

PAPER DETAILS

TITLE: YETİSKİNDE ÖLÜM SÜRECİ VE HEMSİRELİK BAKIMI

AUTHORS: Asiye AKYOL

PAGES: 0-0

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/825568>

YETİŞKİNDE ÖLÜM SÜRECİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

DEATH PROCESS IN ADULT AND NURSING CARE

Doç.Dr. Asiye AKYOL

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği AD.

ÖZET

Ölüm varoluşun ayrılmaz bir parçasıdır. Ölüm istenmese bile kaçınılmaz bir şekilde insanoğlunun karşılaştığı bir durumdur. İnsanlık tarihi boyunca ölümün çok farklı şekillerde tanımlanmıştır. Ölüm organizmanın kendini yenileme yeteneğini yitirmesi olarak tanımlanmaktadır. Bir başka tanıma göre ise ölüm organizmanın solunum, dolaşım ve kalp atımlarının geri dönüşsüz olarak kaybolmasıdır.

Terminal dönem, ölmekte olan hasta için yaşamında kritik bir dönemdir. Bu hastalar fiziksel semptomlar ve fonksiyonel yetersizliklerin ortaya çıkması nedeniyle uyumda güçlük yaşamakta ve inkâr, öfke, pazarlık etme, depresyon ve kabullenme gibi psikolojik savunma mekanizmaları geliştirmektedirler. Terminal dönemdeki tüm bireylerde bu evreler aynı şekilde yaşanmayabilir, bu yas evreleri hastalar ve yakınları tarafından karmaşık olarak deneyimlenebilir ve aile bireyleri de ölmekte olan bireye benzer tepkiler geliştirebilirler. Bu nedenle hasta ve ailesinin başlangıçtan itibaren uygun destek ve danışmanlığa gereksinimleri vardır. Eğer hemşireler, ölmekte olan hasta ve onların ailelerinin gereksinimlerini tanımlar ve becerilerini geliştirip, sürdürürlerse, hasta ve ailesi arasındaki ilişkiler sağlamlaştırılabilir ve sorunların giderilmesine yönelik çabalar artırılabilir.

Bu makalede, ölüm, ölüm korkusu, yas süreci ve ölmekte olan hastanın hemşirelik bakımı irdelenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Ölüm, Ölüm korkusu, Ölüm süreci, Hemşirelik

ABSTRACT

Death is an inseparable part of existence. Death is an inescapable phenomenon that each human being confronts whether or not they like. There have been various definitions of death along with the history of thinking. Death is defined as a living organism's loss of ability to renew itself. According to recognition; death is defined as the irreversible cessation of the vital functions of respiration, circulation, and pulsation.

Terminal phase is one of the critical life phases for the dying patients. Patients with terminally ill suffer from various physically symptoms and decline physically function. Also, psychological symptoms are observed such as denial, anger, bargain, depression and acceptance in these patients. In these stage, all of terminal phase patients not experienced in the same manner, this law phases can experienced by patients and relatives in a complex sequence. Therefore the patient and family need proper support and counseling from the very beginning. If the nurses understand the dying patients and their families' needs and develop and maintain helping skills, between patient and family relationship become stable, efforts to remove problem can be increased

Death, death fear, grief process and nursing care of dying patients were summarized in the article.

Key words: Death, Death fear, Death process, Nursing

GİRİŞ

...Ölümün tek iyiliği bir daha olmayacak olmasıdır.

Nietzsche

Ölüm evrensel, bireyin tüm yaşamını etkileyen ve bireye özgü bir kavramdır. Birey yaşamının herhangi bir döneminde çeşitli kayıplarla karşılaşabilir. Bu nedenle ölüm algısı zamanla gelişen ve değişen bir kavramdır (Batmaz 2009). Ölümün algılanışı üzerinde dinlerin, kültürlerin, toplumsal değer yargılarının, inançların, adetlerin ve geleneklerin önemli rol oynadığı, bu nedenle ölüme karşı tutum ve tepkilerin değişiklik gösterdiği bilinmektedir (Işıl & Karaca 2009). Ölüm her bireyin yaşacağı bir sonudur (Çam ve ark.2010). Bu nedenle bu süreçte olan yetişkin hastalar sağlık ekibi tarafından bütüncül olarak değerlendirilmeli ve sağlık hizmeti verilmelidir. Hemşireler bu dönemde hastalara daha iyi fiziksel ve psikolojik bakım verebilmek için ölüm ve kayba ilişkin gerekli bilgi ve beceriye sahip olmalı, duygularını tanımalı ve gözden geçirmeli, özgürce açıklayabilmelidir. Bu makalede, ölüm, ölüm korkusu, yas süreci ve ölmekte olan hastanın hemşirelik bakımını irdelemek amaçlanmıştır.

