

Son Nokta: Ölüm ve Ölmekte Olma

THE LAST POINT: DEATH AND DYING

Alis Özçakır

Özet

Ölüm her insan için kaçınılmaz bir sonudur. Başlıca amacı tedavi etmek ve yaşam kurtarmak olan hekimler için terminal dönemdekiler ve ölmekte olanlar oldukça zor bir hasta grubu oluştururlar. Hekimin bu hastalara yardımcı olabilmek için özel bir bilgi ve beceri edinmesi gereğinin anlaşılması, konunun günümüz tıp eğitimi müfredatına alınmasını sağlamıştır. Hasta ve hasta yakınları ile kurulacak güçlü bir ilişki tarafların bu süreçte daha az incinmelerine yardımcı olur.

Anahtar sözcükler: Ölüm, ölmekte olma, terminal dönem hastaları, iletişim

Summary

Death is an unavoidable end for every human being. Terminally ill and dying patients are rather difficult groups for doctors whose main goals are to save lives and to cure. Every doctor needs efficient knowledge and skills for approaching these patients, therefore the subject has recently been integrated in the medical education curriculum. Building a strong relationship with patients and patients' families will make this process less traumatic for both sides.

Key words: Death, dying, terminally ill patients, communication

Birer hekim olarak, ölüme yaklaşırken, nasıl tedavi edilmeyi isteriz? Bu soruya verdiğimiz yanıt, ölmekte olan hastaların bakımı hakkındaki inanç ve değerlerimizi ortaya çıkarmaya yardımcı olur. Tıp pratiği her ne kadar iyileştirme, tedavi etme, ve işlevleri sürdürmeyi temel alsada; hastalar ölmekte iken bu fikirler sorgulanır. Ölmekte olmak, tedavi edebileceğimiz bir hastalık değildir. Tedavi etme ve fonksiyonların geri kazandırılması değil, acı çekmenin azaltılması olan palyasyon, ölmekte olan hasta bakımında temel hedeflerdir. Önce bir insan sonra bir hekim olarak düşünmemiz gereken bazı olgu örnekleri:¹

Olgu 1

71 yaşındaki kadın hasta, aile hekimini ziyaretinden bir ay önce başlayan alt göğüs ve üst batın bölgelerindeki ağrıdan yakınıyordu. Göğüs filminde görülen çok sayıda nodül kitle akciğer kanserini düşündürdü: Hekim hastaya telefon ederek bir sorun olduğunu belirtti ve ertesi gün için görüşmeye çağırdı. Görüşme sırasında hekim, hastası ve oğ-

lu ile çekilen filmin sonuçlarını tartışır. Yaşlı hasta uzun yıllardır içmekte olduğu sigara nedeniyle kanser olabileceği düşüncesi ile açıkça üzüntü duymaktadır. Tanının tam olarak konmamış olması nedeniyle hekim tarafından bronkoskopi yapılması önerisi ile hasta, bir göğüs hastalıkları uzmanına sevk edilir. Bronkoskopik biyopsi sonucu küçük hücreli akciğer kanseridir. Göğüs hastalıkları uzmanının hastayı gönderdiği onkolog, hastaya kemoterapi yapılmasını önerir ve kemoterapiye yanıt vermediği takdirde en fazla bir yıl ömrü kaldığını bildirir.

Hasta ve oğlu, seçenekleri tartışmak üzere tekrar aile hekimine dönerler. Hasta kemoterapiye başlayacağını ama bu tedavi onu çok kötü yaparsa bırakacağını belirtir. Dini inancı nedeniyle görüştüğü din adamı ile terminal bir döneme girdiği takdirde beslenme tüpü de olmak üzere bakımı sürdürmeyi reddetmenin ahlaki durumunu tartışır. Oğluna kardiyopulmoner resüsitasyona gereksinim duyulduğu takdirde bunu istemediğini belirtir. Hasta bunu takip eden aylarda kemoterapi görür; giderek zayıflar ve güçsüzleşir.

¹) Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Uzmanı, Yard. Doç. Dr.

