

Terminal dönemdeki kanserli hastalara yaklaşım

Dr. I. B. Kulaksızoğlu¹, Dr. H. Kulaksızoğlu², Dr. G. Toktaş²

¹ İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

² İstanbul SSK Eğitim Hastanesi Üroloji Kliniği

Kanser tedavilerinde hızla olumlu gelişmeler olduğu ve yaşam kalitesinin önem kazandığı, ileri teknoloji kullanımının yaygınlaştığı günümüzde, tıbbın çaresizce sadece destek tedavilerle zaman kazanmaya çalıştığı olgular da bulunmaktadır. Kanser tanısı konulması aşamasından itibaren tüm hastalık süresince, gerek kişilerin psikik süreçlerinde gerekse yaşama uyumlarında güçlükler gözlenmeye başlar. Aynı zamanda aile dinamikleri ve rol dağılımı da doğrudan etkilenir. Aile bireylerinden birisinin hayatı tehdit edici hastalığı karşısında, ailenin tümünün yaşam şekillerini, rol dağılımlarını ve beklentilerini yeniden gözden geçirmesi gerekebilir. Kanser, ölümcül potansiyeli, zorlu tedavi aşamaları ve taşıdığı stigma ile hem bireyin hem de ailenin hastalığı olarak kabul edilmelidir (1). Özellikle ağrı ve acının arttığı, hastanın genel durumunun bozulduğu geç evrelerde hem hasta hem aile, ölüm fikri ile istemese de yüzleşmek zorunda kalabilir. Hastanın mümkün olan en rahat biçimde son günlerini geçirmesi, ağrısının dindirilmesi bu dönemde tedavinin tek amacı olabilir. Bu dönemde artık tedavi ekibi, aile ve hastanın birlikte, yaşam kalitesi kadar "ölüm kalitesini" ve "iyi ölümü" de konuşmasının gerektiği düşünülmelidir (2). Terminal dönemdeki hastaların, psikolojik bakım görevi tıbbi durumundan da sorumlu olan hekime ve ekibe aittir. Bu nedenle onkoloji hastaları ile çalışan tüm branşlardaki sağlık çalışanlarının bu konuda yapabilecekleri konusunda eğitim almaları önemlidir (3).

HASTALAR AÇISINDAN TERMİNAL DÖNEM

Terminal döneme gelmiş hastalar pek çok açıdan hekimlerini zorlayıcı olabilirler. Varoluşçu bir psikolojik kriz döneminin özelliklerinin yanı sıra ağrıyı da içeren çeşitli şiddetli fiziksel belirtiler, anksiyete ve depresyonun yoğun olarak ortaya çıkışı veya deliryumun klinik gidişe eklenmesi tedavi ekibinin işini artırır.(4) Özellikle bu dönemin ana prensibi "hastalık yoktur hasta vardır" olmalıdır. Her hastanın kendi kişilik, kültürel ve ailevi özelliklerine göre hastalıklar sırasındaki ihtiyaçları değişik olabilir (1,4,5). Ölmekte olan hastalara yaklaşırken bu farklılıkları kesinlikle dikkate almak gerekmektedir. Özellikle tıbbi gerekli kontroller yapıldıktan sonra hastanın istekleri ön plana çıkmalıdır. Görüşmek istediği kişiler, dini görevlilerin çağırılması, bulunmak istediği yerler gibi vb .

Hastalarda terminal dönemin gidişini etkileyebilecek özellikler (5):

1. Sosyokültürel faktörler

Ölüm ve hastalık hakkındaki inanışlar

Sosyoekonomik sınıf, yaşadığı yer ve eğitim-bilgi düzeyi Sosyal destek sistemlerinin varlığı ve etkinliği

2. Kişisel faktörler

Kişilik özellikleri,

Stresle daha önceki başa çıkma becerisi

Dini, felsefi inanışları, Ölüme ve yaşama verdiği anlam

Kayıp ve ölümlle ilgili daha önceki deneyimler

3. Tıbbi durumla ilgili faktörler

Belirtilerin durumu (ağrı, solunum sıkıntısı ..)

