

ÖLMEKTE OLAN HASTAYA KOGNİTİF DAVRANIŞSAL HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

COGNITIVE BEHAVIORAL NURSING APPROACH TO DYING PATIENT

Gülseren ÜNAL KESKİN

Ege Üniversitesi Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, 35100 Bornova/İZMİR

Anahtar Sözcükler: Ölmekte olan hasta, hemşire, terapi, kognitif davranışsal terapi

Key Words: Terminal patient, nurse, therapy, cognitive behavior therapy

ÖZET

Terminal dönem ölmekte olan hasta için yaşamında kritik bir yaşam fazı olarak kabul edilir. Önceki çalışmalarda anksiyete ve depresyonu içeren psikiyatrik semptomları özellikle ölmekte olan ya da ilerlemiş hastalar için incelemişler, kognitif davranış terapisinin bu hastaların psikiyatrik semptomlarını hafifletmede en önemli tedavi stratejisi olduğu bildirilmiştir. Öte yandan ölmekte olan ya da hastalığı ilerlemiş olan hastalar, pek çok fiziksel semptomdan dolayı acı çekmekte, fiziksel fonksiyonlarda yetersizlikler nedeni ile zorluklarla yüz yüze kalmaktadır. Bu hastalarda sıklıkla inkar, regresyon, yerine koyma gibi psikolojik savunma mekanizmaları gözlenmektedir. Bu gözden geçirme yazısında terminal hastaların psikiyatrik semptomları, ölüm ve ölüm anı ya da ölüm sonrası, görünüşte ölümle ilgili olan anksiyete, ölmekte olan hastalar için kognitif terapiler hakkında yaklaşımları içeren yorumlar, bu konuyla ilgili başarılanlar özetlenmiştir.

SUMMARY

Terminal phase of human life must be regarded as one of the critical life phases as well for the dying himself/herself. Previous reports have demonstrated that psychiatric symptoms, including anxiety and depression, are frequently observed especially in advanced and/or terminally ill patients and cognitive behavior therapy is one of the important treatment strategies for alleviating psychiatric symptoms among these patients. On the other hand, patients with advanced and/or terminally ill suffer from various physical symptoms and are forced to face the continuous decline of physical function, and psychological defense mechanisms, such as denial, regression, and replacement, are frequently observed in these patients. This review summarized the previous findings regarding psychiatric symptoms in advanced and/or terminally ill patients and provided basic skills and a recommended approach to talk about death and dying, conceptions of death, after-death and dying, and were seemingly related to anxiety about death cognitive behavior therapy for these patients.

GİRİŞ

Ölüm hala bilinmeyi çok olan bir fenomendir. Kesin olan bir yanı, istisnasız yaşayan her organizmanın mutlaka ölümle karşı karşıya kalacak olduğudur. Ölümün karşısındaki çaresizlik, korku, kognitif kapasitedeki yetmezlik kişiyi yalnızlığa iter. Pek çok kişinin ölümüne tepkisi kaçınma şeklindedir. Yaşamda ölümüne karşı geliştirilen uyum sürecinde anksiyete ve korku yaşanır. Yetişkin kişilerde ölüm anksiyetesi dört farklı şekilde gözlenir (Diehr ve ark 2002):

1. Fiziksel değişimle ilgili anksiyete,
2. Ölümüne yakın olmanın ve hastalığın safhasının farkındalığıyla ilişkili anksiyete,
3. Ağrı ile ilgili anksiyete,
4. Ölümle birlikte olan stres,
5. Zihinsel süreç ile ilgili anksiyete-ölümüne emosyonel reaksiyon.

Yaşanan bu anksiyete benliği korumak için geliştirilen bir savunmadır. Bu şekilde kişinin ölümüne karşı farkındalığı artar. Ölümün farkındalığı yaşam kaynağıdır ve yaratıcılığı artırır (Diehr ve ark 2002).

