



DERLEME / REVIEW

Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi / BAUN Sağlık Bil Derg
Balıkesir Health Sciences Journal / BAUN Health Sci J
ISSN: 2146-9601- e ISSN: 2147-2238
Available online at: <https://dergipark.org.tr/pub/balikesirsbd>



İyi Ölüm ve Yapılandırılması

Özlem UĞUR¹, Çiçek FADİLOĞLU²

¹ Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Onkoloji Hemşireliği AD

²Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği AD

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Özlem UĞUR

e-mail: ozlem.ugur@deu.edu.tr Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Onkoloji Hemşireliği AD, İzmir, Türkiye.

Geliş Tarihi / Received: 17.07.2020, **Kabul Tarihi / Accepted:** 12.12.2020

Copyright holder Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi

19. Ulusal İç Hastalıkları Kongresinde sunulmuştur.

ÖZ

Ölüm yaşamın doğal bir parçasıdır ve kaçınılmazdır. İyi ölüm, ölüm sürecindeki tüm değişkenlerin, ölüm yerinin ve zamanının kontrol altında bulunduğu, fiziksel semptomların kontrol altına alındığı, kişiselleştirilmiş yaşam sonu bakımın verildiği, sosyal katılımın olduğu, ölümün planlanabileceği ve hazırlanılabilen bir ölümün gerçekleşmesi sürecidir. Ölüm sürecine giren hastanın tanılanması, rahatının sağlanması uygun bir bakımın planlanması ile sağlanabilir. İyi bir ölümün yapılandırılabilmesi için; ölmek üzere olan bireyin bakımındaki öncelikleri belirlemek, birey ve ailesiyle hassas bir iletişim kurmak, multidisipliner bir ekip anlayışıyla çalışmak, hastanın konforunu sağlayacak girişimleri ve ilaç yönetimini yapmak, birey/ailenin kültürel ve spiritüel gereksinimlerinin bakımın bir parçası olduğunu unutmamak, ölümle ilgili etik konuların farkına varmak önemlidir. Ayrıca sağlık profesyonellerinin ölüm ve yönetimi konusundaki bilgileri güncellenmeli; lisans ve lisansüstü programlarında bu konuya daha ağırlık verilmelidir.

Anahtar kelimeler: İyi Ölüm, Ölüm, Kavramsal Çerçevesi, Hemşirelik Bakımı.

Good Death and Configuration

ABSTRACT

Death is a natural part of life and is inevitable. A good death is a process where all the variables in the process of death, as well as the place and time of death are under control, physical symptoms are managed, an individualized end-of-life care is provided, social participation occurs, and death can be planned and prepared. Diagnosing the patient's death within the planning process and an appropriate care is provided by ensuring comfortable. In order to structure a good death, it is important to; identify the priorities in the care of a person who is about to die, establish a sensitive communication with the individual and her or his family, work with a multidisciplinary understanding of team, conduct interventions and drug management that would provide the patient comfort, remember that cultural and it is important to note that spiritual needs are part of care and to be aware of ethical issues related to death. Update the knowledge of health professionals on death and management; This issue should be given more weight in undergraduate and graduate programs.

Keywords: Good Death, Death, Conceptual Framework, Nursing Care.

GİRİŞ

Yaşam, insan bilinci ile algılanan bir gerçeklik ve insanın bu gerçeklikte varoluş halidir. İnsan bilinciyle uyumlu en geçerli eylem “ varlığını sürdürmek” olduğu söylenebilir. Bu sebeptendir ki insan bilinci için yok oluş halinin kabul edilmesi zordur (Kehl, 2006). Ölüm yaşamın doğal bir parçasıdır ve kaçınılmazdır. Bireyin fiziksel ve psikolojik anlamdaki son evresidir (Karadakovan&Eti, 2014). Ölüm kavramı karmaşık, kültür ve geleneklerin yapısından, inançlardan, bireysel

faktörlerden etkilenen çok değişkenli bir yapıdadır. İlkel dinlerde insanlar ölümü, işlenmiş bir suça karşı verilen ceza olarak görürken Hıristiyanlıkta ölüm bir son değil doğal bir başlangıç, Yahudilikte yaşanan bir gerçeklik, Müslümanlıkta ise daha gerçekçi bir hayat olarak görülmektedir.17. yüzyılda Michalle Montaigne ölümüne ilişkin düşüncelerinde “Ölmek yaratılışımızın bir koşuludur. Dünyaya geldiğimiz gün bir yandan yaşlanmaya, bir yandan da ölmeye başlarız. Yapmam

gereken ölüme karşı dik durabilmek ve akılcı bir tutumla onu karşılamaktır. Onu yabancı gibi görmeyelim, onunla birlikte olmayı öğrenelim ve eğer kişiler cesursa, ölüm güzel bir olay haline gelebilir” diye belirtmiştir (Karahisar, 2006). Tarih boyunca insanlar; “Biz kimiz? Neden yaşıyoruz?

