

## KANITA DAYALI UYGULAMALAR: YAŞAM SONU DÖNEMDE YETİŞKİN BİREYİN HEMŞİRELİK BAKIMI

*EVIDENCE-BASED APPROACHES: NURSING CARE OF ADULTS IN THE LAST DAYS OF LIFE*

**Öğretim Görevlisi Şule Olgun\* Prof. Dr. Meryem Yavuz van Giersbergen\*\***

\*İzmir Kavram Meslek Yüksekokulu

\*\*Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

*Geliş Tarihi/Received: 08.10.2018*

*Kabul Tarihi/ Accepted: 30.11.2018*

---

### Öz

Bir kişinin yaşam sonu dönemde olup olmadığının kararını multi profesyonel bir klinik ekip vermektedir. Bu klinik ekip aynı zamanda gerektiğinde bakıma da odaklanır. Son bir yıl içerisinde "yaşam sonu bakım" adı altında terminal dönemdeki kişilerin bakımının iyileştirilmesi hedefi gündeme oturmuştur.

Birinci basamak sağlık hizmetleri, bakım evleri, huzurevleri, yaşam sonu klinikleri, hastaneler, toplum sağlığı bakım merkezleri ya da evlerde terminal döneme girmiş kişilerin sağlık ve sosyal bakımını üstlenen sağlık bakım çalışanı ya da uzman olmadan çalışan bireyler bulunmaktadır. Makalede terminal süreçteki yetişkin bireye bakım veren bu kişilere kanıta dayalı uygulamaların sunulması amaçlanmıştır.

Bu makalede; 18 yaş ve üzerindeki yaşam sonu döneme girmiş yetişkin bireyin tanımlanması, kişi ile etkili iletişimin sağlanması ve alınan kararların paylaşılması, klinik destekli sıvı yönetimi, ağrı, nefes darlığı, bulantı-kusma, anksiyete, deliryum, ajitasyon ve solunum sekresyonları için etkili ilaç yönetiminin sağlanmasındaki kanıta dayalı uygulamalara yer verilmiştir. Kanıta dayalı uygulamaların yaygınlaştırılması ile terminal süreçteki bireylere gereksiz bakım ve uygulamalardan kaçınılacağı; bilinçli, kanıta dayalı bakım ve uygulamaların gerçekleştirileceği düşünülmektedir.

**Anahtar kelimeler:** kanıt yaşam sonu dönem, yetişkin,

### **ABSTRACT**

*A multiprofessional clinical team makes a decision if a person in the terminal stage or not. This clinical team also focuses on the care if necessary. Improving the care of people who are in the terminal stage is become popular in the last year in the name of terminal care.*

*There are many people who work as a professional or unprofessional health care provider for health hand social care of the person who entered the terminal stage at the primary health care services, hospices, hospitals, community health care centers or homes. The aim is submitted the evidence-based practice for person who gives care to adults in the terminal process.*

*This article is included that identification of individuals on 18 years old and above who are entered the terminally process,, in order to communicate effectively with people and share the decisions, the clinical assisted hydration, pain, shortness of breath, nausea, vomiting, anxiety, delirium, agitation and respiratory secretions for the evidence-based practice in the provision of effective medication management. To avoid unnecessary cares and applications to the person who are in the terminally process by disseminating of evidence-based practice; it is expected that evidence-based cares and practices are carried out consciously.*

**Keywords:** *evidence, end of life period, adult,*

### **GİRİŞ**

Ölmek üzere olan bir kimse duygusal olarak kendini güvenlikte hissetmek, kişiliğini ve değerini korumak, bir gruba, aileye ve hastaneye, bakım gören hastaların oluşturduğu çevreye, ait olma duygusunu kaybetmemek ister. Ayrıca her türlü umuda gereksinim duyar (olgun 2014)yaşam sonu dönem; bireyin yaşamının son günleri, son ayları olarak ifade edilir. Yaşam sonu dönemde hasta bakımı, diğer dönemlerdeki bakımın sürdürülmesi kadar kolay değildir. Bu dönemdeki semptomlar sıklıkla değişir ve hastalığa özel semptomlar şiddetlenebilir, bazı semptomlar yok olabilir ve birçok yeni semptom ortaya çıkabilir (Heidrich 2007).

Yaşamın son günlerini yaşayan hastanın bakımında, hastanın duygusal ve fiziksel gereksinimlerini karşılayabilmek için hemşirenin gerekli bilgi, beceri ve anlayışa sahip olması, hasta ve ailesine etkili psikososyal destek sağlayabilmek için onların duygularını anlaması ve kabul etmesi gereklidir (Fadıloğlu Ve Aksu 2013, Olgun 2014). Tüm dünyada da tıbben yapılacak bir şeyi kalmayan ve ölümü beklenen hastanın huzura ve belli bir konfora sahip olması gerektiği kabul edilmektedir. Ancak aranan ve istenen huzurlu ortamın bir hastane ortamında özellikle de bir yoğun bakım ünitesinde sağlanamayacağı düşünülmektedir. Hastaları yoğun bakım ünitelerinde ölen aileler "hastalarının acı çektiğini ve sevdikleri ile beraber olamadan hayata veda ettiklerini" söylemektedir. Gerçekte de hastalara bu üniteye yapılan testler, uygulamalar ve bakımlar yaşam sürelerine ya da yaşam kalitelerine çok az etki yapmaktadır (Truog Ve Ark. 2001, Heyland Ve Ark. 2002, Anderson Ve Ark. 2008).

