

Kök Hücre Nakli Sonrası Terminal Dönem Hasta Bakımı

Zahit BOLAMAN

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları, Hematoloji Bilim Dalı

Hematopoitik kök hücre transplantasyonu fatal seyirli hastalıkların tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Kök hücre nakli yapılan hastalarda hayati tehdit edici komplikasyonların oranı yüksektir ve transplant hastalarının yaklaşık 1/3'ü kök hücre transplantasyonu sonrası yaş, hazırlama rejimi veya hastanın transplant öncesi hastalığı ile ilişkili olarak yoğun bakım ünitelerinde takip edililmektedir (1-4). Hematopoitik kök hücre transplantasyonu yapılan hastalarda oluşan mortalite hastalardaki komplikasyon oranı ile yakından ilişkilidir. Kök hücre transplantasyonu sonrası yoğun bakımda takip edilme gerekliliği ortaya çıkan hastalarda multidisipliner bir ekip çalışmasına gereksinim vardır. Bu ekip içinde başkoordinatör hematoloji/onkoloji uzmanı yanında adult veya çocuk pulmoner yoğun bakım, gastroenteroloji, nefroloji, enfeksiyon hastalıkları, transfüzyon tıp, psikiatri, genel cerrah, göğüs cerrahı, beyin cerrahi ve otolaringoloji üst ihtisas uzmanları bulunur (5). Hematopoitik kök hücre yapılan hastalardaki sepsis, sistemik inflamatuvar cevap sendromu (SIRS), multiorgan disfonksiyon sendromu (MODS), fırsatçı enfeksiyonlar, ilaç toksisitesi ve kanama gibi yoğun bakım hastalarında gözlenen bazı komplikasyonlar immun yetmezliği olan diğer hastalar ile benzerdir. Hematopoitik kök hücre nakli yapılan hastalarda ortaya çıkan komplikasyonlar erken (transplantasyondan önce ilk 100 günde gözlenen) ve geç (transplantasyondan 100 gün sonra) olarak guruplandırılır. Erken komplikasyonlar kemoradyasyon myeloablatif tedavi ve/veya bakteriyel, fungal ve herpes simpleks virüs (HSV) enfeksiyonları ile ilişkilidir. Transplantasyondan 15-20 gün sonra beyaz küreler artmaya

(orta peryot; 60-80. gün); bakteriyel enfeksiyon ve aspergillozis riski azalmaya başlar. Sitomegalovirüs (CMV) enfeksiyonuna bağlı intertisyel pnomoni riski artar (4,6). Erken, orta ve geç dönemde ortaya çıkan komplikasyonlar bir arada olabileceğinden doğru tanı ve tedavi için özel testler gereklidir. Son dekat içerisinde görüntüleme, hemodinamik değerlendirme ve duyarlı hücre kültürleri pulmoner komplikasyonları tanı ve tedavisinde ilerleme sağlamışken diğer bazı komplikasyonların nedeni bilinmemekte ve genellikle tedavi ampirik ve destekleyici olmaktadır (7). Destek tedavisinden yarar görmeyen hastalar terminal döneme ilerler. Kök hücre nakli yapılan terminal dönemdeki hastalara yaklaşım diğer terminal dönemdeki hastalardan büyük farklılık göstermemektedir (8).

Hematopoitik kök hücre transplantasyonu yapılan hastalarda tüm teknik olanaklara rağmen uygulanan tedavilerden yarar elde edilemeyebilir ve transplantasyon sonrası ortaya çıkan komplikasyonlardan biri mortalite nedeni olabilir. Bu süre genellikle günler bazen aylarca sürmektedir. Transplantasyon hastalarının büyük çoğunluğu yaşamlarının son aylarını hastanede geçirir ve sıklıkla da hastane ortamında yaşamını kaybederler. Bu nedenle transplantasyonla ilgilenen kişilerin terminal dönemdeki hastaların mümkün olduğunca konforunu iyileştirmesi gereklidir (9). Bu dönemde hasta ve aileleri ile transplantasyon ekibinde bulunan hekimler ile devamlı bilgi alışverişi içinde olmalıdır (10). Tüm bu amaçlar palyatif bakımın çok yönlü temelini oluşturmaktadır.

