

# Palyatif Cerrahi Uygulamalar Sırasında Psikososyal İhtiyaçlar

## Psycho-Social Needs of Patients Undergoing Palliative Surgery

Pınar TOSUN TAŞAR,<sup>a</sup>  
Mevlüt ÜLGEN<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Geriatri Kliniği,  
Erzurum Bölge Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi, Erzurum  
<sup>b</sup>Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği,  
İzmir Tepecik Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi, İzmir

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Mevlüt ÜLGEN  
İzmir Tepecik Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi,  
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği,  
İzmir, TÜRKİYE  
mevlutulgen@hotmail.com

**ÖZET** Palyatif bakım, “yaşamı tehdit eden bir hastalıkla karşı karşıya kalan hasta ve ailesinin fiziksel, psiko-sosyal, ruhani ve ağrı gibi daha birçok sorunun erken tanı, kapsamlı tanılama ve erken tedavi ile hafifleterek ya da ortaya çıkmasını engelleyerek yaşam kalitesini geliştirmeyi hedefleyen bir yaklaşım” biçimidir. Primer hastalığın kontrolü, fiziksel semptomlar, psikiyatrik, ruhani, sosyal, ekonomik sorunlar, yaşam sonu ihtiyaçların saptanması ve yas dönemiyle baş etmeyi de içermektedir. Palyatif bakım, son dönem hastalarda gündeme gelen bir yaklaşımken, günümüzde, yaşamı tehdit eden hastalıkların tanısından itibaren, tedavi edici yaklaşımlarla birlikte ele alınmaktadır. Palyatif bakımın artan önemi, palyatif bakımda yaşanan değişme ve gelişmeler; yaşam kalitesi kavramının giderek önem kazanması gibi faktörler küratif cerrahi seçeneklerinin olmadığı olgularda semptom kontrolünün sağlanması ve yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik palyatif cerrahi yaklaşımları getirmiştir. Bu yazıda palyatif bakım sürecinin temel unsurlarından olan psiko-sosyal ihtiyaçların palyatif cerrahi uygulamaları çerçevesinde irdelenmesi amaçlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Palyatif bakım; psikososyal; terminal dönem bakımı

**ABSTRACT** Palliative care has been defined as “an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual”. Palliative care includes management of the primary disease as well as coping with physical symptoms, psychiatric, spiritual, social and economic problems, end of life needs and the mourning period. While palliative care has become the standard approach for terminal patients, today it is also being used in combination with therapeutic approaches beginning when a life-threatening disease is diagnosed. Factors such as the increasing importance of palliative care, changes and developments in palliative care, and the growing concern for life quality have brought about palliative surgical approaches aimed at managing symptoms and increasing the quality of life in cases without curative surgical options. In this review, we aim to evaluate psycho-social needs, one of the key elements of palliative care, in the context of palliative surgery.

**Key Words:** Palliative care; psycho-social aspects; terminal care

Türkiye Klinikleri J Gen Surg-Special Topics 2016;9(1):31-7

**D**ünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından palyatif bakım, yaşamı tehdit eden bir hastalıkla karşı karşıya kalan hasta ve ailesinin fiziksel, psikososyal, ruhani ve ağrı gibi daha birçok sorunun erken tanı, kapsamlı tanımlama ve erken tedavi ile hafifleterek ya da ortaya çıkmasını engelleyerek yaşam kalitesini geliştirmeyi hedefleyen bir yaklaşım olarak tanımlanmıştır.<sup>1-4</sup> Palyatif bakım sadece hastalara yönelik değildir; aynı zamanda hastaların ailesini de içerir. Kabullenme, bilgilendirme ve yas ile mücadele palyatif bakımın önemli parçalarındandır. Esas amaç,

hastaların yaşam kalitelerini artırmak ve terminal döneme giren olguları ölüme daha rahat ve huzurlu bir şekilde ulaşmalarını sağlamaktır.<sup>1</sup> Palyatif bakımda yaşam ve ölüm normal süreçler olarak görülür. Ölüm ne geciktirilir ne de hızlandırılır, amaç yaşamdan ölüme geçişi kolaylaştırmaktır.