Yaşam sonu bakımda hayatlarının son dönemlerini yaşadığı bilinen bu hastalar için çok yüksek miktarlarda paralar harcanmaktadır. İngiltere'de yapılan bir çalışmaya göre, tüm hastane harcamalarının %27-30'u terminal dönem hastalar için yapılmıştır. Son dönem hastalar için yapılan masrafların Amerika Birleşik Devletleri'nde son dönem hastalar için yapılan masrafların toplam sağlık giderleri (450 milyar dolar)

içerisindeki payı %30'dur. Bu paranın %80'i ölen hastanın son ayında hastanede ve özellikle de yoğun bakım ünitesinde agresif hayat destekleyici tedaviler için harcanmıştır (De Jonge Ve Ark. 1999, Emanuel Ve Ark.2002, Morrison ve Ark.2008, Zhang Ve Ark. 2009, Riley Ve Ark. 2010).

Günümüzde sağlık bakım sistemlerinde meydana gelen gelişmeler sayesinde yaşam sonu bakımda hastaların son dönemlerini daha rahat geçirebilmeleri için palyatif bakım ön plana çıkmaktadır. Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı sorunları olan hastanın ağrısının ve diğer problemlerinin belirlenmesini; fiziksel, psikososyal ve manevi gereksinimlerinin karşılanması yoluyla acı çekmesinin önlenmesi ve hafifletilmesine yönelik uygulamaları içeren bir yaklaşımdır (Sepulveda Ve Ark. 2002). Dünya Sağlık Örgütü, Palyatif Bakımın Dünya çapında yaygınlaşması için çabalamaktadır (Borasio 2007). Ancak dünya çapında genel sağlık sistemine entegre olmuş aktif çalışan bir palyatif bakım sisteminin sadece 20 Ülkede (%8,5) olduğu görülmektedir (Özgüroğlu 2004). Türkiye'de İse 1990'ların başında ulusal bir palyatif bakım programının olması gerektiğinin farkına varılmış; ancak 2010 yılına kadar etkin bir girişim veya oluşum bu konuda görülememiştir. 2010 yılında ise sağlık bakanlığı kanser daire başkanlığı'nın palya-türk projesi ile kanser hastaları için etkin bir destek programına başlanmıştır. 2012 yılında Ankara ulus devlet hastanesi bünyesinde bir palyatif bakım kliniği ve kronik kritik hastalar için yoğun bakım ünitesi açılmış; bu ünitenin sadece kanser hastalarına değil tüm terminal dönem hastalarına hizmet sunması amaçlanmıştır (Çavdar 2011, Özgül Ve Gültekin 2012, Kabalak Ve Ark. 2013, Uzuncu Ve Ark. 2013).

Hastalara kaliteli bir bakım verme sorumluluğu hemşirelik kararlarının kanıtı dayandırılmasını önemi giderek artmaktadır (Kocaman 2003). Kanıtı dayalı uygulama, bakım verilen alanlardaki uygun kaynakları, hasta tercihlerini, klinik uzman görüşü ve bilimsel araştırmalardan elde edilen kanıtları, hastalara en iyi bakım hizmetini vermek için bir araya getirme olarak tanımlanmaktadır (Yılmaz 2005). Kanıtı dayalı hemşirelik; kaynakların elde edilebildiği bakım ortamlarında, hemşirelerin klinik uzmanlıklarını, hasta tercihlerini ve eldeki en iyi kanıtları kullanarak karar almaları süreci olarak tanımlanmaktadır (Dicenso Et Al 1998; Mulhall, 1998). Youngblut ve Brooten (2001), kanıtı dayalı hemşireliğin, deneyimlere dayalı karardan kanıtı dayalı karar almaya geçiş olduğunu belirtmiştir. Hemşirelik uygulamalarının kanıtı dayalı olması, bakım kalitesi ve bakım sonuçlarının iyileştirilmesi, klinik uygulamalarda ve hasta bakım sonuçlarında fark yaratılması, bakımın standardize edilmesi ve hasta memnuniyetini arttırması gibi sonuçları açısından önemlidir (Kocaman 2003).

Yaşam sonu dönemdeki yetişkin bireyin bakımına yönelik kanıt düzeyleri sunan rehberlerden birisi de "İngiltere Ulusal Sağlık Ve Kaliteli Bakım Enstitüsü" (National Institute For Health And Care Excellence-NICE)" dür. Rehber 16 Aralık 2015 tarihinde yayımlanmıştır. Rehberde; yaşam sonu dönemdeki birey ve bakım veren arasındaki saygılı iletişimin, konfor ve onurun sağlanması ve aynı zamanda istenmeyen yan etkilere sebep olmadan, yeterli sıvı alımının sağlanması ve yaşam sonu bakımın geliştirilmesi konularına değinilmiştir (NICE 2015). Bu konuda yapılan araştırmaların sonuçlarına göre bir kanıt düzeyleri belirlenmiş ve önerilerde bulunulmuştur

(Abarshive ark. 2012, Seymour 2010, Boot ve Wilson 2014, Bbott ve ark. 2001, Field ve ark. 2013, Candy ve ark. 2012, Back ve ark. 2001, Matsunuma 2014, Wilson ve ark. 2015, Wilson 2015, Kumaggi ve ark. 2012). Kanıt düzeyleri; yüksek, ılımlı, düşük ve çok düşük olmak üzere dört düzeyde belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre belirlenen yüksek ve ılımlı düzeydeki kanıt uygulamalarının, düşük ve çok düşük düzeydeki kanıt uygulamalarından az olması dikkati çekmektedir.

**Tablo 1.** Kanıt Düzeyleri

Düzyey	Açıklama
<b>Yüksek</b>	Araştırma Sonuçlarının Güvenilir Etkisi Çok Yüksekedir.
<b>İlimli</b>	Araştırma Sonuçlarının Güvenilir Etkisi Muhtemeldir.
<b>Düşük</b>	Araştırma Sonuçlarının Güvenilir Etkisi Düşük Bir Olasılıktadır.
<b>Çok Düşük</b>	Araştırma Sonuçlarının Güvenilir Etkisi Belirsizdir.