Ailenin son dönem bakımı ve destek tedavileri hakkında bilgi düzeyi

Son dönem bakımın verildiği yer ve imkanlar

Tıbbi ekiple hastanın iletişim ve ilişki kalitesi

Terminal dönemdeki hastaların tıbbi bakımı her durumda pek çok önemli kararı içerir. Tedavi maliyeti, hastaya verilecek tedavilerle ortaya çıkacak ek ağrı ve acı, gereksiz tahlil ve tetkikler, uygun ilaç seçimi, etkin ağrı kontrolü ilgili branş hekimlerinin bilgi ve deneyimleri ile düşünceleri gereken konular arasındadır(3,6). Burada hastanede bulunan terminal dönem içindeki hastaların psikolojik bakımları için yapılabilecekler ağırlık verilecektir.

1. Hastalarla konuşmaya, iletişime devam etmek ve tıbbi destek ve tedaviyi uygun şekilde sürdürmek: Hastaların içinde buldukları korkulu durumda en iyi yaklaşım onlarla konuşmak ve kendilerini ifadelerine izin vermektir. Hastalar ağrının ve acının artmasından endişelenebilirler. Hekimlerinin onları görmeye devam etmesi ağrı ve acının azalması için elinden geleni yaptığını ifade etmesi ve hastayı dinlemeye devam etmesi hastalar ve aileler için çok önemlidir.

2. Hastaların kişilik özellikleri ve kimlik bütünlüğüne saygı gösterilmesi: Bu dönemde hastaların anlamlı bazı hedeflerini yerine getirmesi için desteklemek ve bu konularda yardım etmek ya da yardım alabileceği konsültasyonları sağlamak (Örn: köyüne gitmek, bir akrabasını aramak, mallarını bağışlamak vb.). Hastanedeki hastalar da yakınlarının görmek veya aramak, dua etmek, hoca çağırarak, hastane kıyafetlerini çıkarıp günlük kıyafet giymek isteyebilir. Hastaya adı ile hitap ederek makul isteklerini yerine getirmeye çalışmak gerekir.

3. Hastanın kendisini huzurlu ve iyi hissetmesi için gerekli tedavilerin düzenlenmesi: Psikiyatrik konsültasyonun gerekirse yapılarak bu hastalarda sık görülen anksiyete atakları, depresif sendromlar ve deliryumun gerek psikoterapötik gerekse psiko-farmakolojik yöntemlerle kontrol altına alınması.

Anksiyete bozuklukları (4,5,7)

Bu dönemde hastalarda; ölüme yaklaşmayı bilme, ölüm ve belirsizlik ile ilgili korkular, aile ve tıbbi ekiple çatışmalara ikincil olarak gelişen anksiyeteli uyum güçlükleri; Kötü ağrı kontrolüne, deliryum hipoksi, hipoglisemi, kanama ve diğer metabolik bozukluklara bağlı olarak gelişebilen genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozuklukları; Kullanılan kortikosteroid gibi ilaçlara veya yüksek doz benzodiazepine ve opiatların çekilme belirtisi olarak da anksiyete bozuklukları görülebilir. Ayrıca daha önceden var olan panik bozukluk, fobiler, post travmatik stres bozukluğu ve diğer anksiyete bozuklukları bu dönemde alevlenebilir. Hem hastanın hem de ailenin adaptasyonuna güçlük yaratabilir. Bu noktada mutlaka psikiyatr desteği almak gerekir. Destekleyici, bilişsel psikoterapötik yaklaşımların yanında benzodiazepinler tek başına veya düşük doz nöroleptikler ile kombine olarak kullanılabilir (3,8,9). SSRI ve trisiklik antidepresanların etkinliği için en az iki hafta süreye ihtiyaç olduğundan bu dönemde kullanılmaları yarar sağlamaz (5,8,10).

