

SON GÜN VE SAATLERDEKİ YAŞAM SONU BAKIMINDA KANITA DAYALI UYGULAMA ÖNERİLERİ

EVIDENCE-BASED PRACTICE RECOMMENDATION ABOUT END-OF-LIFE CARE DURING THE LAST DAYS AND HOURS

Prof. Dr. M. YAVUZ van GIEBERGEN*

Ar. Gör. Sinem GEÇİT*

*Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD.

ÖZET

Yaşam sonu dönem; organizmanın kendini yenileme yeteneğini yitirdiği, hastalığın son dönemine bağlı sağlığın azaldığı ve canlı olma durumunun sona erdiği süreçtir. Bu süreç hem hastayı hem de ailesini birçok yönden etkilemektedir. Yaşamın son gün ve saatlerinde olan hastalar ve ailelerinin fiziksel, psikolojik ve spiritüel gereksinimlerinin karşılanmasında tüm sağlık ekibi iş birliği içinde olmalıdır. Bu ekibin içinde yer alan hemşireler de önemli bir yere sahiptir. Bu derleme yaşamın son gün ve saatlerinde olan hastalarda uygulanabilecek yaşam sonu bakımı ile ilgili kanıta dayalı yaklaşımları paylaşmayı amaçlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Yaşam sonu bakımı, hemşirelik bakımı, rehberler

ABSTRACT

The end of life is defined as the organism loses the ability to renew itself and the end of the live status. Also the last period of life is defined; the process of reduced health connected to the terminal stages of the disease. The process of death affects the individual as well as family in many ways. All health team should be in cooperation for individuals who are in the last days and hours of life and their families about eliminating their physical, psychological and spiritual needs and nurses within this team also has an important place. This process is utilized in the provision of care in evidence-based practice. This article aims sharing evidence-based approaches that can be applied on end of life care for individuals living in the last days and hours of life.

Key words: End of life care, nursing care, guidelines

GİRİŞ

Yaşam sonu dönem; organizmanın kendini yenileme yeteneğini yitirdiği, hastalığın son dönemine bağlı sağlığın azaldığı ve canlı olma durumunun sona erdiği süreçtir. (Akyol 2010). Bireyin psikolojik ve fizyolojik son evresi, yaşamın son

aşamasıdır (Keskin 2005). Yaşamın sonlanması en önemli olaylardan birisi olup, yaşayan tüm organizmaların paylaştıkları evrensel bir olgudur (Işık ve ark. 2009). Yaşam sonu dönem, ölümü yaklaşmış olan bireylerin içinde bulunduğu dönemdir. Yaşamın son döneminde verilen bakımın süresine ilişkin literatürde kesin bir bilgi olmamasına rağmen, genellikle son haftalar, günler ve saatlerde verilen bakım anlamına gelmektedir (Elçigil 2012). Tıp Enstitüsü (The Institute of Medicine) tarafından yaşam sonu dönem; hastalığın son dönemine bağlı sağlığın azaldığı veya ileri yaşa bağlı sağlığın zayıfladığı süreç olarak tanımlanmaktadır (Heitkemper McLean 2014).

Yaşamın son dönemindeki bakım, bu dönemde olan bireyin ve yas sürecindeki ailenin gereksinimlerinin belirlenmesi ve karşılanmasını içerir. Daha çok ağrı ve diğer semptomların kontrolünü, psikolojik, sosyal ve manevi bakımı içermektedir (Elçigil 2012). Yaşam sonu bakımın amaçları; bu dönemde olan bireye destekleyici bakım vererek onurlu bir ölüm sağlamak, hastaların kalan sürelerinde ki yaşam kalitesini arttırmak ve aileye duygusal destek vermektir (Heitkemper McLean 2014). Hastanın fiziksel ve ruhsal yönden rahatlığının sağlanması, kişiliğinin ve değerlerinin korunması, kendini güvende hissetmesi, yeterli tedavi ve bakımı alması, hastanın acı çekmeden huzur içinde ölmesini sağlar ve kalan yaşam süresinin kalitesini yükseltir (Akyol 2010). Hastaya bakım veren sağlık ekibi, özellikle de hasta ile en uzun süre iletişim kuran hemşireler, hastane ortamında bu süreci en yakından yaşayan çalışanlardır. Bu nedenle, hemşirelerin yaşam sonu dönem kavramı karşısındaki tutumları son derece önemlidir (Işık ve ark. 2009). Yaşam sonu bakımı hasta bireylerin ve ailelerinin fiziksel ve psikolojik ihtiyaçları üzerinde odaklanır.