**Kaynak:** NICE 2015

### **Bireyin Yaşam Sonu Dönemde Olup Olmadığının Belirlenmesi**

Kişide ölümün yaklaşıyor olup olmadığını belirlemek için multiprofesyonel ekip ile birlikte kişi ve yakınlarından elde edilen önemli veriler değerlendirilmelidir. Yaşam sonu dönemde olan hastaları bakım planı en az her 24 saatte bir değişiklikler kaydedilip izlenmelidir. Yeni başlayan hemşireler bu konuda bireyin belirsiz ya da çelişkili klinik belirti ve bulguları olduğunda kendisinde daha fazla deneyime sahip meslektaşlarından yardım almalıdır. Kişinin yaşam sonu döneme girmekte olduğu düşünülüyorsa, kişinin öncelikle mevcut klinik belirti ve bulguları, altta yatan tanı dahil olmak üzere tıbbi öyküsü bilinmelidir (Abarshive ark. 2012). Kişinin fizyolojik, psikolojik, sosyal ve ruhsal ihtiyaçları, hedefleri, gelecekte bakımını sağlayacak olan birinci derece yakınlarının bakım konusundaki görüşleri de göz ardı edilmemelidir. Yaşam sonu döneme girmiş bireyde; ajitasyon, cheyne-strokes solunum, bilinç düzeyinde bozulma, deride ekimozlar, solunum sekresyonlarında artış, ilerleyici kilo kaybı, artan yorgunluk ve iştah kaybı, iletişimde değişiklikler, hareketlerde bozulma, sosyal izolasyon gibi birçok değişiklikler gözlenir (NICE 2015).

Yaşam sonu dönemdeki yetişkin bireyin yaşam sonu dönemde olup olmadığını belirlemeye ilişkin kanıt düzeyleri aşağıda verilmektedir.

**Tablo 2.** Bireyin Yaşam Sonu Dönemde Olup Olmadığını Belirleyen Kanıt Düzeyleri

Mortalite Belirleyicileri (Son 3-7 Gün)	Klinik Kanıt Düzeyi
Huzursuzluk (Özellikle Akşamları Ve Gece)	Yüksek
Sosyal İzolasyon	Yüksek
Hırıltılı Solunumda Artış	İlimli
Periyodik Olarak Apne Görülmesi	İlimli
Mandibular Hareketi İle Solunum	İlimli
Periferik Siyanoz	İlimli
Cheyne-Stokes Solunum	İlimli

Radiyal Arterde Nabızsızlık	İlimli
Hipotansiyon	İlimli
Taşikardi	İlimli
<b>Mortalite Belirleyicileri (Son 3-7 Gün)</b>	<b>Klinik Kanıt Düzeyi</b>
Yüksek Ateş	İlimli
Pulse Oksimetre İle Satürasyon Ölçülememesi	İlimli
İstirahat Halinde Dispne	İlimli
Solunum Sayısında Değişim	İlimli
Solunum Şeklinde Değişim	İlimli
Balgamda Artış	İlimli
Balgam Atmada Zorlanma	İlimli
Düşük Oksijen Satürasyonu	İlimli
Güç Ve Sıkıntılı Solunum	İlimli
Soğuk Ekstremitte	İlimli
Tat Duyusunda Azalma	İlimli
İdrar Çıkışında Azalma/Anüri	İlimli
Konstipasyon/Diyare	İlimli
İlaç Yutmada Sorun	İlimli
Ağız Kuruluğu	İlimli
Herhangi Bir Sıvı Veya Katı Gıda Alamama	İlimli
Yutma Güçlüğü/Yutamama	İlimli
Yanakların Çökmesi	İlimli
Analjeziye Yanıtta Azalma	İlimli
Ciltte Ekimoz	İlimli
İşitmede Ve Bilgiyi Kavramada Zorluk	Düşük
Yutma Güçlüğü	Düşük
İdrar Miktarının Son 2 Saat İçerisinde <100 MI Olması	Düşük
Sarıklık	Çok Düşük

**Kaynak: NICE 2015**

### **Yaşam Sonu Süreçteki Birey İle İletişim**

Sağlık çalışanları etkili bir iletişim ile yaşam sonu süreçteki bireyin mevcut zihinsel kapasitesini algılar ve böylece onların da bakıma katılmalarını sağlayabilir. Etkili bir iletişim ile bireyin yaşamlarının son günleri dikkate alınarak ihtiyaçları ve beklentileri belirlenebilir. Bakım verilen kişi, yakınlarının da bakımı ile ilgili kararlara katılmasını isteyebilir (Seymour 2010). Kişinin bilişsel durumu ve eğer varsa herhangi bir özel konuşma dil veya biçimi ve diğer iletişim ihtiyaçları belirlenmelidir. Kişinin tedavi ve bakımının seyri hakkında ne kadar bilgi sahibi olmak istediği belirlenmelidir. Bireyin

kültürel, dinsel, sosyal, ruhsal ihtiyaçları ve tercihleri belirlenmelidir. Yaşam sonu süreçteki kişinin prognozunu açıklanması için en uygun multiprofesyonel grup üyesi belirlenmelidir ve bu grupta; yetkinlik, güven ve kişi ile uyum aranmalıdır (NICE 2015). Yaşam sonu dönemdeki kişinin; herhangi bir tedavi ve bakımını reddetme, ömrünün son günlerinde bakımı hakkında tercihlerini ifade etme hakkı vardır. Bakım ve tedavi prognozu hakkındaki bilgilerin korunması gerekmektedir. Multiprofesyonel bakım ekibinin üyeleri ile terminal dönemdeki kişinin, bakım ve tedavi prognozunu bir arada tartışması ve bu bakım ve tedavinin kayıt altına alınmış olması gerekir (Boot ve Wilson 2014).

