

Terminal Dönemde Olan Hastanın Bakımı

Care of the Patient Who is in Terminal Period: Review

Zeliha ÖZDEMİR,^a
Sevilay ŞENOL ÇELİK^b

^aHemşirelik Bölümü,
Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, Ankara
^bHemşirelik Bölümü,
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD,
Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi, Ankara

Geliş Tarihi/Received: 07.01.2009
Kabul Tarihi/Accepted: 15.02.2009

Yazışma Adresi/Correspondence:
Sevilay ŞENOL ÇELİK
Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları
Hemşireliği AD, Hemşirelik Bölümü,
Ankara,
TÜRKİYE/TURKEY
sevilay@hacettepe.edu.tr

ÖZET Terminal dönem, yaşamsal fonksiyonların belirli bir süre içinde sonlanmasının beklendiği süre olarak tanımlanmaktadır. Terminal dönemde olan hastalar bu süreçte problemleriyle başa çıkabilmek ve gereksinimlerini karşılayabilmek için yardıma ihtiyaç duymaktadırlar. Bu süreçte hastaların gereksinimlerini karşılamayı ve onlara daha iyi bir yaşam sürmeyi amaçlayan faaliyetlere 'yaşam sonu bakım' denmektedir. Yaşam sonu bakımda hedeflenen yaşam kalitesini artırmak, ağrı ve diğer sorunları azaltmak ya da ortadan kaldırmak, bireyin mümkün olduğunca bağımsızlığını sürdürmesini sağlamak, saygıdeğer bir ölüm ortamı sağlamak ve aile üyelerini desteklemektir. Terminal dönemde olan hastaların bakımı fiziksel ve psikososyal gereksinimlerin karşılanmasını içermektedir. Bu hastaların fiziksel gereksinimleri ağrının giderilmesine; nörolojik, solunum, gastrointestinal, üriner, kardiyovasküler fonksiyonların, sıvı-elektrolit dengesinin, bireysel bakımın ve cilt bütünlüğünün sürdürülmesine ilişkin uygulamaları içermektedir. Terminal dönemde olan hastaların yaşam kalitesi fiziksel gereksinimlerinin yanı sıra psikolojik ve sosyal gereksinimlerinin karşılanmasıyla artar. Bu hastalar genel durumları kötüleştiğinde acı çekmemeyi, kontrolünü kaybetmemeyi, bağımsızlığını sürdürebilmeyi ve saygılı bir ölümü ümit ederler. Bu dönemde bakım bireylerin istekleri doğrultusunda olmalı, istenmeyen tedavi ve girişimler zorla yapılmamalıdır. Hastalar ve yakınlarıyla yaşam sonu tedavi ve bakım konusu konuşulmalı, önemli kararlar alınırken mutlaka hasta ve ailesine danışılmalıdır. Ayrıca terminal dönemde olan hastalar ve ailelerinin dini inanç gibi manevi gereksinimleri de olabilir. Hasta ve hasta yakınlarının bu gereksinimleri de dikkate alınarak dini inançlarını uygulayabilecek ortam sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Terminal dönem; hemşirelik bakımı; palyatif bakım

ABSTRACT Terminal period is defined as expected time ending of life functions within certain time. Patients who are in terminal period need help to be able to cope with their problems and to meet their needs at this process. End of life care is defined as activities aiming at meeting patients needs and enabling them better life at this process. Aim of end of life care are to increase quality of life, to decrease or remove pain and other problems, to maintain independence of the individual, to provide a respected death environment, and to support their family. Care of the patients who is in terminal period includes meeting physical and psychosocial needs. Physical needs of these patients include practices related to removing pain; maintaining the functions of neurologic, respiratory, gastrointestinal, urinary, cardiovascular; maintaining fluid-electrolyte balance, individual care and skin integrity. Quality of terminally ill patients' life increase with meeting psychosocial needs as well as their physical needs. These patients expect not suffering from pain, not losing of their self-control, maintaining their independence and dying with dignity. At this period, their care must be according to desires of them and their relatives, must be not by force the therapy and interventions that they do not want. The patients and their family must be informed issues about end of life care and therapy, debated with patients and their family while important decisions are taken. In addition, patients who are in terminal period and their relatives may be in spiritual needs such as religious belief. An ambiance must be created that to meet their religious believer, considering needs of the patients and members of their families.

Key Words: Terminal stage; nursing care; palliative care

Yaşam, canlılığı belirleyen hareket, büyüme, üreme, uyarılabilirlik ve organizasyon öğelerinin var olması, ölüm ise canlılığı belirleyen bu öğelerin var olmaması, yaşamın sona ermesi demektir. Bilimsel ve tıbbi ilerlemeler ölümlü geciktirmekte ve buna bağlı olarak terminal dönem, yaşam sonu bakım ve terminal dönemde olan hasta kavramları önem kazanmaktadır.¹⁻⁷