Tablo 1. Kök hücre nakli yapılan ve yoğun tedavi gerektiren adult hastalarda yaşamı kısıtlayan faktörler

Ref No	No	Yaşamı kısıtlayıcı faktörler	Yaşamı ile ilişkili faktörler	Mortalite oranı (%)
12	865	Akciğer hasarı, Vazopressor kullanımı, Karaciğer ve renal fonksiyonlarında bozulma	Cins, Tanı ve relaps, Graft uyumu, Hazırlama rejimi, Mekanik ventilasyon süresi	94
11	191	Yaş > 40, Entübasyon < 90 gün,	Graft tipi, TBI, Entübasyon nedeni	97
13	50	İnterisyel pnömöni, Mekanik ventilasyon > 4 gün		82
2	43	Mekanik ventilasyon gerekliliği, Yüksek APACHE skor, Uzun süreli yoğun bakımda kalma	Graft tipi	67
4	35	İnfeksiyöz nedenler, multiorgan yetmezlik	Yaş, Cins, Graft tipi, Hazırlama rejimi, CMV konumu, TPN, Kan ürünü kullanımı, Vazopressor, Yoğun bakımda kalma, APACHE skor	77

Kısaltmalar: APACHE, Akut Eryolji ve kronik sağlık değerlendirilmesi; CMV, Sitomegalovirus; TPN: total parenteral beslenme

KÖK HÜCRE NAKLİ SONRASI YAŞAMI TEHDİT EDİCİ KOMPLİKASYON OLAN HASTALARDA YAŞAM SÜRESİ

Kök hücre transplantasyonu yapılan ve yaşamı tehdit eden komplikasyonu olan hastalarda yaşam süresinin çok kısıtlı olduğuna karar vermek transplantasyon ekibi için önemli bir sorundur. Bu hastalarda en önemli ölüm sebebi solunum yetmezliğidir. ABD'de 653 kemik iliği transplantasyonu yapılan hastaların 191 (%29)'nde mekanik ventilasyon gerekliliği oluşmuştur. Bu hastaların 161 (%84)'i ventilasyon anı veya ekstübasyonu müteakip saatler içinde eksitus olmuştur. Hastaların yalnızca 6 (%3)'ü 6 ay yaşayabilmiştir. Diğer çalışmalarda da elde edilen sonuçlar benzerdir. Bu çalışmalarda elde edilen sonuçlarda 1- Akciğer hasarı varlığı (fraksiyone inspire edilen oksijen >0.6 veya ventilasyondan sonraki ilk 24 saat içinde ekspirasyon sonrası pozitif basınç >5cm H2O) 2-Ventilasyon sonrası 24 saat içinde 4 saatten daha fazla süren vazopressor kullanımı 3-Karaciğer ve böbrek yetmezliği (üç gün süre ile bilirubin >68mmol/L, kreatinin >177mmol/L) olmak üzere üç risk faktörü ortaya konulmuştur. Bu üç risk faktöründen 2'i var ise yaşam olasılığı 1/476'dır (10-12). Solunum yetmezliğinden başka diğer yaşamı tehdit eden greft versus host hastalığı-grade 4 ve venooklüsif hastalık varlığında da prognoz oldukça kötü olmaktadır. Hastalarda cins, yaş, hazırlama rejimi, greft uyumu yaşamı kısıtlayıcı olumsuz faktörler olmaz iken multiorgan yetmeliği önemli bir negatif faktördür.

YARARSIZLIK (FUTİLITY)

Kök hücre nakli sonrası risk faktörleri olan hastalarda yaşam süresi kısıtlıdır. Bu hastalarda mortalite oranlarının yüksek olması ve yoğun bakımda izlenmeleri nedeni ile son zamanlarda yararsızlık konusu sık olarak işlenmektedir. Yararsızlık genellikle hekimin herhangi bir girişimin hastaya bakımın bir parçası olarak hizmet etmeyeceğine inandığı zaman veya hasta ya da aileleri tarafından hastaya yapılması istenen bir girişimin hekim tarafından kabul edilmemesi temelinde ortaya çıkmaktadır. Bu uyumsuzluklar sıklıkla hastaya kardiyopulmoner resussitasyon, mekanik ventilasyon ve dializ uygulanması konularında ortaya çıkmaktadır (14). Ancak belirtmek gerekir ki yaşam şansının az olması yararsızlık ile eşanlamlı değildir. Bu takdirde yararsızlık nasıl tanımlanabilir? Appleton'un uluslararası kriterlerine göre yaşam uzatıcı tedavi kararı "fizyolojik amacın fizyolojik yararsızlık olduğunu ummak kabul edilemez ve gereklilik eğer rica edildi ise takdim veya tedarik olarak sunulamaz" (15-17). Fizyolojik yararsızlığın bu dar kavramı hasta kök hücre transplantasyon hastaları için nispeten yararsızdır. Ventilasyon, dializ, inotropik destek, antibiyotik, sitokin, lökosit transfüzyonu ve hatta solid organ transplantasyonu kısa süreli fizyolojik etki yapabilir. Bu nedenle kişisel tedavi yaklaşımları sıklıkla fizyolojik yararsızlık değerlendirilmemelidir. Bazen belirli şartlar altında transplantasyon hastasını tedavi etmek yararsızlık olabilir. İki durum söz konusudur. İlk olarak eğer hastanın yaşaması mümkün değil ise ne kadar süreli yaşam hasta için harcanan emeğe değerdir? Hasta 2 hafta veya daha sonra ölebilir mi,