### **Ortak Karar Verme**

Hastalığın terminal dönemi, hasta, aile, diğer yakınlar ve sağlık elemanları için duygusal olarak güç bir dönemdir. Hastanın her an kaybedilebileceği korku ve endişesi yaşanır. Bu nedenle özellikle aile üyeleri, hastanın mümkün olduğunca rahat ve huzurlu olması için çaba sarf harcarlar ve hastayı yalnız bırakmak istemezler. Ölüm yaklaşırken hastada olabilecek değişiklikler konusunda önceden bilgilendirilmeyen aile üyeleri, ölüm anına yönelik bilinmezliklerin korkusunu da yaşarlar. Bu nedenle aileler hastanın durumu ciddileşmeden önce, onun ölümü yaklaşırken yaşayabilecekleri konusunda bilgilendirilmelidirler. Bu konuda bilgilendirilmiş aile üyeleri, hastada oluşabilecek değişikliklerden korkmayacak ve son ana kadar hasta ile birlikte kalıp onu destekleme şansı elde edebileceklerdir (olgun 2014). Hastanın ölümü, sağlık çalışanının yaşamı koruma ve sürdürme amacına ters düşmekte bu nedenle de ölümü beklenen hasta ile iletişimde güçlükler yaşanmaktadır. Yaşam sonu dönemdeki kişinin bakım planı oluşturulurken, bakım verilecek kişi ile de uygulamalar tartışılmalı ve planlanan bakım bu doğrultuda geliştirilmelidir. Bakım planı paylaşılırken dürüst ve şeffaf olunmalı ve kişinin mümkün olduğunca katılımı sağlanmalıdır (Abbott ve ark. 2001).

Karar Verme Sürecinde Dikkat Edilecekler:

- Yaşam sonu dönemdeki kişinin deneyimi, tedaviyi reddetme kararı, sağlık ve refahı için gerekirse bir avukat aracılığıyla ayrıntılı bir şekilde tüm yasal hakları
- Kişinin mevcut hedefleri ve istekleri
- Kişinin kültürel, dinsel, sosyal ve ruhsal tercihleri göz önüne alınmalıdır.

Yaşam sonu dönemdeki kişinin bakımı için gerekli olan kaynakların mümkün olan en erken sürede temin edilmesi gerekir. (örneğin; gerekiyorsa hastanın gece yanında kalacak gönüllü kişi, yardım kurumlarından yemek desteği, bakımda kullanılacak bazı ekipmanların teslimat vb gibi.) Bakım veren kişi ve multiprofesyonel ekibin bireyselleştirilmiş bakım oluşturması çok önemlidir yani bakım planı terminal dönemdeki kişiye özel olmalıdır (NICE 2015). Multiprofesyonel ekip bireyselleştirerek oluşturduğu bakım planının kaydını gerçekleştirir ve terminal dönemdeki kişi ve yakınları ile tartışır. Yaşam sonu dönemdeki kişi için önemli olan öncelikleri belirlemelidir. Bakım planını oluştururken her seferinde güncelleştirmeye devam etmelidir. Bakım planında açıklanması mümkün olmayan durumlarda kişi için önemli

olanlar nedenleri açıklanarak paylaşılmalıdır. Paylaşılan karar her zaman deneyimli personel tarafından desteklenebilir olmalı, ek destek gerekiyorsa başka bir uzmana başvurulmalıdır (Field ve ark. 2013).

Yaşam sonu dönemdeki yetişkin bireyin bakımında ortak karar verme ve iletişimin ölüm üzerine etkisini belirlemeye ilişkin kanıt düzeyleri aşağıda verilmektedir.

**Tablo 3.** Ortak Karar Verme Ve İletişimin Ölüm Üzerine Etkisini Belirleyen Kanıt Düzeyleri

<b>Ortak Karar Verme Ve İletişimin Ölüm Üzerine Etkisi</b>	<b>Klinik Kanıt Düzeyi</b>
Aile üyeleri ile kurulan diyalogda tıbbi terminoloji kullanımı, ortak karar vermede aile katılımını azaltmaktadır	Düşük
Sağlık çalışanlarının rutin tedavi ve bakıma yönelmeleri, hastaların görüş ve tercihlerinin göz önüne alınmasını engellemektedir	Düşük
Bir rehber önderliğinde iletişim becerileri eğitiminin düzenlenmesi yararlıdır	Düşük
Yaşam sonu dönemdeki kişi ile bakımına yönelik ortak karar almak, kişinin prognozu hakkındaki reddini en aza indirmektedir	İlmlı