‘Terminal dönem’ yaşamsal fonksiyonların belirli bir süre içinde sonlanmasının beklendiği süre olarak tanımlanmaktadır. Hastalığının son evresinde bulunan ya da herhangi bir nedenle ölmek üzere olan, yaşamsal fonksiyonlarını geriye dönüşsüz olarak kaybetmiş ve belirli bir süre içinde ölümlü beklenen hastaya ‘ölüm sürecinde olan hasta’ ya da ‘terminal dönem hastası’ denilmektedir. Terminal dönemde olan hastalar bu dönemde problemleriyle başa çıkabilmek ve gereksinimlerini karşılayabilmek için yardıma ihtiyaç duymaktadırlar. Bu süreçte hastaların gereksinimlerini karşılamayı ve onlara daha iyi bir yaşam sürmeyi amaçlayan faaliyetlere ‘yaşam sonu bakım’ denmektedir.^{1,8-10}

Yaşam sonu bakım, terminal dönemde olan hastaların bakımı için özelleşmiştir ve terminal dönemde olan hastaların yaşam kalitesini artırmayı amaçlar. Yaşam sonu bakımın temel ilkeleri; bireye bütüncül bakım anlayışı içinde bakım vermek, hastaya tanı ve tedavi seçenekleri konusunda bilgi vermek, yeterince açık iletişim kurmak, hastanın seçimlerine saygı göstermek, problemlerin kontrol altına alınmasını sağlamak ve hastanın yaşam kalitesine önem vermektir. Yaşam sonuna yaklaşan hastalar için ölümlü geciktirmektense yaşam kalitesini en üst düzeye çıkarmak bakımda öncelikli konu olmalıdır. Bu doğrultuda yaşam sonu bakımda hedeflenen yaşam kalitesini artırmak, ağrı ve diğer sorunları azaltmak ya da ortadan kaldırmak, bireyin mümkün olduğunca bağımsızlığını sürdürmesini sağlamak, saygıdeğer bir ölüm ortamı sağlamak ve aile üyelerini desteklemektir.^{1,9-18}

Terminal dönemde olan hastanın bakımı, bireyin bütüncül bakım anlayışı içinde fiziksel ve psikososyal gereksinimlerinin karşılanmasını içermektedir.

■ TERMİNAL DÖNEMDE OLAN HASTANIN FİZİKSEL GEREKSİNİMLERİNİN KARŞILANMASI

Terminal dönemde olan hasta ağrı, solunum sıkıntısı, iştahsızlık, yorgunluk, inkontinans, bası yaraları gibi fiziksel problemler açısından değerlendirilmeli, bu problemlerin nedenleri belirlenip ortadan kaldırılmalı ve hastaya uygun tedavi ve bakım verilmelidir.^{1,9,10,19-22} Terminal dönemde olan hastanın fiziksel gereksinimleri ağrının giderilmesine; nörolojik, solunum, gastrointestinal, üriner, kardiyovasküler fonksiyonların, sıvı-elektrolit dengesinin, bireysel bakımın ve cilt bütünlüğünün sürdürülmesine ilişkin uygulamaları içermektedir.

AĞRININ GİDERİLMESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

İnsanların çoğunluğu ağrı çekerek ölmekten korkarlar. Yaşamın son günlerine doğru hasta ve ailede bu korku daha da artar. Bu korku ve endişe gerçek dışı ya da temeli olmayan bir duygu değildir. Çünkü ölüm sürecinde hastaların çoğunluğu, özellikle kanserli hastaların %75’i ağrı çekerler.¹ Ağrı kişinin yaşamını olumsuz yönde etkiler. Ağrısı azaltılamayan ya da kontrol altına alınamayan bireylerin yemek yeme, uyuma, yürüme gibi günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme zorlaşır. Ağrı birey için ciddi bir stres kaynağıdır. Bu nedenle ağrısı olan bireyde stres ve anksiyete belirtisi ve bulgularına rastlanabilir. Bunlar; kalp atım sayısında, kan basıncında ve solunum sayısında artma, bireyin yüz ve omuz kasları başta olmak üzere tüm vücut kaslarında kasılma, endişeli, acılı yüz ifadesi, uyarılardan uzaklaşma isteği ve huzursuzluktur. Ayrıca kişi çektiği acı nedeniyle etrafındakilerle iletişim kurmayabilir ve genellikle sıkıntılı olur. Ağrı anksiyete ve depresyonla birlikte seyredebilir ve hastada uykusuzluk, halsizlik, yorgunluk, huzursuzluk, izolasyon gibi problemlere katkıda bulunur.^{1,9} Ağrı hastanın yaşam kalitesini önemli ölçüde azalttığından ciddi bir sorundur. Ağrı kontrolü; ağrı nedeninin doğru bir şekilde belirlenmesini, ağrının tipinin, klinik özelliklerinin tanımlanmasını, hastaya uygun tedavi yöntemlerinin seçilmesini ve tedavi sonuçlarının sürekli değerlendirilmesini içerir.^{1,9,19,22}

Etkili ağrı kontrolü için gerekli girişimler şunlardır:^{1,10,20}

- Ağrının yerini, şiddetini, niteliğini düzenli olarak değerlendirmek,
- Hastanın ağrı şikâyetine inanmak ve nasıl azaltılabileceğine ilişkin önerilerini dikkate almak,
- Hasta için ağrı kontrol yöntemlerinden farmakolojik ya/ya da farmakolojik olmayan uygun girişimleri belirlemek. Farmakolojik ağrı kontrolü, analjezik kullanımını ve hastanın ağrı algılamasını ya da ruh halini etkileyen diğer ilaçların kullanımını içerir. Farmakolojik olmayan yaklaşımlar ise nörolojik ve nöroşirurjik girişimler ve rahatlığı sağlamak için yapılan hemşirelik uygulamalarıdır (hastayla etkili iletişim kurmak, hastanın dikkatini başka alanlara yönlendirmek, hastaya gevşeme, derin soluk alıp verme egzersizleri yaptırmak, hastanın yürüme, ibadet etme, güzel hayaller kurma gibi aktiviteler yapmasını sağlamak),
- Girişimleri zamanında ve eşgüdümlü bir şekilde gerçekleştirmek,

■ Hasta ve aileyi ağrı kontrolüne katmak ve onları katılımları için cesaretlendirmektir.