Depresif sendromlar

Kanser hastalarında en sık karşılaşılan psikiyatrik bozukluk depresyondur (10-12). Özellikle tedavilerin yetersiz kaldığı ve çaresizlik hislerinin ve fiziksel zorlanmaların yaşandığı son dönemde hem hastada hem de ailede yoğun olarak depresyonla karşılaşılabilir. Beklentinin yası ve sıkıntısı, ve eşlik eden ağrı, halsizlik ve nefes alamama, yatma zorluğu gibi belirtiler terminal dönemde depresyon tanısının konulmasını zorlaştırır. Sıklıkla major depresyon, depresif belirtilerle giden uyum bozuklukları görülür.(11,12) Deneyimli bir psikiyatristin hastayı değerlendirmesi tercih edilmelidir. Zira bu dönem ümidin korunmasının da zor olduğu, kişinin hem duygusal hem de bilişsel bir çöküntü içinde olabileceği bir dönemdir (13,14). Yeterli uyku düzeninin sağlanması, sıkıntının giderilmesi ve mümkün olan en az yan etki ile tolarebilitesi iyi antidepresanların ve psikostimulanların tedaviye eklenmesinde fayda olabilir. Özellikle antidepresan etkinliğin ortaya çıkmasını bekleyecek zamanı olmayan hastalar için, psikostimulanlar bir seçenek olabilir (15-17). 2-3 hafta daha rahat vakit geçirebilirler ancak saat veya gün ile ölçülen yaşam sürelerinde benzodiazepinler ve narkotik analjezikler seçilebilir. Uygun seçilmiş psikoterapiden de hastalar oldukça yararlanabilirler (4,8,9,10).

“...Kanser, ölümcül potansiyeli, zorlu tedavi aşamaları ve taşıdığı stigma ile hem bireyin hem de ailenin hastalığı olarak kabul edilmelidir. Özellikle ağrı ve acının arttığı, hastanın genel durumunun bozulduğu geç evrelerde hem hasta hem aile, ölüm fikri ile istemese de yüzleşmek zorunda kalabilir. Hastanın mümkün olan en rahat biçimde son günlerini geçirmesi, ağrısının dindirilmesi bu dönemde tedavinin tek amacı olabilir. Bu dönemde artık tedavi ekibi, aile ve hastanın birlikte, yaşam kalitesi kadar “ölüm kalitesini” ve “iyi ölümü”de konuşmasının gerektiği düşünülmelidir. Terminal dönemdeki hastaların, psikolojik bakım görevi tıbbi durumundan da sorumlu olan hekime ve ekibe aittir. Bu nedenle onkoloji hastaları ile çalışan tüm branşlardaki sağlık çalışanlarının bu konuda yapabilecekleri konusunda eğitim almaları önemlidir.”

Deliryum

Kanserin seyri sırasında hastada kısa süre içinde gelişen huzursuzluk, anksiyete, uyku bozukluğu, şaşkınlık, oryantasyon kusuru veya tıbbi tedaviyi red etme gibi bir durum görülürse hastada deliryum olasılığı düşünülmeli ve o yönde dikkatli bir değerlendirme yapılmalıdır. Akut konfüzyonel durum hızla ve çoğunlukla gece yerleşir. Semptomların hızlı değişimi ve klinik gidişin dalgalanmalar göstermesi karakteristiktir. Deliryumda, dikkat bozuklukları, oryantasyon kusuru, konsantrasyon, bellek bozuklukları (kısa süreli ve anlık bellekte belirgin), psikomotor bozukluklar (ajitasyon, eksitasyon, retardasyon), uyku-uyanıklık düzeni bozukluğu (gündüz uyuklama, gece uymama), düşünce ve algı bozuklukları (hezeyan, illüzyon, hallüsinasyon, desorganizasyon düşünce içeriği) görülebilir(18-20). Terminal dönemdeki hastalarda deliryuma girme oranı %50-60 arasında bildirilmektedir. Çoğul bir etyolojiye sahiptir. Organ yetmezlikleri, polifarmasi, metabolik düzeltilemeyen sorunlar, sekonder enfeksiyonlar ve yüksek ateş, kanama, hipoksi gibi nedenler en sık rastlanılan faktörlerdir. Başlıca üç klinik formu vardır.