Adler (1997) için ölüm sorunu demek, hayatın temel gerçeklerinin, ölümün kaçınılmazlığının (insanın kendi ölümü veya başkalarının ölümü), birey tarafından kendi hayat tarzına uygun şekilde kullanılması demektir. Ruhsal açıdan sağlıklı olan bireyde 'varoluşun bu yadsınamayacak sonucu' bireyin hayat sorunlarına etkin bir şekilde uyum sağlamasına engel olmaz. Ruhsal sağlığı bozulmuş insan ise bu sorunları cesaretle göğüsleyememekle karakterize olan insandır ve bu insan ölümü isteyebilir, onu arayabilir. Bunu prestij kaybetmemek için yapar. Bazen ölüm korkusunu takıntı haline getirebilir ve bunu bir sorunun çözümü için kullanır. Ya da ölümle ilgili zorgular icat eder, onlarla boğuşmaktan bilinçdışı bir doyum alır.

Sözcüklerin Ötesine Geçen Sessizlik

Ölüm; yaşanan, ancak nasıl ve ne zaman olacağı bilinmeyen bir gerçektir. Ölüm korkusu ise öncelikle belirsizlikle ilgilidir. İnsanlar ölümden çok ölümün nasıl olacağından korkmaktadırlar (Nelson 1996). İnsanlar ölümle ancak; hastalık, kaza, beklenmeyen bir kişinin kaybı gibi durumlarda yüzleşebilmektedirler. Bu yüzleşme durumu ise tüm insanları ürkütür, hemen o gerçekten uzaklaşma ve yadsıma yoluna gidilir. Her insan yaşamının erken bir ölümle kesilebileceğini algıladığında korku hisseder (Öz 2001).

Ölüm, yaşamdaki en büyük kayıp olgusudur. Bireylerin ölüm olgusuna verdikleri tepkiler, daha yaşayacakları, tamamlanamamış,

bitirilememiş ilişkilerin ve zorlanmış ya da aceleye getirilmiş ayrılıkların izlerine göre farklılık gösterir (Öz 2001).

Bir hastanın yaşamında artık ağrının varolmadığı, zihnin düşsüz bir uykuya daldığı, yiyecek ihtiyacının en aza indiği ve çevrenin yalnızca bir karanlık haline geldiği bir zaman vardır. Bu dönemde aile üyeleri de oldukça zor anlar yaşar. Bu akrabaların koridoru arşınladığı, eve gidip yaşayanlara mı baksınlar, yoksa kalıp ölüm anını mı beklesinler, karar veremedikleri işkence dolu bekleyiş zamanıdır. Artık sözcükler için çok geçtir, ama akrabaların – sesli veya sessiz – yardım çığlığı en çok bu zamanda duyulur. Tıbbi girişimler için çok geçtir, ancak ölmekte olan kişiden ebediyen ayrılmak için de çok erkendir. Hastasının en yakını için en zor zaman budur; Ya artık bunun bitmesini ister ya da sonsuza dek kaybetmek üzere olduğu kişiye ümitsizce tutunmaya çalışır. Bu, hasta için sessizlik terapisi, yakınları için ise istedikleri an ekibe ulaşabileceklerine dair güvence verme zamanıdır (Baile ve ark 1993).

Elizabeth Kubler-Ross'un Ölümüne 5 Aşamalı Yaklaşımı;

1. İnkâr: Bu dönem tüm insanlar için benzer olarak karar vermekten ya da bu yönde girişim yapmaktan çekinildiği bir dönemdir. Hastanın terminal dönemde olduğunu öğrendiği zaman verdiği tipik tepkidir. Başlangıçta şok ve şaşkınlık yaşanır. Yaşanan bu inkar hastalığın başlangıcında negatif prognozun söylendiği ve söylenmediği her iki grup hastada da yaşanır. Hasta çoğunlukla bunu destek almak için inkar sisteminin içerisinde şekillendirir. Bu durum sadece hastalığın başlangıç döneminde değil, hastalığın prognozunda da görülebilir. Uzun süre ölüm tehdidi ile yaşamış olan hastalar için inkar acı verici ve rahatsız edici bir durumdur. İnkâr beklenmeyen şok edici bir haberden sonra koruyucu gibi hizmet eder ve hastanın kendisini toparlamasına ve alternatif savunmalarını harekete geçirmesine izin verir. İnkâr genellikle sadece geçici bir savunmadır ve en sonunda gerçek kısmen kabul edilir olarak yerleşir. İnkâr, hastanın uzun süre gerçekçi yaklaşımda bulunamadığı durumlarda kullanılır (Ross 1991, Hallberg 2004).