**Kaynak: NICE 2015**

### **Yeterli Sıvı Alımının Sağlanması**

Yaşam sonu dönemdeki hastanın yaşamlarının son anına kadar oral yoldan sıvı desteği devam ettirilmeye çalışılmalıdır. Ancak aspirasyon riski, yutma güçlüğü gibi istenmeyen herhangi bir durumun gelişebileceği unutulmamalıdır. Yaşam sonu dönemdeki kişi ile oral sıvı alımının faydaları ve zararları tartışılmalıdır. Yaşam sonu dönemdeki kişinin sık sık ağız ve dudak bakımı sağlanmalıdır. Kişi isterse, dişlerini ya da protezini temizlemesine, sık sık sıvı yudumlamasına yardım edilmelidir (Kumaggi ve ark. 2012). Eğer yaşam sonu bakım sürecindeki kişi isterse yakınları ağız ve dudak bakımına katılabilir ve bunun için sağlık çalışanları, bireyin yakınlarını teşvik etmelidir. Yaşam sonu süreçteki kişilerin yakınlarına, güvenli bir şekilde oral sıvı alımını gerçekleştirmelerini sağlamaları için gerekli yardım sağlanmalı ve bu yönde tavsiyelerde bulunulmalıdır (Back ve ark. 2001). Yaşam sonu dönemdeki kişinin günlük sıvı ihtiyacı belirlenmeli, klinik destekli hidrasyona başlayan kişinin istek ve tercihlerine saygı duyularak bakım planı yeniden gözden geçirilmelidir. Terminal dönemdeki kişi ile klinik destekli hidrasyonun riskleri, yararları ve kendileri için önemli olan durumlar tartışılmalıdır (Matsunuma 2014).yaşam sonu dönemdeki kişiye klinik destekli sıvı desteğinin sebebinin, dehidrasyonun istenmeyen etkilerinden kaçınmak olduğu açıklanmalı ve dehidrasyonun neden olabileceği sorunlar belirtilmelidir. Klinik destekli sıvı desteği terminal süreçteki bireyin ömrünü uzatıp uzatmayacağı belirsiz olduğu ancak yeterli sıvı alımı sağlanmazsa ölüm sürecinin hızlanacağı açıklanmalıdır. Klinik destekli sıvı yönetimine başlamadan önce terminal dönemdeki kişi ve yakınları tarafından herhangi bir endişeleri olup olmadığı belirlenmeli, kişiye özel bir yaklaşımla dikkatli davranılmalıdır. Kişiye özel bakım verirken; yaşam sonu dönemdeki hastanın bilinç düzeyi kontrol edilmeli, kültürel, ruhsal ve dini inançları doğrultusunda sıvı tedavisini tercih etme, reddetme hakkının olduğu belirtilmeli, herhangi bir yutma güçlüğüne olup olmadığı, susuzluk düzeyi, pulmoner ödem riskinin olup olmadığı belirlenmelidir (NICE 2015). Yaşam sonu dönemdeki kişilerde susuzluk, dehidratasyon ya da oral sıvı yetersizliği sebebiyle deliryum gibi psikojenik

rahatsızlıklar gelişebilir. Bu durumda klinik destekli tedavi edici sıvı tedavisi uygulanmalıdır. Yaşam sonu dönemdeki hastalara klinik destekli sıvı tedavisi uygulanırken; kişi dehidratasyon belirti ve bulgularındaki değişikliklerin belirlenebilmesi için en az 12 saatte bir monitöre bağlanmalı, tedavinin yarar veya zararları belirlenmeli, klinik sonuçlara göre devam edilmelidir. Kişide sıvı yüklenmesi ya da olası zarar belirtileri görülürse klinik destekli sıvı durdurulur. Terminal dönemdeki hasta için terminal süreç hızlandığında sıvı desteğini durdurmak doğru değildir (NICE 2015).

Yaşam sonu dönemdeki yetişkin bireyde klinik destekli sıvı sağlamanın bireye etkisini belirlemeye ilişkin kanıt düzeyleri aşağıda verilmektedir.

**Tablo 4.** Klinik Destekli Sıvı Tedavisinin Yaşam Sonu Süreçteki Bireye Etkisini Belirleyen Kanıt Düzeyleri

<b>Klinik Destekli Sıvı Vermenin Terminal Süreçteki Bireye Etkisi</b>	<b>Klinik Kanıt Düzeyi</b>
Sedasyon Üzerine Etkisi	Çok Düşük
Ödem Üzerine Etkisi	Çok Düşük
Plevral Efüzyon Üzerine Etkisi	Çok Düşük
Ölümden Önceki Son Bir Haftada Kandaki Üre Ve Kreatinin Üzerine Etkisi	Çok Düşük
Ölümden Önceki Haftalarda Kandaki Sodyum Üzerine Etkisi	Çok Düşük
Bulantı Üzerine Etkisi	Çok Düşük
Yaşam Kalitesine Olumlu Etkisi	Düşük
Anksiyete De Azalma Üzerine Etkisi	Düşük
Ağrıdanın Azalması Üzerine Etkisi	Düşük
Sedasyon Da Azalma Üzerine Etkisi	Düşük
Dispne De Azalma Belirtilerine Etkisi	İlımlı
İştahsızlıkta Azalma Belirtilerine Etkisi	İlımlı
Deliryumda Azalma Belirtisine Etkisi	İlımlı

**Kaynak: NICE 2015**

### **Farmakolojik Girişimler**

Palyatif bakımda, tanı testleri ve hastanın acı çekmesine neden olabilecek girişimler minimale indirilir. Hastalar acıkırsa ve bir şeyler yemek isterlerse yer, susarlarsa su içerler, sıvı ve yiyecek alması için zorlanmazlar. Bireyselleştirilmiş bakım uygulanır ve bakım hasta ile ailesinin amaçlarına temellenir. Temel hedef ağrı ve diğer semptomların ortadan kaldırılmasıdır. (Olgun 2014). Yaşam sonu dönemdeki hastanın semptom yönetiminde yüksek kalitedeki bakımın önemli bir parçası, farmakolojik yöntemlerin kullanılmasıdır. Örneğin; ağrı yönetiminde ya da solunum sıkıntısı ile baş etmede yaşam sonu dönemdeki kişinin mevcut olan ilaçları gözden geçirilmeli ve bu kişinin yaşam sonu sürecinin hızlandığı fark edildiğinde önceden belirlenmiş ilaçlar durdurulup, yeni durumla ilgili hastaya fayda sağlayacak, zarar vermeyecek yeniden yapılandırılmış bir ilaç yönetimine girilmelidir (wilson ve ark. 2015). Yaşam sonu dönemdeki kişinin semptom yönetimini sağlamada ilaç kullanımını sağlamada ortak bir karar sağlanmalıdır. Semptomların olası nedenleri, ilacın yararları ve zararları yanında yaşam sonu dönemdeki kişinin tercihleri, kişiyi ilacı