Hiperaktif-Hiperalert Tip; Psikomotor bir hareketlilik çok belirgindir. Dış uyara reaksiyon fazladır, heyecanlı ve huzursuzdur. Tüm davranışlarına bu yansır. Yataktaki kalmak istemez, bağırır, kendisine ve çevresine zarar verecek davranışlarda bulunur. Kooperasyonu kurmak güçtür.

Artmış otonomik ve sempatik sinir sistem aktiviteleri göze çarpar. Çok belirgin illüzyonları, halüsinasyonları, hezeyanları vardır.

Hipoaktif-Hipoalert Tip; Tüm psikomotor faaliyette ve uyanıklıkta azalma ile karakterizedir. Bu hastalar genellikle yatağında yatar, az konuşur. Sık sık uyuklar, çevre ile az ilişki kurar, sanki aldırıyor gibi bir izlenim alınabilir. Halüsinasyon ve illüzyonları olsa bile dikkatten kaçabilir. Hatta depresyon gibi düşünülebilir. Bu vakaların gözden kaçma olasılığı yüksektir.

Mixt Tip; Her iki durum düzensiz olarak aynı hastada görülür. Gündüz hipoaktif, gece hiperaktif tip görülen form sıklıkla karşımıza çıkar (18-20)

Deliryum uygun etyolojik tedavi ile geri dönüşümlüdür. Ancak terminal dönem kanser gibi gerek semptomatik gerekse etiyolojik tedavinin yetersiz olduğu durumlarda birincil hastalığın morbidite ve mortalitesi artar. Deliryum primer psikiyatrik bir hastalık olmayıp fiziksel hastalığın seyri ya da tedavisi sırasında organik nedenlerle ortaya çıktığı için tedavisini de ilgili klinik doktorları ile işbirliği içinde yapılması gerekir.

Farmakolojik tedavi olarak güçlü ve hızlı sedasyon yapabilen, antikolinergik yan etkisi az nöroleptikler ilk seçenektir. Özellikle haloperidol bu alanda sık çalışılmış ve kabul görmüştür. Terminal dönemde özellikle intravenöz perfüzyon şeklinde kullanımı, ileri ajite hastalarda benzodiazepinlerle kombinasyonu söz

konusu olabilir. Deliryumdaki hastalarda opioidleri, H2 Blokerlerini, steroidleri de kesmek gerekebilir. Atipik antipsikotikler hem sedasyon sağlayıcı hem de anksiyolitik etkileri ile tercih edilebilirler. Psikososyal bakımın içeriğinde ise, hastanın odasında saat ve takvim bulundurulması, sık sık zaman ve yer yöneliminin düzeltilmesi, ziyaretin azaltılması, aşırı gürültülü ve karışık ortamdaki uzaklaştırılması gibi önlemler alınabilir. Deliryumdaki hastanın durumunun ciddiyeti konusunda aileler de bilgilendirilmeli, birincil tedavi ekibi ile aile arasındaki işbirliği artırılmalıdır. (18,21)

AİLELER AÇISINDAN TERMİNAL DÖNEM

Istanbul Üniversitesi Psikiyatri A.B. da lında kanser hasta aileleri ile yapılan bir değerlendirmede ilginç sonuçlar elde edildi. Araştırmaya 90 kanserli hasta ve hastanın bakımından sorumlu olan birinci derece akrabaları alındı. Görüşmelerin yapıldığı dönemde hastaların 1/3'ü 6 aydan daha fazla süredir hastaydılar ve bu grubun ortalama hastalık süresi 14 aydı. Ancak yine de hastaların 46'sı hastalığının kanser olduğunu bilmiyordu. Bunda ailenin aşırı koruyucu ve kollayıcı tutumu ve hekimlerinde hastadan önce aileye bilgi vermeyi tercih etmeleri rol oynamakta idi. Terminal dönemde bile tanılarını bilmeyen hastalarla karşılaşıldı. Aile ve hasta arasındaki bu iletişim bozukluğu, hastaların son dönemlerindeki rahatlama, paylaşma ve aile ile dertleşip bütünleşmeyi olumsuz olarak etkilemekteydi.

