

## Bölüm

## 10

## Travma ve Palyatif Bakım

Uzm. Dr. M. Emin İNCE, Dr. Vedat YILDIRIM

Palyatif bakım (PB) fikri 1900'lü yılların başlangıcına uzansa da modern anlamda PB uygulamasının tarihçesi 20-30 yıl ile sınırlıdır. PB, hastalık veya tedavi aşamasından bağımsız olarak ciddi, yaşamı tehdit eden veya yaşamı sınırlandıran hastalığa veya yaralanmaya sahip hastalara bakım sağlayan bir sağlık hizmetidir. Günümüzde PB'nin amacı yaşam beklentisi çok az olan ya da hiç olmayan hastalara çeşitli destekleyici uygulamalar ve tedaviler ile hastaların primer hastalığının dışındaki özellikle başta ağrı olmak üzere çeşitli sorunlarına yönelik destek sunmaktır.

Dünya Sağlık Örgütü ise PB'yi hasta ve hasta yakınlarının yaşamı tehdit eden bir hastalıkla karşılaştıklarında yaşam kalitesinin artırılmasını, ağrı ve diğer fiziksel, psiko-sosyal, manevi problemlerinin saptanmasını, kusursuz bir şekilde değerlendirilmesini ve tedavisini sağlayan bir yaklaşım olarak tanımlamaktadır. PB bir insan hakkı olarak kabul edilmektedir ve genellikle geriatrik yaş grubunu ilgilendiriyor gibi algılsa da tüm yaş grupları için uygulanmaktadır. Hasta popülasyonun çoğunluğunu kanser hastaları oluştursa da gün geçtikçe endikasyon listesi artmaktadır.

PB ve travma bakımının tanımlarını düşündüğümüzde travma hastalarında PB ifadesi bir tezatlık içeriyor gibi görünmektedir. PB genellikle hayatın sonunda olan hastalar için iyi bir iletişim, ağrı ve semptom yönetimi, bakım hedefleri, yas ve manevi destek içerirken aksine, travma cerrahisi, kritik olarak yaralananların akut bakımına odaklanır; bedeli ne olursa olsun alınan kararlar ve bakım hastayı hızlı bir şekilde tedavi etmeyi ve yaşamı uzatmayı hedeflemektedir(1).

Günümüzde PB, sağlık hizmetlerinin her aşamasına yavaş yavaş girmeye başlamışken, travma cerrahisinde PB ve yaşam sonu bakım genellikle tüm seçenekler başarısız olduğunda akla gelen hizmet olarak düşünülmektedir. Aslında PB'nin ölümle iç içe olan travma cerrahisi sisteminin içerisindeki yerini alması gerekmektedir;

yapılmalıdır. PB ihtiyacı olduğu düşünülen ve ölmesi beklenen hastalar için hastanın bulunduğu yerde yapılması uygun olacaktır. Bu yer bir sağlık tesisi olamayabilir. Böyle bir durumda PB hizmetlerinin etkin bir şekilde sağlanabilmesi için malzemeye, eğitilmiş personele ve yeterli alana ihtiyaç olacaktır. Kitlesel felaket durumlarında PB için aslında en çok ihtiyaç duyulan şey analjezik ilaçlar ve akut semptomların giderilmesine yönelik medikasyonlardır(14).

Sonuç olarak kaynakların yetersiz olabileceği çok sayıda insanın etkilendiği afet durumlarında PB, insani, etik ve tıbbi anlamda uygun bir bakım ve tedavi seçeneği olup, hiçbir şey yapmamaya ya da kısıtlı kaynakların yanlış kullanılmasına alternatif olarak düşünülebilir(14).

## Kaynaklar

1. Mosenthal AC, Murphy PA: Trauma care and palliative care: time to integrate the two? *Journal of the American College of Surgeons* 2003;197:509-516.
2. Cooper Z: Palliative Care and the Trauma Patient. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* 2008;10:262-264.
3. Champion HR et al.: Major trauma in geriatric patients. *American journal of public health* 1989;79:1278-1282.
4. Morris JA, Jr. et al.: Mortality in trauma patients: the interaction between host factors and severity. *The Journal of trauma* 1990;30:1476-1482.
5. Hamel MB et al.: Seriously ill hospitalized adults: do we spend less on older patients? Support Investigators. Study to Understand Prognoses and Preference for Outcomes and Risks of Treatments. *Journal of the American Geriatrics Society* 1996;44:1043-1048.
6. Owens D: The role of palliative care in trauma. *Critical care nursing quarterly* 2012;35:223-227.
7. O'Connell K, Maier R: Palliative care in the trauma ICU. *Current opinion in critical care* 2016;22:584-590.
8. Robinson SM et al.: Psychological effect of witnessed resuscitation on bereaved relatives. *Lancet (London, England)* 1998;352:614-617.
9. Dhillon P et al.: Palliative care conundrums in an Ebola treatment centre. *BMJ case reports* 2015;2015
10. Rosoff PM: Caring for the suffering: meeting the Ebola crisis responsibly. *The American journal of bioethics : AJOB* 2015;15:26-32.
11. Smith J, Aloudat T: Palliative care in humanitarian medicine. *Palliative medicine* 2017;31:99-101.
12. Powell RA et al.: Palliative care in humanitarian crises: always something to offer. *Lancet (London, England)* 2017;389:1498-1499.
13. Caro JJ et al.: Resource allocation after a nuclear detonation incident: unaltered standards of ethical decision making. *Disaster Med Public Health Prep* 2011;5 Suppl 1:S46-53.

14. Matzo M et al.: Palliative care considerations in mass casualty events with scarce resources. *Biosecurity and bioterrorism : biodefense strategy, practice, and science* 2009;7:199-210.
15. Cone DC, MacMillan DS: Mass-casualty triage systems: a hint of science. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine* 2005;12:739-741.
16. Janousek JT et al.: Mass casualty triage knowledge of military medical personnel. *Military medicine* 1999;164:332-335.