seçmeye yönelten bireysel ya da kültürel faktörler, semptom yönetimi için başka ilaçların alınmasının gerekli olup olmadığı, alınan ilacın herhangi bir risk durumu (örneğin; bulantı ve kusmayı yönetmek için alınan ilaç, kalp yetmezliğini şiddetlendirebilir), kişinin güvenli yutma kabiliyetleri ve tercihleri değerlendirilmelidir. Kişi oral ilaç alımını tolere edemiyorsa farklı yolla verilebilir. yaşam sonu dönemdeki hastada; ilacın kas içi enjeksiyonundan kaçınmak, cilt altı ya da damar içi enjeksiyon yoluyla verilmesine öncelik vermek gerekir. 24 saat içinde 2 veya 3 doz halinde verilecek olan ilaçların sürekli semptom kontrolünün sağlanabilmesi için sürekli infüzyon pompası ile verilmesi gerekir. İlaçların verilmesine öncelikle en düşük dozdan başlanılır daha sonra gerekirse kademeli olarak doz yükseltilir. Yaşam sonu dönemdeki kişinin, tedavisi sırasında verilen ilaçlarının düzenli olarak günlük titrasyonu değerlendirilmeli ve sonuca göre doz yeniden belirlenmelidir. yaşam sonu dönemdeki kişide sedasyon sağlayacak ilaç uygulamalarında istenmeyen yan etkiler görülürse derhal uzman bir kişiden palyatif bakım desteği alınmalıdır (nice 2015).

### **Ağrı Yönetimi**

Yaşam sonu dönemdeki kişide ağrı yönetiminde öncelikle farmakolojik olmayan bir baş etme yöntemi düşünülmelidir. Yaşam sonu dönemdeki hastada ağrının tespit edilmesi halinde, derhal ve etkili bir şekilde ağrı yönetimi sağlanmalıdır. Öncelikle idrar retansiyonu gibi ağrıya neden olabilecek herhangi bir durumun tespit edilmesi ve ağrıya sebep olan bu rahatsızlığın tedavi edilmesi gerektiği unutulmamalıdır. Yaşam sonu dönemdeki kişinin ağrı seviyesi değerlendirilmeli ve ağrı yönetimi için ilaç reçete edilirken mevcut olası tüm nedenler değerlendirilmelidir (NICE 2006). Yaşam sonu dönemdeki kişinin ağrı yeri, şiddeti, süresi, ağrı zamanı, elde edilen veriler doğrultusunda değerlendirilmeli ve bu verilere yönelik ağrı yönetim ilkeleri uygulanmalıdır. Kişinin efektif demans veya öğrenme güçlüğü durumu varsa, bu kişilerin ağrı durumlarını açıklamaları mümkün olmadığı için, ağrı durumunu değerlendirmede davranışsal ağrı değerlendirme yöntemi kullanılmalıdır (NICE 2015). Ağrıyı azaltmak amacı ile yapılan tedavide opioid ilaçlar kullanılırken, hastada rahatsız edici yan etkiler ortaya çıkarmadan ağrıyı azaltan doz, doğru ilaç dozu olarak kabul edilir (Olgun 2014).

### **Solunum Sıkıntısı Ve Sekresyon Yönetimi**

Yaşam sonu dönemdeki kişinin nefes darlığı nedenleri (örneğin; pulmoner ödem veya plevral efüzyon vb.) belirlenmeli ve bu nedene yönelik bakım planlanmalıdır. Yaşam sonu dönemdeki kişinin solunum sıkıntısına müdahalede öncelikle farmakolojik olmayan baş etme yöntemlerine başvurulmalıdır (Hugel ve Ark. 2006). Solunum sıkıntısı ile karşılaşıldığında rutin oksijen desteğine başlanmamalı, sadece bilinen veya klinik hipoksemi olduğundan şüphelenilen kişilere oksijen destek tedavisi sunulmalıdır. İlaç tedavilerinin uygulandığı 12 saat içerisinde solunum sekresyonlarına yönelik sıkıntı hala değişmeksizin devam ediyor ise, ilaçların durdurulması ya da değiştirilmesi yöntemine başvurulmalıdır (ilaçların etkisini gösterebilmesi için 12 saat kadar süre geçmesi gerekebilir) (Matsunuma Ve Ark. 2014).

### **Bulantı Ve Kusma Yönetimi**

Yaşam Sonu Dönemdeki Kişide Oluşan Bulantı Veya Kusma Olası Nedenleri; Mide Bulantısı Ve Kusmaya Neden Olacak Bazı İlaçların Kullanımı, Kemoterapi Veya Radyoterapi Tedavisi, Psikolojik Veya Biyokimyasal Nedenler, İntrakraniyal Basınç Artışı, Gastrointestinal Motilite Bozukluğu, İleus Veya Bağırsak Tıkanması Olabilir. Terminal Dönemdeki Hasta İle Bulantı-Kusma Tedavi Seçenekleri Tartışılmalıdır. Hastada Mide Bulantısı Ve Kusma Tedavisinde Öncelikle Farmakolojik Olmayan Yöntemlerin (Hastaya Gevşeme Yöntemleri, Derin Soluk Alıp- Verme Egzersizleri, Kendini Telkin Etme, Dikkatini Başka Alanlara Yönelme Yaklaşımları) Düşünülmesi, Karar Verilen İlacın Olası Yan Etkileri Bilinmesi Ve Ona Yönelik Gözlem Yapılması Gerekir. Hastada İstenen Etkiler Belirlenir Ve Hasta Üzerinde Gözlemlenir. İlacın Diğer İlaçlarla Birlikte Uyumluluğu Ve Etkileşimleri Bilinmelidir (Wilson 2015).

