, Klaschik E. Symptomatic therapy of dyspnea with strong opioids and its effect on ventilation in palliative care patients. *J Pain Symptom Manage* 2007; 33: 473.
40. Azoulay E, Demoule A, Jaber S, et al. Palliative noninvasive ventilation in patients with acute respiratory failure. *Intensive Care Med* 2011; 37: 1250.
41. Rochweg B, Brochard L, Elliott MW, et al. Official ERS/ATS clinical practice guidelines: Noninvasive ventilation for acute respiratory failure. *Eur Respir J* 2017; 50.
42. Nava S, Ferrer M, Esquinas A, et al. Palliative use of non-invasive ventilation in end-of-life patients with solid tumors: a randomised feasibility trial. *Lancet Oncol* 2013; 14: 219.
43. Curtis JR, Cook DJ, Sinuff T, et al. Noninvasive positive pressure ventilation in critical and palliative care settings: understanding the goals of therapy. *Crit Care Med* 2007; 35: 932.
44. Gale NK, Jawad M, Dave C, et al. Adapting to domiciliary non-invasive ventilation in chronic obstructive pulmonary disease: A qualitative interview study. *Palliat Med* 2015; 29:268.
45. Madison JM, Irwin RS. Chronic cough in adults with interstitial lung disease. *Curr Opin Pulm Med* 2005; 11: 412.
46. Stephenson JJ, Cai Q, MocarSKI M, et al. Impact and factors associated with nighttime and early morning symptoms among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2015; 10: 577.
47. Janssen DJ, Spruit MA, Uszko-Lencer NH, et al. Symptoms, comorbidities, and health care in advanced chronic obstructive pulmonary disease or chronic heart failure. *J Palliat Med* 2011; 14: 735.
48. Lee AL, Harrison SL, Goldstein RS, et al. Pain and its clinical associations in individuals with COPD: A systematic review. *Chest* 2015; 147:1246.
49. Fitzsimons D, Mullan D, Wilson JS, et al. The challenge of patients' unmet palliative care needs in the final stages of chronic illness. *Palliat Med* 2007; 21: 313.
50. Incalzi RA, Corsonello A, Pedone C, et al. Construct validity of activities of daily living scale: A clue to distinguish the disabling effects of COPD and congestive heart failure. *Chest* 2005; 127: 830.
51. Jácome C, Figueiredo D, Gabriel R, et al. Predicting anxiety and depression among family carers of people with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Int Psychogeriatr* 2014; 26:1191.



52. Tel H, Demirkol D, Kara S ve ark. KOAH'lı Hastaların Bakım Vericilerinde Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi. *Türk Toraks Dergisi* (2012), 13 (3).
53. Greer BD, Neidert PL, Dozier CL, et al. Functional analysis and treatment of problem behavior in early education classrooms. *J Appl Behav Anal* 2013; 46: 289.
54. Bui E, Nadal-Vicens M, Simon NM. Pharmacological approaches to the treatment of complicated grief: rationale and a brief review of the literature. *Dialogues Clin Neurosci* 2012; 14:149.
55. Hasson F, Spence A, Waldron M, et al. Experiences and needs of bereaved carers during palliative and end-of-life care for people with chronic obstructive pulmonary disease. *J Palliat Care* 2009; 25:157.
56. Latham AE, Prigerson HG. Suicidality and bereavement: Complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. *Suicide Life Threat Behav* 2004; 34:35.