Palyatif bakımdaki temel hedef hasta ve ailesinin acı çekme sürecini iyi yönetmektir. Hasta ve aile merkezli bir bakım ve tedavi süreci olup, kültür, inanç, ırk, dil, din, etnik farklılıklarına, beklentilerine, yaşa ve eğitim düzeylerine uygun, sürekliliği ve adil erişimi esas alan bir yaklaşımdır. Palyatif bakım hizmeti multidisipliner bir yaklaşım gerektirir.<sup>5</sup> Palyatif bakım hizmeti için başvuran hastaların büyük bir bölümünü kanserli hastalar (%90) oluşturmakla birlikte; doğumla beklenen yaşam süresinin uzamasıyla geriatrik grupta sık görülen ilerleyici nörolojik hastalıklar, ileri dönem organ yetmezlikleri olan hastalarda artış olmuştur.<sup>6</sup> Bunun dışında İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüs Enfeksiyonu ve çocuklarda genetik/konjenital, ilerleyici hastalıklarda da palyatif bakım gereksinimi ortaya çıkabilmektedir.<sup>1,5,7</sup>

Kanser tanı ve tedavi evreleri ve palyatif bakım sürecinde cerrahinin rolü büyüktür. Kanserli hastalarda cerrahi; tanısal girişimler, küratif ve palyatif yaklaşımlar amacıyla yapılır. Küratif cerrahi seçeneklerinin olmadığı olgularda, semptom kontrolünün sağlanması ve yaşam kalitesinin artırılması için palyatif cerrahi yaklaşımları gündeme gelmektedir.<sup>3,8,9</sup>

## PALYATİF CERRAHİ

Palyatif cerrahi; inopere malignite hastalarında tümöre bağlı semptomların yok edilmesi için uygulanan cerrahi işlemler olarak tanımlanmaktadır.<sup>10</sup> İleri evre kanser hastalarında cerrahi endikasyonlar; obstrüksiyon, tümöre bağlı kanama, ağrı, malign sıvı gibi tümörün kendisinden ya da metastazdan kaynaklanabilir.<sup>11,12</sup> Palyatif cerrahide esas olan hastanın yaşam kalitesinin artırılması ve semptomların kontrol altına alınmasıdır.<sup>12</sup> Cerrahi kararında diğer bir etken de sosyal destek ve iyileşme umududur.

**Palyatif cerrahi**, cerrahin tüm klinik bilgi ve deneyimini, karar verme yetkisini ve iletişim yeteneğini kullanması gereken bir alandır. Cerrahin tedavi tercihinde hastanın yaşı, tümörün biyolojik tipi, hastalığın yaygınlığı, beklenen yaşam süresi, semptomların yoğunluğu ve yaşam kalitesi üzerindeki etkileri gibi pek çok faktör önemlidir.<sup>3,9</sup> Uygulanacak tedavi kararında işlemin yapılması ve yapılmaması durumunda oluşacak morbitide, mortalite, maliyet gibi faktörler göz önünde bulundurulmalıdır. Palyatif cerrahide, tedavinin beklenen fay-

dalarının, risk ve zararlarından fazla olması esastır. Uygulanması planlanan cerrahinin hasta ile paylaşılması ve hastanın tercih şansının korunması önemli bir etik sorundur. Bu noktada, hastanın umudunu kırmayacak şekilde, ama aynı zamanda da dürüst ve açık bir diyalog gereklidir.<sup>3,9,13</sup>

Cerrahi girişim birçok hasta için bir stres kaynağıdır. Genellikle kayıp yaşantısı olarak algılanan organ ve doku kaybı olan total larenjektomi, histerektomi, mastektomi gibi ameliyatlara hastanın beden imajını, öz güvenini, psikolojik durumunu, cerrahi girişimin türüne göre cinsel yaşamını olumsuz etkiler.<sup>14</sup> Uygulanacak ameliyat ve cerrahi girişim çeşitli endişelere ve korkulara neden olabilir. Biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları olan hastalık dinamiklerine göre değişmekle birlikte yaşanan endişe alanları geleceğe yönelik belirsizlikten kaynaklanan, hastalığın tekrarlayacağı ya da yayılacağı, çevreden ve yakınlarından ayrılacağı, başkalarına muhtaç olma, ağrı ve acı çekeceği, vücut organ ve bölümlerinin hasar göreceği, vücudu üzerindeki denetimini ve otonomisini kaybedeceği, görünümünde değişme olacağı, desteği kaybedeceği endişesi ve ölüm korkusudur.<sup>15</sup> Cerrahi müdahale öncesi hastanın psikolojik yönden hazırlanması oldukça önemlidir. Preoperatif dönemde hastanın hazırlanması ve psikolojik destek verilmesi postoperatif dönemde tıbbi ve davranışsal komplikasyonları azaltır, hastanın psikososyal uyumunu kolaylaştırır.<sup>14-16</sup> Preoperatif dönemde hastanın kaygı ve korkularını ifade etmesi, duygusal destek ve güvencenin sağlanması esastır. Psikolojik hazırlıkta hastanın bilgilendirilmesi birincil öneme sahiptir. Ameliyat öncesinde hastaya açıklama yapılmalıdır.<sup>15</sup> Ancak; hastaya çok bilgi vermek de hiç bilgi vermemek de kaygısını artırır. Cerrahi girişime uyumu arttırmak için postoperatif dönemde de psikolojik desteğin sürdürülmesi önem taşır.<sup>14-16</sup>