İyi ölümün kavramsal çerçevesi

İyi ölüm ölümün iyi yönetilmesidir. Yeni bir fikir değildir fakat zamanla gelişmiştir. *Prehistorik Dönemde* (MÖ 2500- 4000); ölümler kazalar nedeniyle fazla olduğundan, insanlar ölümlerin nedenlerini tanılayıp onu öngörmeye ve kendilerini daha iyi korumaya başlamışlardır. Bu dönemde kişinin ne kadar iyi öldüğü değil, hayatta kalanların inançlarına dayalı iyi ya da kötü yaşaması önemlidir. *Historik- Premodern Dönemde* (MÖ 3500-15. yüzyıl); ölümler daha çok çiçek hastalığı, sıtma ve dizanteri gibi bulaşıcı hastalıklar nedeniyle olmuştur. Bu hastalıklar, kişinin kendi ölümüne katılmasına izin veren kademeli bir ölüm sürecinin gelişimine yol açmıştır. Ölümün aile ve toplum yardımı ile hazırlanabilen iyi bir ölüm haline dönüştürülebileceği öngörülmüştür. Bu dönemde iyi bir ölüm, iyi yaşanmış bir yaşamın sonucu olarak algılanmıştır (Cameron& Houldin, 2012). *Historik-Modern Dönemde* (16 -20. Yüzyıl); evde meydana gelen ölüm, sağlık kurumlarında gerçekleşen iyi ölüm şekline dönüşmüştür. Hastanede ölüm, sağlık ekibi tarafından kontrol edilen teknik bir olay haline gelmiştir. Tıp ölüm üzerinde hakim bir güce sahiptir. Ölüm yaşamın doğal bir sonucu olmaktan çıkıp, mücadele edilmesi gereken bir hastalık durumuna getirilmiştir (Kellehear, 2007). *Postmodern Dönemde* (1950-Günümüze); ölüm kavramına ilişkin değerler ve tutumlar farklı disiplinlerden gelen profesyoneller tarafından sorgulanmıştır. İyi ölüm kavramı genel olarak hastaların ve ailelerin isteklerine dayalı; klinik, kültürel ve etik standartlarla uyumlu ve insana yakışır bir hale dönüşmüştür (Cameron& Houldin, 2012). 1967’de, Cicely Saunders tarafından St Christopher Hospis’inin açılması ölüm için bir bakım çevresinin oluşturulmasına temel olmuştur.

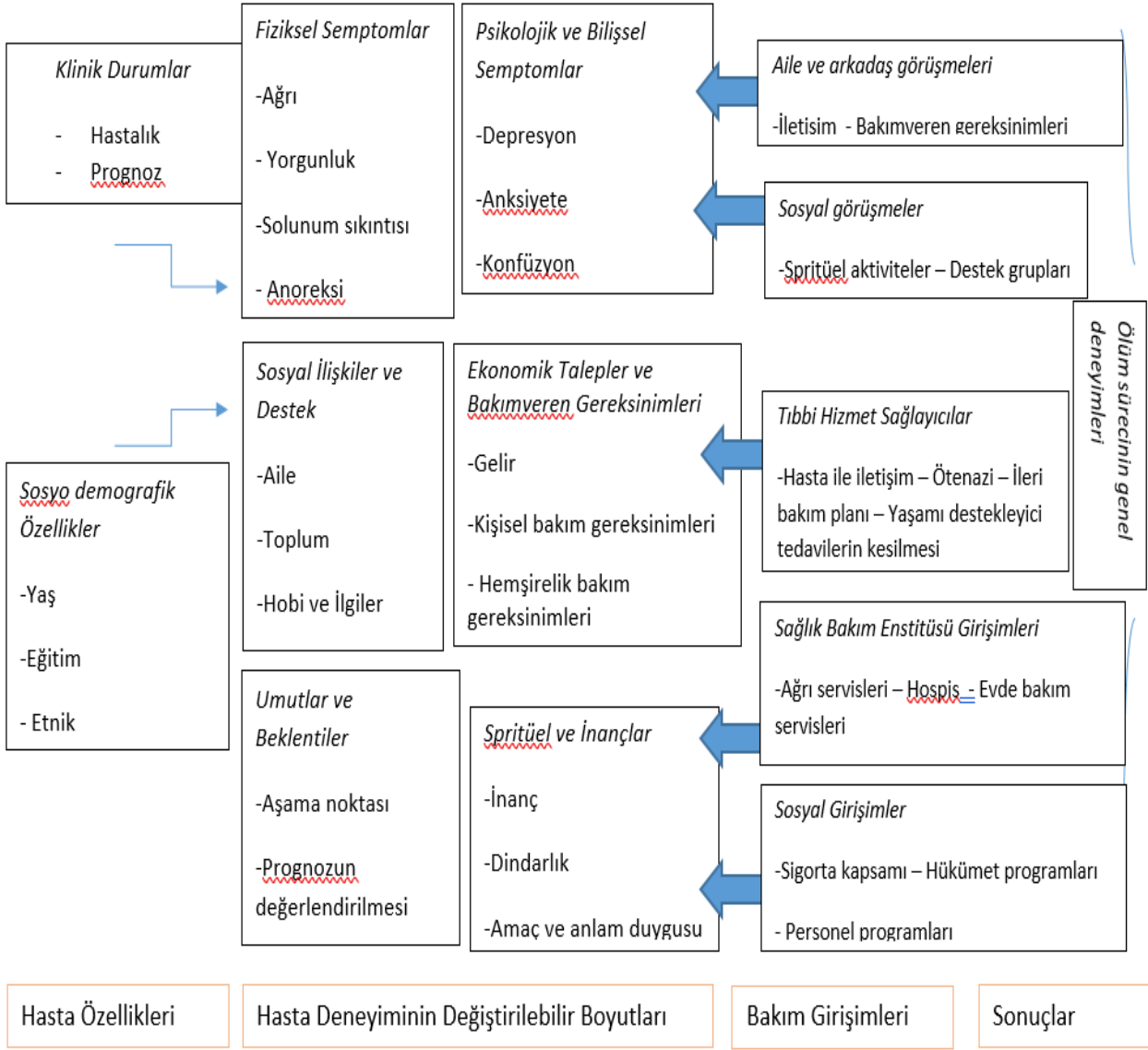
Saunders yaşamın sonunda ölen kişinin fiziksel, zihinsel, sosyal ve ruhsal boyutlarını içeren, ağrı ve semptom kontrolünün yapıldığı, hasta ve ailelerin ihtiyaçlarının bir ekip yaklaşımıyla karşılanmasının önemini vurgulamıştır (Clark, 1999). Benzer şekilde Elizabeth Kubler-Ross’ da terminal dönemdeki hastalarda onaylanmış ölümün gerçekleşmesini içeren ölüm evreleri teorisini geliştirmiştir (Cameron& Houldin, 2012).