İnkâr, şoku emerek feci gerçeği yavaş yavaş sindirmesine yardımcı olan bir tampon gibi iş görür. Kayıp ve inkar dönemi kişi için dayanılmaz ve üstesinden gelinmez olarak algılanan bu durum karşısında, zaman kazanmak için kullanılır ve bu uyuşukluk evresi birkaç dakika ile birkaç gün arasında sürer. Bu dönemde kişi, zihinsel olarak yaşananları fark etse de genellikle duygusal olarak reddetmektedir. Mutlak inkar genellikle kısa sürede gerçeğe boyun eğer (Ross 1991, Hallberg 2004).

İnkârın bir başka türü olan bölme, zihnin bir yanının inkar ederken, bir yanının yitimi bilmesine izin verir. Bölme o kadar yaygındır ki

bazı toplumlarda bu normal yas tutma sürecinin bir parçası gibi de kabul edilir (Volkan 1997).

Bu dönemde fiziksel yakınmalar hem ölmek üzere olan hastada hem de yakınlarında sıklıkla görülebilir. Uyumada güçlük ya da uykusuzluk, boğazda düğümlenme, nefes almada sıkıntı ve boşluk hissi, kas gücünde azalma gibi belirtilerin yanı sıra söylenenleri anlamama, olanları takip edememe, olağan becerilerini kaybetmişlik hissi olabilir. Korku ve yoğun bunaltı en sık yaşanan duygulardır (Ross 1991, Şen 2004).

2. Öfke: Bu dönemde enerji problem çözümünden duygulara yöneldiğinden karar vermek oldukça güçtür. İnkârın birinci evresi çok uzun sürmediği durumlarda, onun yerine öfke, kızgınlık, kıskanma veya kırgınlık yerleştirilir. Engellenmiş kişi tedirgin olarak "niye ben" diye sorar. Bazen hastalığın bir ceza olarak kendine verildiği düşüncesi ile öfkeyi kendine yöneltir (Ross 1991, Chochinov 2000).

3. Pazarlık Etme: Bu evrede yaşanan çaresizlik ve umutsuzluk duygularına karşı çocukça bir güçlülük duygusu vardır ve bu sayede kişiler kaybettiklerini geri getirebilecekleri ya da gerçeği değiştirebilecekleri duygusunu yaşayabilirler. Bu evre aylarca sürebilir. Yoğun suçluluk ve suçlama duyguları, abartılı bir öfke ve isyan hali görülebilir. Bu dönemde kayıpla ilgisi olan her tür kurum ya da kişiyi suçlama ve onlara öfkelenme belirgin olarak ortaya çıkabilir. Kişi sürekli olarak kaybettiği kişiler ile ilgili anılarını ya da onun başına ne geldiği ile uğraşır ve onların nedenlerini anlamaya çalışır gözükabilir. Bu dönemde neden ben? neden o? ne yaptım da hakettim? bütün bunlar benim yüzümden düşünceleri yaygındır. Pazarlıkta, yitimin olduğuna dair daha yüksek düzeyde bir farkındalık vardır. Fakat direnç, kişiyi kaderle psikik pazarlıklara oturtacak kadar işi uzatır. Huzursuzluk, sabırsızlık, aşırı uyarılmışlık vardır. Fiziksel yakınmalar sıklıkla görülebilir (Ross 1991, Yürekli 1990, Birkholz ve ark 2004).

4. Depresyon: Bu dönemde aile üyeleri, hasta ve arkadaşları için karar vermek oldukça güç bir hal almıştır ve yardıma ihtiyaçları vardır. Terminal dönemde hasta, yakınlarından ayrılacağı için seperasyon anksiyetesi yaşar. Bu süre boyunca, terminal dönemdeki kişi başarısızlıklarına ilişkin pişmanlıklarını ve yaşamında kaçırdığı fırsatları anlatır. Hazırlayıcı yas süreci boyunca kişi kendisini ölüme hazırlamış olarak yaşamındaki acı verici gerçeklerle uğraşacaktır. Bu evrede kişinin kendisini ve olanları algılaması gerçekçidir. Bu evrenin sonuna doğru ölüm karşısında çaresizliğini kabul eden kişi, bundan sonraki yaşamını yeniden organize etme konusundaki gücünün de farkına varır. Bulunduğu yerden yukarı çıkmaya doğru yönelmiştir. İniş çıkışlar sıkça olabilir. Kişinin duygusal yoğunluğunun ve yalnız kalma çabalarının arttığı görülür. Bu dönemde kişilerin intihar düşünceleri ve riskleri diğer dönemlere göre daha yüksektir (Feldman 1987).