## KÖTÜ HABER VERME

Hekimin bilinçli olarak hastasına, yaşamını tehdit eden bir hastalığı bulunduğunu, bir görüşme ile açıklamasıdır.<sup>17,18</sup> Hastanın yaşı, cinsiyeti, sosyokültürel durumuna uygunluk, empati, güven, etkin dinleme, hastanın kaygı, keder, korku ve öfke gibi duygularının paylaşımı, özel zaman ve mekanda, hasta mahremiyeti ve rahatlığı kötü haber vermenin bileşenleri arasında yer almaktadır.<sup>17-20</sup> Fizik ortamın düzenlenmesi ve görüşmeyi başlatma, hastanın neyi, ne kadar bildiğinin öğrenilmesi, hastanın ne kadar bilmek istediğinin öğrenilmesi, bilginin paylaşılması ve öğretilmesi, hastanın duygularına yanıt verme, planı belirleme ve sonraki görüşmeyi planlama basamaklarını içeren altı

basamaklı SPIKES protolü.<sup>5,18</sup> Rabow ve Mc Phee tarafından geliştirilen, önceden hazırlık aşaması, terapötik ilişki, iyi iletişim kurma, hasta ve ailesinin reaksiyonlarının üstesinden gelme, duygulanımların cesaretlendirilmesi ve onaylanması basamaklarını içeren beş basamaktan oluşan ABCDE modeli kötü haber vermede sık başvurulan protokoller arasında yer almaktadır (Tablo 1).<sup>17-19</sup>

## SOSYAL SORUNLAR VE SOSYAL DESTEK

Yaşamı tehdit eden hastalık tanısı almak hasta ve ailesinin psikolojik, ruhani ve sosyal alanlarında derin etkiler yapmaktadır. Gerek hastalığın tanısında gerekse tedavi sürecinde hastanın benlik saygısında, bedeniyle ilgili algısında, yaşam kalitesinde, aile ve çevresiyle olan ilişkilerinde değişiklik yaratmakta, sosyal desteğe duyulan ihtiyacı artırmaktadır. Sosyal destek, yaşamda ortaya çıkan olumsuz olayların fiziksel sağlık ve kendini iyi hissetme üzerindeki zarar verici etkisini azaltmaya ve bu olumsuzluklar karşısında strese karşı tampon işlevi görmeye yardımcı olmak-

tadır.<sup>15,21</sup> Sosyal destek, bireyin duygusal sorunlarıyla mücadele edebilmesi için bireye duygusal, maddi ve bilişsel yardım sağlayan aile, arkadaşlar, komşular ve kurumlardan aldığı destek olarak tanımlanabilir. Genel olarak güç bir durum içindeki bireye sağlanan fiziksel ve psikolojik bir yardım görüntüsüyle sosyal destek; bireylerin sevgi, bağlılık, benlik saygısı ve bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimler karşılar.<sup>15,21</sup>

## SOSYAL SORUNLAR

Bazı aile bireyleri birbirine daha çok yakınlaşmakta, bazıları ise birbirinden uzaklaşmaktadır, eşler, genellikle evle ilgili rol ve sorumlulukların değişmesi ve hasta eşin duygusal sorunları karşısında yetersizlik ve çaresizlik hissetmektedirler, aile bireyleri ve arkadaşlar kendi alışkanlıkları ve hastaya karşı nasıl davranacakları hakkındaki belirsizlik yüzünden hasta ile yakın olmaktan kaçınırlırlar, bu da sosyal izolasyona neden olmaktadır. Hastalarda kanser hastası olmaktan kaynaklanan etiketlenme