şuursuz ve ventilasyon cihazına bağımlıdır. Eğer hasta bir hafta veya bir ay içinde ölebilecek ise geçici iyilik hali için tedavide iyileştirmeler yapılması harcana emeğe değer mi?. İkinci soru ise hastanın yaşamama olasılığı nedir. Schneiderman ve arkadaşlarına göre hekimler en az 100 hastada medikal bir tedavi fayda sağlamadı ise tedavi yararsızdır (18). Bazı yazarlar bu rakamın neden 100 olduğuna eleştiri getirmektedir (10). Yararsızlık temelde medikal bir kavramdır. Gerçeklere dayanmaktadır. Callangho bilimsel verilerin bir olasılık olduğunu ve olasılık verilerinin bile etki eden değerlerden ayrı tutulamayacağını ifade etmektedir (19). Wolf yararsızlıktan hekimlerin hastaları ile konuşması için gerekli olan hastaları rahatlatmak için iyi bir araç olarak bahsetmektedir (20).

HASTA YAŞAMI HAKKINDA KARAR VERMEK

Terminal Dönem Hasta Bakım Hakkında Hasta İle Konuşmak

Kök hücre nakli yapılan ciddi ve terminal dönemdeki hastalarda hastanede yatış nedeni hastanın genel durumunda ortaya çıkan ani bozulma nedeni ile hekim ve/veya teknik desteğe olan gereksinimden kaynaklanmaktadır. Bu durum hekime hastalar ile terminal dönemdeki hasta arasında hasta bakımı yönünden karşılıklı konuşmayı var olan tabloyu tartışmayı gerektirir. Ancak hasta ile bu tür bir değerlendirme hastaları üzecek ve ümitsizliğe neden olabilir. Çalışmalar böyle bir ilişkiyi hastaların henüz hoş karşılamadığını göstermektedir (14). Terminal dönemdeki hastalara hasta bakımının anlatılması yatan hastalar ile transplantasyon ekibinin arasındaki bilgi alışverişinin rutin bir parçasıdır. Bu tür bir bilgi alışverişi hastaların huzursuzluğunu azaltabilir ve hastalarda prognostik bir iyimserliği neden olabilir (15). Daha önce böyle bir görüşme yapmış olan hastalar kendilerine ne anlatılmak istenildiğini anlayabilir. Eğer hasta ile daha önce böyle bir görüşme olmadı ise bu görüşmeden hastanın hastanede yattığı süre içindeki isteğinin ne olduğu anlamaya çalışılmalıdır. Bu durumda transplantasyon ekibi hastanın kendi hastalığı hakkındaki bilgileri ölçmek için hastaya hastalığının hangi konumda olduğunu ve hekimlerinin kendisine bu konuda neler söylediğini sorabilir (18-20).

Hasta ile transplantasyon ekibi arasındaki bu diyalog konuların duygusallığı, hastaların ölüme karşı koyması ve hastalığın kötü seyrini hastalara nakledilmesi nedeniyle güç olabilmektedir. Bu ne-

denle sıklıkla hekimler görüşme sırasında dominanttır, tıbbi terimler kullanır, hastaların yargılarını ve hasta bakımının amacını ortaya çıkarmaz, hasta ile arasında empati fırsatını kullanmazlar (21). Bu nedenle öncelikle hekimler terminal dönemdeki hastayı dinlemelidir ve önemli bilgileri hasta ile paylaşmalıdır. Tıbbi terim kullanmaktan kaçınmalıdır. Bu görüşme anında hekimler mekanik ventilasyon, vazopressör ilaçlar gibi özel konulara yoğunlaşırsa da hastalar sıklıkla daha nasıl yaşarım diye pratik sorulara cevap arar. Özel tedavilerden ziyade hasta bakımının amacı ve hastanın değerleri ortaya çıkarılmaya çalışılmalıdır. Böyle bir durumda hastalar büyük bir duygusallık içindedir. Bu amaçla hastaya "Hasan bey gelecek hakkında ve hastalığın artması olasılığı hakkında ne düşünüyorsunuz, sizi en çok endişelendiren nedir?" diye soru yöneltilebilir. Hastaların büyük bir kısmının cevabı ailelerine yük olduğu şeklindedir. Burada hekimin hastaya yaklaşımı hasta ile arasında bir empati oluşmasına güven tazelenmesine olanak verebilir. Özet olarak hasta ile iyi bir ilişki yaşamın son zamanlarında hastanın hekimine güven duymasını sağlayabilir (17).