Öleceksek hayatlarımızı nasıl yaşayalım? Ölümünden sonra yaşam var mı?” gibi ölüm ve ölümlle ilgili sorulara cevap bulmaya çalışmışlardır. Tüm bu veya benzeri sorular zaman içinde iyi ölüm kavramının gelişmesine yardımcı olmuş; kavram değişime uğrayarak günümüze kadar gelmiştir (Kehl, 2006).

Daha sonra Dünya Sağlık Örgütü tarafından palyatif bakım kavramı, sadece ölümcül hastaların bakımı değil, hayatı tehdit eden bir hastalıktan etkilenen herhangi bir hastanın bakımını içine alan bir duruma dönüştürülmüştür. Amaç yaşam kalitesinin iyileştirilmesine odaklanan, hastaların ve ailelerinin hızlı bir şekilde tanılandığı, fiziksel semptomların yönetildiği, psikososyal ve manevi ihtiyaçların karşılandığı iyi, insana yakışır bir ölümün gerçekleşmesidir (World Health Organization, 2011). Son olarak iyi bir ölüm için ölme hakkı ile eş anlamlı olarak ötenazi terimi kullanılmış; ölümü kişisel özgürlük alanı içine almıştır (Hardwig, 2009). Dünyanın bazı bölgelerinde ötenazi iyi bir ölümün gerçekleşmesi için yasal olarak kabul edilmiştir (Rietjens ve ark, 2006). İyi ölümün yaşanabilmesi ülke politikaları, bu konuda sağlanan olanaklar ve sağlık profesyonellerinin kapsamlı eğitimi ile mümkündür.

Tarihsel süreçteki gelişimler incelendiğinde **iyi ölüm kavramı**, “ölüm sürecindeki tüm değişkenlerin, ölüm yerinin ve zamanının kontrol altında bulunduğu, fiziksel semptomların kontrol altına alındığı, kişiselleştirilmiş yaşam sonu bakımın verildiği, sosyal katılımın olduğu, ölümün planlanabileceği ve hazırlanabilen bir ölümün gerçekleşme süreci” haline gelmiştir (Broom, 2012; Zimmermann, 2012; Cottrell & Dugbley, 2016).

Ölüm kavramı birçok değişkenden etkilendiği gibi bireysel olarak değişkendir. Bazılarına göre iyi ölüm; uyku sırasında ve hızlı ölüm, itibarın ve onurun sürdürülmesi, ölüm sürecine hazırlıklı olma, diğerlerine yük ve bağımlı olmama, bilinçli olarak ölme, ağrı ve semptom kontrolü, yaşamı uzatan gereksiz tedavilerin sonlandırılması, istediği ortamda ölebilme, anıların ve değerlerin aktarıldığı bir ölüm olarak sayılabilir (Cameron& Houldin, 2012; Rietjens ve ark, 2006; Shneidman, 2007). İyi ölümün kavramsal çatısı incelendiğinde hastaların prognozu, sosyodemografik özellikleri, fiziksel semptomlar, sosyal ilişkiler, umutlar ve beklentiler gibi birçok değişkenden etkilendiği görülmektedir (Şekil 1). Tüm bu süreçler değerlendirilerek hasta için önemli olan gereksinimler belirlenmeli, bakıma hasta ve ailesi katılarak süreç yapılandırılmalıdır. Girişimler öncelik sırasına konularak yönetilmelidir (Munn& Zimmerman, 2006).