Yalnız yaşamakta olan hasta, evinde ölmek istemediği gibi kendine bakamayacak duruma geldiğinde oğlunun da ona evde bakmak için gelmesini istemez. Ayrıca bir bakım evi veya hastanede ölüp ölemeyeceğini bilmek ister. Hekimi, zaman geldiğinde kendisini bir hastaneye yatıracağı ve ya başka bir yer bulacağı konusunda söz verir.

Hasta şuurunu kaybettiğinde ve hospitalize edildiğinde tomografisinde serebral metastaz saptanır. Hasta karar verme yeteneğini kaybettiğinde hekimi ve oğlu daha önceki istekleri doğrultusunda kendisini bir bakım evine kaldırır. Başlangıç tanısının konmasından 6 ay sonra hasta ölür.

Biz insanlar genellikle ölümlülüğümüzü inkar ederek yaşarız. Bir gün ölümümüzün gerçekleşeceğini bilmekle birlikte, bunun ne zaman ve nasıl olacağını bilemeyiz. Ölümcül bir hastalık tanısı konduğunda hastaya, ölümünün nasıl ve ne zaman olacağı açıklanabilir hale gelir. Kişisel, kültürel ve manevi inanışlar ile deneyimler, ölümümüz hakkında vereceğimiz yanıtı şekillendirir.

Ölmekte olan hastayı terk etmeme

Yaşamını kısıtlayıcı bir hastalığı olduğunu öğrenen hastada kabul etmeme, yoğun anksiyete, korku, üzüntü, öfke gibi çok çeşitli duygular ortaya çıkabilir. Hekim, palyatif bakım konusunda yetersiz, deneyimsiz ise, ölüme karşı aşırı rahatsızlık duymakta ise kendini, hastanın bakımından geri çekebilir. Hastasını terk etmemek için, hekimin kendi duyguları ile baş etmeyi öğrenmesi, palyatif bakım hakkında bilgi sahibi olması ve ölüm sürecinin hem kendi hem de hastası için eşsiz bir manevi ve kişisel deneyim olabileceğini kabul etmesi gerekir. Burada amaç bir ortaklığın oluşturulmasıdır.

Olgu 2: Zor Hasta

Yıllardır alkol ve sigara içen 68 yaşındaki hastada mitral yetersizliği, konjestif kalp yetersizliği ve aritmilerle komplike şiddetli son dönem anfiem mevcuttu. Kırk yıllık evlilikleri boyunca kendisine hükmettiği ve zorbaca davrandığı karısı ile birlikte yaşıyordu. Evinde oksijen alıyordu; nefes darlığı nedeni ile defalarca hastaneye kaldırılmıştı. Ciddi solunum sıkıntısı ile acil servise başvuran hastada, pnömoni ve kalp yetersizliği saptandı. Daha önceki başvurularında kardiyo-pülmoner resüsitasyon yapılmamasını istemişti. Hasta acil serviste kendisine acı çektirdikleri, ilaç ve tedavileri yeterince hızlı hazırlamadıkları inancı ile hemşirelere, terapistlere, hekimlere ve ailesine sürekli bağırarak ve beddua etmekte; kendisinde herhangi bir şey olmadığını, onu ilaçların bu duruma getirdiğini iddia etmekte idi.

Hasta ile ilk karşılaşmada hissettiklerini anlamaya yönelik kurulan diyalogda önce konuşmaya isteksizlik görülmüş; ardından kendini terkedilmiş, zavallı, işvereni tarafından aldatılmış, kötü şansa sahip "adi bir yaratık" olarak tanımlamıştı. Hastaneden hiç çıkamama ve acı çekme korkusu dışında, çabuk ölmeyi umuyorsa olsa da ölümden korkmakta idi. Hastanın bir diğer korkusu ise seyretmiş olduğu bir televizyon programı sonucunda geliştirdiği bir fobi olan henüz canlı iken gömülmektir. Dar bir yere konma kaygısı kendisini bunaltmaktaydı.