İleri Direktifler

Hematopoietik kök hücre nakli yapılan hastanın genel durumunda bozulma olabilir, hastanın şuuru bozulabilir, veya ventilatöre bağlanmak zorunda kalabilir. Hasta olarak hayatın sonuna yaklaşıldığında bir süre sonra hastalar kendi bakımları için gerekli olan kararlara katılamayacaklardır. Tüm bu durumlar ortaya çıkmadan evvel hastanın daha sonraki tıbbi müdahalelerde hastanın isteklerinin değerlendirilmesi önemlidir (22). Böyle bir durum önceden sezildiğinde, hekimler hastalarını henüz sağlıkları yeterli olduğu sürede, gelecekte kendilerinin bakım kılavuzunu gösteren sözlü veya yazılı ifade vermeye cesaretlendirmelidir. Bu konum ileri direktifler olarak adlandırılır. Hastalar kendi yerine karar verecek birini söyleyebilir. Böylelikle hastanın ilerideki otonomisi yanında hasta yönünden bakım kılavuzu sağlanmış olur. yazılı direktifler hasta sağlığı için sürekli bir avukat gücü gibidir. Hastanın tercihlerini ve değerlerinin kesin bir göstergesidir. Hasta tarafından aile, arkadaş veya hekime yapılan sözlü ifadelere uyulmalıdır. İleri direktifleri tartışmak isteyen hastaların çok azı ayaktan tedavi görmektedir (23). Bu nedenle, ileri direktiflerin transplantasyon ekibi tarafından daha evvelce ne zaman konuşulacağını saptanması önemlidir. Eğer bu süre belli değilse hastanın tercihi önemlidir (24). Transplantasyon ekibi has-

tanın genel değer yargılarını ve amaçlarını saptamalıdır. Hastanın bir vekil tayin etmek isteyip istemediğini sormalıdır. Tüm bunlar yapılırken konuşma rahat olmalıdır. Konuşma başlangıçta hayati önemi içermeyen bir şekilde "hastanedeki tüm hastalar ile konuşuyorum, eğer bir ara rahatsızlığınızda farklılaşma olur ise benimle konuşma fırsatı olmayabilir bu nedenle sizin bakımınız için karar verirken bana yardımcı olurmusunuz?" şeklinde başlaması önerilir. Tüm bunların yanında hasta hastaneye başvurduğunda sağlığı ile ilgili bazı konular daha ön planda olabilir. Bu takdirde konuşma bu alandan başlamalıdır (18).

Hekimin Rolü

Hasta otonomisi hastanın isteklerini değerlendirme ve doğru bilginin ortaya çıkarılmasında pratik bir güçlük yaratır. Ayrıca bu durum hekime teknisyen rolü verir, hekim gerçeklerden ayrılamaz olan kendi değerlerinin farkına varır. Problemin anlaşılması, onu tanımlayan dilin etkinliği ve problemi belirtme şeklinin tümü kavram ve inançların bilimsel olarak kaçınılmaz halidir (25). Bununla beraber günümüz toplumu kemik iliği transplantasyonu ile uğraşan hekimlere büyük bir sorumluluk yüklemektedir. İlk ve en başta gelen hekim sorumluluğu hastalar en iyi seyir sağlanması ve yakınmaların en aza indirgenmesine yönelik girişimlerdir. Hekimler hasta yakınlarının rahatlatılmasından ve transplantasyon ekibinin stressini azaltma yanında kendilerinden, transplantasyon ünitesindeki diğer hastalardan, departmanlardan ve hastanelerden, kaynakların paylaşımı ile ilgili olarak yalnızca bütçe olarak değil kan ürünleri gibi sınırlı olan kaynak kullanımından sorumludur. Tüm bu sorumluluklar belki kaçınılmazdır ancak hekim üzerinde büyük bir manevi güç oluşturmaktadır (10).

Tedavinin Kesilmesi

Hasta otonomisi veya medikal paternalizm etkin olarak ele alınmaz ise ortak karar teknik yaklaşım, hastanın değer yargıları ve klinik kararın kombinasyonunu içerebilir (26). Aslında ortak karara varmak özellikle uyumsuzluk konuları öncelikle belirlenmemiş ise güçtür. Daha pratik bir yaklaşım yapılabilir. Örneğin bir senaryo olarak düşünüldüğünde hasta ümitsiz bir durumda yaşamı arzu etmeyebilir. Avrupa'daki etik ve yasal kavramlar zıt fikirlere bakmaksızın hastaların sözlü ve yazılı direktifleri bu görüşü destekler niteliktedir. Ancak tartışılan konularda iki engel vardır. Bunlardan biri yaşam olasılığının çok az olduğunu ortaya koyan