Hasta yakınlarına terminal dönemde "ölüm hakkı" ile ilgili sorular sorulduğunda, "Allahın verdiği canı ancak o alır", "kanser tedavisinin amacı en uzun süre hastayı yaşatmaktır, bu nedenle ölüm hakkı olamaz" şeklindeki görüşlerin yanı sıra "hastalar bunu isteyebilir ancak doktorlar uygulayamaz" diyenler de vardır. Kişilerin ölüm hakkını kullanabileceklerini ancak bunun "kendi hastası için kesinlikle geçerli olmadığını" ifade eden hasta yakınları da oldu. Ötenazi kelime olarak tanınmamakta idi bu nedenle soruları açarak sormak durumunda kaldık. Grupta 57 kişi hastaların hiç bir zaman ölüm talebinde bulunamayacağını söylerken, 68 kişide doktorların böyle bir talep karşısında uygulamaya yardımcı olma hakkı bulunmadığını ifade etti. Hastaların ölüm hakkını talep edebileceğini söyleyen 33 aile bireyinin yine de %60'ı bunun kendi hastaları için geçerli olmayacağını ve kendi hastalarının yaşabileceği en

"...hasta yakınlarının eğitim düzeyi arttıkça, hastalık hakkında bilgilenmeleri başlangıçtan itibaren düzenli bir şekilde sağlanmışsa, ve başka yakın hastalar sayesinde hastalığı tanıdıkça terminal dönemde hastaya iyi ölüm hakkı tanınması konusundaki tavrı değişmektedir. Hasta yakınlarının da tıpkı hastalar gibi doğru bilgilendirilmesi önemlidir. Hastalık ile ilgili gerçekçi bilgileri olmayan hasta yakınları tedaviden ve bunu sağlayan tıp personelinden de uygunsuz beklentiler içine girebilir."

uzun süre hayatta kalmasını istediklerini söylediler. Verilen yanıtların hasta yakınlarının cinsiyetleri, sosyoekonomik durumları, yakınlık derecesi, mesleği, yaşadığı bölge ve aile büyüklüğü ile bir bağlantısı bulunmadı.

Hasta aileleri hastalarının yaşamasına bu denli odaklanmışken onlarla yaşam kalitesi kadar önemli olan ölüm kalitesini konuşmak bu konuda deneyimli hekimlerce bile kolay olmayabilir. Ancak hasta yakınlarının eğitim düzeyi arttıkça, hastalık hakkında bilgilenmeleri başlangıçtan itibaren düzenli bir şekilde sağlanmışsa, ve başka yakın hastalar sayesinde hastalığı tanıdıkça terminal dönemde hastaya iyi ölüm hakkı tanınması konusundaki tavrı değişmektedir. Hasta yakınlarının da tıpkı hastalar gibi doğru bilgilendirilmesi önemlidir. Hastalık ile ilgili gerçekçi bilgileri olmayan hasta yakınları tedaviden ve bunu sağlayan tıp personelinden de uygunsuz beklentiler içine girebilir (1,5,14,22).

Kanser hastalığının terminal fazında olan kişiye bakım ve desteğin sağlanması, muhtemel kayıp ile ilgili duygu yoğunluğunu arttırarak aile üyeleri arasın-