**TABLO 1:** Rabow ve McPhee' nin kötü haber vermede ABCDE modeli.<sup>16</sup>

<p>Önceden Hazırlık (Advance preparation)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kesintilere imkan vermeyecek yer ve zaman planlama (iletişim cihazlarının kapatılması)</li> <li>- Hastaya ait klinik bilgilerin gözden geçirilmesi</li> <li>- Zihinsel olarak hazırlık yaparak, hangi kelime veya ifadelerin kullanılıp kullanılmayacağını belirlenmesi,</li> <li>- Bu yaklaşım için duygulanımımızın hazırlanması</li> </ul>
<p>Tedaviyle ilgili ortam ve/veya ilişki Geliştirme (Build a therapeutic environment)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hastanın neyi ne kadar bilmek isteğinin tespiti</li> <li>- Görüşmede aile bireylerinin veya destekleyici personelin bulundurulması</li> <li>- Herkese kendinin tanıtılması</li> <li>- Hastaya kötü haberin geldiğinin uyarılması</li> <li>- Uygun olduğunda hastaya temas edilmesi</li> <li>- Takip görüşmelerinin belirlenmesi</li> </ul>
<p>İyi İletişim (Communicate well)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Halihazırda hasta ve yakınlarının neler bildiğinin sorulması,</li> <li>- Sevecen bir şekilde içten davranılmalı, tıbbi terminolojiden ve üstü örtülü konuşmalardan sakınılmalı,</li> <li>- Sezgisizliğe ve duygulanıma (ağlamak gibi) izin ver, görüşme esnasında hastanın hızına uyulmalı,</li> <li>- Kötü haberi nasıl algıladığını tarif etmesi sağlanmalı, bu veriyi takip eden görüşmelerde tekrarlanmalı,</li> <li>- Sorulara cevap verecek kadar zaman ayarlanmalı, konuşulanlar yazılmalı ve yazılı bilgi verilmeli</li> <li>- Her görüşmede bir özet yaparak takip planı konuşulmalı,</li> </ul>
<p>Hastanın ve Ailesinin Reaksiyonlarının Üstesinden Gelme (Deal with patient and the family reactions)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekrarlayan her görüşmede hasta ve yakınlarının duygusal reaksiyonları değerlendirilmeli ve uygun yanıt verilmeli,</li> <li>- Empati yapılmalı,</li> <li>- Meslektaşları ile aynı fikirde olmadığını göstermeli ve eleştirmemeli</li> </ul>
<p>Duygulanımların Cesaretlendirilmesi ve Onaylanması (Encourage and validate emotions)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hastaya tanının ne anlam ifade ettiği araştırılmalı,</li> <li>- Hastanın hedeflerine göre diğer gerçekçi ümitleri önermeli,</li> <li>- Multidisipliner bilgileri ve yaklaşımlar kullanılmalı, -Kendinin ve diğer çalışan personelin ihtiyaçları göz önünde bulundurulmalı</li> </ul>

sorunu yaşayabilirler, bu durum hastanın psikolojisi üzerinde yoğun bir baskıya neden olabilir. Hastalarda çeşitli nedenlerle sosyal izolasyon meydana gelebilmekte; bu da anksiyete ve depresyonu artırabilmektedir.<sup>21,22</sup>

## PSİKOLOJİK SORUNLAR

Yaşamı tehdit eden hastalık tanısı almak kişinin psikososyal dengesini alt üst eder. Kişi tanı konduğu andan itibaren bu yeni duruma uyum sağlama süreci ile karşı karşıya kalır. İnsanlar yaşamı tehdit eden hastalık tanısı karşısında birçok farklı tepkiler gösterirler. Tanıyı takiben şok hali, inanamama, inkar, kızgınlık, depresif duygu durum, uyku, iştah ve günlük faaliyetlerde bozulma gelişir.<sup>21,23</sup> Aslında şok, tepki, direnme ve uyum süreçleri tüm dönemlerde yeniden yaşanmaktadır.<sup>21,24</sup> Yaşamı tehdit eden hastalık ve kanser tanısına normal yanıt, endişe, üzüntü, yadsıma ya da kaderci bir kabullenmeye kadar değişir. İkinci aşama, hastanın gerçeği kabullenme sürecine girdiği dönemdir. Bu aşamada, temel tepki biçimi kaygıdır. Kaygıyı yok etmek için hasta inkar, bastırma, karşıt duruş görülen reaksiyonlardandır. Üçüncü aşama ise uyum sürecidir. Yaşamında artık eskiye döndüremeyeceği değişiklikler olmuştur. Bundan sonra yaşamı nasıl değerlendirmek gerektiği sorusu, bu hastaların en önemli sorularından biridir.<sup>14,21,24</sup> Terminal dönemde depresyon, deliryum sık görülen psikiyatrik sorunlardır.<sup>21</sup>

Cerrahi girişimin kendisi, anestezi, organ kaybı, ölüme yüzleşme ve belirsizlikler anksiyeteye neden olur. Kontrol edilmemiş semptomlar da anksiyeteye neden olur. Hastaların kaygılarının azaltılmasında hasta merkezli bilgilendirme önemli role sahiptir. Kaygının şiddetine göre psikiyatri destek alınması yararlı olacaktır. Palyatif bakım sürecinde primer tedavi ekibi ile psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve ruh sağlığı uzmanlarının birlikte çalışması hastanın yaşam kalitesi ve uyum sürecine olumlu etki yapacaktır.