Hastanın hekimleri, kendisi ve eşi ile konuşarak öncelikli hedeflerinin yaşam süresini uzatmaktan çok acı çekmesini azaltmak olduğunu bildirerek onay aldılar. Korkularına yönelik anksiyolitik ilaçlara başlandı. Dışarıyı görebileceği bir penceresi olan bir odaya yerleştirilen hasta zamanının büyük kısmını pencereden dışarıya bakarak geçirmeye başladı. Yakınmaları azaldı, daha sakin bir hale geldi, sonunda eşine yeteri kadar acı çektiğini ve artık daha fazla yaşamak istemediğini söyledi. Daha sonraki günlerde artan karbondioksit düzeyi şuurunu daha bulanık hale getirdi ve birkaç gece sonra öldü.

Bazı insanlar için ölüm kişisel gelişim, sonuç ve anlam ifade eder, bazıları için ise kişisel faktörler ve duygusal reaksiyonlar ölümü kabul etmeyi engeller. En sık görülen reaksiyonlar, reddetme, öfke, depresyon, korku ve kaygıdır. Hekim, farklı derecelerde olabilen ve ölüm sürecinin farklı aşamalarında ortaya çıkabilen bu reaksiyonları bilmesi, saptaması ve anlaması gerekir.

Olgu 3: Terkedilmiş Hasta

Daha önceleri sağlıklı olan, henüz emekli olmuş 63 yaşında erkek hastada ortaya çıkan karın ağrıları araştırıldığında metastatik kolon kanseri saptanır. Gittiği hekim, tedavinin yararı olmadığını ve 6-12 aylık ömrü kaldığını söyler. Ağrısı için hastaya asetaminofen ve kodein içeren preparat başlayarak, bu ilaçların kendisini rahatlatmadığı zaman gelmesini önerir. Ölmeyi beklemek düşüncesini kaldıramayan hasta ve eşi bir çare ya da tedavi aramaya karar verirler. Ülke dışındaki bir kanser-tedavi kliniğine başvuran hasta; yoğun vitamin, bitki tedavisi, çeşitli çaylar diyetler ile farklı uygulamaları içeren 6 haftalık bir programa alınır. Evine döndüğünde de uygulayacağı uzun bir tedavi listesi verilir; uygulama hasta ve eşini kanser ile savaşma konusunda meşgul eder. Hastayı, e-posta ya da telefon ile sürekli takip edeceğini bildiren klinikten aylar geçmesine rağmen herhangi bir haber gelmez.

Cesareti kırılan hasta ve eşi, karaciğerindeki ağrı artıp asit ve sarılık ortaya çıktığında ülkelerinde bulunan başka

bir hekime başvurur. Hekim ve çift, seçenekleri beraberce gözden geçirdikten sonra palyatif bakım hakkında fikir birliğine varırlar. Hasta bu görüşmeden 4 hafta, ilk tanı konmasından 9 ay sonra ölür. Hastanın eşi kocasının ölümü hakkında ne yurt dışında gittikleri klinikten ne de ilk gittikleri doktordan başsağlığı mesajı alır.

Bu hasta iki kez terk edilmiştir. İlk hekim, tüm alternatif tedavi yöntemlerini sunmakta yetersiz kalmış, ardından da hasta takibini sağlayamamıştır. Klinik, hasta ve eşine ihtiyaç duydukları aktif tedavi yaklaşımı sunmasına rağmen, tedavi artık yarar sağlamadığında onları yalnız bırakmıştır. Ölmekte olan hastaya yaklaşımda temel öğe hastanın terk edilmemesidir.

Terminal hastalarla ilgilenen hekimin hastanın yaşamın sonu ile ilgili düşüncelerini ortaya çıkarmada yararlanabileceği sorular Tablo 1’de gösterilmektedir. Hastanın ölüm ve ölme hakkında inançlarını saptamaya yönelik varsayımlı sorular kullanılabilir.

Eğitim ve Bilgilendirme

Hekim hastasına hastalığı, prognozu, tedavi seçeneklerini ve hastalığın tahmin edilen gidişi hakkında bilgi vermedir. Bir terminal hastalık tanısı konusunda hasta ve ailesinin en fazla bilmek istedikleri ne kadar sürenin kaldığıdır.

