

palyatif bakım DERNEĞİ



Palyatif Bakım Derneği Bülteni / Nisan 2017



YAŞAMI BİRLİKTE KUÇAKLAYALIM

MORFIA®

Morfin Sülfat

CR

Film Tablet



Hizmetinize
sunulmuştur

İLKO

Palyatif Bakım Bülteni / Nisan 2017

Prof. Dr. Meltem Uyar

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Algoloji Bilim Dalı

Başkandan;

Bir insan hakkı ve tüm sağlık profesyonellerinin sorumluluğu olan palyatif bakım ülkemizde göreceli yeni bir kavramdır. Küresel bir sorun olan ağrı, özellikle yaşam sonunda palyatif bakım gereksiniminin göstergesi olarak kabul edilmektedir. Palyatif bakımda hem malign hem de malign olmayan hastalıklarda en sık görülen semptomlardan biridir. Hedeflenen yaşam kalitesinde mutlak olan, etkin ağrı kontrolü için değerlendirme ve tedavide standardizasyonun sağlanmasıdır.

Palyatif bakımda opioidlerin akut ağrıyı ve kanser ağrısını etkili ve güvenli bir şekilde kontrol edebilme özellikleri, ağrı ve ızdırabın tedavisinde vazgeçilmez olmalarına yol açmıştır. Kontrol altına alınamayan ağrının zarar verici fiziksel etkileri yanı sıra, kronik ağrının kişinin otonomisini, saygınlığını ve karar verme kapasitesini etkileyerek yaşam kalitesini bozması nedeniyle hekimlerin opioidleri reçete etmeleri desteklenmelidir.

Global olarak bakıldığında kanser insidansları tüm dünya ülkelerinde farklı değildir. Gelişmiş ülkelerde artan yaşam süresi ile kanser ve yaşamı tehdit eden diğer kronik hastalıkların insidansı fazladır. Gelişmemiş ülkelerde ise kanser tanısının daha geç konulması ile hastalığın ileri evresinde ağırlı sendromların daha fazla görülme olasılığı artmaktadır. Bu nedenle ağrı insidanslarının da daha fazla olabileceği düşünülmektedir. Opioid tüketimleri ülkelerin nüfusuna göre ve hastalık bağımsız kişi başına hesaplanmaktadır. Opioid tüketimi tek tek ilaçlara göre veya kullanılan tüm opioidlerin morfin eşdeğerine dönüştürülmesi ile morfin eşdeğeri kullanımı olarak da verilmektedir. Kanser ağrı tedavisinde morfin altın standarttır. Şiddetli ağrıda ilk seçenek oral yoldan morfin kullanımı olmalıdır. Oral morfinin hızlı etkili ve yavaş salınımlı formları ülkemizde mevcuttur. Ne yazık ki ağrı tedavisinde hastalarımızın hakettiği kadar opioid kullanımı konusunda hala kısıtlılıklarımız ve engellerimiz vardır.

2013 yılında değerlendirmeye alınan 139 ülkede, ortalama morfin tüketimi 6.25 mg/kişi başıdır. Türkiye ise 0.16 mg/kişi başına morfin tüketimi ile 107. sırada yer almaktadır. Morfin tüketiminin en fazla olduğu ilk beş ülke Avusturya, Kanada, Danimarka, Amerika Birleşik Devletleri ve Yeni Zelanda'dır. Sosyokültürel ve ekonomik gelişmişlik düzeyi ve palyatif bakım hizmetlerinin sağlık sistemine entegrasyonu artıkça morfin tüketimi de artmaktadır.

Palyatif bakım alanında çalışanların, opiofobi ile mücadele ederek kanser hastalarında gerektiğinde opioidleri kullanmaları ve etkin ağrı yönetimini sağlamaları etik sorumluluklarıdır.