## PALYATİF DÖNEM VE AİLE

Hastalık süreci, hastaları etkilediği kadar ailelerini de etkilemektedir. Ailenin bakım sorumluluğu, hastanın ihtiyaçları ailelerin yaşamını hastalara göre yeniden düzenlemelerine neden olmaktadır. Hastanın ailesine bilginin en erken dönemde, anlaşılır ve kişiselleştirilmiş olarak sunulması, üzüntü ve yas sürecinin desteklenmesi palyatif bakımın önemli bir unsurudur.<sup>15,25</sup>

## RUHANİ İHTİYAÇLAR

Ruhani bakım hastanın dini uygulamaları, kişisel inançları, değerlerini destekleyen tüm bakımları içermekte-

dir.<sup>26</sup> Ruhani değerler ve inançlar bir varlık ya da güce inancın çok ötesinde bir olgudur ve sağlık, hastalık, ölüm, günah, ölüm sonrası yaşam ve başkalarına karşı sorumluluk konularındaki inançları içerir. İnsanın ruhani yönü, fiziksel, duygusal, sosyal yönü kadar önemlidir ve bu boyutlarla ilişkilidir.<sup>22</sup> Yapılan çalışmalar ruhani gereksinimlerin özellikle yaşamı tehdit eden ağır hastalıklar ve ölüme yaklaşıldığı durumlarda evrensel bir kavram olduğunu ileri sürmüşlerdir.<sup>25</sup> Yaşamı tehdit eden bir hastalık, ruhani çatışmalara neden olabilmekte, hasta ve ailesi daha çok ruhani kaynaklara ihtiyaç duymaktadırlar.<sup>27</sup> Bireylerin sağlık ve hastalık davranışlarını sorgulamasında, değişimlere uyum sağlamasında, sorunların üstesinden gelebilme becerisi kazanmasında, ruhani değerlerin olumlu etkisi olduğu bilinmektedir. Palyatif bakım hastasında, güç ve ümit veren, yaşamın anlamını sağlayan değerler sisteminde bozulma, ruhani distress olarak tanımlanabilir. Kanser ağrısı ile birlikte ruhani distressi birlikte yaşayan hasta, yaşamın, ölümün ve acı çekmenin anlamını sorgular, ruhani bir boşluk duygusu hisseder. Bu durum hasta bireyin inanç ve değerleri ile sağlık bakımı arasında çatışmalara neden olarak acı ve ağrısının kontrolünü de güçleştirir. Sağlık bakım ekibinin hastalık, ağrı, yaşamın sonu vb. ile ilgili dini, manevi, ilgi, inanç ve düşünceleri ne olursa olsun hasta ve ailesinin ruhani gereksinimlerini karşılamaya yönelik çaba içinde olması önemlidir.<sup>26,28,29</sup>

## İYİ ÖLÜM, ONURLU ÖLÜM

Ölüm sürecindeki hasta ve hasta yakınlarının beklentilerinin araştırılmaya başlanması ile birlikte iyi ölüm, kötü ölüm, onurlu ölüm tanımlamaları yanı sıra ölmekte olan hastalara sağlanacak özel bakım ve hasta ve yakınlarına nasıl yaklaşımda bulunulması gerektiği konuları önem kazanmıştır. İyi ölüm kavramı ilk kez 1900'lü yılların ortalarında tanımlanmıştır. İlk tanımlamalarda, ölüme yakın hastaların bakış açısından, ölüm sürecinin çok uzamaması, süreçte ağrı, dispne gibi rahatsız edici belirtilerin etkin kontrolü, hastanın kontrol duygusunun son ana kadar korunması, ölüme hazırlık yapma, yaşamının nasıl sonlanacağı kararını verme yükünün hafifletilmesi, sevdiği insanlarla ilişkilerinin güçlendirilmesidir.<sup>30</sup> İyi ölümü kavramını standardize etmeye yönelik çalışmalar sonunda, 2000 yılında iyi ölümü tanımlayan 12 ilke yayınlanmıştır (Tablo 2).<sup>31</sup>

Tanımlanan 12 ilke, ölüme yakın hastalarda, sağlık çalışanlarının hangi konulara odaklanacağı, hasta ile hangi alanlarda çalışacağını ortaya koyması ve yaşam sonu hasta bakımının içeriğini ve sınırlarını da belirlemesi açısından bir kılavuz niteliğindedir.<sup>31,32</sup>

**TABLO 2:** İyi ölümü tanımlayan 12 ilke.<sup>31</sup>

1	Ölümün yaklaştığını bilmek ve kendisini neleri beklediğini anlamak
2	Olabileceklerle ilgili kontrolü elinde tutabilmek
3	Son ana kadar onurun ve özel yaşamının gizliliğinin korunması
4	Ağrının hafifletilmesi ve diğer semptomlar üzerinde etkin kontrol sağlanması
5	Nerede öleceğini seçme ve kontrol etme hakkına sahip olma (ev veya başka bir yer)
6	Gerekli durumlarda bilgi ve herhangi bir uzmana ulaşma
7	Gerektiğinde herhangi bir manevi veya duygusal desteğe ulaşma
8	Yalnızca hastanede değil, herhangi bir yerde destek evi (hospice) bakımı alabilme
9	Sonu kimlerle paylaşacağını ve kimlerin olmasını istediğini kontrol etme
10	Uyulacağı garanti edilen yaşam sonu talimatlarını bildirme
11	Hoşça kal diyebilme zamanına sahip olma ve diğer zamanlamaları kontrol etme
12	Gitme zamanı geldiğinde gitme ve yaşamının gereksiz uzatılmaması