İyi bir ağrı kontrolü depresyon, anksiyete, ümitsizlik ve yetersizlik çemberini kırabilir. Bunun gerçekleşmesinde hemşirenin rolü önemlidir. Bu rol ağrıyı değerlendirmeyi, ağrı kontrol yönteminin belirlenmesinde ve uygulanmasında multidisipliner ekiple çalışmayı gerektirir.⁹

SOLUNUM SİSTEMİ FONKSİYONLARINI SÜRDÜRMEYE YÖNELİK UYGULAMALAR

Terminal dönemde olan hastalarda solunum değişikliği beklenen bir durumdur. Solunum değişiklikleri aile ve sağlık çalışanları için yakında gerçekleşecek ölümün en stres yaratıcı göstergesidir. Solunum problemlerinin sebepleri; solunum yollarında sekresyon birikimi, enfeksiyon, pulmoner ödem, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, malign tümörler, plevral effüzyon, pnömoni, bronkospazm, anksiyete ve stres olabilir.^{1,8,9,20,23} Kanserli hastaların yaklaşık %60'ı tanı konulduktan sonra solunum sıkıntısından şikâyet etmekte, ölüm yaklaştıkça ise bu oran %90'lara çıkmaktadır.¹

Ölüm sürecindeki hastalarda solunum genellikle yüzeyseldir, apne periodları ya da cheyne-stokes solunumu görülebilir. Hastada solunum sıkıntısı geliştiğinde öncelikle altta yatan neden belirlenmeye çalışılmalı ve hastanın oksijen gereksinimi karşılanmalıdır. Stres ve anksiyete yaşayan hastaya gevşeme teknikleri öğretilmeli, rahat solunum yapabileceği pozisyon verilmeli, derin solunum ve öksürük egzersizleri yaptırılmalıdır. Hastanın ziyaretçileri sınırlandırılmalı, odası havalandırılmalı ve ortamdaki gereksiz araç-gereçler dışarı çıkarılmalıdır. Sekresyonların birikmesini önlemek ve hareketini sağlamak için sık pozisyon değişikliği sağlanmalıdır. Solunum sıkıntısının azaltılmasına yönelik antibiyotikler, diüretikler, bronkodilatörler, steroidler ve düşük dozda narkotikler etkili olabilir. Aspirasyon ile solunum yolları temizlenmeli, fakat çok zorunlu kalmadıkça bu uygulama tercih edilmemelidir. Çünkü aspirasyon hastanın uyarılmasına ve huzursuzluk yaşamasına neden olabilir. Ayrıca son zamanlarını yaşayan hastanın aspirasyon işlemiyle huzursuz edilmesi, ailenin ve sağlık çalışanlarının da gerginlik ve stres yaşamasına yol açabilir.^{1,8,9,19,20,22}

SİNDİRİM SİSTEMİ FONKSİYONLARINI SÜRDÜRMEYE YÖNELİK UYGULAMALAR

Terminal dönemde olan hastaların iştahı, yiyecek tüketimi ve sıvı alımı azalır. Bunun sebepleri arasında hastanın sindirim fonksiyonlarının yavaşlaması ve gecikmesi, ağızda tat değişikliklerinin olması, ağız yaralarının, yutma güçlüğünün, ağrısının, yorgunluğunun ve stresinin olması yer almaktadır. Ayrıca bu dönemde hastaları güçsüz bırakan ve sıkıntı veren problemlerden biri bulantı-kusmadır. Bulantı-kusma ilaçlara, üremiye, abdominal visseradaki problemler ya da gastrik tümörler gibi mideye baskı yapan durumlara, anksiyeteye, yiyeceklerin koku ve görünüşüne bağlı olarak oluşabilir.^{9,23,24}

İştahsızlık, bulantı-kusma gibi problemler hastaların ağız yoluyla verilen gıdaları tolere etmesine engel olabilir. Öncelikle bu durumun normal olduğu kabul edilmeli ve hasta yemek yemesi için zorlanmamalıdır. Hasta sık aralıklarla, azar azar beslenmeli, hastanın düzenli olarak kilo ve sıvı-elektrolit takibi yapılmalıdır. Bulantı-kusma olu-

yorsa nedene yönelik uygun ilaçlar verilmelidir.^{8,16,23-25}

Terminal dönemde olan hastaların sıvı alımında da azalma olur. Buna yönelik hastaların alabildikleri oranda ağızdan sıvı alımı için desteklenmesi, gerektiğinde ise intravenöz sıvı desteğinin sağlanması gerekir. Sıvı alımında azalma olan hastalarda düzenli olarak aldığı- çıkardığı, sıvı- elektrolit takibi ve dehidratasyon belirti ve bulgularının takibi yapılmalıdır. Terminal dönemde olan hastalarda gerektiğinde enteral ve parenteral yolla beslenmeye geçilmelidir.^{8,16,24,25}