5. Kabullenme: Bu dönemde karar vermek kolaylaşmıştır çünkü hasta ve ailesi yeni bir amaç ve anlam bulmuştur. Kabullenme hemen hemen tüm duyguların geçersizliğidir. Çünkü duygusal acı gider ve çaba geçmişte kalır. Ölmekte olan kişi sakin bir kabullenmeye ulaştığında, sessizlik iletişimin en anlam dolu formu olmaya başlar.

Hasta, daha önceden tanımlanan evreler sırasında yeterli sürede ve uygun şekilde desteklendiği zaman, danışan ne depresyonun ne de öfkenin olmadığı evreye ulaşabilir. Tüm önceki evrelerdeki duygular, öfke, kıskançlık ve üzüntü, açıklanabilir bir hal alır.

Düzenli bir şekilde tanımlanan bu evrelerin hepsi başından sonuna kadar, terminal dönemdeki tüm bireylerde aynı şekilde yaşanmayabilir, bu yas evreleri hastalar tarafından karmaşık bir sırada da deneyimlenebilir (Ross 1997, Demirsoy, Bozcuk 1997).

Ölmekte Olan Hastaya Kognitif Davranışsal Terapi;

Ölmekte olan hastayla terapi, psikoterapinin diğer formlarından farklıdır. Ölüm süreci boyunca ölüm meydana gelene kadar bu bireye destek olma sorumluluğu kognitif davranışsal terapinin en önemli beklentisidir (Uçar 1997).

Hemşirenin ölmekte olan hastaya ve ailesine terapötik olarak müdahale etme yeteneği birincil olarak kişisel özellikler ve deneyimle ilişkilidir. Bireyin ölüm ve ölmekte olanla ilişkili geçmiş deneyimi, ölmekte olan hastayla çalışmada onun için klinik zemin hazırlar (Şahin 1998). Ölmekte olan hasta ile çalışan hemşirenin, kendisinin ölüm ve ölme hakkındaki duygu ve düşüncelerini incelemesi gereklidir. Bireyin eğitimsel birikimi, çocukluğundan itibaren geliştirdiği düşünceleri ve yaşantısı kadar etkin değildir. Ölmekte olan hasta ile ilgilendiğinde, kendi duygu ve davranışlarının farkında olma hemşireye, ölüm hakkında kendi anksiyetesi ile ilişkili iç görüşü sağlayabilir (Yanardağ 1999, Terakye 1995).

Hemşire terapist, ölüm süreci, ölmekte olan hastanın ve yakınlarının gereksinimleri, ölmekte olan ve yas tutan hastadan beklenen davranış örüntülerine ilişkin özelleşmiş bilgilere sahiptir. Bu terapistler etkili kişiler arası becerilere sahiptirler ve hem ölmekte olan hasta, hem de ailesi ile açık ve dürüst hasta-hemşire ilişkisi geliştirirler, hastaya duygularını açıklamasında yardımcı olurlar (Özcan 1996).

Terapist hemşire öncelikle, hastanın yas sürecini yaşamasına izin vermelidir. Yas yaşamak ancak fiziksel ve emosyonel dışı vuruyla gerçekleşebilir. Hemşirenin kendi yaşadığı ruhsal durumu kontrol altına alarak hasta ile iletişime girmesi gerekir. Hastanın geçmiş baş etme yöntemlerini hatırlamasına yardımcı olarak yası yaşamasına fırsat

vermelidir. Bu dönemde hedeflenen yaklaşım, hastanın kaybını algılayıp geleceğe yönelik yaşamın anlamını bulmasını sağlayarak yaşamını yeniden yapılandırmasına yardımcı olmaktır. Hemşire bu boyutta hastanın yaklaşan ölümü ile ilgili konuşmasını sağlamalı, konuşan hastayı ise olumlu pekiştirmelerle rahatlatmalıdır (Mc Closky, Buleck 2000, Ricketts 1995).