### **Anksiyete, Deliryum Ve Ajitasyon Yönetimi**

Yaşam sonu dönemdeki kişi ve yakınları ile birlikte, ajitasyon, anksiyete ya da deliryumun olası nedenlerini tartışılmalıdır. Bazen ağrı, istem dışı idrar kaçırma ve defekasyonun yapılması gibi nedenlerle yaşanan izolasyonun da ajitasyona sebep olabileceği unutulmamalıdır. Terminal dönemdeki kişide ajitasyon, anksiyete ve deliryum gibi durumlarda öncelikle farmakolojik olmayan baş etme yöntemleri düşünülmelidir (NICE 2006, NICE 2010). Hiponatremi gibi bazı elektrolitlerin eksikliği ya da fazlalığı sebebiyle de endişe ya da deliryum gibi psikolojik rahatsızlıkların gelişebileceği unutulmamalıdır. Bu durumda öncelikle bu eksiklikler yerine konulmalıdır. anksiyete veya ajitasyon yönetimi için benzodiazepin türevi ilaç kullanımı düşünülebilir (nice 2010). Deliryum veya ajitasyon yönetimi için antipsikotik ilaç kullanımı düşünülebilir. ajitasyon veya deliryumun antipsikotik tedavisi istenmeyen sonuçlara neden olursa, tedavi sedasyona yanıt vermezse veya yaşam sonu dönemdeki kişinin ajitasyon ya da deliryum tanısı belirsiz ise bir uzman tavsiyesi alınmalıdır. Her seferinde hemşirelik tanı ve girişimlerinin tekrar gözden geçirilmesi gerekmektedir (Candy ve Ark. 2012).

### **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Bireyler yaşamlarının sonuna yaklaşırken, bakım amaçları ve tedavi öncelikleri genellikle değişiklik gösterir. Yaşam sonu bakımda bireyin fonksiyonelliğini desteklemek, acı çekmesini önlemek ve yaşam kalitesini en üst düzeye çıkarmak hedeflenir. Yaşam sonu dönemdeki kişi ve yakınları ile saygı çerçevesinde iletişim kurularak alınan kararlar paylaşılır ve bakım süresince istenmeyen yan etkilere sebep olmadan, kanıt düzeyinde bakım verilerek kişinin konfor ve onuru korunmaya çalışılır. Sürekli ölümcül hastaya bakım verseler ve sık sık ölüme tanık olsalar bile, hemşireler için her bir hasta ve her bir ölüm olayı benzersiz ve keder vericidir. Yaşamın son dönemdeki bireylerin bakımında kaliteli bakımı sağlamalarında kanıtlanmış uygulama önerileri hemşirelere yol gösterici olacaktır.

**KAYNAKÇA**

- Abbott Kh, Sago Jg, Breen Cm, Et Al. Families Looking Back: One Year After Discussion Of With Drawal Or With Holding Of Life-Sustaining Support. *Critical Care Medicine*. 2001; 29(1):197-201.
- Anderson Wg, Arnold Rm, Angus Dc Et Al. Post Traumatic Stres And Complicated Grief in Family Members Of Patients in The İntensive Care Unit. *J Gen Intern Med* 2008;23:1871-6.
- Abarshi E, Ehteld M, Donker G, Et Al. Discussing End-Of-Life Issues in The Last Months Of Life: A Nation Wide Study Among General Practitioners. *Journal Of Palliative Medicine*. 2011; 14(3).
- Back In, Jenkins K, Blower A, Et Al. Study Comparing Hyoscine Hydrobromide And Glycopyrrolate in The Treatment Of Death Rattle. *Palliative Medicine*. 2001; 15(4):329-336.
- Boot M, Wilson C. Clinical Nurses Pecialists Perspectives on Advance Care Planning Conversations: A Qualitative Study. *International Journal of Palliative Nursing*. 2014; 20(1):9-14.
- Borasio Gd. Translating The World Health Organization Definition of Palliative Care Into Scientific Practice. *Palliat Support Care* 2011;9:1-2.
- Candy B, Jackson Kc, Jones L, Et Al. Drug Therapy For Symptoms Associated With Anxiety in Adult Palliative Care Patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.: John Wiley&Sons, Ltd. 2012;(10):1-20.
- Çavdar İ. Kanserli Hastanın Terminal Dönemdeki Bakımı. *Türk Onkoloji Dergisi* 2011;26:142-7.
- De Jonge Ke, Sulmasy Dp, Gold Kg Et Al. The Timing of Do-Not-Resuscitate Orders And Hospital Costs. *J Gen Intern Med* 1999;14:190-2.
- Dicenso, A. Cullum, N. Ciliska, D. Implementing Evidence-Based Nursing: Some Misconception 1998.
- Emanuel Ej, Ash A, Yu We Et Al. Managedcare, Hospiceuse, Site Of Death, And Medical Expenditures in The Last Year Of Life. *Arch Intern Med* 2002;162:1722-8.
- Fadıloğlu Ç, Aksu T. İyi Ölüm Ölçeğinin Geçerlilik Ve Güvenirligi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2013; 29: 1-15.
- Fields A, Finucane Am, Oxenham D. Discussing Preferred Place Of Death With Patients: Staff Experiences in A Uk Specialist Palliative Care Setting. *International Journal Of Palliative Nursing*. 2013; 19(11):558-565.
- Heidrich De. The Dying Process. Kuebler Kk, Heidrich De, Eds. *Palliative&End Of Life Care: Clinical Practice Gündelines*. 2 Nd Ed. St Louis: Saunders Elsevier, 2007. 33-44.
- Heyland Dk, Rocker Gm, Dodek Pm Et Al. Family Satisfaction With Care in The Intensive Care Unit: Results Of A Multi Plecenter Study. *Crit Care Med* 2002;30:1413-8.
- Hugel H, Ellershaw J, Gambles M. Respiratory Tract Secretions in The Dying Patient: A Comparison Between Glycopyrronium And Hyoscinehydrobromide. *Journal Of Palliative Medicine*. 2006; 9(2):279-284.
- Kumagai Y, Maekawa A, Abe M. Prognostic Items For The Last 10 And 3 Days of Life Of Cancer Patients At Home. *Cancer Nursing*. 2012; 35(5):390-396.
- Kabalak Aa, Kahveci K, Gökçınar D, Et Al. Structuring of Palliative Care in Ankara Ulus State Hospital, Turkey: 2012-2013. *J Palliat Care Med* 2013;3:162.
- Kocaman G. Hemşirelikte Kanıtı Dayalı Uygulama. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2003; 5(2):61-9.