Yaşam Sonunda Görülen Fiziksel Belirtiler

Yaşamın son döneminde metabolizma ve tüm vücut fonksiyonları yavaşlamaktadır. Genel durum bozukluğu, besin ve sıvı alımında azalma, idrar çıkışında azalma ve/veya renginde koyulaşma, yutma güçlüğü, bilinç düzeyinde azalma, ekstremitelerde soğuma ve renk değişikliği gibi fiziksel belirtiler görülmektedir (RNAO 2011). Hava yollarında biriken sekresyonlara bağlı olarak hızlı veya yavaş, yüzeysel, düzensiz ve hırıltılı solunum gibi solunum değişiklikleri görülmektedir. Apne, derin ve hızlı solunum ile karakterize olan Cheyne-Stokes solunumu görülmektedir. Bu değişikliklerin sonunda solunum durduğunda, bir kaç dakika içinde kalp de durmaktadır (Heitkemper McLean 2014). Hemşire, hastanın ağrısı ve solunum sıkıntısı kontrol altına alınmalı, cilt ve mukoza bütünlüğü sürdürülmeli, rahatını sağlamak ve sürdürmek için gerekli girişimler planlamalı ve uygulamalıdır (Elçigil 2012).

Yaşam Sonunda Görülen Psikolojik Belirtiler

Kübler Ross'a göre kayıp/ölüm süreci; inkar, öfke, pazarlık etme, depresyon ve kabullenme olmak üzere beş adımda tanımlanmıştır. Hastanın/yakınlarının yaşam sonu dönemde olduğunu bilmeleri ya da olumsuz prognozun söylendiği durumlarda şok/inkar yaşanabilir. İnkâr süreci, durumun neden olduğu akut anksiyete ve paniğin bir süre ertelenmesini sağlar. Duruma uyum sağlamak için hasta/yakınlarına zaman

kazandırır. Hastanın içinde bulunduğu durumu kabul etmeye başladığında ortaya çıkan duygu öfkedir. Hasta, durumu kendi yetersizliklerinin bir sonucu gibi görerek suçluluk duyar ve bunun neden kendisinin başına geldiğini düşünerek öfke yaşar. Pazarlık etme döneminde kişiler kaybettiklerini geri getirebilecekleri ya da gerçeği değiştirebilecekleri duygusu yaşayabilirler. Bu dönemde yoğun suçluluk, abartılı bir öfke ve isyan hali görülebilir. Depresyon aşamasında hastalar kendi ölümlerinin yasını tutarlar ve yakınlarından ayrılacağı için ayrılık anksiyetesi yaşamaya başlarlar. Uyum/kabullenme döneminde hasta artık öfkelenemeyecek kadar zayıftır ve 'ölüm' gerçeğini olduğu gibi kabul eder (Akyol 2010). Birçok hasta ve ailesi, bakımın olumlu sonuç vermeyeceğini kabullenerek, terminal dönemdeki hastalık süreci ile mücadele etmektedir. Hasta ve ailesi bu süreçte kendisini bunalmış, korkulu, güçsüz ve yorgun hissetmektedir (Heitkemper McLean 2014). Yaşamın son döneminde olan bireylerde depresyon, anksiyete, duygusallık, korku, çatışma, suçluluk gibi psikolojik belirtiler görülmektedir (RNAO 2011). Bu nedenle bu dönemde ki hasta ve ailesinin ihtiyaç ve isteklerine saygı duyulmalıdır. Hemşire yaşam sonu dönemde olan bireyin psikososyal sorunlarının farkında olmalı, hasta ve ailesinin hastalığın duygusal yönü ile baş etmesine yardımcı olmalıdır. Hasta ve ailesinin ölüme ilişkin kültürel ve dini değerlerini, duygu ve davranışlarını değerlendirmelidir (Elçigil 2012).