Kognitif terapiler psikolojik distreste bozulan düşünce yapısının farkında olmayı ve davranışsal örüntülerde düzelme sağlamayı amaçlayan yaklaşım şeklidir. Ölmekte olan hasta korku ve yadsıma ile birlikte anksiyete düzeyini artırır. Burada terapist hemşire hastanın bakış açısını kavramaya çalışır, düşüncelerini ortaya koymasına yardımcı olur, gerçeklik algısını test eder (Matthews 2004, Volkan 2000).

Kognitif terapötik yaklaşım genellikle hastanın davranışlarının ve duygulanımlarının farkında olmasını sağlar. Hastaların endişeleri bu şekilde gözlemlenerek kognitif çarpıtmalarını sınırlamalarına, çözümlenmelerine yardımcı olunur ve bu şekilde hastalar anksiyeteleri ile baş edebilmek için daha iyi planlar yapabileme yeteneğini kazanırlar. Kognitif terapötik yaklaşımlarda; ölmekte olan hastalara endişelerini kaydetmeleri öğretilerek, endişelerinin boyutlarını yargılayan veya çelişkilendiren liste deliller oluşturulur. Hastalar ayrıca "endişe için endişelenmenin" anksiyeteyi devam ettirdiğini ve kaçınma ve erteleme problemleri çözmenin etkili yolları olmadığını öğrenirler (Ricketts 1995, Nelson 1996).

Kognitif terapide hastanın ölüm anında yaşadığı öfke, suçluluk gibi duyguları açılmaya çalışılır. Öfke ve düşmanlık ise kişinin ölümle yüzleşmesinin ardından görülür. Öfke, hasta kendisine ne olduğunu fark etmeye başladığında, artık inkar dönemi sona erdiğinde ortaya çıkar. Öfke sürekli yer değiştirebilir, hasta ya kendisine ya da diğerlerine yönelik öfke yaşayabilir. Bu durum ise izolasyon ve yalnızlık hissini beraberinde getirebilir. Bazen ekip ve aile öfkeye tepki verebilir. Hastanın öfkesini kabul etmeyebilirler. Sonuç olarak ise, hastanın öfke ve düşmanlık ifadeleri artabilir. Öfke ifadesi olumlu ve olumsuz olabilir. Öfke orta düzeyde ise olumludur. Öfke, depresyona karşı bir güç gibi değerlendirilir. Böylece hasta hayatını devam ettirebilecek, kontrolü elinde tutabilecektir (Akechi ve ark 2004, Shear ve ark 2001). Örneğin hasta günlük yaşam aktivitelerini sürdürmek için direnç gösterebilir (Giyinmek, tv izlemek gibi...) Öfke sürecini gözlemlerken depresyonun da izlenmesi gerekmektedir. Çünkü ölümün yaklaşmasını kabullenme ile ilgili yaşanan zorluklar, depresyonun gelişmesini hızlandırır. İnkâr ve öfke azalmakta olan fiziksel aktivitelerin yerini alır. Depresyonun dikkatli gözlenmesinin diğer nedeni ise sinisi başlamasıdır. Depresyondaki yapı içe dönük kişilik yapısı olarak da değerlendirilebilir. Örneğin hasta kendisini ziyarete gelenlere tepki vermeyebilir (Beck ve ark 1984, Kavanagh 1990).

