



ÖLÜM ÖNCESİ HASTA BAKIMI

Ülkü TÜRK¹, Recep ALP¹

Ölümü yaklaşan hastalara yapılacak olan bakımın nasıl olması gerektiği konusunda son yıllarda gelişmiş ülkelerde önemli aşamalar kaydedilmiştir. Hekimler için son derecede önemli olan bu konuda, bizlerin neler yapması gerektiğini hatırlatmak ve konunun önemini belirtmek amacıyla konuyu ele aldık. Ölüm öncesi son, rahatlatıcı, hafifletici bakım olarak ifade edilebilecek olan “Palliative care”, dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından şöyle tanımlanır: Tedaviye cevap vermeyen hastalığı olan hastanın tüm bakımını, ihtiyaçlarını karşılamak ve aileye destek sağlamaktır¹. Tıpta birçok ilerleme olmasına rağmen tedavisi olmayan birçok hastalık bulunur. Palyatif tıp; bu hastalıklardan muzdarip hastaların ağrı tedavisini, semptomlarının kontrolünü ve hem hastanın hem de ailesinin tam bakımını içerir.

Palyatif bakım, hekimler için kronik hastalıklar, kritik hastalıklar ve ölmek üzere olan hastalar için bir disiplin sağlar. Ölüm öncesi son bakım, tedavisi veya tedavi yanıtı tam olmayan hastalarda yapılan eksiksiz, tam aktif bakımdır. Bu hastalıklar varlığında karşılaşılan en önemli sorunlar hastanın ağrı ve diğer semptomlarının kontrolü, psikolojik, sosyal ve manevi problemlerdir. Palyatif bakımda amaç hastalara, hasta ailesine, yakınlarına mümkün olabilen kalitede yaşam sağlamaktır. Bu bakımın diğer bir yönü de, erken ve uygun tedavinin uygulanarak hastalığın gidişatına yön vermektir.

Ölüm öncesi son bakım şunları içerir¹:

1. Hayatın ve ölümün normal bir süreç olduğunu bildirmek,
2. Ölüm için ne acele etmek ne de ertelemek,
3. Ağrıyı ve ızdırap verici semptomları hafifletmek,
4. Hastayı ruhi ve manevi yönden rahatlatmak,
5. Hastaya olası ölüme kadar, hayatın sürdürülmesi için destek sistemi önermek,
6. Hastanın ölümü veya matemi esnasında hasta yakınlarına destek sistemi önermek.

Palyatif tıpta, resmi sürede ve uygun medikal tedaviler uygulanır. Bununla beraber bu çalışmalarda aktif, progresif ve ilerlemiş, prognozu sınırlı hastalıklarda yaşam kalitesini yükseltmek amaçlanır². Günümüzde İngiltere, İsveç, Norveç, Avustralya ve Kanada gibi gelişmiş ülkelerde palyatif tıp gelişmiştir. Ayrıca bu ülkelerde tıp fakültelerinde palyatif bakımla ilgili kürsüler, bölümler açılmıştır.

Palyatif bakım tüm hekimlerin, tedavisi mümkün olmayan ve ölmesi beklenen hastalarına uygulamaları gereken tüm bilgileri içerir. Palyatif bakımı uygulamak tüm doktorların asıl görevidir.

Palyatif bakım için beş ana kural³:

1) Palyatif bakımda, ölen kişinin isteklerine, seçimine, amacına saygılı olmak gerekir. Bu da;

Σ Hastanın hastalığını anlamasına yardımcı olmak, hastalığın getireceğini hastaya söylemek,

Σ Hastanın dış görünümünü düzeltmek ve bu konuda hastaya yardım etmek,

Σ Hastaya, aynı anda sağlık bakımı sağlamak ve gelişebilecek problemlerin çözümü için yardımcı olmak.

2) Palyatif bakım, hastanın medikal, emosyonel, sosyal ve manevi ihtiyaçlarını karşılar. Bununla;

Σ Ölüm yeri ve zamanı hasta ve hasta yakınları için çok önemlidir,

Σ Hastanın ağrılarını hafifletmekle hastaya rahatlık ve konfor sağlanır,

Σ Hastalığın daha kötüye gidişi söz konusuysa, hastaya ve hasta yakınlarına durum anlatılarak gerekli değişiklikleri yapma konusunda onlara yardımcı olunur,

Σ Hastanın yalnız olmadığı ona hissettirilmeli; korkular, zorluklar ve ağrılar anlaşılmalıdır,

Σ Hastanın hayata bağlı kalması sağlanmalıdır.

3) Ölüm öncesi son bakımda, aile fertlerinin ihtiyaçları da karşılanır.