Saygılarımla

Palyatif Bakımda Kültürel Güçlükler

Gülçin Őenel

**Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. A.Y. Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Ağrı ve Palyatif Bakım Merkezi**

Tüm dünyada yaşlanan nüfus ve artan kronik hastalık prevalansı ile palyatif bakımın önemi ve küresel sağlık politikalarında önceliği giderek artmaktadır. Dünya Sağlık rgt, yaşamın sonunda her yıl 40 milyondan fazla kişinin palyatif bakım desteğine gereksinimi olduğunu tahmin etmektedir. Palyatif bakımın zorluklarından birisi "evrensel tıbbi yardım standartlarını" karşılamak, kültürel olarak farklı bireylerin kişisel isteklerini yerine getirmektir. Palyatif bakım, her hastanın kendi hikayesi, ilişkileri ve kültürü olduğu anlayışından başlar. Her hasta benzersizdir ve birey olarak sayđı görmeye layıktır.

Kültür, kişinin sosyolojik gruplamasındaki ortak unsurları veya özellikleri ifade eder. Farklı değerler, inançlar, davranışlar, diller, ritüeller, gelenekler ve göreneklerle yaşarken, ölürken, eř seçiminde, ocuk yaparken, ebeveynlik ve aile yaşamında kabul gören uygulamalar kültürel gruplaşmalar yaratmaktadır. Kültür, yaşamın değişik evrelerinde farklılaşarak cinsiyet, eğitim düzeyi, meslek, yaşanan coğrafi bölge, din, maneviyat, siyasi aidiyet, sosyo-ekonomik durum gibi ögelerle Őekillenir.

Sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi yüksek ülkelerde palyatif bakımın kabul daha kolay olsa da, bu ülkelerde de farklı kültürel ve etnik gruplar, göçmen nüfus nedeniyle uygulamada güçlüklerle karşılaşılmaktadır. Gelişmekte olan birçok ülkede ise palyatif bakım yeni bir kavramdır. Sağlık profesyonellerinin ve toplumun farkındalığı çok azdır veya yoktur. Gereksinime göre yaşamı tehdit eden hastalığın erken evrelerinden itibaren başlayabilen palyatif bakımda, tedavi süresince ve yaşam sonunda da devam eden destekle hasta ve ailesinin yaşam kalitesinin artırılması hedeflenir. Sadece terminal dönem kanser hastalarının palyatif bakımın hedef kitlesini oluşturduğu yanılığı oldukça yaygındır. Kanser hastaları da genellikle lme yakın palyatif bakıma yönlendirilmekte, istenen hedeflere ve yaşam kalitesine ulaşmakta geç kalınmaktadır.

Bireyler hastalıklarını kişisel deneyimleri, bilgileri, değerleri, inançları ve gereksinimleri doğrultusunda anlamlandırmaya çalışırlar. Hastalık algısı hastalığı yönetme ve baş etmede önemli bir belirleyicidir. Kleinman'ın¹ tasarladığı hastalığın kişisel anlamını gösteren ve kültürel genellemeleri açığa çıkaran sekiz sorulu modele, Campbell ve arkadaşları² aileye odaklı sorular eklemişlerdir. Bu sorularda hastalık kelimesinin yerini ağrı gibi semptomlar da alabilir, verilen yanıtlarla hasta hakkında daha fazla bilgi edinilerek gereksinime göre bakım modeli belirlenebilir (Tablo 1).

Tablo 1. Hastalık algısının belirlenmesi

-
- * Hastalığınıza neyin sebep olduğunu düşünüyorsunuz?
 - * Hastalığınızın neden başladığını düşünüyorsunuz?
 - * Hastalığınızın size ne yaptığını düşünüyorsunuz? O sizi nasıl etkiliyor?
 - * Hastalığınız ne kadar ağır (ciddi, korkunç)? Kısa mı, uzun mu sürecek?
 - * Ne tür bir tedavi almayı düşünüyorsunuz?
 - * Bu tedaviden alacağınızı umduğunuz en önemli sonuçlar nelerdir?
 - * Hastalığınızın neden olduğu başlıca (en büyük) sorunlar nelerdir?
 - * Hastalığınız hakkında en çok korktuğunuz şey nedir?
 - * Aileniz hastalığa neyin neden olduğuna inanıyor?
 - * Aileniz hastalığın nasıl tedavi edebileceğine inanıyor?
 - * Ailenizde kimler hastalığınızdan en çok endişe duyuyor?
 - * Hastalığınızla mücadele ederken aileniz size nasıl yardımcı olabilir?
-