Ağızdan yiyecek alamayan hastalarda ağız kuruluğu, enfeksiyonu ve yaraları önemli ve sıkça karşılaşılan problemlerdendir. Hastaların ağız bakımının sürdürülmesi ve ağız mukozasının nemlendirilmesi ağız yaraları ve enfeksiyonlarının önlenmesi açısından oldukça önemlidir. Diş fırçası ve diş macunu ile ağız bakımı tercih edilmeli, hasta bunu tolere edemiyorsa abeslanga sarılı gazlı bez yardımıyla ve temiz suyla ağız bakımı yapılmalıdır.^{8,9,22,25}

Yaşamın son zamanlarında bazı hastalarda sfinkter kontrol kaybına bağlı olarak gaita inkontinansı görülürken, bazı hastalarda ise konstipasyon ya da diyare görülebilir. Hastanın hem fiziksel hem de psikolojik olarak rahatsızlık duymasına neden olan gaita inkontinansı terminal dönemde olan hastaların bakımında sıkça karşılaşılan sorunlardan biridir. Gaita inkontinansı olan hastanın boşaltım alışkanlıkları değerlendirilmeli, alışkanlıklarına uygun olarak boşaltım ihtiyacı karşılanmalı, fiziksel ve psikolojik rahatlığının sağlanması için düzenli aralıklarla perine bakımı yapılmalı, altına emici pedler konulmalı, gereksinime göre iç çamaşırları değiştirilmeli, yatağının temiz ve kuru tutulması sağlanmalı, diyetinde lifli ve gaz yapıcı gıdalar kısıtlanmalıdır.^{1,8,22,25}

Halsizlik nedeniyle aktivitesi kısıtlanan, iştahsızlığı nedeniyle yemek ve sıvı alımı azalan, ağrısı nedeniyle opioid analjezikler uygulanan ölüm sürecindeki hastalarda konstipasyon kaçınılmaz bir sorundur. Hastaların dışkılama sıklığı ve dışkı özellikleri açısından izlenmesi konstipasyonun erken dönemde saptanmasını sağlar. Konstipasyon

gelişme riski olan ya da konstipasyon gelişen hastalar için, lifli gıdaların verilmesi, bol sıvı alımının sağlanması, fiziksel aktivitenin desteklenmesi ve profilaktik gaita yumuşatıcıları ya da stimulanların verilmesi yararlı olabilir.^{1,9,19,22}

Terminal dönemde olan hastalarda gelişebilecek diğer bir gastrointestinal sistem problemi de diyaredir. Hastada diyare gelişmiş ya da gelişme riski varsa buna yönelik diyet düzenlemesi yapılmalı, hastanın bol sıvı alımı sağlanmalıdır. Hasta dehidratasyon belirti ve bulguları açısından gözlenmeli, hastanın laboratuvar bulguları değerlendirilmeli, aldığı- çıkardığı, kilo takibi yapılmalı ve sıvı-elektrolit kaybı karşılanmalıdır. Ayrıca hastaya düzenli olarak cilt ve perine bakımı verilmeli, hasta yatağı temiz ve kuru tutulmalıdır.^{1,9,19,22}

ÜRİNER SİSTEM FONKSİYONLARINI SÜRDÜRMEYE YÖNELİK UYGULAMALAR

Terminal dönemde olan bazı hastalarda sfinkter kontrol kaybına bağlı olarak idrar inkontinansı görülürken bazı hastalarda ise idrar retansiyonu görülebilir. Bu nedenle hasta idrar inkontinansı ya da retansiyonu gelişimi açısından değerlendirilmeli ve aldığı-çıkardığı izlemi yapılmalıdır. İdrar inkontinansı ya da retansiyonu nedeniyle hastaya üretral kateter takılabilir. Kateter olan hastaya gereksinime göre perine bakımı yapılmalıdır. Ayrıca inkontinans durumunda hastanın altına emici pedler konulur, gereksinime göre iç çamaşırları değiştirilir ve yatağının temiz ve kuru olması sağlanır. Böylece hastanın fiziksel ve psikolojik açıdan rahatlığı sağlanmış olur. Ayrıca hemşire, hastayı gelişebilecek üriner sistem enfeksiyonu açısından değerlendirmeli ve enfeksiyon gelişimini önlemeye yönelik gerekli girişimlerde bulunmalıdır.^{1,8,22,25}