## ONURLU ÖLÜM

Onurlu ölüm, ölmekte olan hasta için iyi ölümü simgeleyen bir niteliktir. Onurlu ölüm dendiğinde hasta, hasta yakınları ve sağlık çalışanlarının benzer anlayışa sahip oldukları gözlenir. Kavram; otonomi ve bağımsızlığın sürdürülmesi, rahatsız edici semptomların en aza indirgenmesi, saygı görme ve kendine saygıyı sürdürme, insan olma ve kendi olma, başkaları ile anlamlı ilişkilerini sürdürme, onurlu tedavi ve bakım alma, varoluşsal amaçlarına ve manevi doyuma ulaşma, özel yaşamın gizliliğine özen gösterme ve huzurlu ve güvenli ortam temalarını içermektedir.<sup>30,33</sup>

## YAS

Kişinin bir yakının ölümünü görmesi oldukça acı verici bir durumdur. Onların ölümünün ardından şiddetli ruhsal acı ve keder yaşamak doğal bir durumdur.<sup>33</sup> Keder her türden anlamlı kayıba karşı gösterilen nöropsiko-biyolojik bir yanıtıdır. Belirtileri, hem evrensel, hem de son derece bireyseldir. Bireysel veya daha geniş toplulukları kapsayabilir. Yas ise, herhangi bir kayıpta gözlemlenen keder yaşıntısıdır. Yeniden ruhsal denge kazanabilmek için yaşanması gerekir. Keder ve yas birlikte kayıpların karşılanma sürecini oluştururlar. Yitime bağlı olarak ortaya çıkan keder duygusu evrensel olmasına karşın, yas tutma, kültürden kültüre, süreci yaşayan bireyin yaşam öyküsüne bağlı olarak farklılıklar gösterir. Bu çeşitliliğe rağmen tedavi pratiğinde önemli üç temel tutum empati, dikkatlilik ve saygıdır.<sup>34</sup> Yas Sürecine ilişkin, Elisabeth Kübler-Ross'un 5 Basamaklı Yas Süreci, Bowlby ve Parkes'in 4 Aşamalı Yas Süreci, Volkan'ın Tamamlanmış Yas Süreci, Wolfelt'in Ölenin Yakınları için Eşlik Etme Yaklaşımı, Neimeyer'in ÖyküYapılandırma Yaklaşımı gibi yas yaklaşımları bulunmaktadır. Worden yas süreci kayıp yaşıntısına uyum

yapabilmek için gerekli 4 temel iş/görevi içerdiğini belirtmektedir. Bireyin veya aile sisteminin yasını tamamlayıp, yeniden denge kurabilmesi için bu dört temel görevi yerine getirmiş olması gereklidir. Bunlar; 1. Kayıpla ilgili gerçekliği kabul etme, 2. Kaybın acısını, üzüntüsünü yaşama, 3. Ölüm sonrası çevreye uyum sağlama, 4. Ölen kişinin üzerinden duygusal enerjiyi çekme ve bu enerjiyi başka bir ilişki üzerine yatırabilmek için araştırmaya girmedir. Özellikle 4. görevin en zor olduğu belirtilmiştir. Çözülmemiş yaşlarda, yas tutan birey yeni bağılıklar kuramaz ve geçmiş bağılıklar nesnesine tutunmayı sürdürür. Bu dört temel gereklilik, birey kaybına uyum yapıp, yeniden dengesini oluşturana kadar tekrar tekrar devreye girerler. Özgün bir sıralama izlemezler, eş-zamanlı olabilirler, dalgalı bir seyir gösterebilirler. Eğer bu 4 temel görevden birisinde bir noktada durma olursa yas yaşıntısı şiddetlenerek ve yas tutan kişi giderek kötüleşecek ve patolojik bir durum sergilemeye başlayacaktır.<sup>35,36</sup>

## PATOLOJİK YAS

Kayıbın ardından en az altı ay geçmesine rağmen bireyin sosyal ve mesleki yaşam alanlarındaki işlevselliğinin giderek bozulması olarak tanımlanmıştır.<sup>37</sup> Bireyin normal yas evrelerinin birinde takılıp kalması sonucunda yas sürecini tamamlayamaması ile gelişen patolojik tepkilerdir. Klinik pratikte anormal yas, çözülmemiş yas, maskelenmiş yas, kronik yas, gecikmiş yas gibi değişik şekillerde adlandırılır. Yas tutmanın artık ilerlemeden bir noktada kalıp sürekli yas tutma halini almasıdır. Kayıp sonrası oluşan acı derinleşerek yoğunlaşır. Bu süreçte normal yas tepkileri yerine beklenmedik, abartılmış, çok fazla uzamış tepkiler ya da tepkisizlik gelişebilir. Belirtiler genellikle yadsıma ilgilidir ve bireyler kaybın gerçekliğini kabul etmekten kaçınmaktadır. Bazen belirtiler psikotik bir doğada da olabilir.<sup>32</sup>