Çok yönlü bakım gerektiren durumlarda hemşireliğin (niteliği) ve uygulaması hastalığın son safhasında önemli bir rol oynar. Terapi için varolan zaman sınırlı ve terapötik sürecin evreleri, özellikleri ve amaçları farklı olabilir. Ölmekte olan hasta ile çalışmak için varolan zaman hastalığın tipi ve ölüm süreci ile sınırlıdır. Hemşire, ansızın veya beklenmedik ölümle yüz yüze gelen hastaya müdahale etmek için kısa (az) bir zamana sahip olabilir. Birey ansızın ve beklenmedik bir şekilde öldüğünde veya acele ile hastaneye kaldırılıp, hastaneye yatışından kısa bir süre sonra hasta ailesi içinde krize müdahale teknikleri uygun olur (Mccarthy ve ark 2000). Bu koşullar altında, hemşire ölmekte olan hasta ve ailesi ile iyi bir ilişki (uyum) geliştirme ve beklenen ölüm anı ile baş etme çabalarında olanlara yardım etmede önemli bir yükümlülüğe sahiptir (Mc Closky, Buleck 2000).

Ölmekte olan hastanın terapisinde tüm amaç, rahat ve hastanın uygun gördüğü bir ölüme ulaşmasına yardım etmektir. Hastanın çatışmaları deneyimlemesine neden olan konular, psikolojik rahatlığın oluşmasını sağlayacak şekilde ele alınır. Mümkün olduğu kadar ağrı gibi semptomları hafifletmek birinci derecede önemlidir (Rosseland ve ark 2002).

Hastaya uygulanan terapi varolan sınırlı zamandan dolayı daha da kısalabilir. Ölmekte olan hastanın terapisini için terapist, terapi sürecini ayarlamaya gereksinim duyar. Ölmekte olan hasta ile çalışırken, mümkün olduğu kadar hızlı bir şekilde iyi ilişki kurmak (uyum oluşturmak) birinci derecede önemlidir. Ölmekte olan hastanın dilediği hiçbir konunun tartışılmasından kaçınılmamalıdır. Hastanın ölümle ilgili korkularını açıklayabilmesi için güven verici bir ilişki yaratmak oldukça terapötik olabilir (Carr-Gregg ve ark 1997). Hemşire, hastaya sözlü ve sözsüz olarak, ölümden bahsedildiğinde bundan kaçamayacağını ve ölüm sürecini deneyimlerken onunla birlikte olacağını iletmelidir. Bu iletişim şekli, hastanın ölümle ilgili duygu ve düşüncelerini hemşireye açmasını sağlar. Eğer hasta ölüm konusunu açarsa destek ve anlayış bekliyordur. Yaklaşmakta olan ölümü dinlemeye hazır biriyle tartışmak isteyecektir. Hemşire hastanın tartışmaya başlamak istediğini sezinlerse hastanın kendi ilgileri doğrultusunda tartışmasına izin verilmelidir. Hemşire her soruya yanlış destek vermeden mümkün olduğunca dürüst ve olumlu cevaplar vermelidir (Potter, Pery 1997).

Hastanın durumu giderek kötüleştiğinde bile, hemşire hastanın inkar etme davranışını kuvvetlendirmemelidir. Ancak hasta hala fiziksel olarak güçlüyken, hastanın umudunun tamamen kaybolmaması için çalışmalıdır. Ölüme karşı çıkma ya da umutsuzluk duygusunu kabul leniyor olmak birer motivasyondur. Hastalığa karşı güçlü ve kararlı olabilen hastalar, tedavinin yan etkilerine karşı daha dayanıklı olurlar.

Personeler daha az duygusal baskı uygularlar. Diğer hastalara örnek olurlar ve çoğunlukla beklenenden daha fazla yaşarlar (Örnek ve ark 1992). Hemşire, hasta ve ailesinin umutsuzluk ve çaresizliğin ilk belirtileri (tedavi ile ilgili birkaç soru sorulması, hastanın durumunu tartışmaktan kaçınma, iştahsızlık yada kişisel hijyen için gerekenleri yadsıma) konusunda bilgilendirerek, hastanın daha sağlıklı davranışları kabul etmesine yardımcı olabilir. Hemşirenin desteği hastaya yaşamak için nedeni olduğunu gösterir (Kirchhoff ve ark 2004).