Σ Sevdikleri birine yardım etmeyi isteyen aileyi anlamak,

Σ Aile üyelerine nasihat etmek, bilgi vermek (telefonla, yüz yüze) aile üyelerinden bakım sağlayanlara destek sağlar.

Σ Aile üyelerine bakım maliyetinin üstesinden gelinebileceği yollar bulunmalıdır.

4) Palyatif bakım, ihtiyaç olunan bakımı sağlayanlara ve uygun bakım düzeneğine ulaşılmasına yardım eder.

Σ Bakım sunan eğitimli kişileri (hekim, hemşire, eczacı, sosyal hizmet uzmanı, din görevlisi, vb.) ve eğer gerçekten gerekliyse hastanın ihtiyaçlarını karşılaması için birini görevlendirir,

Σ Hastanın hastaneleri, ev bakımını, ve diğer bakım servislerini kullanmasına yardımcı olur,

Σ Hasta ve ailesinin ihtiyaçlarına göre seçenekler sunar.

5) Palyatif bakım, yaşam sonunda mükemmel bakımın oluşması için gerekli şartları sağlar.

Σ Bakımı sağlayacak olanların, ölen kişinin bakımını sağlayacak en iyi yolu öğrenmesine yardım eder,

Σ Özel sağlık sigortaları, sosyal sağlık kurumları aracılığıyla bakım için maddi kaynak bulur.

¹Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği



Ölümlerin çoğu progresif, güçsüzleştirilen kronik hastalıklar sonucu olmaktadır. Bu süre esnasında hastaların ve ailelerin birçok ihtiyaçlarına cevap olarak; yakında gerçekleşecek ölümün bakımı, palyatif bakımın içine alınmalıdır. Palyatif bakımın amacı hastanın olası yaşam kalitesini en iyiye getirme ve huzurlu, rahat ölümünü sağlamaktır.

Son yüzyılda, hastaların bakımında veya yaşamlarının son kısmında hekimlerin (özellikle nörologların) rolü tekrar ilgi çeken ve tartışılan konu olmuştur. Klinik beceri, bilimsel bilgi ve uzman kişi gerektirir. Palyatif tıbbın pratik tedavi ve stratejileri tanı alınan zamandan ölüm ve matem periyoduna dek sürer. Bu yüzden palyatif tıbbın prensiplerini öğrenmek ve uygulamak tüm hekimler için zorunlu olmalıdır. Tıp fakültelerinde müfredatta ölüm öncesi, esnasında ve sonrasında bakım için gerekli eğitim verilmelidir.

Palyatif bakımda hekimlerin rolü ⁴:

1. *Klinik beceri*: Terminal dönemde ölen hastalarda yaygın bir durum olan ağrı ve diğer semptomların giderilmesi için gerekli tedavinin yapılması,
2. *Şefkat ve acıyı paylaşma*: Sadece hastanın değil doktorun da hastaya ne olduğunun kritik önemini bilmesi gerekir. Hekim, yaşamın son saatlerinde hastayı terk etmemelidir.
3. *Konfor*: Fiziki şartların uygun hale getirilmesi amaçlanmalıdır.
4. *İletişim*: Ölmekte olan kişilerle konuşurken (yaşayan insanlar olarak) onların devam eden değerleri tekrar söylenmeli ve sözlü iletişimden çok omzuna elle dokunma, elini tutma, gülümseme, elini sıkma, kucaklama tercih edilmelidir.
5. *Çocuklarının ziyaretini sağlamak*: Çocuklarının, eşinin ziyareti hastaya moral ve destek verir.
6. *Ailenin birleşmesi ve bir araya gelmesini sağlama*: Aile üyelerinin desteği ile hissedilen ağrı hafifler.
7. *Neşe*: Ölmekte olan kişiler için önemlidir. Deprese ve üzgün kişilerin etkisi ile laubali ve ciddiye almama durumu da hasta için uygun değildir.
8. *Uyum ve sebat*: Ölmekte olan hasta terk edilme korkusu ve yalnızlık yaşar. Düzenli ziyaretler veya telefonla kontakt kurma ile desteğin devamı güven ve rahatlama sağlar.
9. *Soğukkanlılık(sakinlik)*: Ölmekte olan hastaya ve ailesine güven verme, rahat tutma ölmekte olan kişinin soğukkanlı ve sakin olmasını sağlar. Sinirli klinisyen hastanın güven duygusunun temelini çürütür.