Yaşam Sonu Dönemdeki Bireyin Bakımı

Yaşam sonu dönemde olan bireyin ve ailesinin bakımında merkezi bir konumda olan hemşireler, hastaların içinde buldukları süreci huzurlu bir şekilde geçirmelerini sağlayan en önemli sağlık ekibi üyelerindedir (Kisorio ve Langley 2015). Hastanın ölümünden önce, ölümü sırasında ve sonrasında uygun hemşirelik girişimlerinin kullanılması, aile üyelerinin ölüm gerçeğini kabul etmelerinde yardımcı olmaktadır (Akdemir ve Birol 2005).

Yaşamın son günlerini yaşayan bireyin duygusal ve fiziksel gereksinimlerini karşılayabilmek için, hemşirenin gerekli bilgi, beceri ve anlayışa sahip olması, hasta ve ailesine etkili psikososyal destek sağlayabilmek için kendi duygularını tanıması ve kabul etmesi gereklidir. Yaşam sonu dönemde olan hastalarda, tedavi ana hedef olmaktan uzaklaşır ve bakım ön plana çıkar. Bu nedenle hem fiziksel bakım hem de manevi bakım, hemşirelik fonksiyonlarında birincil duruma gelir. (Işık ve ark. 2009). Yaşam sonu dönemde olan bireyde doğru yaklaşım, objektif veri toplama, planlama, uygulama ve değerlendirme ile mümkündür. Bu amaca uygun olarak hastanın fiziksel incelemesi yapılır ve sistemlerde ortaya çıkan değişiklikler belirlenir (Akyol 2010).

Yaşam sonu dönemde olan bireyde ruhsal çöküntüyü ve psikolojik acıyı azaltmak, uyumu sağlayarak yaşam kalitesini arttırmak, kaygı, depresyon ve diğer psikiyatrik semptomları düzeltmek, yalnızlık ve izolasyonu önlemek, ağrı ve diğer fizyolojik semptomlarla baş etmeye yardım etmek, hastanın tedaviye etkin katılımını sağlamak ve hastanın umutlarını destekleyip güçlendirmek ele alınması gereken temel hemşirelik yaklaşımlarıdır (Akdemir ve Birol 2005). Ölmekte olan birey ile birlikte yakınları ve ailesi de terminal dönem boyunca yas yaşamaktadırlar. Ailelerin de desteklenmesi ve tedavi dicit girişimlerden yararlanmalarının sağlanması önemlidir

(Gulanik ve Myers 2007). Bu nedenle hemşire, ailenin kederini tanımalı, güven duygusu oluşturmalı, etkin dinlemeli, basit ve yalın bir dille durumu açıklamalı, ailenin hastanın bakımına katılmasını sağlamalıdır. Yaşam sonu dönemde olan birey genç ya da çocuk ise ailenin ziyareti için zaman sunulmalı ve düzenleme yapılmalı, hemşire zor kararlarda aileye yardım etmeli, yapılacak uygulamalarda hastanın dini inanışlarını dikkate almalı, ortam hazırlamalı, aile içinde değişecek roller konusunda danışmanlık yapılmalı, ailenin destek sistemleri gözden geçirilmeli ve destek gruplarına yönlendirilmelidir (Akyol 2010). Hemşire hastanın huzurlu ölümü için gerekli çevre düzenlemesini yapmalı, hasta ve ailesinin mahremiyetinin korunabileceği, yakın ilişkilerinin sürdürülebileceği bir ortam sağlamalıdır. Aileyi ölüm sırasında meydana gelebilecek durum, belirti ve bulgular yönünden bilgilendirmelidir. Aile hastanın acı çekmesinden ve öldüğünde yanında olamamaktan dolayı endişe duymaktadır. Bu nedenle hemşire, ailenin endişe ve korkularını gidermeli, hastanın ölümü doğrulandıktan sonra kurum politikalarına uygun bakımı uygulamalı, aile üyelerinin yas sürecini olumlu geçirmelerine destek olmalı ve uygun destek kaynaklarına yönlendirmelidir. (Elçigil 2012).

Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Rehberler

Günümüzde uygulamalardaki farklılıkların ve tıbbi hataların azaltılması, bakımın standardize edilmesi ve sağlık hizmet kalitesinin artırılması için kanıta dayalı uygulamaların önemi giderek artmaktadır. Kanıta dayalı uygulamaları klinik ortamlarda uygulamada rehberler en önemli yol göstericilerden biridir. (Yakışan ve Set 2013). En iyi uygulamalar, hasta sonuçlarına başarılı bir şekilde yansıyan bakım ve tedavi unsurları ile yaklaşımların yer aldığı rehberlerde ortaya çıkmaktadır (RNAO 2011). Tüm dünyada yaşamın son günlerinde ve saatlerinde olan bireylerin bakımında, kanıta dayalı uygulamaların yer aldığı rehberler bulunmaktadır. Bu alanda geliştirilen rehberler aşağıda yıllara göre yer almaktadır.

- Amerika Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği (American Association of Critical-Care Nurses) tarafından 2000 yılında geliştirilen 'Huzurlu Ölüm: Yaşam Sonunda Hemşirelik Bakımı için Önerilen Yetki ve Öğretici Rehberler',
- Missouri Yaşam Sonu Koalisyonu (Missouri End of Life Coalition) tarafından 2003 yılında geliştirilen 'Uzun Süre Bakımda Yaşam Sonu Bakım Rehberi',
- Kuzey Sidney Sağlık Bakanlığı (North Sydney Ministry of Health) tarafından 2005 yılında geliştirilen 'Yaşam Sonu Bakım ve Sonuç Rehberi',
- Hong Kong Hemşirelik Konseyi Profesyonel Gelişim Komitesi (Professional Development Committee of the Nursing Council of Hong Kong) tarafından 2006 yılında geliştirilen 'Hemşire Uygulama Rehberi-Yaşam Sonu Bakım',
- Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliye Enstitüsü (National Institute for Health and Care Excellence) tarafından 2011 yılında geliştirilen 'Yetişkinler için Yaşam Sonu Bakımı',
- Ontario Kayıtlı Hemşireler Derneği (Registered Nurses' Association of Ontario-RNAO) tarafından 2011 yılında geliştirilen 'Son Günler ve Saatlerdeki Yaşam Sonu Bakımı Rehberi',

- Kuzey İngiltere Kanseri İletişim Ağı (North of England Cancer Network) tarafından 2012 yılında geliştirilen 'Kanserli ve Kanserli olmayan Hastalar için Palyatif ve Yaşam Sonu Bakım Rehberi',
- Rehber ve Sistemli İnceleme Uygulama Ağı (Guidelines and Audit Implementation Network) tarafından 2013 yılında geliştirilen 'Huzurevi ve Yatılı Bakım Evlerinde Palyatif ve Yaşam Sonu Bakım Rehberi',
- Ulusal Klinik Rehber Merkezi (National Clinical Guideline Centre) tarafından 2015 yılında geliştirilen 'Ölmek Üzere Olan Yetişkinlerin Bakımı Rehberi',
- İngiltere Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmellik Enstitüsü (National Institute for Health and Care Excellence) tarafından 2015 yılında geliştirilen 'Yaşamın Son Günlerindeki Bireylerin Bakım Rehberi'.

Geliştirilen tüm rehberlerde ki ortak amaç; yaşamın son anlarındaki birey ve ailelerine en iyi bakımı verebilmektir. Bu makalede hemşirelere yönelik bir rehber olduğu için Ontario Kayıtlı Hemşireler Derneği (Registered Nurses' Association of Ontario-RNAO) tarafından 2011 yılında geliştirilen 'Son Günler ve Saatlerdeki Yaşam Sonu Bakım Rehberi' ele alınmıştır. Rehberdeki kanıt düzeyleri Tablo 1'de verilmiştir (RNAO 2011).

Tablo 1. Son Günler ve Saatlerdeki Yaşam Sonu Bakımı Rehberi'nde Sunulan Kanıt Düzeyleri (RNAO 2011)