Ölmekte olan hastayla çalışırken hemşire ve ölmekte olan bireyin yakınları arasındaki ilişki de önem taşır. Ölmekte olan hasta gibi, hasta yakınları da terminal dönem boyunca yası yaşayacağından, hemşirenin diğer terapi alanı hasta yakınları olacaktır. Hemşire genellikle bu kişilerle iyi ilişkiler geliştirir ve geride kalanlarla ölümden sonra da çalışmayı kabul eder. Hemşire, ölümü takip eden bir yıllık bir süre boyunca, eğer hasta yakınları terapi talebinde bulunurlarsa aralıklı olarak onları görebilir. Yas tutan bir aile ile çalışmada hemşirenin birincil görevi ailenin kaybedilen kişinin duygusal esaretinden kendilerini kurtarma çabalarını desteklemek ve etkileşimi ödüllendiren yeni örüntüler bulmaktır. Yas tutan kişilerle çalışmada kullanılabilen spesifik terapötik modeller, grup terapisini, kendine yardım gruplarını, rahatlama terapilerini, problem çözmeyi, rüyalara kılavuzluk etmeyi ve iç görü terapisini kapsar (Soykan 2004).

Terminal dönemde olan hasta, kabullenme evresine geldiğinde, kaybın hastanın hayatı üzerindeki etkileri ve en son durumu nasıl algıladığı konusu hasta ile tartışılabilir. Hemşire kabullenme belirtilerini, hastanın yeni ilişkiler, amaçlar, roller geliştirme arzusunu hasta ve ailesiyle paylaşabilir. Hasta geçmişle olan bağını koparmaya ve geleceğe yönelmeye hazır olduğunda, hemşire gelecek planları ve karar verme süreci için onu desteklemelidir.

Ölmek üzere olan hastada psikik morbiditeyi azaltmak ve düzeltmek, psikolojik acıyı azaltmak, uyumu sağlayarak yaşam kalitesini arttırmak, kaygı, depresyon ve diğer psikiyatrik semptomları düzeltmek, hastanın tedaviye etkin katılımını sağlamak, medikal, psikoterapötik, sosyoterapötik bütünlük ve multidisipliner anlayış, işbirliği içinde ele alınması gereken temel hemşirelik yaklaşımlardır.

KAYNAKLAR

1. Adler A (1997). Psikolojik Aktivite. Çev: Çorakçı B. Say Yayınları. İstanbul. Ss: 257-267.
2. Akechi T, Morita T, Uchitomi Y (2004). Psychotherapy For Patients With Advanced And/Or Terminally Cancer Seishin Shinkeigaku Zasshi. 106(2):123-37.

3. Baile WF, Dimaggio JR, Schapira DV (1993). The Request For Assistance In Dying. The Need For Psychiatric Consultation. *Cancer*. 1;72(9):2786-91.
4. Beck CM, Rawlins RP, Williams SR (1984). *Mental Health Psychiatric Nursing. Holistic Life –Cycle Approach*. The Cc. Mosby Company. Ss:185-90.
5. Birkholz G, Gibson JM, Clements PT (2004). Dying Patients' Thoughts Of Ending Their Lives: A Pilot Study Of Rural New Mexico. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 42(8):34-44.
6. Carr-Gregg MR, Sawyer SM, Clarke CF (1997). Caring For The Terminally Ill Adolescent. *Med J* . 3;166(5):255-8.
7. Chochinov HM (2000). Psychiatry And Terminal Illness. *Can J Psychiatry*. 45(2): 143-50.
8. Demirsoy A, Bozcuk NA (1997). Ölümün Evrimsel Öyküsü. 1. Böl. *Geriatrici I. Ed.Kutsal G. Ve Ark. Hekimler Yayın Birliği*. Ankara. Ss: 1-5.
9. Diehr P, Williamson J, Burke G (2002). The Aging And Dying Processes And The Health Of Older Adults. *Journal Of Clinical Epidemiology* . 55(3):269-278.
10. Feldman A (1987). The Dying Patient. *Psychiatr Clin North Am*. 10(1):101-8.
11. Hallberg IR (2004). Death And Dying From Old People's Point Of View. *Aging Clin Exp Res*. 16(2):87-103.
12. Kavanagh DJ (1990). Towards A Cognitive-Behavioural Intervention For Adult Grief Reactions. *Br J Psychiatry*. Sep;157:373-83.
13. Kirchoff KT, Song MK, Kehl K (2004). Caring For The Family Of The Critically Ill Patient. *Crit Care Clin*. 20(3):453-66.
14. Matthews LT, Marwit SJ (2004). Complicated Grief And The Trend Toward Cognitive-Behavioral Therapy. *Death Stud*. 28(9):849-63.
15. Mc. Closky J, Buleck G (2000). *Nursing Interventions Classification(Nic)*. 3 Th Edi. Mosby.
16. Mccarthy EP, Phillips RS, Zhong Z (2000). Dying With Cancer: Patients' Function, Symptoms, And Care Preferences As Death Approaches. *J Am Geriatr Soc*. May; 48(5 Suppl):S110-21.
17. Nelson JP (1996) Struggling to gain meaning: Living with the uncertainty of breast cancer. *Adv Nurs Sci*. 18(3):59-76.
18. Örnek T, Bayraktar E, Özmen E (1992). *Geriatric Psikiyatri*. Saray Tıp Kitabevi. I. Baskı. İzmir.
19. Öz F (2001). Hastalık Yaşantısında Belirsizlik. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 12(1): 61-68.
20. Özcan A (1996). *Hemşire Ve Hasta İlişkisi Ve İletişim*. Saray Tıp Kitabevi. İzmir.
21. Potter P, Pery A (1997). *Fundamentals Of Nursing, Concepts, Process And Practice*, Mosby Comp.
22. Ricketts T (1995). Grief: A Cognitive-Behavioural Perspective. *Br J Nurs*. Sep 28-Oct 11;4(17):992-8.
23. Ross EK (1991). *Yaşamın Son Günleri Sorular Ve Cevaplar*. Çev: Gülşen Terakye, 3. Baskı, Ankara, Sy:34-82.
24. Ross EK (1997). *Ölüm Ve Ölmek Üzerine*. Çev: Banu Büyükkal Boyner Holding Yayınları.İstanbul.