veriler mümkün olduğu kadar toplanmalıdır. İkinci senaryo anlamında çok önemli olarak hastanın yazılı kararı olmalıdır. Bunların anlamı pretransplantasyon döneminde hastanın istekleri göz önüne alınarak tartışma için zaman ayrılmasının önemidir. Eğer böyle bir durum ile karşılaşılırsa hastanın istekleri daima en üstün karar olarak değerlendirilir. Ancak hastaya her şeyin mümkün olduğu isteği bir ayrıcalık olarak verilemez. Bu nedenle yararsızlık ile ilgili konuşma hasta ile önceden yapılmalıdır. Fizyolojik bir amaç içermeyen, hastanın konumunda mutlak etki oluşturmayan tedavi şekillerini hekimin uygulaması için bir zorunluluk bulunmamaktadır. Bir diğer konu hastaya gereksiz zarar vermektir. Ancak bu konuda her şeyi deneme isteğinden hastayı nasıl uzak tutulabileceği açık değildir. Ayrıca kullanılmak istenilen tedavinin hastaya gerçekten ne kadar zararlı olduğu bilinmeyebilir. Daha fazla yakınmaya sebep olmamak için bu tedavinin durdurulması doğru olabilir de bu hastanın ilgi alanı değildir. Bu konuda bir üçüncü soru hastanın arzularının neden gereksiz olduğudur; zira burada kaynak kısıtlılığı yoktur. Sonuç olarak belirli sınırlar kurulmalıdır. Bu sınırlar hekim tarafından hasta başında kurulmamalı, hekim hem hasta hem de toplumun savunucusu durumunda olmamalıdır. Eğer toplum sınırları kurmada hekimi sorumlu kılıyor ise kararlar kaynak kullanılabilirliği göz önüne alınarak yapılmalıdır. Bunun yollarından birinde olası girişimler ele alınır. Ancak hekim sınırlı tedavi seçeneklerine sahiptir. Bu durumda olası her seçenek için gayret gösterilebilir ancak olasılıklar fazla değildir. Tutarsızlıktan kaçınmak için deneysel tedavilerin de kullanımını da içeren profesyonel bir yaklaşım tercih edilebilir. Hastanın görüşlerinin bilinmediği bir başka yaklaşım şekli daha mevcuttur. Eğer hasta önceden kendi görüşlerini bildirmiş ve bunlar hekim ve hasta yakınları ile zıt fikirler ise ortada güç bir tablo vardır. Bu durumda ortak karar vermek uzlaşıcı, en iyi ve muhtemelen tatminkar olmayan bir çözümdür. Eğer büyük farklılıklar var ise lokal etik kurullar, tavsiyede bulunabilir. Tüm bu olasılıklara duyarlı bir pretransplantasyon tartışmaları ile engel olunabilir (5,18).

Resussitasyon

Hastanın hastaneye girişi sırasında kardiyopulmoner resussitasyonla ilişkili isteğinin anlaşılması önemlidir. Araştırmalar kardiyopulmoner resussitasyon girişiminde bulunmama tartışmalarının nadiren olduğunu göstermektedir. Hatta hastaların yarısı şifre ile belirtilmemeyi ister, bu nedenle bu

konuda hekimler hasta tabelasına bir order yazmama eğilimindedir (27). Bu veriler hasta tercihlerini anlamak için tartışma başlatmayı ve uygun bir şekilde dökümente edilmesinin gerekli olduğunu göstermektedir. Hekim hasta ile resussitasyon hakkında konuşur iken resussitasyonun başarısı hakkında bilgi vermelidir. Resussitasyon hakkında bilgi sahibi olmak hastaların bu yöndeki kararını etkilemektedir. Hastanede yatan ve resussitasyon yapılan bir hastanın taburcu olma şansı %14'tür (28). Buna karşılık multisistem hastalığı olan veya metastatik kanserli hastalarda bu olasılık %1'in altındadır. Hastaların resussitasyonun müdahale şeklinde ani bir karar olmadığını anlaması önemlidir. Resussitasyon malin hastalığı olan terminal dönemdeki hastalarda daha çok hastanın nasıl ve ne şekilde öleceği (ailesinin olmadığı yabancılarla dolu bir oda da) şeklinde bir konumdur (18).

Prognoz

Hekimler terminal dönemdeki bir hasta ile prognoz hakkında konuşmayı zor ve sıkıntılı bir işlem olarak değerlendirir. Ancak bu görüşme hastalar için çok önemlidir. Çünkü hastalar prognozlarını anladığı zaman farklı tedavi şekillerini tercih edebilir (29). Hematopoietik kök hücre transplantasyonu sonrası terminal dönemdeki hastalar prognozu ile medline tabanlı aramalarda bilgi mevcut değildir. Son dönem kanserli hastalarda hastaların yaşam beklentisi, hastanın özellikleri (yaş, performans, şuur, ruhsal konum), hastanın arzuları, deneysel ilaçların kullanılabilirliği ve ekonomik şartlar prognoz üzerinde etkilidir. Yaşam süresinin klinik olarak tahmini (YSKT) hekimin deneyimi ile yakından ilgili olup her ne kadar subjektifde olsa yararlı bir yöntemdir (30). YSKT hastanın spesifik semptomları ile kombine edilirse prognostik kapasitesi artar. Eğer hastalarda dispne, kognitif bozukluklar var ise prognoz negatif olarak etkilenmektedir (31). Laboratuvar parametreleri de YSKT ile birlikte prognoz hakkında karar verirken göz önüne alınmalıdır. Hemoglobin, Na ve Ca düzeyi, bazı enzimler ve proteinüri bunların başlıcalarıdır. Hastadaki psikososyal faktörler (yaş, cins, ırk, evlilik, eğitim düzeyi, sosyoekonomik) ile prognoz arasında ilişki vardır. Bazı otörler yaşam uzatıcı tedavi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki nedeni ile mutlak kararın hastaya ait olduğuna inanmaktadır. Hasta ile bu konuları tartışmada hastanın eğitim ve kültür düzeyi önemlidir (32).