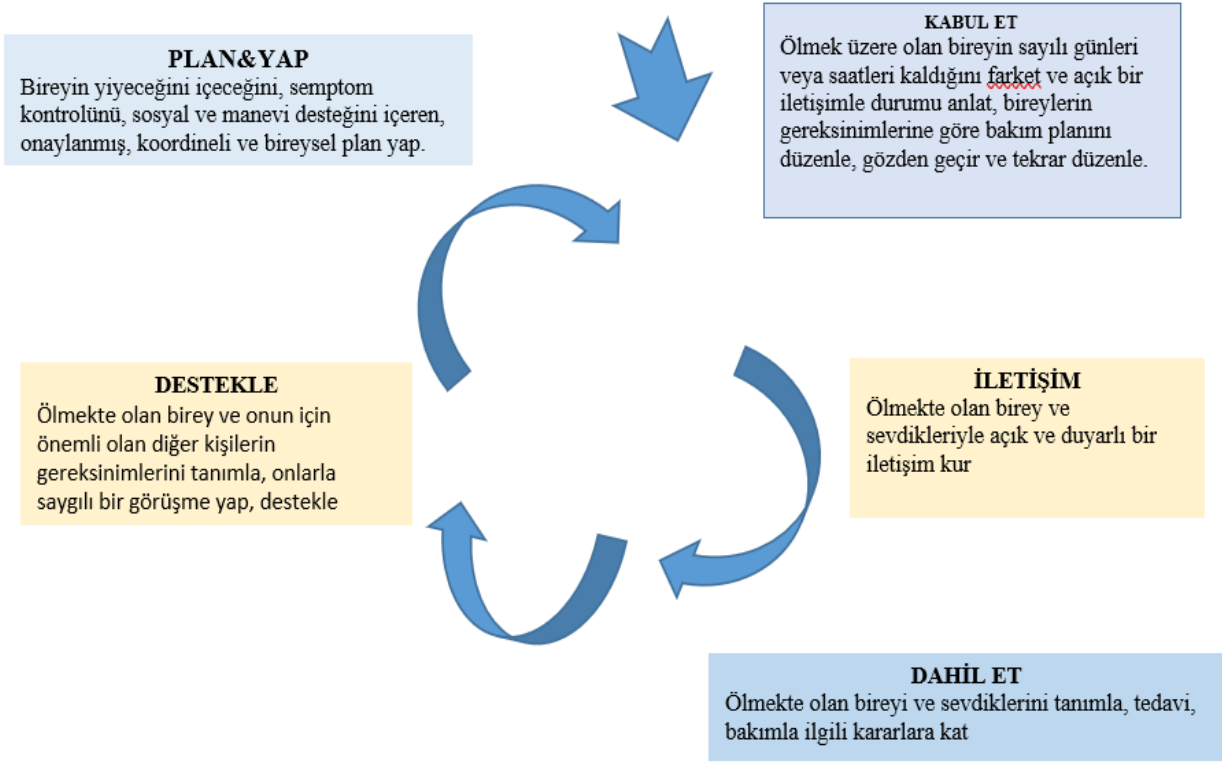
Şekil 1. İyi ölümün kavramsal çatısı

İyi ölümün yapılandırılmasında hemşirenin rolü

Yaşamın sonu yaklaştıkça bireyin ihtiyaçları da giderek artmakta, ölümün yönetilmesi gerekmektedir. Buradaki temel amaç; ölmekte olan kişilerin ihtiyaçlarını göz önüne alarak, profesyonellerin en yüksek seviyede şefkatli bakım vermesini sağlamaktır. Ölümü planlama süreci kişilerin ve gerektiğinde ailelerin, arkadaşların ölümün belirli yönlerini tartışmaya hazır olma durumlarını ve oluşturulan planların bir parçası olmayı kapsayan bir süreç olmalıdır. Hastaların yaşamlarının son gün ve saatlerindeki bakıma rehber oluşturacak bakım yolları multidisipliner bir ekip çalışmasının yapılandırılmasına olanak sağlar (The Liverpool Care Pathway, 2018; NHS England Actions, 2013; The Gold Standarts, 2014; Leadership Alliance, 2014; National Palliative and

End of Life Care, 2014; NHS England Transforming, 2015; NHS England Commissioning, 2016). İyi bir ölümün gerçekleşmesi için ölmek üzere olan bireyin bakımındaki öncelikler belirlenmelidir. Önceliklerin belirlenmesinde aşağıda verilen basamaklara dikkat edilmelidir. Bunlar (NHS England Commissioning, 2016):

- Kişinin ölmekte olduğunu kabul edin (KABUL ET)
- Ölmekte olan kişiyle ve sevdikleriyle/akrabalarıyla etkin iletişim kurun (İLETİŞİM)
- Ölmekte olan kişi hakkında alınacak kararlara, bireyi ve sevdiklerini/ akrabalarını dahil edin (DAHİL ET)
- Ölmekte olan kişinin ve sevdiklerinin/akrabalarının psikolojik, sosyal ve spiritüel gereksinimlerini destekleyin (DESTEKLEYİN)
- Ölmekte olan kişiye özel, bireyselleştirilmiş bir bakım planı yapın (PLAN&YAP)



Şekil 2. Ölmekte olan bireyin bakımındaki öncelikler

Kişinin ölmekte olduğunu kabul edin (KABUL ET)

Kişinin önümüzdeki günlerde veya saatlerde ölebileceğine ilişkin olasılıkların tanınması önemlidir. Bu sürecin doğru yönetilmesi aile ve hastayla birlikte bakıma ilişkin kararlar alınmasını, alınan kararların uygulanmasını ve düzenli olarak gözden geçirilmesini kapsar. Sağlık profesyonelleri bireyin durumundaki değişimleri fark edebilmek ve karar verebilmek için tetikte olmalıdır. Ölümün yaklaştığının fark edilmesi, ölen hastanın bakımındaki bariyerlerin aşılmasına yardımcı olur. Bu bariyerler nedeniyle hasta ve ailesi ölümün yaklaştığının farkında olmayabilir ve kişiye yakışmayan, kültürel ve manevi ihtiyaçlarına değer verilmeyen bir ölüm yaşanabilir. Ölümü yaklaşan bireylerde zayıflama, güçsüzlük, nefes almada değişimler, ciltte görülen değişimler, bitkinlik hali, bilinç düzeyinde azalma, idrar çıkışında azalma, dolaşımın azalması, duyuşsal algısal değişiklikler, hayatta veya orada olmayan biriyle konuşma, bir yerin tarif edilmesi gibi fizyolojik semptomlar görülür. Hasta yaşamın son anlarına yaklaştığına dair bazı semptomlar yönünden değerlendirilmelidir (Artan yorgunluk ve iştah kaybı, ajitasyon, cheyne-stokes solunum, oryantasyon bozukluğu, ölüm lekeleri, gürültülü solunum ve artan sekresyon, ilerleyici kilo kaybı). Bu semptomların yanında bireyin emosyonel, psikososyal, spiritüel ve tinsel

durumunun da tanınmalıdır (Lange ve ark., 2008; Lee ve ark., 2013). Hemşirenin bu dönemde hastanın fiziksel gereksinimlerini karşılayabilecek bilgi, beceri yeterliliği yanında hasta ve ailesinin duygularını anlaması da önemlidir. Sonuç olarak ölümün tanınması, bu durumun hasta ve ailesine uygun bir iletişimle açıklanması, ölümün yönetimine yönelik bariyerlerin aşılmasına yardımcı olur. Benzer şekilde ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda da hastalara tanı-prognozu hakkında bilgi verirken hemşirelerin ve hekimlerin duygularının değiştiği, hastaya yanlış bir şey söyleyerek onları "altüst" etmekten korktukları, üzüntü, korku, çaresizlik, başarısızlık ve yardım isteme gibi duygular yaşadıkları belirtilmiştir (Karahisar, 2006). Köse ve ark. (2019) yaptığı bir çalışmada hekimlerin ve hemşirelerin ölümü düşünmekten ve konuşmaktan kaçındıkları vurgulanmaktadır. Ölüm kaygısının azaltılmasında, ölümcül hastanın bakımına yönelik olumsuz tutumlarının değiştirilmesinde ve olumlu tutumların oluşturulmasında ölümün yönetimine yönelik verilen eğitimlerin önemli olduğu vurgulanmaktadır (İnci & Öz, 2012; Lange ve ark., 2008; Iranmanesh ve ark., 2008).