Kanıt Düzeyi	Tedavi/Önleme/Etiyoloji/Zarar	Öngörü
Ia	Kanıtlar randomize kontrollü çalışmaların sistematik incelemelerden ve meta analizlerinden elde edilmiştir.	Kanıtlar başlangıç kohort çalışmaların sistematik incelemelerinden elde edilmiştir.
Ib	Kanıtlar en az bir, iyi dizayn edilmiş randomize kontrollü çalışmadan elde edilmiştir.	Kanıtlar en az bir, devam eden iyi dizayn edilmiş başlangıç kohort çalışmadan elde edilmiştir.
IIa	Kanıtlar, randomize olmayan, en az bir, iyi dizayn edilmiş kontrollü çalışmadan elde edilmiştir.	Kanıtlar retrospektif kohort çalışmaların sistematik incelemeleri veya randomize kontrollü çalışmalarda ilaçsız kontrol gruplarından elde edilmiştir.
IIb	Kanıtlar en az bir, diğer iyi dizayn edilmiş yarı deneysel çalışmalardan elde edilmiştir.	Kanıtlar en az bir, iyi dizayn edilmiş retrospektif kohort çalışma veya randomize kontrollü çalışmada devam eden ilaçsız kontrol hastalardan elde edilmiştir.

III	Kanıtlar en az bir, karşılaştırmalı ve korelasyon gibi iyi dizayn edilmiş deneysel olmayan nicel veya nitel çalışmadan elde edilmiştir.	Kanıtlar vaka çalışmaları, kontrollü vaka çalışmaları, kohort çalışmaları ve geçmiş kontrollü çalışmalar gibi en az bir, iyi dizayn edilmiş deneysel olmayan nicel çalışmadan elde edilmiştir.
IV	Kanıtlar, uzman komite raporlarından veya görüşlerinden ve/veya saygın otoritelerin klinik deneyimlerinden elde edilmiştir.	Kanıtlar, uzman komite raporlarından veya görüşlerinden ve/veya saygın otoritelerin klinik deneyimlerinden elde edilmiştir.
IV*	Kanıtlar, diğer klinik uygulama rehberlerinden elde edilmiştir.	Kanıtlar, diğer klinik uygulama rehberlerinden elde edilmiştir.

RNAO (2011) tarafından geliştirilen 'Son Günler ve Saatlerdeki Yaşam Sonu Bakım Rehberi' toplam beş ana bölümden ve 16 öneriden oluşmuştur. Bu 16 öneriden dört maddesi yaşam sonunun değerlendirilmesi için uygulama önerilerini, iki maddesi yaşam sonu desteğinin kararı için uygulama önerilerini, dört maddesi yaşam sonu bakımı ve yönetimi için uygulama önerilerini, iki maddesi eğitim önerilerini ve dört maddesi de kurumlar ve politikalar için önerileri içermektedir. Tablo 2'de rehberde yer alan öneriler açıklanmıştır (RNAO 2011).

Tablo 2. Son Günler ve Saatlerdeki Yaşam Sonu Bakımı Rehberi'nde Sunulan Öneriler (RNAO 2011).

Öneriler
Yaşam Sonunun Değerlendirilmesi İçin Uygulama Önerileri
Hemşireler, yaşamın son gün ve saatlerinde yaygın olarak görülen ve aşağıda belirtilen belirti ve bulguları anlamalıdır: <ul style="list-style-type: none">• İlerleyen güçsüzlük,• Genel durum bozukluğu,• Uzun süreli uyku hali,• Besin ve sıvı alımında azalma,• İdrar çıkışında azalma ve/veya renginde koyulaşma,• Yutma güçlüğü (disfaji),• Geri dönüşümü olmayan deliryum,• Farklı etkenlere bağlı olmayan bilinç düzeyinde azalma,• Hırıltılı solunum/solunum yolunda aşırı sekresyon,• Solunum şeklinde değişiklik (Cheyne-Stokes Solunumu, apne süresi),• Ekstremitelerde soğuma ve renk değişikliği gibi bulgularla sınırlı olmayan belirtiler, yaygın olarak görülen belirtilerdir.