Yaşam sonu bakım, fiziksel semptomları tedavi etmenin yanı sıra hastanın psikososyal, varoluşsal ve manevi gereksinimlerinin karşılanmasını da gerektiren zorlu bir süreçtir. Bu süreçte güven ilişkisi kurulması hasta ve ailenin bakımı için çok önemlidir. Yaşam sonunda kültürel kabulleri anlamayı amaçlayan çok sayıdaki çalışmada, sağlık hizmeti sunanlarla hasta ve ailesi arasında bakım sırasında ortaya çıkan en büyük engelin iletişim olduğu belirtilmektedir.³⁻⁵ Bu iletişim engelini aşmak için sağlık hizmeti verenler Tablo 2 de belirtilen konuları değerlendirmelidir.⁶

Prognoz ve yaşam sonu bakım seçeneklerinin erkenden tartışılması palyatif bakımın kabulünü kolaylaştırır.⁷ Batı kültüründe, hastalık ya da ölüm hakkında gerçeğin söylenmesi kaçınılmaması gereken etik bir değerdir. Her hasta, yaşam sonu bakımda dahil olmak üzere karar verme konusunda hastalığını bilme hakkına sahiptir. Bazı toplumlarda ise tanı, prognoz ve ölümden bahsedilmesi tabu niteliğindedir. Umudun kaybedilmesi ve tedaviye uyumun azalmasına ilişkin kaygılarla gerçekler saklanmaya çalışılmaktadır.⁸⁻¹⁰ Hastanın hastalığı ile ilgili olabilecekleri bilmemesi, palyatif bakımda etkin bir iletişim kurulmasını zorlaştırır.¹¹⁻¹⁴

Tablo 2. İletişim engellerini aşmak için değerlendirilmesi gereken konular

-
- * Hasta ve ailenin ölüm ve ölüm süreci konusundaki bakış açısı
 - * Hasta ve ailenin sağlık ve acı çekme konusundaki bakış açısı
 - * Palyatif bakım ve hospis konusundaki hasta ve ailenin bakış açısı
 - * Hasta ve ailenin tıbbi uygulamaları kabulü ve alternatif geleneksel uygulamaların kullanımı
 - * Manevi ve dini inançların rolü
 - * Ailenin rolü, kimler aile üyesi kabul ediliyor
 - * Hasta ve ailenin nasıl iletişim kurduğu (tercüme gereksinimi, hastalık ve ölüm konuşulurken yalnızca belirli kelimelerin kabul edilebilir olması gibi)
 - * Problem çözme ve karar verme sürecinde hastanın rolü
-

Birey adına toplu karar verme geleneği olan toplumlarda, sağlık ve ölüm hakkında kişiye kendi kararlarını verme hakkı tanınmamaktadır. Aileler hastadan önce kendilerine bilgi verilmesini isteyebilir. Bazı bilgileri hastadan saklayarak hasta adına karar vermede belirleyici olmak isterler. Bu kültürel yapı yine ölmekte olan hastaların prognozlarını bilmelerine engel olarak onları korumaya çalışır.¹⁵ Aile üyeleri, ölüm kaçınılmaz olduğunda nihai karar verici olmak da istemeyebilirler. Tedavi seçenekleri ve yaşam sonu bakım ile ilgili kararların hekim tarafından verilmesini bekleyerek, hekime sorumluluk yüklerler. Özellikle palyatif bakımda sağlık profesyonellerinin bu yükü taşıması zordur, birçok konuda ikileme düşmeleri kaçınılmazdır. Ailenin veya sağlık profesyonellerinin görüşleri farklı olsa da, yaşam sonunda hastanın inanç ve değerlerinin dikkate alınması ile ancak bu güçlüklerle baş edilebilir. Hasta özerkliği ve bağımsız karar alma hakkı gözetilerek kültürel normlara saygı gösterilmelidir.¹⁶