Ölmekte olan kişiyle ve sevdikleriyle/akrabalarıyla etkin iletişim kurun (İLETİŞİM)

Hastalar ve yakınlarına tanı ve prognozu açıklamak, sağlık profesyonellerinin zorlandığı, görüşmelerin rahat geçmediği bir durumdur. Bazen de bu durum,

aceleyle ve uygun olmayan bir şekilde hasta ve ailesine iletilir. Bu zorlu bir durum olmasına karşın hasta ve ailesinin korkularını, umutlarını, bakım tercihi ve hedeflerini ifade edebilmeleri açısından oldukça önemlidir. Hastalara ve bakım verenlerine sağlık profesyonelleri tarafından mevcut durum anlatılarak, yapılabilecek girişimlerin yarar ve zararları hakkında bilgi verilmelidir. Bu bilgi paylaşımı hastanın tanı anından başlayarak belirli aralıklarla yapılmalı ve ileri direktifleri içeren bir form hasta ve ailesine imzalatılmalıdır (Hallenbeck, 2005). Bu sürecin iyi yapılandırılması; hasta ve yakınlarının, ölümün yaklaştığını anlamasına yardımcı olur. Bu nedenlerden dolayı ölmekte olan kişi ve yakınlarıyla açık, dürüst ve duyarlı bir iletişim önemlidir. Sağlık personeli hasta için önemli olan kişileri tanımlamalı, endişelerine hassasiyet göstermeli ve açıklamak istemediklerine saygı göstererek sorularını cevaplamalıdır. Birey hakkında bilgi alınacak kişiyi belirlemeli ve bu bilgiyi ekiple paylaşmalıdır. Dil engeli, duyuşal/fiziksel veya zihinsel özürleri oldukları için kolaylıkla iletişim kuramayan kişiler için tercüman dahil olmak üzere yardım alacağı kişileri belirlemelidir. Hasta ve yakınları ile konuşurken iletişim kazalarına dikkat edilmeli, verilen sözsüz mesajın bazen sözlü mesajlardan daha önemli olduğu unutulmamalıdır. Kişiye ve yakınlarına, acil durumlarda başvurabileceği 7 gün 24 saat iletişim kurabileceği telefon numaraları yazılı olarak verilmelidir (Karahisar, 2006; NHS England Actions, 2013; Leadership Alliamce, 2014; Hodgkinson ve ark., 2016; NICE guideline, 2017; Düzgün& Karadakovan, 2018).

Ölmekte olan kişi hakkında alınacak kararlara bireyi ve sevdiklerini/ akrabalarını dahil edin (DAHİL ET)

Aileler karar sürecinde yer almalıdır. Günlük olarak bireyin beslenmesi, bakımları, klinik ve tedavi ile ilgili kararlara katılımları sağlanmalıdır. Mental yeterliliğini kaybettiği durumlarda kişinin durumu, prognozu ve değişimleri hakkında haber verilecek kişi, bireyin yerine karar verebilme yetisine sahip olacak vekil kişi belirlenmelidir. Sağlık profesyonelleri özellikle kişinin rahatlığını ve güvenliğini sağlamak için karar verirken, hangi kararların öncelik gerektirdiğini farketmeli, karar vermeden önce yeterli eğitim ve tecrübeye sahip kıdemli sağlık profesyoneline danışmalıdır. Kişinin bakımının planlanmasında ve yürütülmesinde mümkünse primer sorumlu hemşire belirlenmeli, hasta ve aile hakkındaki bilgiler nöbet teslimlerinde ekibe iletilmelidir. Bireye başlatılacak girişimin hastaya yarar sağlayıp sağlamayacağı sorgulanmalı ve hastanın zaman içindeki değişimleri kendisinden veya uzun süreli hastanın bakım sorumluluğunu üstlenen hemşireden öğrenilmelidir. Hastanın konforu ve güvenliği için alınan kararlar, ekibin kıdemli diğer üyeleri tarafından değerlendirilmelidir. Hastanın yaşamını potansiyel

olarak uzatan ama hastaya yük getirecek bir tedavinin başlanması veya sonlandırılması kararları, ekiple konuşularak verilmeli ve bu tartışmaya hastanın yakınları da dahil edilmelidir. Özellikle de nasıl ölmek istediği hastanın kendisi ve yakını ile konuşulmalıdır (NHS England Commissioning, 2016; NICE guideline, 2017; LeGrand & Walsh, 2010; van Eechoud ve ark., 2014; Hançerlioğlu ve aark., 2018).

Ölmekte olan kişinin ve sevdiklerinin/akrabalarının psikolojik, sosyal ve spritüel gereksinimlerinin karşılanmasını destekleyin (DESTEKLEYİN)

Bireyin kendisi için önemli olarak tanımladığı kişiler ve aile üyelerinin gereksinimleri aktif olarak tanımlanmalı, saygı duyularak mümkün olduğunca karşılanmalıdır. Hasta ve aileleri için bu süreç oldukça streslidir. Özellikle hasta evde bakılıyorsa bakım verenleri fiziksel ve duygusal olarak yorulur, endişeli ve korkulu olabilirler. Sevdikleri hayatının sonuna yaklaşırken onlara iyi bakım sunmak isterler. Bu nedenlerden dolayı hasta ve aile karar süreçlerine dahil olmalıdır. Bakıma katılan aile üyelerinin bakım sürecine hazırlıkları değerlendirilmeli, bakım konusunda destek olunmalı, uygulama becerileri hakkında bilgilendirilmeli ve motive edilmelidir. Sağlık profesyoneli ailenin ölmekte olan kişiyle vakit geçirmesine izin vermeli, ortamı yapılandırmalıdır. Bu süreçte hasta ve yakınının değişken duygular yaşayabileceğine, yas tutuma şekillerinin farklılığına dikkat edilmelidir. Hasta ve ailenin dini ve spritüel gereksinimleri değerlendirilmeli, mümkün olduğunca girişimler yapılandırılmalı, spritüel bakımın, iyi bir yaşam sonu bakımın parçası olduğu unutulmamalıdır. Ölüm gerçekleşikten sonra, aile ölen kişiyle vakit geçirmek istiyorsa bu imkan sağlanmalıdır (The Liverpool Care Pathway, 2013; Leadership Alliance, 2014; Hodgkinson ve ark., 2016; Düzgün&Karadakovan, 2018).