- Kabalak Aa, Ozturk H, Çağlı H. Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu: Palyatif Bakım. Yoğun Bakım Dergisi 2013;11:56-70.
- Matsunuma R, Tanbo Y, Asai N, Et Al. Prognostic Factors in Patients With Terminal Stage Lung Cancer. Journal Of Palliative Medicine. 2014; 17(2):189-194.
- Mullhal, A. Ebn Notebook. Nursing, Research And The Evidence. Evidence Based Nursing,1998; 1 (1): 4-6.
- Morrison Rs, Penrod Jd, Jassel Jb Et Al. Cost Savings Associated With Us Hospital Palliative Care Consultation Programs. Arch Intern Med 2008;168:1783-90.
- National Collaborating Centre For Mental Health. Dementia: The Nice-Scie Guideline On Supporting People With Dementia And Their Carers İn National Clinical Guideline Centre. Health And Social Care. Nice Clinical Guideline 42. London. Royal College of Psychiatrists and The British Psychological Society, 2006. Available From: [Http://www.Nice.Org.Uk/Cg42](http://www.nice.org.uk/Cg42)
- National Clinical Guideline Centre. Delirium: Diagnosis, Prevention And Management. Nice Clinical Guideline 103. London. National Clinical Guideline Centre, 2010. Available From: [Http:// Guidance. Nice. Org.Uk/ Cg103](http://guidance.nice.org.uk/Cg103)
- National Institute For Health And Clinical Excellence. The Guide Lines Manual. London: Care Of Dying Adults İn The Last Days of Life; 2015. Available From: [Http://Publications.Nice.Org.Uk/The-Guidelines-Manual-Pmg6/](http://publications.nice.org.uk/the-guidelines-manual-pmg6/)
- Olgun N. Ölüm Ve Ölümeye Yaklaşan Hastaya Yaklaşım. İçinde: Karadakovan A, Eti Aslan F, Editörler. Dahili Ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi; 2014. 211-219.
- Özgül N, Gültekin M,Koç O, Et Al. Turkish Community-Based Palliative Care Model: A Unique Design. Ann Oncol 2012;23:76-8.
- Özgüroğlu M. Terminal Donemdeki Kanser Hastasına Yaklaşım: Hospice Ve Palyatif Bakım. Klinik Gelişim 2004; 17: 1-2.
- Riley Gf, Lubitz Jd. Long-Term Trends İn Medicare Payments in The Last Year of Life. Health Serv Res 2010;45:565-76.
- Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Et Al. Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective. J Pain Symptom Manage. 2002;24:91-6.
- Seymour J, Almack K, Kennedy S. Implementing Advance Care Planning: A Qualitative Study of Community Nurses' Views And Experiences. Bmc Palliative Care. 2010; 9:4
- Truog Rd, Cist Af, Bracket Se Et Al. Recommendations For End-Of-Life Care in The Intensive Care Unit: The Ethics Committee of The Society of Critical Care Medicine. Crit Care Med 2001;29:2332-48.
- Uzuncu Hb, Buyruk H, Alnak E, Ve Ark. Yoğun Bakımda Yapılacak Bir Şeyi Kalmayan Kanserli Terminal Donem Hastalara İnsanca Bakım Önerisi. Cumhuriyet Tıp Derg 2013;35:143-51.
- Weissman De, Meier De. Identifying Patients in Need of A Palliative Care Assessment in The Hospital Setting: A Consensus Report From The Center to Advance Palliative Care. J Pallia Med 2011;14:17-23.
- Wilson E, Morbey H, Brown J,Et Al. Administering Anticipatory Medications in End-of-Life Care: A Qualitative Study of Nursing Practice in The Community And in Nursing Homes. Palliative Medicine. 2015; 29(1):60-70.
- Yılmaz M. Hemşirelik Bakım Hizmetinin Kalitesini Geliştirme Yolu Olarak Kanıtı Dayalı Uygulama. C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 9(1):41-8.

Youngblut, J.M. Broton, D. Evidence- Based Nursing Practice: Why is It Important. Aacn, 2001; 12 (4): 468-476.

Zhang B, Wright Aa, Huskamp Ha Et Al. Health Care Costs in The Last Week of Life: Associations With End-of-Life Conversations. Arch Intern Med 2009; 169:480-8.