Kesin bir tarih belirtmekten çok hayatta kalma süresi hakkında bir mesafe sunmak daha iyidir. Hastayı korumak amacıyla hiç zaman tahmininde bulunmamak veya ümitsiz, zor haberleri saklamak yarar sağlamaz; ayrıca hasta ve ailesinin ölüme hazırlanmalarını da engelleyebilir.¹

Her canlı varlık doğal olarak ölümlle karşılaşsa da, bu durum, yaşamı son bulan kişi, ailesi ve yakınları için son derece zordur. Hekimler genel olarak insanı tedavi etme düşüncesi ile tıp eğitimine başlarlar, tıp eğitimi de, tarihsel olarak, hekimleri bu doğrultuda yetiştirmeye odaklanmıştır.²⁻⁴ Hekim hastalığın patofizyolojik bulguları üzerinde yoğunlaşır; tedavisi mümkün olmayan hastalıkların psikolojik, sosyal ve semptomatik yönleri hakkında daha az hazırlanır.⁵ Oysa, günümüzde kronik hastalıklar ve yaşlanmanın artışı, hekimleri çok daha fazla terminal, ölümcül hasta ile karşılaşmasına neden olmaktadır.⁶ Ne yazık ki hekimlerin büyük bölümü gerek bilgi ve eğitim eksikliği ile kişisel deneyim ve duygular, gerekse tedavi edememenin yarattığı sınıktı nedeniyle ölmekte olan hastalarla ilgilenmek ve ölümlle karşılaşmaktan rahatsızlık duymaktadır.^{7,8} Bu konudaki eğitimin, mezuniyet öncesinden başlaması gerektiğinin gösterilmesiyle, konu, bir çok fakültenin müfredatına girmiştir.⁹⁻¹³

Kişilere sürekli ve kapsamlı sağlık hizmeti veren aile hekiminin bu konudaki önemi açıktır: Yapılan bir çalışma,

Tablo 1
Yaşam sonu hakkında hastalarla tartışılacak durumlar

Yaşam desteği <ul style="list-style-type: none">• Kardiyopülmoner resüsitasyonun (CPR) ne olduğunu biliyor musunuz? Terminal bir hastalığınız olsa idi CPR yaptırır mıydınız?• Hastalığınız düzgün bir şekilde yeme ve içmenize engel olursa, beslenmenizin tüplerle yapılmasını ister misiniz?• Tıbbi bakımınızın bedeli ne olursa olsun yaşam sürenizi uzatmaya yönelik düzenlenmesini mi isterdiniz, yoksa yaşam kalitesinin sağlanması ve sürdürülmesi mi daha önemlidir?
Kişisel inançlar <ul style="list-style-type: none">• Ölüm ve ölmekte olma durumlarında ne tür yaşam deneyiminiz var?• Bu deneyimler sizin ölüme karşı olan yaklaşımınızı ne şekilde etkiledi?• Ölmek hakkındaki en kötü korkularınız nedir?• Sizin için iyi bir ölüm nedir?• Öldüğünüzde size ne olacağına inanıyorsunuz?
Uzun dönemli bakım ve destek sistemleri <ul style="list-style-type: none">• Kendinize bakamayacak kadar hasta olursanız sizinle kim ilgilenecektir?• Sağlıkla ilgili kararları veremeyecek durumda olursanız bu kararları kimin vermesini tercih edersiniz?• Ölmekte iseniz, evde mi olmayı tercih edersiniz yoksa hastane veya bakım evi gibi bir kuruluştaki mi olmak isterdiniz?• Bakım evlerinin sundukları hizmet hakkında bilginiz var mı? Terminal bir hasta olsanız bu tip bir bakımı almayı ister miydiniz?• Ölmekte olduğunuzda yanınızda kimin olmasını isterdiniz?• Ölmeden önce yapılmasını istediğiniz bir şey var mı?
Uzun dönemli bakım ve destek sistemleri <ul style="list-style-type: none">• Kendinize bakamayacak kadar hasta olursanız sizinle kim ilgilenecektir?• Sağlıkla ilgili kararları veremeyecek durumda olursanız bu kararları kimin vermesini tercih edersiniz?• Ölmekte iseniz, evde mi olmayı tercih edersiniz yoksa hastane veya bakım evi gibi bir kuruluştaki mi olmak isterdiniz?• Bakım evlerinin sundukları hizmet hakkında bilginiz var mı? Terminal bir hasta olsanız bu tip bir bakımı almayı ister miydiniz?• Ölmekte olduğunuzda yanınızda kimin olmasını isterdiniz?