KARDİOVASKÜLER SİSTEM FONKSİYONLARINI SÜRDÜRMEYE YÖNELİK UYGULAMALAR

Yaşamın sonuna doğru kardiyak debi ve damar içi volüm azalır. Hastalarda taşikardi, hipotansiyon, periferik ve santral siyanoz, periferik soğukluk meydana gelir. Bu süreç içinde olan hastalarda monitörizasyon sağlanmalı, belirli aralıklarla kan basıncı, kalp atım hızı, periferik nabızlar ve siyanoz olup olmadığı kontrol edilmelidir. Bu bulgularda herhangi bir olumsuz değişiklik saptandığında ge-

rekli girişimler zamanında ve uygun şekilde yapılmalıdır.^{1,8}

SIVI-ELEKTROLİT DENGESİNİ SÜRDÜRMEYE YÖNELİK UYGULAMALAR

Terminal dönemde olan hastada sıvı ve yiyecek alımının azalması, böbrek fonksiyonlarının bozulması, diyare gibi nedenlerle sıvı-elektrolit dengesizlikleri görülebilir. Bu nedenle terminal dönemde olan hastalar sıvı-elektrolit dengesizlikleri açısından izlenmelidir. Sıvı-elektrolit dengesini sürdürmeye yönelik hastanın düzenli olarak aldığı-çıkarıldığı, kilo ve yaşam bulguları izlemi yapılmalı, laboratuvar bulguları değerlendirilmeli, ağızdan sıvı alımı ve beslenmesi desteklenmeli, gerektiğinde enteral ya da parenteral beslenmeye geçilmelidir. Ayrıca hasta dehidratasyon belirtisi ve bulguları açısından değerlendirilmeli, sıvı-elektrolit kaybı varsa karşılanmalıdır.^{1,8,16,24,25}

BİREYSEL BAKIMI VE CİLT BÜTÜNLÜĞÜNÜ SÜRDÜRMEYE YÖNELİK UYGULAMALAR

Terminal dönemde olan hastaların yorgunluk, güçsüzlük, halsizlik, ağrı gibi sebeplerle fiziksel aktivitesinde ve hareketliliğinde azalma olur. Bu durumda hasta bireysel bakımını karşılamada yetersiz kalır ve yardıma ihtiyaç duyar. Hastaların yaşam kalitesini yükseltmek amacıyla hastanın bireysel bakıma yönelik ihtiyaçları belirlenmeli ve karşılanmalıdır. Bireysel bakım uygulamaları; hastaya düzenli aralıklarla yatak ve saç banyosu, el, yüz, göz, ayak, tırnak, perine, ağız ve diş bakımı verilmesini, gereksinime göre kateter, dren, yara bakımı yapılmasını, hastanın çamaşırlarının değiştirilmesini, nemlendiriciyle masaj yapılmasını ve hasta yatağının ve odasının temizliğinin sağlanmasını içermektedir. Bu uygulamalar yapılırken hastanın bağımsızlığı korunmalı ve mümkün olduğunca hasta ve hasta ailesi de bakıma katılmalıdır.^{8,26,27}

Terminal dönemde olan hastaların doku perfüzyonunun azalması, yeterli besin ve sıvı alamaması, ağrı, yorgunluk, güçsüzlük gibi nedenlerle fiziksel aktivitelerinin azalması nedenleriyle cilt bütünlüğü bozulabilir ve buna bağlı olarak bası yaraları gelişebilir. Bu nedenle terminal dönemde olan hastalarda bası yarası gelişme riski bilinmeli

ve gerekli önlemler alınmalıdır. İyi planlanan ve uygulanan bir hemşirelik bakımı ile bası yaralarının oluşması engellenebilir. Buna yönelik olarak hastanın derisi başta basınç bölgeleri olmak üzere bası yarası gelişimi açısından düzenli olarak değerlendirilmelidir. Fiziksel aktivitesi azalan hastaya yatak içinde aktif-pasif egzersizler yaptırılmalı, durumuna göre 2 saatte bir pozisyon verilmelidir. Ayrıca bu hastalar için havalı yatak kullanımı da yararlı olabilir. Doku perfüzyonu azalan hastada basınç bölgelerinde dolaşımı artırmak amacıyla bu bölgelere masaj yapılmalıdır. Hastanın cildi ve yatağı temiz ve kuru tutulmalı, bireysel bakımı düzenli olarak yapılmalı, yeterli besin ve sıvı alımı sağlanmalıdır. Ağızdan beslenemeyen hastaların besin ve sıvı ihtiyacı enteral ya da parenteral yoldan karşılanmalıdır. Bütün bu uygulamalara ve önlemlere rağmen bası yarası gelişmesi durumunda yaranın ilerlemesini ve genişlemesini önlemek için yapılan uygulamalara devam edilmeli, bası yarası gelişen bölge düzenli olarak değerlendirilmeli ve yaranın bakımı yapılmalıdır.^{8,25,28}

NÖROLOJİK FONKSİYONLARI SÜRDÜRMEYE YÖNELİK UYGULAMALAR

Hipoksi, metabolik dengesizlik, asidoz, karaciğer ve böbrek yetmezliği, ilaçların yan etkileri ve sepsis gibi nedenler nörolojik değişikliklere yol açabilir. Ölüm yaklaştıkça hastalarda nörolojik açıdan iki tablo görülebilir. Çoğu hastalarda uyku hali, laterji, semikoma ve komayı takiben ölüm olur. Bazı hastalarda ise ajitasyon, deliryum, koma ve ölüm gerçekleşir.^{1,19,29,30}