<p>1.3</p> <p>1.3.1</p> <p>1.3.2</p> <p>1.3.3</p> <p>1.3.4</p> <p>1.3.5</p>	<p>Hemşireler; Kanada Son Dönem Palyatif Bakım Derneği (Canadian Hospice Palliative Care Association Domains of Care-CHPCA)'nin bakım alanlarını belirlediği;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hastalık yönetimi, • Fiziksel, • Psikoloji, • Manevi, • Sosyal, • Uygulamalı, • Yaşam sonu bakımı/ölüm anının yönetimi, • Kayıp ve keder <p>gibi, yaşamın son döneminde olan bireylerin ve ailelerinin kapsamlı/bütünsel değerlendirmelerini tamamlamalıdır.</p> <p>Bu değerlendirmelerin tamamlanması için, aile ve diğer sağlık-bakım sağlayıcıları gibi yardımcı birçok kaynaktan elde edilen bilgileri bilmelidir.</p> <p>Uygun ve hazır olduğunda, güvenilir kanıt, değerlendirmesi doğrulanmış belirtiler ve seçilmiş malzemeler kullanılmalıdır.</p> <p>Bakım ve değişikliklerin sonuçlarının belirlenmesi için yaşamın son döneminde olan bireyler ve aileleri düzenli olarak yeniden değerlendirmelidir.</p> <p>Değerlendirmeleri, profesyonel ekip arasında iletmelidir.</p> <p>Değerlendirmeleri ve sonuçları kayıt altına almalıdır.</p>	
<p>1.4</p>	<p>Hemşireler;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ölüm ile ilgili kendi duygu ve tutumlarının farkında olmalı ve yansıtmalı, • Bilgi almak için yaşamın son dönemindeki bireylerin tercihlerini değerlendirmeli, • Yaşam sonu bakımında iletişimin temel ilkelerini anlamalı ve uygulamalı, • Tetkik sonuçlarının değerlendirmelerini bireylere (eğer uygun ve geçerli ise) ve ailelerine sürekli olarak iletmeli, • Ailenin inancı ve manevi uygulamalarını, yaşa özgü, gelişimsel ve kültürel ihtiyaçlarını dikkate alarak; yaşamın son gün ve saatlerindeki belirti ve bulgular hakkında aileye eğitim vermeli, • Ailenin bu evrede oluşan algılarını değerlendirmelidir. 	<p>III-IV</p>
<p>2.</p>	<p>Yaşam Sonu Desteğinin Kararı İçin Uygulama Önerileri</p>	
<p>2.1</p>	<p>Hemşireler, karar almada yaşamın son döneminde olan bireylerin ve ailelerinin katılımlarına etki eden etmenleri tanımlamalı ve cevaplamalıdır.</p>	<p>Ib, IV, IV*</p>
<p>2.2</p>	<p>Hemşireler, yaşamın son gün ve saatlerindeki bireyleri ve ailelerini, inançlarını, değerlerini ve tercihlerini dikkate alarak, bilinçli kararlar için desteklemelidir.</p>	<p>Ia-IV*</p>

3.	Yaşam Sonu Bakımı ve Yönetimi İçin Uygulama Önerileri	
3.1	Hemşireler, bireysel bakım planını etkinleştirmek için ağrı ve semptom yönetimi girişimleri hakkında bilgi sahibi olmalıdır.	III-IV
3.2	Hemşireler, farmakolojik ve farmakolojik olmayan bireysel bakım uygulamalarını savunmalı ve uygulamalıdır.	Ia-IV
3.3	Hemşireler; <ul style="list-style-type: none">• Yaşamın son döneminde olan bireylerin mevcut ihtiyaçlarını ve bakım amaçlarını karşılamak için ilaç tedavisi,• İlaçların uygulanması ve uygulama yolu,• Olası bulgular,• Yaşam sonu dönemde görülen fiziksel belirtiler,• Gece nöbeti uygulamaları,• Öz bakım stratejileri,• Ölüm gerçekleştiğinde aile ile kurulacak iletişim planının belirlenmesi,• Ölümden sonraki vücut bakımı hakkında bireyler ve ailelerine eğitim vermeli ve bilgileri paylaşmalıdır.	Ib-III
3.4	Hemşireler; <ul style="list-style-type: none">• Kültürel ve manevi değerler, inançlar ve uygulamalar,• Duygular ve korkular,• Ölüm ve kayıpla ilgili geçmiş deneyimler,• Bakım amaçlarının açıklanması,• Doğrudan bakıma dahil olma ile ilişkili ailenin tercihleri,• Uygulamaya dair ihtiyaçlar,• Bilgilendirmeye dair ihtiyaçlar,• Destekleyici bakım ihtiyaçları,• Kayıp ve keder,• Matemin planlanmasına bağlı yaşam sonundaki görüşmeleri kolaylaştırmak için etkili iletişim kullanılmalıdır.	III
4.	Eğitim Önerileri	
4.1	Hemşirelik uygulama programları ve kayıtlı hemşirelik sonrası eğitime giriş, yaşam sonu bakımında uzmanlaşmayı kapsamalı ve; <ul style="list-style-type: none">• Normal bir süreç olarak ölü ve ölümün sosyal ve kültürel içeriği,• Ailenin bakımı,• Keder, matem ve yas,• Palyatif bakım modelleri ve genel ilkeleri,• Ağrı ve diğer bulguların değerlendirilmesi ve yönetimi (farmakolojik ve farmakolojik olmayan yaklaşımları içermeli),• Acı ve manevi/var olan sonuçlar ve bakım,• Bakım planına karar verilmesi ve geliştirilmesi,• Etik konular,• Etkili ve şefkatli iletişim,• Terapötik ilişki kurma ve savunma,	Ia-III