ÖLÜM NEDİR?

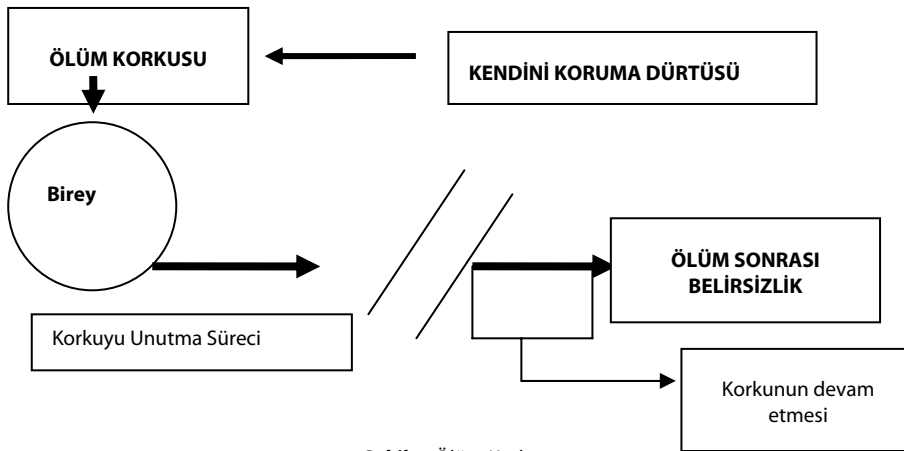
Yaşamımızın ayrılmaz bir parçası olan ölüm, yaşanan ancak nasıl ve ne zaman olacağı bilinmeyen, insanoğlunun her zaman ilgi duyduğu, üzerinde düşündüğü, tanımaya çalıştığı bir konu olmuştur. Çünkü ölüme ilişkin sorgulama, yaşamın anlamlandırılmasında ve manevi değerlerin oluşturulmasında önemli bir rol oynamaktadır. Yüzyıllardır insanın ilgisini çeken ölüm olgusu bireysel olmakla birlikte, toplumu ilgilendiren bir yönü olmasından dolayı değişik bilim dallarında, konu edilip incelenmektedir. Buna bağlı olarak ölüm ve ölüm süreci ile ilgili pek çok tanımlamalar yapılmıştır (Işıl & Karaca 2009; Bahar 2007; İnci & Öz 2009; Ersoy 2002; Tanhan & Arı 2006; Keskin 2005). Ölüm, canlı varlıklardaki yaşamsal görevlerin bir daha yinelenmemek üzere sona ermesi veya bir insan, hayvan yada bitkide yaşamın tam ve kesin olarak sona ermesidir (Ersoy 2002; Tanhan & Arı 2006; Koç 2002; Akbayrak ve ark.2002; Keskin 2005). Ölüm, yaşamın bitişi, ömrün sona erişi, dünyadan göçmek, kaybolmak, daha iyi bir yere gitmek yada bu dünyadan taşınmak şeklinde tanımlanabilmektedir (Ersoy 2002; Tanhan & Arı 2006; Koç 2002; Akbayrak ve ark.2002; Keskin 2005). Ancak tanımlarda ortak nokta; canlı organizmanın kendini yenileme yeteneğini yitirmesi yada yaşam organlarından bir yada birkaçının tamamen işlevinin yitirilmesi, hayatın sona ermesidir (Batmaz 2009; Işıl & Karaca 2009; Bahar 2007; İnci & Öz 2009; Ersoy 2002; Tanhan & Arı 2006; Koç 2002; Akbayrak ve ark. 2002; Keskin 2005; Koç & Sağlam 2008; Sezer & Kaya 2009).

Sağlık alanında ölüme ilişkin yapılan tanımlar incelendiğinde; "dolaşım ve solunum işlevlerinin veya beynin tüm işlevlerinin irreversible/geri dönüşümsüz

olarak durmasıdır şeklinde tanımlandığı görülmektedir. Bir başka tanımda “ölüm; beyin işlevlerinin durması” olup bu konuda bir dizi temel unsurların yer alması gerektiği bildirilmektedir. Bunlar bilincin tam ve sürekli olarak kaybolması, solunumun sürekli olarak kesilmesi, dıştan gelen tüm uyarılara karşı bütün tepkilerin ve reflekslerin yok olması, tüm kaslarda gevşeme, beden ısısının ve beynin elektriksel faaliyetlerinin kaybolması olarak sıralanmaktadır (Gulanik & Myers 2007)