## YAS TUTAN BİREYLERE YAKLAŞIM

Normal yas sürecindeki bireylerin bir uzmandan yardım almaları genellikle gerekli değildir. Çoğunlukla sosyal desteğin yeterli olması bu sürecin yaşanmasını kolaylaştırır. Patolojik yas belirtileri varlığında ise, yasın sağlıklı olarak tamamlanabilmesi için yardım almak zorunludur. Yas tedavisi, kaybın sonrasında ayrılıkla ilgili yaşanan çatışmaları çözümlmeyi ve yas sürecine uyuma ilişkin temel görevlerin tamamlanmasını amaçlar. Yas tedavisi genellikle bireysel görüşmeler ile yürütülür. Yastaki bireye yaklaşımda temel ilkeler Tablo 3'te sunulmuştur.<sup>31</sup>

## SONUÇ

Palyatif bakımda yaşanan değişmelere paralel olarak, kü-ratif cerrahi seçeneklerinin olmadığı olgularda, semptom kontrolü ve yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik pal-

yatif cerrahi yaklaşımları gündeme gelmiştir. Cerrahi girişim öncesi hastanın hazırlanması ve psikolojik destek verilmesinin girişim sonrası dönemde tıbbi ve davranışsal komplikasyonları azaldığı, hastanın psikososyal uyumunu kolaylaştırdığı görülmüştür. Yaşamı tehdit eden hastalık tanısı ile birlikte primer tedavi ekibi ile psikolog ve sosyal hizmet uzmanının birlikte çalışması, hastanın primer hastalığı ve fiziksel semptomların kontrolü ile psikolojik, ruhani, sosyal, ekonomik sorunların bütüncül bir yaklaşımla ele alınması sağlanabilmektedir. Ülkemizde son yıllarda palyatif bakıma yönelik ilginin artması ve palyatif bakım merkezleri sayısındaki artışa karşın palyatif bakımda psikososyal destek, palyatif cerrahi uygulamaları konusunda çalışma ve literatür henüz arzu edilen düzeyde değildir. Bu alanda kanıta dayalı çalışmaların artması palyatif bakımın niteliğini artıracak, palyatif bakım hastalarının yaşam kalitesine olumlu katkı yapacaktır.

**TABLO 3:** Yastaki bireye yaklaşımda temel ilkeler.

1	Geride kalan kişinin kaybın gerçek olduğunu anlaması sağlanmalıdır.
2	Bireyin duygularını tanıması ve bunları ifade etmesi kolaylaştırılmalıdır.
3	Kaybedilen kişiye yönelik uygun bir anı formasyonu oluşturması sağlanmalıdır.
4	Kaybedilen kişi olmaksızın hayatını devam ettirmesini desteklenmelidir
5	Yas sürecinin gelecek yaşam planlarını ve etkinliklerini olumsuz şekilde etkilemesi önlenmelidir
6	Özellikle kayıptan sonraki ilk yıl boyunca kritik zamanlarda geride kalanlara sürekli destek sağlanmalıdır