aile hekimlerinin ölüm ve ölmekte olma ile baş etme konusunda yetersiz eğitim aldıkları ve bu konuda formel bir eğitimin gerekliliğini işaret etmektedir. Aynı çalışma, ölüm ve ölmekte olan hastalarla ilgili eğitimin tıp fakültesi, aile hekimliği asistanlık dönemi ve mezuniyet sonrası eğitim programlarına eklenmesinin önemini vurgulamaktadır.¹⁴

Sonuç olarak, hekimlerin fazla konuşulmayan ve göz ardı edilen ölüm ve ölüm öncesi dönemi iyi tanımlarıyla, bu dönemin, hekim, hasta ve hastayı sevenler açısından daha az travmatik duruma getirilmesi mümkün olacaktır.

Kaynaklar

1. **Eisman M, Quill T.** Death and dying. Behavioral Medicine in Primary Care'de. Eds. Feldman MD, Christensen JF. 1. baskı, New York, McGraw-Hill Com 1997; 321-30.
2. **Lloyd-Williams M, Dogra N, Petersen S.** First year medical students' attitudes towards patients with life-limiting illness: does age make a difference? *Palliat Med* 2004; 18: 137-8.
3. **Lloyd-Williams M, Dogra N.** Caring for dying patients-what are the attitudes of medical students? *Support Care Cancer* 2003;11:696-9.
4. **Lloyd-Williams M, Dogra N.** Attitudes of preclinical medical students towards caring for chronically ill and dying patients: does palliative care teaching make a difference? *Postgrad Med J* 2004; 80: 31-4.
5. **Quill ET, Brody RV.** Palliative care, end-of-life decision making, and pain management. Textbook of Primary Care Medicine'da. Ed. Noble J. 3. baskı. Missouri, Mosby Inc, 2001; 88-99.
6. **Rakel RE; Storey P.** Care of the dying patient. Textbook of Family Medicine'da. Ed. Rakel RE. 5. baskı. Philadelphia, W.B. Saunders Com, 1995; 134-51.
7. **Oneschuk D, Hanson J, Bruera E.** An international survey of undergraduate medical education in palliative care. *J Pain Symptom Manage* 2000; 20(3): 174-9.
8. **Cleeland CS, Cleeland LM, Dar R, Rinehardt L.** Factors influencing physician management of cancer pain. *Cancer* 1986; 58: 796-800.
9. **Field D.** Formal instruction about death and dying in UK medical schools. *Med Educ* 1984; 18: 429-34.
10. **Field D, Wee B.** Preparation for palliative care: teaching about death, dying and bereavement in UK medical schools 2000-2001. *Med Educ* 2002; 36: 561-7.
11. **MacDonald N, Mount B, Boston W, Scott JF.** The Canadian Palliative Care Undergraduate Curriculum. *J Cancer Educ* 1993; 8: 197-201.
12. **Billings JA, Block S.** Palliative care in undergraduate medical education. *JAMA* 1997; 278(9): 733-8.
13. **Hill TP.** Treating the dying patient. The challenge for medical education. *Arch Intern Med* 1995; 155: 1265-9.
14. **Steinmetz D, Walsh M, Gabel LL, Williams T.** Family physicians' involvement with dying patients and their families. *Arch Fam Med* 1993; 2: 753-61.

Geliş tarihi: 28.04.2005

Kabul tarihi: 22.09.2005

İletişim adresi:

Yard. Doç. Dr. Alis Özçakır
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Görükle 16059 Bursa
Tel: (0224) 442 89 29
Faks: (0224) 223 97 36
e-posta: alis@uludag.edu.tr