Her birey için ölümü bekleme ayrı anlamlar taşımasına karşın ölümle ilgili evrensel olarak yaşanan duygu korku’dur (Işıl & Karaca 2009; Bahar 2007; İnci & Öz 2009; Penson ve ark.2005; Puchalski 2002). İnsanların bu dünyadaki “var” olmalarının son bulacağı gerçeği karşısında duydukları korku, ölüm kaygısı olarak tanımlanmaktadır (Tanhan & Arı 2006) Bilinmezlik, yalnızlık, yakınlarını, bedenini ve denetimini yitirme, kimlik duygusunda sürekliliği yitirme, acı duyma, anlamlı ilişkilerinin olduğu kişilerden ayrılma korkunun temel nedenleridir (Tanhan & Arı 2006; Koç 2002; Gulanik & Myers 2007; Penson ve ark. 2005; Puchalski 2002; Öztalın & Işıl 1999).

Kübler Ross’a göre birçok kaygının temelinde ölüm kaygısı bulunmaktadır. Ölüm hakkında hiç düşünme fırsatı kalmayacak şekilde çalışmak bu korkuyu bastırır da ölüm gerçeğini değiştirmemektedir (Işıl & Karaca 2009; Bahar 2007; İnci & Öz 2009; Koç 2002) (Şekil 1). Kişi bu kaçınılmaz sondan yakınabilir; nefretini ve öfkesini dışarı vurabilir veya çeşitli ayin ve törenlerle bu korkusunu hafifletmeye çalışabilir. Ölüm kaygısının temelinde “yaşama korkusu” vardır. İnsanda bir daha ele geçmeyecek olan gençliğin kaybolup gitmesi ve geriye saymaya başlama sıkıntı yaratır. Böyle bir gerçek karşısında insan, hayatı gerçek anlamda yaşayamama ve ölmeyi düşünme sonucunda korku duyabilir. Bu nedenle ölümü anlamdan yoksun, basit bir duruş olarak görmektense yaşamın anlamını tamamlayıcı olarak görmek insanın genel ruh yapısına daha uygundur (Koç 2002; Penson ve ark.2005).



Şekil 1: Ölüm Korkusu.

(Koç M. A Psychological Analysis on The Fear of Death From Theoretical Point of View. Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi.2002;6:7-20).

GELİŞİM DÖNEMLERİNE GÖRE ÖLÜM

Ölüm kavramı, gelişim dönemlerine göre farklılık gösterebilmektedir. Bu dönemleri çocukluk, ergenlik, yetişkinlik ve yaşlılık olmak üzere dört bölümde ele almak mümkündür (Karaca 2000; Sezer & Kaya 2009). Gelişimsel açıdan ölüm algısı birçok yerde benzer kavram ve aşamalarda tanımlanmaktadır (Suyolcu 2006; Sezer & Kaya 2009; Aksu & Akçay 2010).

- *Geri dönülmezlik ya da uygulanabilirlik:* Ölümün bütün canlılarda görülen geri döndürülemeyen ve değiştirilemeyen bir olgu olduğunu fark etmek.
- *Evrensellik ya da uygulanabilirlik:* Ölümün kimsenin kaçamadığı ve bir gün herkesin başına geleceğini anlamak.
- *Kaçınılmazlık:* Yaşayan her canlının sonunda öleceğini anlamak.
- *Sonlanma ya da işlevsellik:* Ölüm ile vücudun işlevselliğinin sona erdiğini anlamak.
- *Nedensellik:* Ölümün bir nedeni olduğunu, vücut fonksiyonlarının tamamen yitirilmesinin ölüme neden olduğunu anlamak.

Bebeklik ve ilk çocukluk dönemlerindeki kişi sevdiği insanın kaybını ve ayrılığını duygusal olarak yaşar. Ayrılık ve kayıp durumlarında üzüntü, protesto etme ve çaresizlik tepkileri gözlenebilir. Ölümün anlaşılma süreci ilk dönem olan okul öncesinde, çocuklar insan davranışlarını anlama kapasiteleri ile yaşam ve ölümü destekleyen biyolojik etkenleri kendilerine göre algılamakta, ölümü daha çok yaşlı ve hasta olan bireylerin yaşadıkları, sağlıklı yaşayarak, kazalar ve hastalıklar gibi bazı durumlardan kaçınılarak uzak durulabilen bir durum olarak görmektedirler (Sezer & Kaya 2009).