Ölmekte olan kişiye doktor yardımı konusunda son yıllarda önemli gelişmeler kaydedilmiştir¹. Son yıllardaki çalışmalarla hastalarda şu durumlar için başarı sağlanmıştır: Yeterli ağrı ve semptom kontrolü, duygu kontrolünde başarı, sıkıntıyı hafifletme, ölümün uygunsuz uzamasını engelleme. Bütün bu gelişmeler ışığında ölmekte olan kişiye bakım için, palyatif bakım servislerinin kurulması ve multidisipliner yaklaşım gerekmektedir.

Palyatif bakımda amaçlar şunlar olmalıdır:

1. Ölüm süresince hastalar, onların yakınları ve bakıcısı için kaliteli bakım ve destek sağlamak,
2. Güven vermek, yaşamın son haftalarında sadece gerekli ve uygun bakımı sağlamak,
3. Gereksiz ve sıkıntı veren bakımdan kaçınmak,
4. Hastane çerçevesinde hasta kaynaklarını düzenlemek ve koordine etmek,
5. Uygun zamanlarda alternatif bakım sistemlerine geçişi sağlamak.

Palyatif bakım birkaç basamak içerir. İlk önce hekimin hastaya merhametli, sevecen ve insani davranması gerekir. Daha sonra hastanın ağrı ve semptomları için gerekli medikal tedavinin sağlanması, ailesi ile bakım için değerlendirme yapılması, ilerisi için tedavinin planlanması ve bakımın nasıl ve nerede yapılacağını belirlenmesi şeklinde sıralanabilir.

Aile ile konuşma: Burada bakımın amaçlarının tekrar kesinleştirilmesi ve bakıma başlangıcın hastaya ve ailesine anlatıldığı süreçtir. Bu olayı takiben 1-2 gün içinde hasta ve aile sorunlarını kesinleştirecek ve bilgilerini sindirecektir. Aileyle görüşme hasta varlığında veya yokluğunda olabilir. Konuşma sırasında amaçlar açığa çıkarılır, problemler çözümlenir ve öneriler yapılır. Hastanın hastalığı ve tedavi hikayesi tekrar gözden geçirilir. Hastaya yaygın ve kapsamlı bakımın devamının sağlanacağı konusunda güven verilmelidir. Fakat asıl nokta semptomlarının kontrolü ve tedavisi olacaktır. Bu bakımdan asıl amacın kişinin yaşam kalitesinin artırılması olacağı vurgulanmalıdır. Aile ile görüşme, ailenin de bakıma dahil edilmesine ve bakımın başarısının artmasına olanak sağlar.

Ölmekte olan hastanın bakımı nerede yapılmalıdır? Ölüm için doğru bir yer yoktur. Bakım için uygun ortam aileye, hastanın tercihine, hasta bakım ihtiyaçlarına ve medikal tedavi gerekliliğine bağlıdır. Hasta bakımının nerede olacağını değerlendirme medikal tedaviyi, psikolojik, sosyal ve maddi değişkenleri içerir. Bunları tespit etmek sonra oluşabilecek sorunları önler.

Evde ölüm öncesi son bakım: Eğer hasta yakınları bu sonu güçlü bir şekilde üstlendiyse evde kompleks hastalığın bile tedavisi yapılabilir. Bu şekilde palyatif bakımın en iyi şekilde yapılabilmesi için yardımcı yöntemler mevcuttur. Bu yöntemlerden hangisinin seçileceği hasta ve ailenin de içinde olacağı interdisipliner yaklaşımın ana konusudur. Hasta için en uygun şartların sağlanması, tedavinin nasıl ve ne şekilde yapılması gerektiği konusu bu bakım içinde yer alır.

ABD’de evde son bakım için kullanılan en yaygın yöntem “hospice care” şeklinde adlandırılan yöntemdir⁴. Bu yöntemde, hasta ve ailesi için 7 gün 24 saat destek ve



bakım sağlanır. Hospice terimi ölüme yaklaşırken maksimum yaşam kalitesini amaçlayan bakım felsefesini ima eder. Hastanın fiziksel, emosyonel ve ruhsal bakımını ve ölüm sonrası aileye destek konularını içerir. ABD’de hospice grupları; hemşire, aile sağlık yardımcıları, sosyal çalışanlar, papaz ve gönüllülerden oluşur. Hospice programları kazanç amaçlı veya gönüllü organizasyonlar şeklinde olabilir. Hospice grupları tıp tüzükleriyle planlanır, çalışmalarını buna göre yapar. Hospice bakım hastanede yatan veya yatmayan hasta gruplarına uygulanabilmesine rağmen esas odak noktası evde bakımdır. Bu bakımın en büyük faydası, hemşireyle yapılan düzenli ev ziyaretleridir ve 24 saat destek sağlamasıdır. Hastanın ağrı tedavisi ve semptom kontrolü içinde yöntemler geliştirir. Bu yöntemler destek servis gerektirir. Hekim, hemşirelik bakımı, personel bakımı, sosyal servis danışmanı için ek destek servisleri olmalıdır.