## KAYNAKLAR

- Akçiçek F, Akbulut G, Fadiloğlu Ç. Palyatif Bakım Evde ve Hastanede Çalıştay Raporu. 1. Baskı. İzmir: Ege Geriatri Derneği Yayınları: 2013. p.12.
- T. C. İzmir Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü, Palyatif Bakım Çalışma Grubu Raporu, İzmir 2014. s.1-3.
- Aydoğan F, Uygun K. Kanser hastalarında palyatif tedaviler. Klinik Gelişim 2011;24:4-9.
- World Health Organization (WHO), WHO Definition of Palliative Care (<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/erişim> tarihi 20.10.2015)
- Kabalak A A, Öztürk H, Çağıl H, Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu; Palyatif Bakım. Yoğun Bakım Dergisi 2013;11(2):56-70
- Taşar PT, Şahin S, Akçiçek F. Geriatriye Palyatif Bakım. Akademik Geriatri Dergisi 2014;6: 73-8.
- Borasio GD. Translating the World Health Organization definition of palliative care into scientific practice. Palliat Support Care 2011; 9(1):1-2.
- Dunn GP. Surgical palliative care: An enduring framework for surgical care. Surg Clin North Am 2005;85(2):169-90.
- McCahill LE, Krouse RS, Chu DZ, Juarez G, Uman GC, Ferrell BR, et al. Decision making in palliative surgery. J Am Coll Surg 2002; 195(3):411-22.
- Badgwell B, Smith K, Liu P, Bruera E, Curley S, Cormier J. Indicators of surgery and survival in oncology inpatients requiring surgical evaluation for palliation. Support Care Cancer 2009;17(6):727-34.
- Krouse RS, Nelson RA, Farrell BR, Grube B, Juarez G, Wagman LD, et al. Surgical palliation at a cancer center: incidence and outcomes. Arch Surg 2001;136(7):773-8.
- Wallen GR, Baker K, Stolar M, Miller-Davis C, Ames N, Yates J, et al. Palliative care outcomes in surgical oncology patients with advanced malignancies: a mixed methods approach. Qual Life Res 2012;21(3):405-15.
- Özkan S, Alçalar S. Meme Kanserinin Cerrahi Tedavisine Psikolojik tepkiler. Meme Sağlığı Dergisi 2009;5(2):60-4.
- Ozkan S, Armay Z. Kanser ve Kadın. Ozkan S, editör. Psiko-Onkoloji, İstanbul: Novartis Oncology; 2007. p.135-52.
- Ozkan S. Psikiyatrik ve Psikososyal Açısından Kanser. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi 1994. p.153-74.
- Bilgin G, Öztürk G, Şirin S. Kanser tanısı konan hastalarda kötü haber verme, hekime düşen görev, İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi 2008;71(1):22-4.
- Ptacek JT, Fries EA, Eberhardt TL, Ptacek JJ. Breaking bad news to patients: physicians' perceptions of the process. Support Care Cancer 1999;7(3):113-20.
- Rabow MW, McPhee SJ. Beyond breaking-bad news: how to help patients who suffer. West J Med 1999;171(4):260-3.

19. Girgis A, Sanson-Fisher RW. 1998. "Breaking bad news 1: Current best advice for clinicians", *Behav Me*, 24, 53-60.
20. Eda Ülger E, Alacacıoğlu A, Gülseren A.Ş., Zencir G, Demir L, Tarhan MO. Kanserde Psikososyal Sorunlar Ve Psikososyal Onkolojinin Önemi. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2014;28(2): 85-92.
21. Aksüllü N. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2004;5: 76-85.
22. Elbi H. Psiko-onkoloji. *3P Dergisi* 1998;6:5-7.
23. Anuk D. Kanser, kanserli hasta, hasta ailesi ve tedavi ekibi. *Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı*; İstanbul, 1999. p.160-73.
24. Milligan S. Perceptions of spiritual care among nurses undertaking postregistration education. *Int J Palliat Nurs* 2004;10(4):162-71.
25. Tuncay T. Kanserle baş etmede destek grupları. *Toplum ve Sosyal Hizmet* 2010; 21(1):59-71.
26. Saruç S. Palyatif ve yaşam sonu bakımında sosyal hizmet uzmanının rolleri ve sosyal hizmet mesleği standartları. *Toplum ve Sosyal Hizmet* 2013;24(2):194-207.
27. Karakuş G, Öztürk Z., Tamam L. Ölüm ve ölüm kaygısı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 2012;21(1):2-38.
28. Dedeli Ö, Karadeniz G. Kanser ağrısının kontrolü ile psikososyal-spiritüel modelin birleştirilmesi; *Ağrı* 2009;21:45-53.
29. Narayanasamy A. Spiritual coping mechanisms in chronically ill patients. *Br J Nurs* 2002;11(22):1461-70.
30. Proulx K, Jacelon C. Dying with dignity: the good patient versus the good death. *Am J Hosp Palliat Care* 2004;21(2):116-20.
31. Noyan A, Şahin S. İyi Ölüm ve Onurlu Ölüm Kavramları, Palyatif Bakım Septom Yönetiminde Klinik Yaklaşım. T. C. İzmir Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Yayın 9, 2015. p.29-34.
32. Bildik T. Ölüm, kayıp, yas ve patolojik yas. *Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine* 2013;52(4):223-9.
33. Worden W. *Grief counselling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. New York: Brunner-Routledge; 2001.
34. Jackson VA, Sullivan AM, Gadmer NM, Seltzer D, Mitchell AM, Lakoma MD, et al. "It-washaunting. ": Physicians ' descriptions of emotionally powerful patients deaths. *Acad Med* 2005;80(7):648-56.
35. Singer PA, Martin DK, Kelner M. Quality end-of-life care: patients' perspectives. *JAMA* 1999;281(2):163-8.
36. Smith R. A good death: An important aim for health services and for us all. (editorial). *BMJ* 2000;320(7228):129-30.
37. Zhang B, El-Jawahri A, Prigerson HG. Update on bereavement research: Evidence based guidelines for diagnosis and treatment of complicated bereavement. *J Palliative Med* 2006; 9(5):1188-203.