Hastaların semptomları değerlendirilirken de onları anlamlı kılan inanç sistemleri göz önünde bulundurulmalıdır. Ağrı evrensel bir olgudur. Ancak kültürel yapı, kişinin hem acıyı anlamlandırmasını hem de ifadesini etkileyerek ağrıya tepkiyi farklılaştırabilir.¹⁷ Ağrıya kültürel bakış açısını değerlendirmek için geliştirilen modeller aşağıdaki soruları içermektedir.¹⁸⁻¹⁹

Tablo 3. Ağrıya kültürel bakış

-
- * Ağrınızı nasıl tariflersiniz? Ne ad verirsiniz?
 - * Neden bu ağrıyı çektiğinizi düşünüyorsunuz?
 - * Ağrı vücudunuz için ne anlama geliyor?
 - * Ne kadar şiddetli? Uzun mu, kısa mı sürecek?
 - * Ağrınızla ilgili herhangi bir korkunuz var mı?
 - * Eğer varsa, ağrınız hakkında en çok sizi ne korkutuyor?
 - * Ağrının neden olduğu başlıca sorunlar nelerdir?
 - * Ne tür bir tedavi almayı düşünüyorsunuz? Tedaviden beklediğiniz en önemli sonuçlar nelerdir?
 - * Ağrınızı azaltmak için hangi kültürel yolları denediniz?
 - * Ağrınız için geleneksel yöntemleri denediniz mi? Denemek ister misiniz?
 - * Ailenizde ağrınıza dair konuşabileceğiniz kimse var mı? Ne biliyorlar? Onların ne bilmelerini istersiniz?
 - * Ağrınız için size yardım edecek aileniz veya arkadaşlarınız var mı? Size kim yardım etsin istersiniz?
-

Ağrı sadece fiziksel ve biyolojik yaralanmaya karşı bir yanıt değildir. Palyatif bakımda temel ilke, ağrıyı ızdırıp olarak algılanmasına neden olan psikolojik, sosyal ve ruhsal komponentleri ile de değerlendirerek hafifletmeye çalışmaktır. Ağrının ifade edilmesi her zaman tedavi beklentisine neden olmayabilir.²⁰ Bazı kültürlerde ağrı yaşanmalıdır, çünkü bu vücudun hastalığın üstesinden gelmek için mücadele ettiğinin kanıtıdır. Diğer bazı kültürlerde ise ağrı ceza olarak görülür.²¹ Yine farklı kültürler için geliştirilmiş ağrı ölçüm yöntemleri yetersiz kalabilir. Ağrı değerlendirme skalalarında değişiklikler yapmak veya daha uygun skalalar kullanmak gerekebilir.²²⁻²³ Hastalar birçok nedenden dolayı ilaç ve analjezik almakta isteksiz olabilirler. Ağrı değerlendirmesi ve tedavisi konusunda bilgi ve beceri eksikliği, morfine erişimde güçlük ve opioid bağımlılığı korkusu az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkedeki karmaşık engellerden bazılarıdır.

Ölüm yaşamın kaçınılmaz sonudur. Ancak her birey için nasıl deneyimleneceği önceden tahmin edilemez. Yaşamın son günlerini yaşayan hastaya bakım veren aileler için de bu süreç oldukça üzücü ve streslidir. Yaşam sonunda kötü haberler alan hasta ve ailesinin kararlarını da kültürel faktörler şekillendirir.^{8,24} Yapay beslenme ve hidrasyonun azaltılması veya durdurulması kararlarında çeşitli kültürlerin farklı tutumları olabilir, resüsitasyon inanç sistemleri tarafından sorgulanabilir. Bazı kültürel gruplar ve dini inanışlar, yararsız tıbbi girişimlerin durdurulmasını kabul etmeyebilir. Yaşam sonunda, tedaviye dirençli ve çok sıkıntı veren semptomların (örneğin ağrı, dispne ve deliryum) kontrolü için palyatif sedasyon yapılabilir. Yine kültürel yapı palyatif sedasyon ile oluşan bilinç kaybını kabul etmeyebilir.²⁵