Ölmekte olan kişiye özel bireyselleştirilmiş bir bakım planı yapın (PLAN&YAP)

Bakım, bireye özel olarak ve kişisel bir bakım planı çerçevesinde şefkatle yapılmalıdır. *Yaşam sonu bakımda unutulmaması gereken nokta, yüksek kaliteli bakım verilmesi ve devamlılığın sağlanmasıdır.* Ölmekte olan bireye özgü bakım planı yapılandırılırken gün içinde fiziksel tanılaması belirli sürelerle gözden geçirilmelidir. Hastanın ihtiyaçları ve istekleri bakıma katılmalı, tedavi tercihleri sorgulanmalıdır. Kanıt temelli bakım verilmesine özen gösterilmelidir. Bakımın planlanmasına katkı verecek diğer kişiler belirlenmeli; kişinin fiziksel, duygusal, psikolojik, manevi, kültürel ihtiyaçları bakıma dahil edilmelidir. Kişinin bilgilerinin gizliliğine önem verilmeli, iletişim cihazları (gözlük, işitme cihazı, protez.) kullanılıp kullanılmadığı kontrol edilmelidir. Bakımın planlanmasında ileri bakım planının oluşturulması önemlidir. İleri bakım planı; bireyin

bakımı için önemli değerler ve kişisel hedefleri, hastalıkları ve prognozu hakkındaki anlayışı, gelecekte bakım için faydalı olabilecek tedavi türleri, tercih ve isteklerini içerecek şekilde yapılandırılmalıdır (Cameron& Houldin, 2012; The Liverpool Care Pathway, 2013; Ellershaw&Ward, 2003; Raijmakers ve ark., 2012).

- İyi bir ölümün sağlanması için iyi bir semptom kontrolü önemlidir.
 - ✓ Semptomlar düzenli olarak değerlendirilmeli ve bireyselleşmiş bir yaklaşım kullanılmalı,
 - ✓ Sıkıntı yaratan semptomun altındaki neden sorgulanmalı ve tedavi edilmeli (Örn: Mesanenin dolu olması nedeniyle gelişen ağrı...)
 - ✓ Ağrı, ajitasyon, solunum yollarında sekresyon, bulantı, kusma gibi semptomlar uygun yönetilmeli,
 - ✓ Bir semptomun kontrolüne yönelik 2 veya 3 saatte bir verilecek ilaç yerine, 24 saat etkili ilaçlar verilmeli,
 - ✓ İlaçlar semptomların yönetimine spesifik olmalı,
 - ✓ Verilen ilaçların yararları/zararları/riskleri, ilaca karşı kişide gelişebilecek acil durumlara karşı önlemler yapılandırılmalı (Örn: Nöbetler, iç kanama),
 - ✓ İlaça ulaşım kolaylığı gözden geçirilmeli ve uygun olmayanlar kesilmeli,
 - ✓ İlaç dozlarının uygun şekilde verildiğinden emin olunmalı,
 - ✓ İlaçların kullanımından kaynaklı oluşabilecek yan etkiler hakkında hasta ve ailesi bilgilendirilmeli (Özellikle sedatif ve analjezik ilaçların oluşturabileceği bilinç bulanıklığı, iştah ve susuzluk algısında azalma, kişileri iletişim kuramayacak kadar uykulu hale getirmesi...),
 - ✓ Semptomların kontrolünde farmakolojik olmayan girişimlerin kullanımına önem verilmelidir.
- Hastada dehidratasyon bulguları dikkatle gözlenmeli ve yönetilmelidir. Dehidratasyon hastada ajitasyon ve konfüzyon gelişimine neden olabilir. Yeterli sıvı desteği, durumu iyileştirir. Klinik tanının ve değerlendirmenin iyi yapılması gereklidir.
- Hastaların beslenme ve hidrasyon durumları kontrol altında tutulmalıdır. İyi klinik uygulamalarda hastaları tolere edebildiği sürece ağızdan besleme ve sıvı alımının desteklenmesi önerilmektedir. Önerilere göre hastaya yeterli sıvı takviyesi verilmelidir. Ağız yolunun kullanılması bakımın istenen boyutudur. Kişinin yutma yeteneği değerlendirilmelidir. Fakat aspirasyon bulguları yönünden hasta dikkatle izlenmelidir. Hasta tolere edemiyorsa IV hidrasyon sağlanmalıdır. Bu dönemde beslenmenin nasıl olması gerektiği hakkında hasta ve yakınlarıyla tartışılmalıdır. Hastanın ağız bakımına önem verilmeli, ağzın nemliliği sağlanmalıdır. Özellikle ölümü yaklaşan

bireylerde kuru ağız yönetimi yapılmalıdır. Üriner inkontinans bir problem ise hastanın kateter gereksinimi olabilir. Barsakların boşaltımı için nadirinde olsa invaziv prosedürler uygulanabilir. Ölmekte olan bireyin bakımındaki temel amaç hastanın konforunun sağlanmasıdır. Uygun olan IV tedaviler, bakımlar, izlemler devam etmeli fakat konforu bozacak uygunsuz girişimlerin durdurulmalıdır (Gereksiz alınan kan testleri, IV sıvılar, invaziv girişimler...). Hastanın mental yeterliliği yoksa mahkeme kararı ile hastanın vekili belirlenebilir. Özellikle hastanede 28 günden fazla kalan, ciddi tıbbi tedaviye maruz kalan, 8 haftadan daha uzun süre bakım evinde kalan kişilere, temsilen yasal olarak vekil tayin edilmelidir. Bu durumun geçici veya kalıcı olması durumu, kişinin beyin sürecinin etkilenip etkilenmediğine göre değişkenlik gösterir. Bu vekil, kişi karar verme yetisini kaybettiğinde, özel bir tedaviyi reddetme veya kabul etme durumunda devreye girecektir. Karar yaşamın sürdürülmesini içeriyorsa; sözlü ve yazılı olarak, imzalı, tanıklı ve “*hayati tehlike olsa bile*” ifadesini içermelidir.