Bazı hastalar ölüm anına kadar tamamen bilinçli, bazıları konfüzyonda, bazıları kısmen bilinçli, bazıları ise dış uyaranlara tepkisiz ve koma durumunda olabilirler. Hastaların nörolojik durumu sürekli olarak değerlendirilmeli ve bakım hastanın durumuna uygun olarak yapılmalıdır. Terminal dönemde olan hastaların nörolojik fonksiyonlarındaki değişikliklere bağlı duyu- motor fonksiyonlarında azalma olabilir. Bu nedenle hastaların ekstremitelerinde düzenli olarak duyu-motor fonksiyon kontrolü yapılmalıdır. Bu dönemde hastanın duyuları azalsa bile, hastaya duyarlı şekilde yaklaşılmalı, yapılan tüm işlemler anlaşılır şekilde

açıklanmalı, hastayı çevresel etkenlere karşı koruyucu önlemler alınmalı ve bası yaraları açısından izlenmelidir. Ayrıca bu dönemde birçok hastada uyku hali görülürken bazı hastalar uykusuzluk ya da uyuma güçlüğü problemi yaşayabilirler. Bu problemin giderilmesine yönelik olarak problemin nedeni saptanarak ortadan kaldırılmaya çalışılmalı, hastanın uyuyabilmesi için uygun ortam oluşturulmalı ve gerektiğinde hastayı rahatlatacak, uyumasını kolaylaştıracak ilaçlar verilmelidir.^{1,8,9}

Yorgunluk, güçsüzlük, halsizlik terminal dönemde olan hastalarda en yaygın olarak görülen fakat patofizyolojisi ve tedavisi en az bilinen semptomlardandır. Özellikle kanser ve diğer kronik hastalıkların %75- 90'ında yorgunluk, güçsüzlük görülür ve hasta ölüme yaklaştıkça bu şikâyetlerde artma olur.¹⁹ Yorgunluk, güçsüzlük, halsizlik problemlerini yaşayan ölüm sürecindeki hastaların günlük yaşam aktiviteleri iyi organize edilmelidir. Hastaya rahatsızlık veren ve hasta tarafından reddedilen uygulamalar yapılmamalıdır. Bu sıkıntıları yaşayan hastalara yönelik hemşirenin rolü hastanın yeterince dinlenebilmesine imkân vermek ve aktivitelerini enerjisinin en yüksek olduğu zamanlara göre düzenlemektir.^{1,8,9,29}

Terminal dönemde olan hastalarda bilinç düzeyinde ve buna bağlı olarak da iletişim yeteneğinde azalma olur. Hatta iletişim olanaksız hale gelebilir. Hastanın tepkileri azalsa ya da kaybolduysa bile iştirak ve anlamının devam ettiği düşünülmektedir. Bu nedenle aileler ve sağlık çalışanları hastalarla sözel ve dokunsal ilişkilerini sürdürmelidirler.^{1,31,32}

TERMİNAL DÖNEMDE OLAN HASTANIN PSİKOSOSYAL GEREKSİNİMLERİNİN KARŞILANMASI

Terminal dönemde olan hastaların yaşam kalitesi de fiziksel gereksinimlerinin yanı sıra psikolojik ve sosyal gereksinimlerinin karşılanmasına bağlıdır. Bu bireylerde fiziksel yönden tam iyileşme mümkün olmadığından psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarını anlamak ve karşılamak oldukça önemlidir.^{1,8,29,33}

Ölüm sürecinde olup bilinç düzeyi azalmış ya da bilinci tamamen kapanmış hastaların da psikolojik gereksinimleri olduğu unutulmamalıdır. Çoğu

zaman bilinci kapalı olan hastaların etrafında olanları hissetmediği düşünülür, hastayla iletişim kesilir ve yalnızca fiziksel gereksinimleri dikkate alınır. Fakat terminal dönemde olan hasta bilinç düzeyi azalmış ya da bilinci tamamen kapanmış olsa bile etrafındakileri hissedebilir. Bu nedenle bu hastalarla dokunsal ve sözel ilişki devam ettirilmeli, böylece yalnız olmadığı ve güvende olduğu hissettirilmelidir.^{31,34-39}

Terminal dönemde olan hastalar geleceklere konusundaki belirsizlikler ve olası kayıplardan kaynaklanan anksiyete yaşarlar. Anksiyeteye neden olan faktörlerin mümkün olduğunca çözümlenmesi, bu amaçla hastalara destek ve danışmanlık yapılması önemlidir. Ölüm sürecinin anlaşılabilmesi ve çözümlenebilmesi için hasta ve ailesi ile etkili iletişim kurulması gerekmektedir. Hastaların duygularının uygun şekilde paylaşılması, kalan günler için kısa hedefli planlamalar yapılmasına yardım edilmesi, geçmişin gözden geçirilip yapılabileceklerin değerlendirilmesi etkili iletişim sağlamak için yapılabilecek hemşirelik uygulamalarındandır. Ayrıca hastanın duygularını ifade etmesini sağlamak, sorularını cevaplamak, gereksinim ve endişelerini dinlemek, daha çok dinleyici olmak, abartılı olmadan hastanın ümit gereksinimini karşılamak, hasta ile iletişim kurmak için yeterince zaman ayırmak hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının önemli sorumluluklarındandır. Aynı zamanda bu dönemde hastanın ailesi ve arkadaşlarıyla da işbirliği yapılmalı ve hastanın yakınlarıyla yeterince zaman geçirmesine fırsat verilmelidir.^{1,18,32,35-37,41-45}