HASTA YAKINLARI İLE GÖRÜŞME

Eğer hasta konumunu tartışmak bir vekil tayin

etmemiş ise terminal dönemdeki hastalarda ilişki kurma zorluğu nedeni ile bazı kararları almak için sıklıkla hasta yakınları ile karar alma zorunluluğu vardır. Hasta vekil tayin etmiş ise hastanın hakkında görüşmeler hastanın vekili ile yapılır. Hasta tarafından bir vekil tayin edilmemişse bu görüşmeler hasta yakınları ile yapılmak zorunluluğundadır (33). Kısa sürede sevdiği bir yakını kaybedecek olan hasta yakınları stres altındadır. Bununla beraber bu kişiler hastalarının tedavisi hakkında karar verme aşamasındadır. Yaşamının sonuna yaklaşmış olan hasta için hekimler hasta yakınları ile sık olarak toplanmalı, hastanın durumunu tartışmalı ve bu görüşmeler anında hasta için gerekli kararlar alınmalıdır. Bu görüşmelerde amaç hastanın bu durumda iken ne tedavisinin yönlendirilmesinin saptanmasıdır. Hasta yakınları ile bu görüşmeler yapılır ve hastanın tedavisi hakkında kararlar alınırken bazı kurallara uyulmalıdır. Öncelikle görüşme öncesi amaç ve görüşme liderliğini yapacak kişi seçilmelidir. Hasta yakınları ile olacak görüşme sessiz ve özel bir odada yapılmalıdır. Hasta yakını olarak bilinen kişiler ve hasta bakımında görevli olanlar bu görüşmeye dahil edilmelidir. Hasta yakınlarının hastanın konumunu anlayıp anlamadığı değerlendirilmelidir, bu konuda hasta yakınların nazikçe soru yöneltilmelidir. Hastanın durumu özetlenmeli ve bu esnada teknik dil kullanılmamalıdır. Daha sonra hasta yakınlarının durumu anlayıp anlamadığı test edilmelidir. Hastanın bu konuda ne talep edebileceği hasta yakınlarından sorgulanmalıdır. Karar için hasta yakınlarının cevabı alınmalıdır. Daha sonra görüşme özetlenmeli ve karar teyit edilmelidir. Daha sonraki görüşmelerin zamanı düzenlenmeli ve bu görüşme kağıda dökülmelidir. Bu görüşmeler sırasında hastanın isteklerine odaklanma hasta yakınlarının karar almasına eşlik edebilen veya tedavinin kısıtlanmasına ait kararda var olabilecek sorumlulukta yardımcı olabilir. Hekim bu görüşme esnasında hastanın nasıl, nerede ve ne zaman hastanın öleceği gibi kesin yargıda bulunmamaya özen göstermelidir. Görüşmelerin alınan kararları içeren özet konuşma ile bitirilmesi hekime konuşmaları diğer hasta yakınlarına aktaracak bir kişi ile konuşma fırsatı verir (18,34).

PSİKOSOSYAL DESTEK ve MANEVI KONULAR

Hekimler genellikle hastalarında palyasyon ve şifa üzerine kurgulanmıştır. Hastasını kaybedeceğini anlayan hekim huzursuzdur, hastasından uzaklaşmak isteyebilir. Hastane çalışanları vizit sı-

rasında hekimin bu tavrına karşı durabilir. Böylelikle hekimin hastaya yönelmesinde teröpetik yok sayma engellenmeye çalışılır. Terminal dönemdeki hastalar hekimlerinin kendilerini terk edeceği korkusuna kapılır. Bazen hastalar bu düşüncelerini günlük ziyaretlerde rutin olarak bulunmayan hekimlerle paylaşabilir. Bu nedenle terminal dönemdeki hasta bakımından sorumlu hekimler kendi aralarında tartışarak hastanın kendilerine olan güvenin devam etmesini sağlamaya çalışmalıdır (35). Elzabeth Kübler-Ross ölmek üzere olan bir hastada 5 tür acı-üzüntü tanımlamıştır (18,36). Bunlar genellikle lineer bir artma gösteren dönemlerden oluşur. Bu dönemler inkar, kızgınlık, anlayış, depresyon ve kabullenme dönemlerinden oluşmaktadır. Hastalar son dönemlerini bu evreler arasında yaşar. Bu dönem hastaların duygu yüklü dönemlerini olup hekimlerin yakın ilgisi gerekli olup psikoterapi ve gurup tedavisi için yönlendirilme gereklidir. Bazı hastalarda rahatlatma ve ölümün üstesinden gelmek için maneviyata dönüş başlar. Hekimlerin bu konularda bir eğitimi olmadığı halde hastalarına maneviyat hakkında soru sorabilir ve kendileri ile bu konuda konuşmaları için hastalara cesaret verir. Ancak bazen manevi konularda hastalarından cevaplayamadığı sorularla karşılaşabilir. Böyle bir durumda kendilerine manevi konularda yardımcılık yapan vaiz, imam, müftü gibi makamlara danışması uygun olur (35).