25. Rosseland LA, Laake JH, Winnem BM (2002). The Dying Patient's Preferences When End-Of-Life Decisions Are Made. *Tidsskr Nor Laegeforen*. Jan 30;122(3):293-5.
26. Shear MK, Frank E, Foa E et al (2001). Traumatic grief treatment: a pilot study. *Am J Psychiatry*. Sep;158(9):1506-8.
27. Soykan Ç (2004). Yasa Ve Ölümcül Hastalığı Olanların Ailelerine Yaklaşım. Erişim Adresi [Http://www.Metu.Edu.Tr/~Psi/Workshops.Htm](http://www.Metu.Edu.Tr/~Psi/Workshops.Htm) Erişim tarihi: 20.02.2005.
28. Şahin E (1998). "Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Ölüm Olayı Karşısındaki Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi". Yüksek Lisans Tezi. İzmir.
29. Şen M (2004). Kanserde Ulusal Sorunlarımız Ve Terminal Dönemdeki Hasta Bakımı. Erişim Adresi [Http://www.Kanser.Kongresi.Org/Xiikanser/Sorun/Sorun15.Html](http://www.Kanser.Kongresi.Org/Xiikanser/Sorun/Sorun15.Html). Erişim tarihi: 20.02.2005.
30. Terakye G (1995). Hasta Hemşire İlişkileri. Dördüncü Baskı. Aydoğdu Ofset. Ankara. Ss:99-110.
31. Uçar H (1997). "Ölüm Ve Ölümü Yaklaşan Hastanın Bakımı". (Ed: M. Atalay). Hemşirelik Esasları El Kitabı. Vehbi Koç Vakfı Yayınları No: 8. I. Baskı. İstanbul. Ss: 195-201.
32. Volkan V (1997). Psikanaliz Yazıları. Çev: Ceyhun B, Çevik A. Bilimsel Tıp Yayınevi. Ankara.
33. Volkan V (2000). Kayıptan Sonra Yaşam. Çev: Kocadere M, Vahip I. Halime Odağ Psikanaliz Ve Psikoterapi Vakfı Eğitim Notları. No:2. İzmir 2000. Ss:26-28.
34. Yanardağ HG (1999). Ölümü Yaklaşan Kanserli Hastanın Fiziksel Ve Psikolojik Bakımı. *İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Dergisi*.4(3):35-37.
35. Yürekli A (1990). Kanser Hemşireliği. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 6(1):66-68.