Terminal dönemde olan hasta genel durumu kötüleştiğinde acı çekmemeyi, kontrolünü kaybetmemeyi, bağımsızlığını sürdürmeyi ve saygılı bir ölümü ümit eder. Bu dönemde bakım bireyin istekleri doğrultusunda olmalı, istenmeyen tedavi ve girişimler zorla yapılmamalıdır. Hasta ve yakınlarıyla yaşam sonu tedavi ve bakım konusu konuşulmalı, önemli kararlar alınırken mutlaka hasta ve ailesine danışılmalıdır. Ayrıca terminal dönemde olan hastalar ve ailelerinin dini inanç gibi manevi gereksinimleri de olabilir. Hasta ve hasta yakınlarının bu gereksinimleri de dikkate alınarak dini inançlarını uygulayabilecek ortam sağlanmalıdır.^{19,22,33-37,41,45}

ÖLÜM SONRASI BAKIM

Ölüm gerçekleştikten sonra hastanın ölüm sonrası bakımı yapılmalıdır. Ölüm sonrası bakım şunları içermektedir; hastaya takılı olan sonda, kateter, drenaj tüpleri, tıbbi cihazlar ve varsa kıyafetler çıkarılır. Hastanın kol ve bacakları uzatılır, gözler açksa kapatılır, çenesi bağlanarak ağız kapatılır, vücudundaki kir ve lekeler silinir, açık yarası varsa temizlenir ve temiz pedle kapatılır. Takma dişler, yüzük, bilezik, saç tokası gibi eşyalar varsa çıkarılır. Ayak başparmakları gazlı bezle bağlanır, hastanın üstü çarşaf ile örtülür ve kimlik bilgilerinin yer aldığı ölüm kartı ile birlikte ceset morga gönderilir. Tüm bu işlemler yapılırken hastanın mahremiyeti ve saygınlığı korunmalı, sakin ve dü-

zenli bir şekilde çalışılmalıdır. Ölüm haberi hasta ailesine zamanında ve uygun şekilde verilmelidir.^{7,25,38,46,47}

Hemşirenin terminal dönemdeki hastayla doğrudan iletişimde bulunması ve en yakınındaki kişi olması nedeniyle, diğer sağlık personeline göre hasta ile daha fazla zaman geçirmekte, ağrı, solunum güçlüğü, bulantı, kusma, halsizlik gibi rahatsızlıkları daha yakından görebilmektedir. Bu sebeplerle hemşireler, sağlık ekibi içinde yaşam sonu bakım konusunda önemli bir role sahiptirler. Hemşireler, ölmekte olan hastaların birer nesne olarak değil, düşünen, algılayan, sosyal konumu ve anıları olan bir birey olarak kabul etmeli ve vereceği bakım ile kaliteli bir ölüm sağlamalıdır.

KAYNAKLAR

- Cimete G. [End of life care: Holistic approach to patient in terminal period]. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2002. s.1-149.
- Engelhardt VD. Translator: Namal A. Tıbbın Gündelik Yaşamında Etik. 2nd ed. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2001. p.595-604.
- Levy CR, Ely EW, Payne K, Engelberg RA, Patrick DL, Curtis JR. The quality of dying and death in the ICU across nurses, resident physicians, attending physicians and family members. *Chest* 2005;127(5):1775-83.
- Liao Y, McGee DL, Cao G, Cooper RS. Quality of the last year of life of older adults: 1986 vs 1993. *JAMA* 2000;283(4):512-8.
- Lynn J. Learning to care for people with chronic illness facing the end of life. *JAMA* 2000;284(19):2508-11.
- Patrick LD, Curtis RJ, Engelberg AR, Nielsen E, McCown E. Measuring and improving the quality of dying and death. *Ann Intern Med* 2003;139 (5 Pt 2):410-5.
- Zerzan J, Steans S, Hanson L. Access to palliative care and hospice in nursing homes. *JAMA* 2000;284(19):2489-94.
- Akdemir N, Birol L. [Care of patient in terminal care]. İç Hastalıkları Hemşireliği. 2. Baskı. Ankara: Sistem Ofset; 2004. s.207-11.
- Nazarko L. Palliative care. In: Nazarko L. *Nursing Care Homes*. 2nd ed. Oxford: Blackwell Publishing; 2002. p.293-308.
- Ersoy N. [Ethics issues about end of life]. Erdemir Demirhan A, Arda B, Öncel Ö, Özçeliklikay G, Ersoy N, Aksoy Ş, editörler. Çağdaş Tıp Etiği. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2003. s.328-57.
- Pennell M, Corner J. Palliative care and cancer. In: Corner J, Bailey C, eds. *Cancer Nursing, Care in Context*. 1sted. London: Gray Publishing; 2001. p.517-34.
- Chochinov HM. Dignity-conserving care-a new model palliative care. *JAMA* 2002; 287 (17): 2253-60.
- Hallenbeck J. Palliative care in the final days of life. *JAMA* 2005;293(18):2265-71.
- Kim S, Lee Y. Korean nurses' attitudes to good and bad death, life-sustaining treatment and advance directives. *Nurs Ethics* 2003; 10(6):624-37.
- Larson GD, Tobin RD. End of life conversations. *JAMA* 2000;284(12):1573-8.
- Singer PA, Martin DK, Kelner M. Quality end of life care. *JAMA* 1999;281(2):163-8.
- Thome B, Dykes AK, Gunnars B, Hallberg IR. The experiences of older people living with cancer. *Cancer Nurs* 2003;26(2): 85-96.
- Volker DL. Assisted dying and end of life symptom management. *Cancer Nurs* 2003; 26(5):392-9.
- Baird S. Hand book nurses for cancer. Translator ed: Platin N. 1st ed. Ankara: AÇEM ve 4. Akşam Sanat Okulu Press; 1996. p.115-85.
- Brandt HE, Ooms ME, Deliens L, Vander WG, Ribbe WM. The last two days of life of nursing home patients- a nationwide study on causes of death and burdensome symptoms in the Netherlands. *Palliat Med* 2006; 20 (5):553-40.
- Good care of the dying patient. Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *JAMA* 1996;275(6):474-8.
- Potter AP, Perry AG. Coping with loss, death and grieving. *Fundamentals of Nursing, Concepts, Process and Practise*. 4th ed. Missouri: Mosby-Year Book; 1997. p.457-75.
- Glare PA, Dunwoodie D, Clark K, Ward A, Yates P, Ryan S, et al. Treatment of nausea and vomiting in terminally ill cancer patients. *Drugs* 2008;68(18):2575-90.
- Karakuş L, Karakoç Y. *Onkolojik Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı El Kitabı*. 1. Baskı. Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara: Mavi Ambalaj Baskı; 2005. s.175-207.
- Francke LA, Williams LD. Terminal patients' awareness of impending death. *Cancer Nurs* 2005;28(3):241-7.
- Yurt V. Bir kişisel gereksinim olarak hijyen. İnanç N, Hatipoğlu S, Yurt V, Avcı E, Akbayrak N, Öztürk E, editörler. *Hemşirelik Esasları*. 2. Baskı. Ankara: Damla Matbaacılık; 1996. s.147-70.
- Kocacal E, İsmet E. [A significant problem in intensive care patients: eye complications: medical education]. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2008;28(2):193-7.
- Ortak T, Özdemir R, Taner ÖF, Ünlü RE, Şenşöz Ö. [Etiologic and surgical evaluation of 476 patients with pressure sores]. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2003;23(1):18-22.