da iletişim zorluğuna neden olabilir. Hastanın ağırlaşan durumu ve yaklaşan ölüm aile bireylerinin farklı şekillerde etkilenmesine yol açar (5,11,24,25). Ölüm yaklaştıkça aile üyeleri de ana öncelikler ve varoluşun anlamı gibi sorunları irdelemeye, gelecek ile ilgili plan ve beklentilerini yeniden gözden geçirmeye başlar bu durum da bireylerde ciddi bir stres yaratır. Anksiyete, öfke, çaresizlik, inkar, suçluluk gibi pek çok karmaşık duygulanım ortaya çıkar. Eğer hasta yakınları hastaları için yaşam destek sistemlerinden ayrılması kararını verme durumunda kalırlarsa stres daha da artabilir. Hastanın tedavisinden sorumlu hekimin hastanın durumunu net bir şekilde hasta ailesi ile paylaşması, onların kaygı ve endişelerini dinlemeye vakit ayırması, hekimin kendisinin ölmekte olan hasta ve ailesi ile çalışma konusunda deneyimli olması ya da yardım alması hem tedavi ekibinin hem de ailenin yararına olacaktır (1,3,5,6). Onkoloji kliniklerinde hasta yakını destek gruplarına mutlaka yer verilmelidir. Bu tedavi ekibinin doğrudan yükünü azaltacak, tedavi memnuniyetini artıracaktır. Ortaya çıkabilecek çeşitli ruhsal reaksiyon ve etkileşimlerin anlaşılabilmesi ve uygun müdahalelerin yapılabilmesi için de psikiyatrist bu grubun mutlak bir parçası olmalıdır.

TEDAVİ EKİBİ AÇISINDAN TERMİNAL DÖNEM

Bir hastanın ölmek üzere olması veya ölmesi hem aile hem de tıbbi tedavi ekibi için başa çıkılması zor bir deneyimdir. Bu durumda tedavi ekibinin bu tür durumlarda nasıl davranmaları gerektiği konusunda önceden eğitim almaları son derece yararlı ve ekibi koruyucudur. Hastanın kendisi veya ailesi ile konuşma teknikleri hakkında bilgi sahibi olan doktorların daha az sorunla karşılaştığı, daha rahat olduğu ve ekibindeki kişileri daha iyi koruduğu bilinmektedir (1,3,5,14,24,26). İlk psikiyatrik yardım, önceden bu bilgilendirilmelerin ölümle sıkça karşılaşan acil, onkoloji veya yoğun bakım çalışanlarına eğitim verilerek sağlanması veya ölüm gerçekleşirken daha ağırlıklı olarak hasta ailesi ile nasıl iletişim içinde olunacağı ve yardım, destek sağlanacağını öğretme şeklinde olabilir. Hastalar da bu aşamada deliryum, tedaviye dirençli ağrı, beklenti sıkıntısı, ağır depresyon veya ajitasyon içinde olabilir. Ailelerde ise, şiddetli sıkıntı, çaresizlik, kontrolü kaybetme duygusu, suçluluk ya da yetersizlik duyguları, öfke hakim olabilir. Daha önceden uygun bilgilendirilmiş aile uygun

“Her ne kadar mesleklerini kişiler kendi istekleri ile seçiyorlarsa da onkoloji, yoğun bakım gibi fiziksel yükü kadar duygusal yükü de olan branşlarda bu durumu sağlıklı bir şekilde uzun süre götürmek oldukça zordur. Ölüm ve yaşam arasında sık sık gidip gelen hastaların varlığı çabuk ve doğru kararların alındığı, hasta kaybının olduğu bir serviste çalışmak kişilerin de kendilerini, duygu ve düşüncelerini sorgulamasına neden olabilmektedir. Bu bazen daha da “olgunlaşma” ile bazen de maalesef depresyon ve tükenme ile sonlanabilmektedir.”

başta çıkmaları da geliştirebilir. Doktorların ailelerin zorluklarını ifade etmesine izin verici empatik görüşmeler yapması, acılarını aradaki gerekli mesafeyi kaybetmeden empatik bir şekilde paylaşması önerilir. Terminal dönemdeki hastaların doktorlarında uyandırdığı çaresizlik öfke, kendini sorgulama hisleri ile başa çıkabilmeyi öğrenmeleri gereklidir (1,3,5,6,12, 14, 24,26).