POSTMORTEM YAPILMASI GEREKENLER

Ölüm Sertifikası

Hekimin sorumluluğu hastanın ölmesi ile bitmemektedir. Hekimin terminal dönemdeki hastası öldükten sonra yapması gerekenlerden bir tanesi hastanın ölüm sertifikasının çıkartılmasıdır. Ölümün doğru bir şekilde kayıt altına alınması önemlidir. Böylelikle hasta yakınlarının tıbbi hikayeyi anlaması yanında sigorta ile ilişkili olası sorunların önüne geçilmiş olur. Ancak çoğu zaman hasta ölümleri; ölümün patofizyolojik mekanizmalarından son evre olan ve ölüme neden olan sebebi yansıtmayan kardiyopulmoner arrest olarak kaydedilmektedir. Bu nedenle kök hücre transplantasyonu sonrası ölen hastalarda ölüm nedenleri "böbrek yetmezliği" veya "pnomosistis karinii pnomonisine bağlı ağır solunum yetmezliği" gibi açık olarak belirtilmelidir. Ölüm sertifikasında ilgili tüm alanlar doldurulmalı ve hastalığın başlangıcı kayıt edilmelidir (37).

Otopsi

Hematopoietik kök hücre nakli sonrası ölüm nedeni tam olarak bilinmeyen hastalarda otopsi yapılması talep edilmelidir. Böylelikle ölüm nedeni bulunabilir, olası tanı teyit edilir. Hastaların %12'den fazlasında hastalık veya hastalığa eşlik eden farklılıklar tanımlanır. Bu durum gelecekte hastalara yaklaşımda önemlidir. Hasta yakınlarının otopsiye sıcak bakmadığı bilinmektedir. Bu nedenle hasta yakınlarına otopsinin amaçları yalın ve açık bir dille anlatılmalı, hastanın yüzünde bir şekil bozukluğunun oluşmayacağı ve cenaze işlemlerinin gecikmeyeceği konusunda tatmin edilmelidir (38).

Ölüm Sonrası Hasta Yakınlarının Bakımı

Her ne kadar hasta yakınlarına hasta hakkında devamlı olarak bilgi veriliyorsa da hasta yakınlarının bazıları hastalarını hospitalizasyon öncesi dönemde hatırlar. Bu nedenle hastalarının ölümünden büyük bir acı duymaları olağandır. Özellikle hastaların kaybettiği anda hasta yakınlarının konforu mutlaka sağlanmalı, eğer var ise yakınmalarını gidermeye çalışmalıdırlar. Hasta öldükten birkaç hafta sonra hospitalizasyon ve ölüm hakkında soru sorulmalıdır. Bu soruların hiçbirine hastane çalışanı tarafından müdahale edilmemelidir. Böylelikle hasta yakınlarında olası suçluluk duygusu azaltılabilir, hasta yakınlarının acısı ve depresyonu hakkında bilgi sahibi olunarak gerekiyorsa bir psikiyatri kurumuna gitmesi sağlanabilir (18).

KAYNAKLAR

1. Armitage JO: Bone marrow transplantation. N Engl J Med 1994; 330:827-838.
2. Paz HL, Crilley P, Weinar M, et al: Outcome of patients requiring medical ICU admission following bone marrow transplantation. Chest 1993; 104:527-531.
3. Jackson SR, Tweeddale MG, Barnett MJ, et al: Admission of bone marrow transplant recipients to the intensive care unit: Outcome, survival and prognostic factors. Bone Marrow Transplant 1998; 2:697-704.
4. Afessa B, Tefferi A, Hoagland HC, et al: Outcome of recipients of bone marrow transplants who require intensive-care unit support. Mayo Clin Proc 1992; 67:117-122.
5. Horak DA, Forman SJ. Critical Care of the hematopoietic stem cell transplantation patient. Crit Care Med 2001; 17:671-695.
6. Crawford SW, Petersen FB: Long-term survival from respiratory failure after marrow transplantation for malignancy. Am Rev Respir Dis 1992; 145:510-514.
7. Paz HL, Garland A, Weinar M, et al: Effect of clinical outcomes data on intensive care unit utilization by