- Durumu olumsuz yönde değişen bireylerin değerlendirilmesi, ekip tarafından gözden geçirilerek, eğer kişinin beklenen ölümü birkaç gün veya saat içinde olması bekleniyorsa; hasta ve yakınına durumu hakkında bilgilendirme yapılmalı, kişilerin belirsizliği varsa onlara soru sorma fırsatı verilmelidir. Kişinin durumunun tersine çevrilebilir olması mümkünse kişi veya aile üyelerinden tedavinin faydaları, zararları, yükleri ve risklerinin tartışılması da dahil olmak üzere tedavi onamları alınmalıdır.
 - Kişinin ölüm sürecinin yapılandırılmasında net ve doğru kayıt tutmanın önemli olduğu unutulmamalıdır.
 - Hastanın nasıl bir ortamda ölmek istediği biliniyorsa fiziksel ve duygusal olarak konforun sağlandığı bir ortam yapılandırılabilir. Müzik çalınabilir, ortamda çiçekler bulunabilir. Ziyaret saati dışında sevdiklerini görebilecekleri zaman dilimleri ayarlanabilir. Hastanın dış dünya ile iletişiminin sürdürülmesi önemlidir. Hasta ölüme tamamen yaklaştığında ise hasta yakınlarının sevdikleri ile vedalaşmasına destek olunmalıdır. Bu süreçte hasta yakınlarının üzüntülerini yaşayabileceği gerekli mahremiyeti sağlamak önemlidir (Cameron& Houldin, 2012; The Liverpool Care Pathway, 2013; NHS England Actions , 2014; Leadership Alliance, 2014; Ellershaw&Ward, 2003; Raijmakers ve ark., 2012; Wrigley, 2015).
- İyi ölümün sağlanması, ölümün gerçekleşmesi ile bitmez. Bir kişi öldüğünde sağlık profesyonelleri ölüm sonrası bakımı hastanın ve ailenin kültürel/manevi değerlerine dikkat edecek şekilde yapılandırılmalıdır. Bu süreçte hastanın mahremiyeti korunmalı, işlemler sessiz, sakin ve düzenli bir şekilde yapılmalıdır. Ölüm sonrası bakımın planlanması ve uygulanmasında kişinin dini

inançları dikkate alınmalıdır. Ölen kişiye ait kişisel eşyalar kurum prosedürüne uygun ilgili görevliye teslim edilmelidir. Bakım verenlere ve aileye yas desteğinin verilmesi önemlidir. Hemşire kayıp yaşayan ailenin inkâr, öfke, pazarlık, depresyon duygularını, uygun iletişim teknikleriyle yönetebilmelidir. Ölüm sonrasında bireyin yakınlarına sessiz ve huzurlu bir ortam sağlanmalıdır. Ailenin hissettiklerine saygı gösterilmeli, duygu ve düşüncelerini paylaşmalarına olanak tanınmalı ve ölen yakınlarını görmelerine izin verilmelidir (NHS England Transforming, 2015; Hançerlioğlu ve ark., 2018; Wrigley, 2015). Kişinin yaşama hakkı tabii ki en önemli hakkıdır ve özenle korunması gerekir. Ancak insani niteliklerin kaybedilmesi halinde koşullar ne olursa olsun, insanın yaşama mahkûm edilemeyeceği de düşünülmektedir. Korku ve ıstırap içinde olan hastalar tedavilerinin kesilmesi hatta yaşamlarının sonlandırılması isteminde bulunabilirler. Bu tür istemler ötenazi talebidir. Fakat modern teknoloji dâhil hâkim olan düşünce yaşamı uzatmak için her türlü olanağın kullanılmasıdır. Türkiye’de ise ötenazi ile ilgili herhangi bir özel hüküm, ceza yasalarına koyulmamıştır. Fakat Tıbbi Deontoloji Nizamnamesinde, Sağlık Bakanlığı’nın Hasta Hakları Yönetmeliği’nde ötenazi yasaktır. Yönetmelikte "Tıbbi gereklerden bahisle veya her ne suretle olursa olsun, hayat hakkından vazgeçilemez. Kendisinin veya bir başkasının talebi dahi olsa, kimsenin hayatına son verilemez" denilmektedir (Köse ve ark., 2019). Bu durum günümüzde kültürlere ve topluma göre değişkenlik göstermektedir.

SONUÇ

Sonuç olarak; iyi bir ölümün yapılandırılabilmesi için birey ve aileyle hassas bir iletişim kurmak, multidisipliner bir ekip anlayışıyla çalışmak, hastanın konforunu sağlayacak girişimleri ve ilaç yönetimlerini yapmak, birey ve ailenin kültürel ve spiritüel gereksinimlerinin bakımın bir parçası olduğunu unutmamak, ölüm ve yönetimi konusunda sağlık profesyonellerinin bilgilerini güncellemek, tıp ve hemşirelik müfredatına iyi ölümle ilgili yapılandırmanın artırılması, ölümcül hastalarla daha sık karşılaşılan kliniklerde sağlık profesyonellerinin ölümle baş etmelerine yardımcı olabilecek hizmet içi eğitimlerin oluşturulması gereklidir.

Çıkar çatışması beyanı

Araştırmada herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Kurumsal ve finansal destek beyanı

Kurumsal ve finansal destek yoktur.

KAYNAKLAR

Broom A. On euthanasia, resistance, and redemption: The moralities and politics of a hospice. *Qualitative Health Research*, 2012; 22(2):226 – 237.