- Bu hastalardan ve ailelerden kaçınmamak, onları dinlemek

- Çocukların veya yakınların ziyaretine izin vermek

-Normal visit ve değerlendirmelere devam etmek

-Gereksiz tetkik ve çok gerekli olmayan ilaçları kesmek ağrılı müdahalelere son vermek

-Psişik olarak rahatlama için; hastanın ve ailenin hoca çağırma dua okuma gibi isteklerine izin vermek, kendi inanışları içinde diğer hastaları etkilemeyecek bazı adetlerini yerine getirmelerine veya avukatı ile görüşme isteğine izin vermek,

-Hastanın mümkün olan rahat hava-

dar, yakınları ile konuşabileceği odaya alınması, hastanın da isteği varsa gerekirse evine gönderilmesi düşünülebilir

-Medikal rahatı için; ağrısının kesilmesi, hasta istemiyorsa sedatiflerin kesilmesi, varsa konfüzyonel duruma müdahale etmek uygundur.

Her ne kadar mesleklerini kişiler kendi istekleri ile seçiyorlarsa da onkoloji, yoğun bakım gibi fiziksel yükü kadar duygusal yükü de olan branşlarda bu durumu sağlıklı bir şekilde uzun süre götürmek oldukça zordur. Ölüm ve yaşam arasında sık sık gidip gelen hastaların varlığı çabuk ve doğru kararların alındığı, hasta kaybının olduğu bir serviste çalışmak kişilerin de kendilerini, duygu ve düşüncelerini sorgulamasına neden olabilmektedir. Bu bazen daha da “olgunlaşma” ile bazen de maalesef depresyon ve tükenme ile sonlanabilmektedir. Normal şartlarda karşılaşılacak zor olaylar, acı ve sıkıntılar ve ölüm bu birimlerde çalışanların hayatının önemli bir parçası olabiliyor. Psikiyatrideki “sekonder travmatizasyon” kavramı, yani “üzücü, duygusal olarak yoğun ortamlarda sürekli uğraşmaktan hasta olmak” geçerli ve bu nedenle sağlık ekibinin kendisini koruyup kollaması önemlidir. Tıbbi ekipte sık karşılaşılan stres tepkileri arasında; aşırı sinirlenme, uyku bozuklukları, nedensiz sıkıntı hissi, hastalarla aşırı özdeşleşme, iş verimi değişiklikleri, toplumdaki uzaklaşma, alkol kullanımında artma, dikkat eksikliği, kas ve baş ağrıları, çökkün ve enerjisiz hissetme sayılabilir. Bu konudaki koruyucu öneriler: Düzenli beslenme, hastanede 10 dakika aralar verip kendine zaman ayırma, özellikle mesleğin ilk başında, ilk heves ile gereğinden fazla çalışmama, öfke ve duyguların boşaltımı için mutlaka aktif spor ile uğraşma, alkolden uzak durma, hobilere ve yaşama zaman ayırma, bireysel psikoterapi ve danışmanlık alma, gerekirse hastane içi paylaşım grupları oluşturma (Balint grubu), düzenli bir özel yaşam dostlar, tükenme sendromunu tanıma ve erken tedbir alabilme olarak sayılabilir. Ölmekte olan hastalarla rahat çalışabilmek, hasta ve ailelerine yardımcı olabilmek bu arada tedavi ekibinin genç ve görece deneyimi az elemanlarını eğitim, tükenme sendromundan korumak ve kendi mesleki performansını da bıkkınlık veya depresyona girmeden sürdürebilmek hiç kolay bir uğraş değildir. Bilgilenmeye açık olma, deneyimleri paylaşma ve kendi sınırlarını iyi tanımlama önemli özellikleridir. Psikiyatrik yardım her zaman terminal hastalıklarla uğraşan hekimlerin işini kolaylaştırabilir.