- bone marrow transplant patients. *Crit Care Med* 1998; 26:66-70.
8. Brochstein JA: Critical care issues in bone marrow transplantation. *Crit Care Clin* 1988; 4:147-166.
 9. Afessa B, Tefferi A, Dunn WF, Litzow MR, Peters AG. Intensive care unit support and Acute Physiology and Chronic Health Evaluation III performance in
 10. hematopoietic stem cell transplant recipients. *Critical Care Medicine* 2003; 31:1715-1721.
 11. Perry AR, Rivlin MM and Goldstone AH. Bone Marrow Transplant Patients With Life-Threatening Organ Failure: When Should Treatment Stop? *J Clin Oncol* 1999; 17:298-303.
 12. Langendoen K, Caplan AL, McGlave PB: Survival of adult bone marrow transplant patients receiving mechanical ventilation: A case for restricted use. *Bone Marrow Transplant* 1993; 12:501-507.
 13. Rubenfeld GD, Crawford SW: Withdrawing life support from mechanically ventilated recipients of bone marrow transplants: A case for evidence-based guidelines. *Ann Intern Med* 1996; 125:625-633.
 14. Denardo SJ, Oye RK, Bellamy PE: Efficacy of intensive care for bone marrow transplant patients with respiratory failure. *Crit Care Med* 1989;17:4-6.
 15. Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR: Medical futility: Its meaning and ethical implications. *Ann Intern Med* 1990;112:949-954.
 16. Stanley JM: The Appleton International Conference: Developing guidelines for decisions to forgo life-prolonging medical treatment. *J Med Ethics* 1992; 18(suppl):1-23.
 17. Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR: Medical futility: Its meaning and ethical implications. *Ann Intern Med* 1990; 112:949-954.
 18. Callaghan D: Medical futility, medical necessity: The problem without-a-name. *Hastings Cent Report* 1991; July-August:30-35.
 19. Pantilat SZ. End-of life care for the hospitalized patient. *Med Clin N Am* 2002; 86:749-770.
 20. Olf SM: Conflict between doctor and patient. *Law Med Health Care* 1988; 16:197-203.
 21. Pantilat SZ, Lindenauer PK, Katz PP, et al. Primary care physician attitudes regarding communication with hospitalists. *Am J Med* 2001; 111:155-205.
 22. Tulskey JA, Fischer GS, Rose MR, et al. Opening the black box: how do physicians communicate about advance directives? *Ann intern med* 1998; 129:441-449.
 23. Seckler AB, Meier DE, Mulvihill M, et al: Substituted judgement: How accurate are proxy predictions? *Ann Intern Med* 1991; 115:92-98.
 24. Emanuel LL, Barry MJ, Stoeckle JD, et al. Advance directives for medical care: a case for medical use. *N Engl J Med* 1991; 324:889-895.
 25. Pantilat SZ; Alpers A, Wachter RM, et al. A new doctor in house: ethical issues in hospitalist system. *JAMA* 1999; 282:171-174.
 26. Veatch RM, Spicer CM: Medically futile care: The role of the physician in setting limits. *Am J Law Med* 1992; 28:15-36.
 27. Lantos JD, Singer PA, Walker RM, et al: The illusion of futility in clinical practice. *Am J Med* 1989; 87:81-84.
 28. The SUPPORT Principal Investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). *JAMA* 1995; 274:1591-1598.
 29. Ebell MH, Becker LA, Barry HC, et al. Survival after in-hospital cardiopulmonary resuscitation. A meta analysis. *J Gen Intern Med* 1998; 13:805-816.
 30. Christaki NA, Iwashyna TJ. Attitude and self-reported practice regarding prognostication in a national sample of internists. *Arch Intern Med* 1998; 158:2389-2395.
 31. Maltoni M, Piraovano M, Scarpi E, et al. Prediction of survival of patients terminally ill wit cancer. *Cancer* 1995; 75:2614-2622.
 32. Maltoni M, Amadori D. Prognosis in advanced cancer. *Hematol Oncol Clin N Am* 2002; 16:715-729.
 33. Morita D, Tsunoda J, Inoue S, et al. The palliative prognostic index: a scoring sytem for survival prediction of terminally ill cancer patients. *Support Cancer Med* 1999; 7:128-133.
 34. Prendersgast TJ, Luce JM. Increasing incidence of withholding and withdrwal of life support from the critically ill. *Am J Respir Care Med* 1997; 155:15-20.
 35. Curtis JR, Patrick DL. how to discuss dying and death in the ICU. In: Curtis JR, Rubenfeld GD, editors. *Mqanaging death in the ICU*. New York: Oxford University Press; 2001, p:85-102.
 36. Pantilat SZ. Care of dying patients: beyond symptom and management. *West J Med* 1999; 171:253-256.
 37. Kübler-Ross E. *On death and dying*. New York: Macmillan; 1969.
 38. Magrane PB, Gilliland MG, King DE. Certification of death by family physicians. *Am Fam Physician* 1997; 56:1433-1438.
 39. Papadakis MA, Mongione CM, Lee KK, et al. Treatable abdominal pathological coditions and unsuspected malignant neoplasms at autopsy in veterans who received mechanical ventilation. *JAMA* 1991; 265:885-887.