Yaşamı tehdit eden hastalıklarla başa çıkmanın ve bu hastalara yaklaşımın en iyi yolu nedir? Her bireye göre değişen doğru yaklaşım, kültürel ve kişilerarası faktörlerden çok fazla etkilenir. Bireyselleştirilmiş bakım, aynı olaya yönelik insan tepkilerinin belirgin bir şekilde değiştiğinin ve bu varyasyonun yalnızca bir kısmının öngörülebilir olduğunun kabul edilmesine dayanmaktadır. Palyatif bakımda, ancak bireyselleştirilmiş bakımla ve kültürel yetkinlikle güçlüklerle mücadele edilebilir.

Günümüzde ülkeler, topluluklar, etnik gruplar arasında kültürel etkileşimler devamlılık göstermektedir. Aynı zamanda aynı coğrafyada yaşayan çok farklı dil, din, inanış ve değerlerle karşılaşmaktadır. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin kültürel yetkinliğe sahip olması gerekir. Kültürel yetkinlik, hastanın kültürel değerleri bağlamında kalıplaşmadan bireyselleştirilmiş sağlık hizmetlerinin verilmesine olanak sağlar.⁹ Kültürel yetkinlikle, herkes için eşit ve güvenilir sağlık hizmeti sunumu hedeflenir.²⁶⁻²⁷ Kültürel yetkinlik için; öğrenmeye istek, farkındalık, bilgi toplama, iletişim becerilerini geliştirme ve işbirliği yapmak gerekir. Bu süreçte hastanın ne düşündüğünü, ne istediğini anlamaya çalışılırken, sağlık hizmeti verenler de kendi kültürel kimliklerinin, önyargılarının ve davranışlarının farkına varırlar. İletişim becerilerinin geliştirilmesi kültürel farklılıkların ve benzerliklerin öğrenilmesini, hasta ve ailesi ile işbirliği sağlanarak en uygun ortak hedeflerin belirlenmesini sağlar.

Bir toplumda palyatif bakım farkındalığı oluşurken, homojen olmayan ve değişkenlik gösteren kültürel değerlerle karşılıklı etkileşim kaçınılmazdır. Palyatif bakımın yaygınlaşması ve etkili bir şekilde sağlık sistemlerine entegre edilebilmesi için kültürel hassasiyetler göz önünde bulundurularak sağlık profesyonellerinin eğitimi ve toplumun farkındalığını sağlayan politikalar geliştirilmelidir.