- Cameron Gc, Houldin A. Concept Analysis Of Good Death In Terminally Ill Patients. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, 2012, 29 (8):632-9
- Clark D. Total pain, disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958-1967. *Social Science & Medicine*, 1999, 49(6): 727-736.
- Cottrell L, Dugleby W. The “good death”: An integrative literature review. *Palliative and Supportive Care*, 2016, 14(6):686-712.
- Düzgün G, Karadakovan A. Palyatif Bakımda Kanser Rehabilitasyonu Ve Hemşirelik Bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2018, 34(3): 103- 118
- Ellershaw J, Ward C. Care of the dying patient: the last hours or days of life. *BMJ*, 2003, 326(7379):30-34
- Hallenbeck, J. Palliative Care In The Final Days Of Life: "They Were Expecting It At Any Time". *Jama*, 2005, 293(18):2265-71
- Hançerlioğlu S, Yıldırım Y, Şenuzun Aykar F. Son Dönem Karaciğer Hastalarında Palyatif Bakım ve Semptom Yönetimi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2018, 34(2): 98-111
- Hardwig J. Going To Meet Death. *The Art Of Dying In The Early Part Of The Twenty-First Century*. *Hastings Cent Rep*. 2009, 39(4):37-45.
- Hodgkinson S, Ruegger J, Field-Smith A. ve ark. . Care of dying adults in the last days of life. *Journal of Clinical Medicine*, 2016; 16(3):254-8.
- Iranmanesh S, Dargahi H, Abbaszadeh A Attitudes of Iranian nurses toward caring for dying patients. *Palliative Supportive Care*, 2008, 6(4):363-369.
- İnci F, Öz F. Palyatif bakım ve ölüm kaygısı. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar*. 2012, 4(2):178-187.
- Karahisar F. Ölümcül Hasta, Hemşire Ve Hekimlerin Ölüm Ve Ötanaziye İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*, 2006.
- Karakovan A, Eti Aslan F. Dahili, Ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, (içinde) Olgun, Nermin., Ölüm ve Ölüme Yaklaşan Hasta Bakımı. 3. Baskı, Nobel, Adana; 2014. ss. 211-219.
- Kehl KA. Moving toward peace: An analysis of the concept of a good death. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*. 2006; 23(4):277 – 287.
- Kellehear A. *A Social History of Dying*. New York, NY: Cambridge University Press 2007; ss.28- 46.
- Köse S., Tunalı İb., Yıldırım G. Yoğun Bakımda Çalışan Hekim Ve Hemşirelerin Ölüm Ve Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 2019, 23(1): 9- 17.
- Leadership Alliance For The Care Of Dying People. One Chance To Get It Right - Palliative Care Wales. https://www.ales.Pallcare.Info/Files/One_Chance_To_Get_It_Right. 2014, Erişim Tarihi: 16.5.2018.

- Lange M, Thom B, Kline NE. Assessing nurses' attitudes toward death and caring for dying patients in a comprehensive cancer center. *Oncology Nursing Forum*. 2008, 35(6):955-960.
- Lee GL, Woo IM, Goh C. Understanding the concept of a "good death" among bereaved family caregivers of cancer patients in Singapore. *Palliative Supportive Care*. 2013,11(1):37-46.
- Legrand Sb, Walsh D. Comfort Measures: Practical Care Of The Dying Cancer Patient. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, 2010, 27(7):488-93.
- Munn, J.C. and Zimmerman, S. (2006). A good death for residents of long-term care: family members speak. *Journal of Social Work in End-Of-Life & Palliative Care*, 2(3), 45-59.
- National Palliative And End Of Life Care Partnership <https://www.endoflifecareambitions.org.uk>. Ambitions For : A National Framework For Local Action 2015- 2020. 2014, Erişim Tarihi: 16.5.2018.
- Nice Guideline. Care Of Dying Adults İn The Last Days Of Life. <https://www.nice.org.uk/Guidance/Qs144.2017>, Erişim Tarihi: 16.5.2018
- NHS England Transforming end of life care in acute hospitals. <https://www.england.nhs.uk/.../transforming-end-of-life-care>. 2015c, Erişim Tarihi:16.5.2018
- Nhs England Commissioning Person Centred End Of Life Care - A Toolkit For Healty And Social Care. <https://www.England.Nhs.Uk/.../Nhsiq-Comms-Eolc-Tlkit>. 2016 A, Erişim Tarihi: 16.5.2018
- Nhs England Actions For End Of Life Care: 2014-2016. <https://www.England.Nhs.Uk/Wp.../2014/11/Actions-Eolc>. 2013b, / Erişim Tarihi: 16.5.2018
- Rajmakers Nj, Van Zuylen L, Costantini M, Ve ark. Issues And Needs İn End-Of-Life Decision Making: An International Modified Delphi Study. *Palliative Medicine*. 2012, 26(7):947-53.
- Rietjens J, Van Der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD ve ark. Preferences of the Dutch general public for a good death and associations with attitudes toward end of life decision-making. *Palliative Medicine*. 2006, 20(7):685-6
- Sezer S, Savaş P. Gelişimsel Açıdan Ölüm Kavramı. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2009; 13: 151- 165.
- Shneidman E. Criteria for a Good Death. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2007, 37(3):245-247.
- The Gold Standards Framework Centre. The Gold Standards Framework in Palliative Care Information Leaflet for Patients, Families and Friends www.goldstandardsframework.org.uk. 2014, Erişim Tarihi: 16.5.2018
- The Liverpool Care Pathway. More care, less pathway: a review of the Liverpool Care Pathway. https://assets.publishing.service.gov.uk/.../Liverpool_Care_P. 2013, Erişim Tarihi: 16.5.2018
- van Eechoud JJ, Piers RD, Van Camp S ve ark. Perspectives of family Members on planning end-of-life care for terminally ill and frail older people. *J Pain Symptom Manage*. 2014, 47(5):876-86.
- Zimmermann C. Acceptance of dying: A discourse analysis of palliative care literature. *Social Science & Medicine*. 2012, 75:21 -224
- World Health Organization. WHO definition of palliative care. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition>, Accessed October 15, 2011.
- Wrigley A. Ethics And End Of Life Care: The Liverpool Care Pathway And The Neuberger Review. *J Med Ethics*. 2015, 41(8):639-43.