30. Asch DA, Shea JA, Jedrzejewski MK, Bosk CL. The limits at suffering: critical care nurses' views at hospital care at the end of life. *Soc Sci Med* 1997;45(11):1661-8.
31. Breitbart W, Alici Y. Agitation and delirium at the end of life: "we couldn't manage him. *JAMA* 2008;300(24):2898-910.
32. Ekizler H. [The importance of tactile contact applied the patient at nursing care]. *Hemşirelik Bülteni* 1991;5(20):63-8.
33. Terakye G. [Communication with the patient and family in terminal period]. *Hasta-Hemşire İlişkileri*. 5. Baskı. Ankara: Zirve Ofset; 1998. s.96-103.
34. Thomas K, Noble B. Improving the delivery of palliative care in general practice. *Palliat Med* 2007;21(1):49-53.
35. Clarke EB, Curtis JR, Luce JM, Levy M, Danis M, Nelson J, et al; Robert Wood Johnson Foundation Critical Care End-Of-Life Peer Workgroup Members. Quality indicators for end-of-life care in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2003;31(9):2255-62.
36. Daaleman PT. Placing religion and spirituality in end-of-life care. *JAMA* 2000;284 (19): 2514-7.
37. Erdemir Demirhan A, Karakaya H. [Nurse patient relationship at nursing practices]. Erdemir Demirhan A, Oğuz Y, Elçioğlu Ö, Doğan H, editörler. *Klinik Etik*. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2001. s.85-98.
38. Steinhauer EK, Christakis NA, Clipp EC, McNeilly M, McIntyre L, Tulsky JA. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians and other care providers. *JAMA* 2000;284(19):2476-2482.
39. Konier B, Erb G, Berman JA, Burke K. Loss, grieving and death. *Fundamentals of Nursing*. 6th ed. New Jersey: Multi Media Edition; 2000. p.971-91.
40. Taylor EJ. Spiritual needs of patients with cancer and family caregivers. *Cancer Nurs* 2003; 26(4):260-6.
41. Pinna MC, Vargas RM, Moralo MR, Correas MS, Blanco GP. Dyspnea-a bad prognosis symptom at the end of life. *Am J Hosp Palliat Care* 2009;26(2):89-97.
42. Botti M, Endacott R, Watts R, Cairns J, Lewis K, Kenny A. Barriers in providing psychosocial support for patients with cancer. *Cancer Nurs* 2006;29(4):309-16.
43. Holland CJ, Reznik I. Pathways for psychosocial care of cancer survivor. *Cancer* 2005;104(11 Suppl):2624-37.
44. Kübler-Ross E. (1969). Translator: Büyükkal B. *Ölüm ve ölmek üzerine*. 1. Baskı. İstanbul: Boyner Holding Yayınları; 1997. p.23-59, 191-215.
45. Azoulay E. Nurse-assessed tool for evaluating death in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2004;32(8):1789-91.
46. Weissmann DE. decision making at a time of crisis near the end of life. *JAMA* 2004; 292(14):1738-43.
47. Hayden G. Postmortem procedures. Services for the deceased need the same respect as when the person was alive. *Contemp Long Care* 2002;25(12):28-9, 31.
48. Blum CA. 'Til death do us part?' the nurse's role in the care of the dead a historical perspective: 1850-2004. *Geriatr Nurs* 2006;27(1): 58-63.