Kaynaklar

1. Kleinman A. Patients and Healers in the Context of Culture.1980 Berkley,CA: University of California Press.
2. Campbell T, McDaniel S, & Cole-Kelly, K. Family issues in health care. In Taylor R (Ed.). Family Medicine Principles and Practice (6th ed., pp. 24-32). 2003 New York: Springer.
3. Jovanovic M. Cultural competency and diversity among hospice palliative care volunteers. Am J Hosp Palliat Care 2012;29(3):165-70.
4. Eues SK. End-of-life care: improving quality of life at the end of life. Prof Case Manag 2007;12(6):339-44.
5. Koenig BA, Gates-Williams J. Understanding cultural difference in caring for dying patients. West J Med 1995;163(3):244-9.
6. Lopez S. Honoring cultural diversity. Social Work Today, 2007;7(6):36.
7. Klessing J. The effects of values and culture on life-support decisions. Western Journal of Medicine 1992;157:316-22.
8. Giger JN, Davidhizar RE, Fordham P. Multi-cultural and multi-ethnic considerations and advanced directives: developing cultural competency. J Cult Divers 2006;13(1): 3-9.
9. Kagawa-Singer M, Blackhall LJ. Negotiating cross-cultural issues at the end of life: "You got to go where he lives". JAMA 2001(19);286(23):2993-3001.
10. Searight HR, Gafford J. Cultural diversity at the end of life: issues and guidelines for family physicians. Am Fam Physician 2001(1);71(3):515-22.
11. Campinha-Bacote J. Delivering patient-centered care in the midst of a cultural conflict: the role of cultural competence. Journal of Issues in Nursing (Online) 2011; 16(2).
12. Leininger M. What is transcultural nursing and culturally competent care? Journal of Transcultural Nursing 1999;10(1):9.
13. Schim S, Doorenbos A. A three-dimensional model of cultural congruence: framework for intervention. Journal of Social Work End Life Palliative Care 2010;6(3-4);256-70.
14. Tervalon M, Murray-Garcia J. Cultural humility versus cultural competence: a critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. Journal of Health Care for the Poor and Underserved 1998;9(2):117-25.
15. Carteret M. Cultural Group Guides. Dimensions of Culture Cross-Cultural Communications for Health Care Professionals (2012 Accessed). From <http://www.dimensionsofculture.com>
16. Stjernsward J, Foley KM, Ferris FD. Integrating palliative care into national policies. Journal of Pain and Symptom Management 2007;33:514-20.
17. McCaffery M, Passero C. Pain: Clinical Manual 2nd Ed. 1999, Mosby Inc.
18. Lasch, K. (2000). Culture, pain, and culturally sensitive pain care. Pain Management Nursing,1(3), 16-22.
19. Narayan, M. (2010). Culture's effects on pain assessment and management. American Journal of Nursing, 110(4), 38-47.
20. Wrigth L, Leahey M. Families and Life Threatening Illness 1987, Springhouse, PA: Springhouse Corp.

21. Koffman J, Morgan M, Edmonds P, Speck P, Higginson IJ. Cultural meaning of pain: a qualitative study of black Caribbean and with British patients with advanced cancer. *Palliat Med* 2008;22:350-9.
22. Aun C, Lam YM, Collett B. Evaluation of the use of visual analogue scales in Chinese patients. *Pain* 1986;25:215-21.
23. Carey SJ, Turpin C, Smith J, Whatley J, Haddock D. Improving pain management in acute care setting. *Orthop Nurse* 1997;16(4):29-36.
24. Searight HR, Gafford J. Cultural diversity at the end of life: Issues and guidelines for family physicians. *Am Fam Physician* 2005;71:515-22.
25. Nueberger J. Introduction - Cultural issues in Palliative Care. Eds. Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N. 1998 Oxford University Press, pp.779-85.
26. Schim, S, Doorenbos, A. A three-dimensional model of cultural congruence: framework for intervention. *Journal of Social Work End Life Palliative Care*, 2010;6(3-4):256-70.
27. Kachingwe A, Huff R. The ethics of health promotion intervention in culturally diverse populations. In M. Kline, R. Huff (Eds.), *Health Promotion in Multicultural Populations* 2007, (2nd ed., pp.40-56). Los Angeles, London, New Delhi, Singapore: SAGE.

Dulester®

Duloksetin



Herkes mutlu olmak ister

Endikasyonlar

Diyabetik Periferik Nöropatik Ağrı
Fibromiyalji Tedavisi
Kronik Kas İskelet Ağrısı
Majör Depresif Bozukluk
Genel Anksiyete Bozukluğu

Pozoloji

60-120 mg/gün
60 mg/gün
60 mg/gün
60-120 mg/gün
30-60 mg/gün

DULESTER 30-60 MG ENTERİK KAPLI KAPSÜL KISA ÜRÜN BİLGİSİ:

ETKİN MADDE: Her bir kapsül, etkin madde olarak 30 mg duloksetine eşdeğer 33,65 mg duloksetin hidroklorür ve 60 mg duloksetine eşdeğer 67,30 mg duloksetin hidroklorür içerir. **FARMAKOLOJİK ÖZELLİKLERİ:** Duloksetin, serotonin (5-HT) ve noradrenalin (NA) geri alım inhibitörü kombinasyonudur. Dopamin geri alımını azaltır bir şekilde inhibe ederken histaminergik, dopaminergik, kolinerjik ve adrenerjik reseptörlerle anlamlı derecede bir afinite göstermemiştir. Duloksetin oral uygulamadan sonra maksimum plazma konsantrasyonlarına (C_{max}) 6 saat sonra ulaşarak iyi emilir. Duloksetinin mutlak oral biyoyararlanımı %32-%80 (ortalama %50) arasındadır. Duloksetin insanlarda plazma proteinlerine yaklaşık %96 oranında bağlanır. Duloksetin büyük oranda metabolize olur ve metabolitler başlıca idrarla atılır. Duloksetinin eliminasyon yarılanma ömrü 8-17 saat (yaklaşık 12 saat) arasındadır. **TERAPÖTİK ENDİKASYONLARI:** DULESTER 18 yaş ve üzeri yetişkinlerde, majör depresif bozukluk, genel anksiyete bozukluğu, diyabetik periferik nöropatik ağrı, fibromiyalji, kronik kas iskelet ağrısı, kronik bel ağrısı ve osteoartritli bağlı kronik ağrı olan hastaların tedavisinde endikedir. **POZOLOJİ/UYGULAMA SIKLIĞI ve SÜRESİ:** Majör Depresif Bozuklukta başlangıç ve önerilen idame dozu gününleri dikkate alınmaksızın günde 60 mg'dir. Gerek duyulduğunda doz 120 mg'a çıkarılabilir. Genel Anksiyete Bozukluğu olan hastalarda gününleri dikkate alınmaksızın önerilen başlangıç dozu günde tek doz 30 mg'dir. Yeterli cevap alan hastalarda doz, çoğu hastada idame dozu olan 60 mg'a çıkarılmalıdır. Diyabetik Periferik Nöropatik ağrı başlangıç ve önerilen idame dozu gününleri dikkate alınmaksızın 60 mg'dir. Günde tek doz 60 mg'ın üzerindeki maksimum günde 120 mg'a kadar doz, hasta bölünmüş dozlar klinik çalışmalarında güvenlilik açısından değerlendirilmemiştir. Fibromiyalji tedavisinde önerilen doz günde tek doz 60 mg'dir. Kronik kas iskelet ağrısında önerilen doz günde tek doz 60 mg'dir. **KONTRENDİKASYONLARI:** DULESTER, duloksetine veya formülündeki diğer maddelerden herhangi birine karşı bilinen ağır duyarlılığı olan hastalarda kontrendikedir. Karaciğer hastalığı sonucu karaciğer yetersizliği olan hastalarda ve selektif olmayan geri dönüşümsüz monoamin oksidaz inhibitörleri (MAOI) kullanan hastalarda eşzamanlı duloksetin kullanımı serotonerjik ilaçlarla ciddi, bazen ölümcül ilaç etkileşimleri nedeniyle kontrendikedir. **UYARILAR:** DULESTER seçici geri dönüşümsüz MAOI'lerle birlikte kullanımı önerilmemektedir. Çocuk ve 18 yaş altındaki organlerin tedavisinde kullanılmamalıdır. **DiĞER TIBBİ ÜRÜNLER İLE ETKİLEŞİMLER:** Serotonin sendromu riski nedeniyle, seçici olmayan geri dönüşümsüz monoamin oksidaz inhibitörleriyle (MAOI) veya en az 14 gün içinde tedaviyi bırakma sırasında duloksetin MAOI ile birlikte kullanılmamalıdır. Duloksetinin yan ömrü nedeniyle, DULESTER'i bıraktıktan sonra ve MAOI'ne