Ergenlik döneminde ölüm kavramı daha soyut bir nitelik kazanır. Bu dönemde ben merkezli olma ölümüne bakış açısını onun ölümüyle karşılaşmayacağı inancına dönüştürebilmektedir (Sezer & Kaya 2009). Kayıp yaşayan ergenler inkar, öfke, suçlanma, üzüntü ve intihar gibi tepkiler verebilmektedir (Suyolcu 2006; Sezer & Kaya 2009). Olası belirtiler, suça yönelme, ilaç, alkol kullanımı, bedensel yakınmalar, depresyon, okul başarısızlığı gözlenebilmektedir (Sezer & Kaya 2009).

Yetişkinlik döneminde ölüm kavramı çok değişken olup sosyal, kültürel, geleneklerin, inançların, kişisel ve duygusal konuların dini inançların ve kavramsal anlayışın bütünleşmesidir (Sezer & Kaya 2009; Çam ve ark.2010).

Yaşlılık döneminde; yaşlılığın meydana getirmiş olduğu fiziksel ve psikolojik değişimlerin görülmesi ölümüne olan gidişi ifade etmektedir. Yaşlılıkta bir ayağım çukurda ifadesi bu durumu açıklayan bir örnektir. Yaşlanma ile birlikte ömürden yılların eksilmesi onların ileriye dönük plan yapmasını engellemekte ve ölümüne daha çok önem vermesine neden olmaktadır. Bu yüzden yaşlı bireylerde ölümü aşırı derecede endişe ve inkâr duygusu olmadan karşılamalarını sağlamaktadır. Ancak aile üyelerinden uzak ya da yalnız yaşayan ve yaşamını mutsuz geçirdiğine inanan yaşlı bireylerde yalnızlık duygusu ölüm korkusu gelişmesine yol açmaktadır. Yaşla birlikte ölüm korkusunun düzeyi artmakta ve dolayısıyla yaşamdan zevk alma düzeyi de azalmaktadır (Sezer & Kaya 2009; Aksu & Akçay 2010).

ELİZABETH KÜBLER-ROSS'A GÖRE KAYIP/ÖLÜMÜN EVRELERİ

Ölüm, yaşamdaki en büyük kayıp olgusu olup insanları yas süreci ile karşı karşıya bırakmaktadır. Bir şeyden yoksun olma durumu olarak tanımlanabilen kayıp, bedensel, duygusal, bilişsel, davranışsal ve sosyal alanda değişimlerle belirlenen karmaşık bir yaşantı ve deneyimlerden oluşmaktadır. Ölüm ile ilgili tutumlar bireysel faktörler, kültürel faktörler bireyin inançları ve duygusal dayanıklılığı ile ilişkilidir. Bir kaybı yavaş yavaş yaşamanın, kabullenmenin yolu ise yas tutmaktır. Yas tutmak, doğal bir süreç olup kaybedilen insanın yaşamı boyunca bir daha asla görülemeyeceğinin kabul edilmesidir (Özaltın & Işıl 1997; Fuerst ve ark.1979; Stewart ve ark. 1999; Potter & Perry 1985).

Sevilen birinin kaybı ya da ölümünden sonra yaşayanlar ya da ölümle yüzleşen bireyler yasın/üzüntünün fiziksel, emosyonel, davranışsal ve bilişsel pek çok semptomu deneyimlemektedirler. (Gulanik & Myers 2007; Potter & Perry 1985; Moody & Arcangel 2002) (Tablo 1).

Kübler Ross'a göre kayıp/ölüm süreci; inkâr, öfke, pazarlık etme, depresyon ve kabullenme olmak üzere beş adımda tanımlanmıştır (Işıl & Karaca 09; Batmaz 2009; Friedman & James 2008; Bahar 07; Bilge & Çam 2004; Moody & Arcangel 2002).

1-Şok/İnkâr: Hastanın/yakınlarının terminal dönemde olduğunun bilinmesi yada olumsuz prognozun söylendiği durumlarda şok/inkar yaşanabilir. Uzun süre ölüm tehdidi ile yaşamış olan hastalar için inkar acı verici ve rahatsız edici bir durumdur. İnkâr durumu "yok sayma" çabasıdır ve bir savunma mekanizmasıdır. "Hayır, bu doğru olamaz!", "Bu benim başıma gelmemeliydi" gibi ifadelerle karşılaşılır.