Evde bakımı yapılan hastada beklenmeyen ve beklenen birçok problem ortaya çıkabilir. Progresif dispne, artan ağrı, deliryum, bulantı, kusma, pulmoner konjesyon, oral tedavinin alınmaması, barsak ve mesane disfonksiyonu bunlardan birkaçı olarak sıralanabilir. Bunların tedavisi evde semptomatik olarak yapılır.

Hastanede terminal bakım: Birçok hasta evde ölmeyi arzulamakla birlikte hastaneyi tercih edenler de vardır. Hastanede tıbbi tedavi yanında palyatif bakım içinde yer alan tüm unsurlar dikkate alınmalıdır.

Palyatif bakımda hekimlerin karşılaşılabileceği birçok sorun vardır. Bu sorunların bir kısmı hekimle, bir çoğu hastalık ve hasta ile ilgili olup geri kalanı da aile ile ilgili olabilir. Bu sorunların bilinmesi palyatif bakım için kolaylıklar sağlayacaktır. Aşağıda sıralanacak olan problemler palyatif bakımın başarısını etkiler.

Hekimlerin palyatif bakım sırasında karşılaşılabileceği sorunların bir kısmı şunlardır⁵:

1. Progresif hastalıkla ilişkili belirsizlik ve korku,
2. Hastalıklarda küratif tedaviden ziyade palyatif tedavinin uygulanması,
3. Hastaların tedaviye devam süresince hasta ve aile reaksiyonlarına göğüs germe,
4. Hekimin maruz kaldığı stres nedeniyle çalışma dışındakilerle iletişim zorluğu,
5. Ölüm korkusu,
6. Ölmekte olan kişiyle yetersiz iletişim kurma; tedavide, ağrı kontrolünde, fiziksel ve psikolojik semptomların tedavisinde yetersiz kalma,
7. Diğer bakım elemanları ile yetersiz iletişim kurma,
8. Bakımın amacı hakkında anlaşmazlık; kendiyile, hastayla, aile ile, meslek arkadaşlarıyla anlaşmazlık,
9. Hekimin, meslektaşlarının, hasta ve ailenin gerçek dışı beklentilerinin olması,
10. Karar vermekte zorluk.

ÖLÜM SONRASI (YAS)

Kişinin ölümü sonrası ailesi ve yakınlarında üzüntü ve yas gelişir. Bu dönemde de hekimin üzerine düşen görevler vardır. Yas, ölüme karşı verilen objektif cevaptır. Kişilerin farklı yollarla üzüntü çeşitleri vardır. Bunlar:

- Σ Fiziksel: Müsküler veya baş ağrıları,
- Σ Psikolojik: Ağlama, üzüntü,
- Σ Manevi: Hayatın anlamını arama
- Σ Kognitif: Konsantrasyon kaybı.

Yas normal insan reaksiyonu olmasına rağmen, sorunlu üzüntü ve yas reaksiyonları görülebilir. Üzüntüye bağlı özellikle yaşlılarda fiziksel ve mental problemler ortaya çıkabilir. Yaşlı kişilerde komplike yas görülebilmesi için bazı risk faktörleri tespit edilmiştir. Bunlar: Ölümün tipi (ani,beklenmedik), uzamış hastalığın sonucu olan ölüm, çocuğun ölümü, yoksun kalan ve ölen arasında premorbid ilişki, aynı zamanda oluşan stres, yoksun kalan kişinin mental sağlığı ve sosyal destekten mahrum olması şeklinde sıralanabilir⁶. Hekim normal üzüntü ve yas sürecini göz önünde bulundurup risk altındaki ailelere yardım etmek zorundadır. Onların acılarını paylaşmalı ve onlara destek olmalıdır.