başlamadan önce en az 5 gün ara verilmelidir. DULESTER fluoksaminin gibi CYP2A2'nin potansiyel inhibitörleriyle birlikte kullanılmamalıdır. Alkol ve sedatif tıbbi ürünler (örn. benzodiazepinler, morfinomimetikler, antipsikotikler, fenobarbital, sedatif antihistaminikler) dahil diğer merkezi etkili tıbbi ürün ve maddelerle birlikte DULESTER kullanırken dikkatli olunmalıdır. Farmakodinamik etkileşime dayanarak duloksetin oral antikoagülanlar veya antirombotik ajanlarla kombine edildiğinde artan kanama riski potansiyel nedeniyle dikkatli kullanılmalıdır. **GEBELİK VE LAKTASYON:** Gebelikte kullanım kategorisi C'dir. Gebelikte duloksetin kullanımına ait yeterli veri bulunmamaktadır. Duloksetin insan sütüne çok az miktarda salgılanmaktadır. Bebekte duloksetinin güvenliliği bilinmediğinden emzirme sırasında DULESTER kullanılmamaktadır. **ARAÇ VE MAKİNA KULLANIMI:** Araç ve makine kullanımı üzerindeki etkiler konusunda bir çalışma gerçekleştirilmemiştir. DULESTER sedasyon ve baş dönmesi ile ilişkili olabilir. **İSTENMEYEN ETKİLER:** Duloksetin ile tedavi edilen hastalarda rapor edilen en yaygın görülen advers etkiler bulantı, baş ağrısı, ağız kuruluğu, somnolans ve baş dönmesidir. Ancak yaygın advers reaksiyonların çoğunluğu hafif ve orta derecede olup tedavinin başlangıcında görülüp çoğunlukla tedavi devam ettikçe azalır. **DOZ AŞIMI ve TEDBİRLERİ:** Duloksetinle 5400 mg'a kadar tek başına ya da diğer tıbbi ürünlerle doz aşımı vakaları rapor edilmiştir. Özellikle karışık aşırı dozlarda ve yaklaşık 1000 mg duloksetinle bazı ölümler meydana gelmiştir. Doz aşımı belirtileri tek başına duloksetin ya da diğer tıbbi ürünlerle kombinasyon şeklinde somnolans, koma, serotonin sendromu, nöbetler, kusma ve taşikardidir. Duloksetinin spesifik bir antidotu bulunmamaktadır. Fatal serotonin sendromu belirtileri spesifik tedavi (epinephrin ve/veya sızdımlı kontrolü gibi) dışlanmalıdır. **SANLA MAHA YÖNELİK ÖZEL TEDBİRLER:** 25°C'nin altında oda sıcaklığında orijinal ambalajında saklanmalıdır, özel bir saklama kabulu yoktur. **ÇOCUKLARIN GÖRMEYECEĞİ, ERİŞMEYECEĞİ YERLERDE VE AMBALAJINDA SAKLAYINIZ. TİCARİ TAKDİM ŞEKLİ ve FİYATI:** DULESTER 30 mg/28 enterik kaplı kapsül/22,69 TL (Ağustos 2016) ve DULESTER 60 mg/28 enterik kaplı kapsül/39,65 TL (Ağustos 2016). **RUHSAT SAHİBİ:** İlko İlaç San. ve Tic. A.Ş. **Yayıncı Kuruluşları:** Çoğaloğlu Sk. No:10, Rings Rezidans, Kat:7-9-9, 34885 Sarıcaçepe - İstanbul. **RUHSAT TARİHİ ve NUMARASI:** Dulaster 30 mg 19.02.2014 - Dulaster 60 mg 18.02.2014. Reçete ile satılır. Daha geniş ve ayrıntılı bilgi için lütfen ilahe ambalajında bulunan kısa ürün bilgisine bakınız veya firmamıza başvurunuz. İlko İlaç San. ve Tic. A.Ş. **Yayıncı Kuruluşları:** Çoğaloğlu Sk. No:10, Rings Rezidans, Kat: 7-9-9, 34885 Sarıcaçepe - İstanbul. Telefon: (0216) 564 80 00. Kurumsal İnternet Sitesi: www.ilko.com.tr

MORFIA®

Morfin Sülfat

CR

Film Tablet



Hizmetinize
sunulmuştur