	<ul style="list-style-type: none"> • Profesyoneller arası uygulama ve yetkinlikler, • Ölü ve ölümlle ilgili başa çıkma stratejileri ve kişisel incelemeleri içeren, hemşireler için kişisel bakım, • Akıl sağlığı, evsizlik ve mahkumiyet konularında yaşam sonu bakım sonuçları, • Eğitmenler, din adamları ve manevi liderlerin acı ve matemdeki rolleri, • İlgili mevzuat bilgisini içermelidir. 	
4.2	<p>Yaşam sonu bakımındaki başarılı eğitim, öğrenme aktivitelerinin işlem ve yapısına özgü dikkat ve;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Küçük öğrenme grupları; • Etkili ve deneyimsel öğrenme yaklaşımları, • Birleşik ve entegre teori ve uygulamalar, • Kazanılmış beceriler ve yetkinliklerin uygulama olanakları, • Yapıcı geribildirim ve/veya edinilen bilgi, beceri ve yetkinlik yansımaları, • Bilgili ve destekleyici klinik yöneticiler ve danışmanlarla iletişimi içermelidir. 	IIb-III
5.	Kurumlar ve Politikalar İçin Öneriler	
5.1	Çıkan bakım modelleri, hemşire, yaşam sonu dönemde olan birey ve aile ilişkilerini desteklemelidir.	III-IV
5.2	Hemşirelerin iyilik hali yaşam sonu bakımın kalitesinde ve tedaviye cevap verme stratejilerinin benimsenmesinde önemli bir bileşendir.	
5.3	Yaşam sonu bakım veren kurumlar, Kanada Hospis Palyatif Bakım Derneği (Canadian Hospice Palliative Care Association)'nin Hospis Palyatif Bakım Kılavuzu Modeli'ni temel alan palyatif bakımın felsefesi kanıtını uygular.	
5.4	<p>En iyi hemşirelik uygulama kılavuzları sadece yeterli planlama, araştırmalar, örgütsel ve idari destekler olduğunda ve yeterli olanak sağlandığında başarıyla uygulanabilir.</p> <p>Örgütler;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Örgütsel hazırlık ve uygulama sınırlarının değerlendirmeleri, • Uygulama sürecine katkıda bulunabilecek tüm üyelerin (doğrudan veya dolaylı destekleyici) katılımı, • İhtiyaç duyulan eğitim ve uygulama süreci desteğini sağlamak için nitelikli bireylerin tahsis edilmesi, • En iyi uygulamaların önemini desteklemek için devam eden tartışma ve eğitim fırsatları, • Uygulanmış kılavuzlardaki kişisel ve örgütsel deneyimlerde yansıyan fırsatları içeren, uygulanabilir planlar geliştirmek için katkıda bulunmalıdırlar. 	IV

Yaşam sonu bakım, hem hastaların hem de ailelerinin ihtiyaçlarını içeren bütüncül bir süreçtir. Bu süreçte hasta ve ailelerinin tüm gereksinimleri bütüncül olarak

değerlendirilir. Bu gereksinimlerin en kısa sürede çözüme kavuşturulması önemlidir. Bu süreçte bakım kalitesi ve hasta konforu sağlanır. Yaşam sonu dönemde olan birey ve ailelerin bakımında hemşirelerin bilgi ve becerileri önemlidir. Yaşam sonu bakım veren hemşirelerin deneyimleri ile ilgili literatürde kaynaklar olmakla beraber, kanıt temelli uygulamalar için yeterli çalışmalar bulunmamaktadır. Bu nedenle yaşam sonu dönemdeki hastaların bakımında kanıta dayalı uygulamaların oluşturulabilmesi için çalışmalara ihtiyaç olduğu belirtilmektedir (RNAO 2011).