Yas dönemini belirleyen faktörler mevcuttur:

- Σ Mahrum kalan aile ile ölen kişi arasındaki ilişki,
- Σ Ölüm anındaki koşullar (ani, acı veren, beklenen, beklenmeyen gibi),
- Σ Mahrum kalan kişinin kişisel özellikleri (yaşı,ölüm anlayışı, olgunluğu),
- Σ Geride kalanın hikayesi (ölümle ilgili geçmiş deneyimleri, aile ilişkileri),
- Σ Sosyal değişkenler (ölüm sonrası adetler, sosyo-ekonomik faktörler, finansal kaynaklar, destek sistemleri, vb.),

Yas geride kalanların, yakınlarının ölümüne karşı verdikleri reaksiyondur. Bu reaksiyon belli bir süreç ile gelişir. Bu süreç 4 fazda tanımlanır⁷:

1. *Şok ve uyuşma dönemi*: Ölüme karşı verilen başlangıç yanıtıdır. Diğer zamanlarda da görülebilir. Kişiler sıklıkla kendini sersemlemiş, şokta hisseder.
2. *Görme arzusu ve arama*: Ölen kişi aranır ve görmek istenir. Kalabalık ortamda ölen sevdiği kişiye benzer başka biri görüldüğünde, ölen kişi hatırlanır ve ağlama gibi bazı reaksiyonlar gözlenir.
3. *Umudu kesme ve disorganizasyon*: Geride kalan kişilerin detaylara odaklanması günlük değişir. Küçük işlerde bile zor odaklanırlar. Ölüm kişilerin tüm yönlerini etkiler, emosyonel durumları saatten saate değişir. Bu evrede kişi kendine sorular sorar (ben kimim?, rolüm nedir?, vb.).



4. *Reorganizasyon*: Yaşam asla ölüm öncesi gibi olmaz. Fakat geride kalan parçalar toplanarak yaşamına indirekt olarak başlar. Zaman içinde kişi yaşamın geri kalan yönlerini bulur.

Bu dönemlerin her birinde hekimin üstelenmesi gereken görevleri vardır. Bu görevler ölüm öncesi rahatlatıcı, son bakım kuralları içinde mevcuttur.

Palyatif bakımın uygun, mükemmel ve başarılı olarak yapılabilmesi için tıp eğitiminde öğrencilere bakımın eğitiminin verilmesi gerekir. Bu eğitimde temel prensipler aşağıda özetlenmiştir⁸.

1. “Ölen kişinin ve ailesinin bakımı doktorların en önemli görevidir” bilincini yerleştirmek. Bu da öğrencilere yaşam sonu bakım becerisi sağlama konusunda sorumluluk verir.
2. Üniversitede bakım eğitimi için verilecek konular şunları içermelidir.

- Σ İletişim,
- Σ Ağrı ve diğer semptomların tedavisi,
- Σ Hastanın isteklerinin karşılanması konusunda beceri,
- Σ Etik konular,
- Σ Multidisipliner takım çalışması,
- Σ Profesyonel personelin sıkıntıları,
- Σ Ev bakımı gerektiğinde ev düzeneğinin sağlanması

ve evde son bakımın özellikleri,

3. Medikal eğitimde, terminal bakımda doktorun rolü, ölmekte olan hasta ve ailesi hakkında olumlu hisler gelişmesi için öğrenci cesaretlendirilmelidir.
4. Ölüm ve yas hakkında tüm tıbbi eğitim süresince güçlü eğitim verilmelidir.

5. Eğitimin içeriği öğrencinin bulunduğu aşamaya göre biçimlendirilmelidir.

6. Öğrencilerin, ölmekte olan kişiye ve ailesine mükemmel bakımı sunan doktorları görmeleri sağlanmalıdır.

7. Ölüm süreci ve yas hakkında insani tavır ve tutumlar vurgulanmalıdır.

8. Tıp eğitiminde hastaya, hastanın isteklerine (kişisel, kültürel ve ölümün yaklaşımında kişisel değerler olabileceğinden) saygı gösterilmesi gerektiği öğretilmelidir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization: Cancer Pain Relief and Palliative Care. Geneva, WHO, 1990: 11.
2. Doyle D: The provision of palliative care. In: Doyle D, Hanks GWC, McDonalds N. Oxford Textbook of Palliative Medicine, ed 2, Oxford, Oxford University Press, 1998: 7-13.
3. Last Acts Task Forces on Palliative Care and the Family: Five principles of palliative care. Robert Wood Johnson Foundation. www.lastacts.org.
4. Egan AE, Labyak MJ. Hospice Care: A model for quality end of life care. Textbook on palliative Nursing. Oxford, Oxford University Press, 2001: 7-26.
5. Coyle N, et al: Terminal Care and Bereavement. Neurologic Clinics, 2001; 19(4): 1005-1022.
6. Rando TA. Treatment of Complicated Mourning. Champaign, IL, Research Press, 1993.
7. Parkes CM. Bereavement: Studies of Grief in Adult Life. Madison, CT, International University Press, 1987.
8. Foley M Kathleen, Carver C Alan. Palliative Care in Neurology. Neurologic Clinics, 2001; 19(4): 789-799.