KAYNAKLAR

1. Barton D: The dying person in Dying and Death: a Clinical Guide for Caregivers. Edited by Barton D. Baltimore, MD, Williams and Wilkins, 1977 pp:41-58.
2. Breitbart W: Psychiatric complications of cancer, in Current Therapy in Hematology. 3rd Edition, Edited by Brain MC, Carbone PP. Philadelphia, PA, Marcel Dekker, 1088 pp 268-274.
3. Breitbart WB, Passik S: Psychiatric aspects of palliative care. in Oxford Textbook of Palliative Medicine. Edited by Doyle D., Hanks G, MacDonald N. New York, Oxford University Press. 1993, pp 607-626.
4. Massie MJ: Anxiety, phobias, in Handbook of Psychopharmacology: Psychological care of the Patient With Cancer. Edited by Holland C, Rowland JH. New York, Oxford University Press, 1989; pp 300-309.
5. Cassem NH: The Dying Patient, in Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry, 2. Baskı. Edited by Hackett TP, Cassem NH. Littleton MA, PSG Publishing 1987, pp:332-352.
6. Hinton J: Psychiatric consultation in fatal illness. Proceedings of the Royal Society of Medicine 65:29-32, 1972.
7. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J et al.: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients JAMA 249:751-757, 1983.
8. Breitbart W, Holland JC (eds): Psychiatric aspects of Symptom Management in Cancer Patients. Washington. D.C. American Psychiatric Press, 1993.
9. Mastrovito R: Behavioral techniques: progressive relaxation and self regulatory therapies. In Handbook of Psychooncology: Psychological Care of the Patient With Cancer. Editörler Holland JC, Rowland JH. New York, Oxford University Press, 1989, pp:492-501.
10. Massie MJ, Holland JC: Diagnosis and treatment of depression in the cancer patients. J Clin Psychiatry 42:25-28, 1984.
11. Chochinov HM, Wilson WG, Enns M, et al: The prevalence of depression in the terminally ill: effects of diagnostic criteria and symptom threshold judgements. Am J Psychiatry 51:537-540, 1994.
12. Bukberg J, Penman D, Holland J: Depression in hospitalized cancer patients. Psychosom Med 46:199-212, 1984.
13. Spiegel D, Bloom JR: Group Therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinoma pain. Psychosom Med 4: 333-339, 1983.
14. Ventafridda V, Ripamonti C, DeConno F et al: Symptom prevalence and control during cancer patient's last day of life. J Palliat Care 6: 7-11, 1990.
15. Holland JC: Principles of Psychopharmacology; in Cancer Medicine. 3. Baskı Editörler Holland JC, Frei E. Philadelphia PA, Lea & Febiger, 1993, pp 1017-1033.
16. Katon W, Raskind M: Treatment of depression in the medically ill elderly with methylphenidate. Am J Psychiatry 137:963-965, 1980.
17. Woods SW, Tesar GE, Murray GB et al: Psychostimulant treatment of depressive disorders secondary to medical illness. J Clin Psychiatry 47:12-15, 1986.
18. Lipowski ZJ: Delirium (acute confusional states) JAMA 285:89-92, 1987.
19. Massie MJ, Holland JC, Straker N: Delirium in the terminally ill cancer patients. Am J Psychiatry 140: 1048-1050, 1983.
20. Murray GB: Confusion, delirium, and dementia; in Massachusetts General Hospital Handbook of General Psychiatry. 2. Baskı Editörler: Hackett TP, Cassem

- NH, Littleton, MA, PSG Publishing, 1987, pp 84-115.
21. Adams F, Fernandez F, Anderson BS: Emergency pharmacotherapy of delirium in the critically ill cancer patient. *Psychosomatics* 27:33-37, 1986.
 22. Plumb MM, Holland JC: Comparative studies of psychological function in patients with advanced cancer: Interviewer-rated current and past psychological symptoms. *Psychosom Med* 39:264-276, 1977.
 23. Weil M, Khayat D, Smith M: Truth telling to cancer patients in Western European context. *J of Psychooncology* 3:21-27, 1993
 24. Schachter S: Quality of life for the families in the management of home care patients with advanced cancer. *J Palliat Care*. 8: 61-66, 1992.
 25. Beck AT, Kovacs M, Weissman A: Hopelessness and suicidal behavior: an overview. *JAMA* 234:1146-1149, 1975.
 26. Hileman JW, Lackley NR, Hassanein RS: Identifying the needs of home caregivers of patients with cancer. *Oncology Nursing Forum* 19:771-777, 1992.