KAYNAKLAR

- Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı 2005; Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık.
- Akyol A. Yetişkinde Ölüm Süreci ve Hemşirelik Bakımı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2010; 26(3): 59-72.
- American Association of Critical-Care Nurses. Peaceful Death: Recommended Competencies and Curricular Guidelines for End-of-Life Nursing Care. 2000. Erişim: 02.01.2016. <http://www.aacn.nche.edu/elnc/publications/peaceful-death>.
- Elçigil A. Palyatif Bakım Hemşireliği. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Dergisi 2012; 54:329-334.
- Guidelines and Audit Implementation Network. Guidelines for Palliative and End of Life Care in Nursing Homes and Residential Care Homes. 2013. Erişim: 28.12.2015. http://www.rqia.org.uk/cms_resources/Palliative_Care_Guidelines-20_November2013.pdf.
- Gulanik M, Myers J. Death and Dying: End Life Issues. Nursing Care Plans. Nursing Diagnosis and Intervention 2007; 6th Edition. USA, Mosby & Elsevier Company, St Louis, 1131-1140.
- Heitkemper McLean M. Palliative Care at End of Life. Edt. Lewis L. Sharon, , Dirksen Ruff Shannon, Heitkemper McLean Margaret and Bucher Lindai. Medical Surgical Nursing: Assesment and Management of Clinical Problems, Canada, 2014; 140-153.
- Işık E, Fadıloğlu Ç, Demir Y. Ölümüne Karşı Tutum Ölçeğinin Türkçe Çevirisinin Hemşire Popülasyonunda Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2009; 11(2): 28-43.
- Keskin GU. Ölmekte Olan Hastaya Kognitif Davranışsal Hemşirelik Yaklaşımı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2005; 21(2):125-134.
- Kisorio CL, Langley C. G. Intensive Care Nurses' Experiences of End-of-Life Care. Intensive and Critical Care Nursing, 2016; 33:30-38.
- Kubler Ross, E. Ölüm ve Ölmek Üzerine. Boyner Yayınları. İstanbul. 1997. 73-78.
- National Clinical Guideline Centre. Care of the Dying Adult Clinical Guideline. 2015. Erişim: 10.01.2016. <https://www.nice.org.uk/guidance/NG31/documents/care-of-the-dying-adult-appendices2>.
- Missouri End of Life Coalition. Guidelines for End-of-Life Care in Long-Term Care Facilities. 2003. Erişim: 11.12.2013. <http://health.mo.gov/safety/showmelongtermcare/pdf/EndofLifeManual.pdf>
- National Institute for Health and Care Excellence. End of Life Care for Adults. 2011. Erişim: 24.11.2015. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs13/resources/end-of-life-care-for-adults-2098483631557>.
- National Institute for Health and Care Excellence. Care of Dying Adults in the Last Days of Life Guideline. 2015. Erişim: 31.12.2015. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng31/resources/care-of-dying-adults-in-the-last-days-of-life-1837387324357>.
- North of England Cancer Network. Palliative and End of Life Care Guidelines for Cancer and Non-Cancer

- Patients. 2012. Erişim: 22.11.2015. <http://southtees.nhs.uk/content/uploads/NECN-palliative-care-guidelines.pdf>.
- North Sydney Ministry of Health. End-of-Life Care and Decision-Making-Guidelines. 2005. Erişim: 12.12.2015. http://www0.health.nsw.gov.au/policies/gl/2005/pdf/GL2005_057.pdf.
- Professional Development Committee of the Nursing Council of Hong Kong. Guide to Good Nursing Practice End-of-Life Care. 2006. Erişim: 20.12.2015. http://www.nchk.org.hk/filemanager/en/pdf/end_of_life_e.pdf.
- Registered Nurses' Association of Ontario-RNAO. Nursing Best Practice Guideline, End-of-Life Care During the Last Days and Hours. 2011. Erişim: 22.04.2015. <http://rmao.ca/bpg/guidelines/endoflife-care-during-last-days-and-hours>.
- Yakışan RŞ, Set T. Klinik Uygulama Rehberleri. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care 2013; 7(2):26-28.