İnkâr durumun neden olduğu akut anksiyete ve paniğin bir süre ertelenmesini sağlar ve duruma uyum sağlamak için zaman kazandırır. Hastanın ve yakınlarının kendisini toparlamasına, alternatif savunmaların harekete geçirilmesinde etkin rol oynar. Bu dönemde kişi zihinsel olarak olayların farkında olsa bile duygusal olarak reddedebilir. Aynı zamanda uyumda güçlük, nefes almada sıkıntı, kas gücünde azalma, tremor, yorgunluk, iştahsızlık ve huzursuzluk gibi fiziksel belirtilerin yanı sıra korku ve yoğun bunaltı en sık yaşanan duygulardır. Ülkemiz'de inkar döneminde olan bireylerin bir kısmında öleceğine inanmama ve/veya yanlışlık olduğunu ümit etme bir kısmında ise ağlama, haykırma, dövünme, bağırını yumruklama yada sessiz kalma şeklinde tepkiler görülebilir. Sağlık bakım profesyonelleri inkarın doğal bir süreç olduğunu bilerek yaklaşım göstermeli ve bireyi durumu hemen kabullenmesi için zorlayıcı olmamalıdır.

2-Öfke: Bireyin içinde bulunduğu durumu kabul etmeye başladığında ortaya çıkan bir duygudur. Durumu kendi yetersizliklerinin bir sonucu gibi görerek suçluluk, bunun neden kendisinin başına geldiğini düşünerek öfke yaşar. Bitirilemeyen işler, karşıdaki kişi ile çözüme ulaşmayan ya da tam olarak paylaşılabilen duygular suçluluğa yol açmaktadır. Öfke, eşe, çocuğa, aileye, sağlık personeline ya da Tanrı'ya duyulabilir. Öfke bastırılırsa strese bağlı hastalıklar, depresyon, aşırı emosyonel tepkiler görülebilir. Ancak bireyin tedavi almasını engelliyor ve kötüye gitmesine neden oluyor ise hasta ve ailesi, psikolog ve ekiple işbirliği yapılarak gerçek durumu kabul etmesine yardımcı olunmalıdır.

3-Pazarlık Etme: Bu dönemde kişiler kaybettiklerini geri getirebileceklerini ya da gerçeği değiştirebilecekleri duygusu yaşayabilirler. Yoğun suçluluk, abartılı bir öfke ve isyan hali görülebilir.

Evet.....ama!" şeklinde başlayan pazarlığa girme ifadeleri görülür. Pazarlık, gerçekte bir erteleme çabasıdır; "İyi davranış" bir ödül içermelidir ve kişinin belirlediği bir "tarih" bulunmalıdır. Psikolojik olarak, pazarlık etmede sunulan vaatler sessiz bir suçluluk duygusuyla ilişkili olabilir ve bu nedenle hastaların bu vaatleri sağlık ekibi tarafından bir kenara atılmamalıdır. Uzun süreli ve tutulamayan vaatler suçluluk duygusunun pekiştirilmesine yol açabilir.

4-Depresyon: Hastalığın seyri üzerinde " "Kontrolün yitirilmesi" olarak da açıklanabilir.

Bu aşamada hastalar kendi ölümlerinin yasını tutarlar ve yakınlarından ayrılacağı için ayrılık anksiyetesi yaşamaya başlarlar. Kişi önce geçmişte kaybettikleri, yapamadıkları için, daha sonra da geleceği için yas tutar. Bu dönemin sonuna doğru kişi ölümün çaresizliğini kabul eder ve yaşamını yeniden organize etme gücünü bulmaya çabalar.

Bu aşamada yaşanan depresyonun kendi akışına bırakılması, müdahale edilmemesi ancak, sosyal uyaranlara yanıt alınamaz ise gerekli müdahalenin yapılması önerilir (Tucker ve ark.1996;Periyakoil & Hallenbeck 2002; Gulanik & Myers 2007).

Tablo 1: Yas Sürecinde Ortaya Çıkan Semptomlar

Fiziksel Semptomlar	Emosyonel Semptomlar
*Yorgunluk,enerji azlığı	*İnkar
*Baş ağrısı	*Sıkıntı
*Midenin üst bölümünde yanma ve ağrı	*Kızgınlık
*Uyku düzensizliği	*Anksiyete ve depresyon
*Nefes darlığı	*Öfke
*Menstruel düzensizlik	*Üzüntü
*Yeme düzensizliği	*Çaresizlik
*Yutkunma güçlüğü	*Güvensizlik
*Göğüs ağrısı ve göğüste baskı hissi	*Yalnızlık
	*Hayata karşı ilgisizlik,isteksizlik
	*Hiçbir şeyden zevk almama
	*Hiçbir şey hissetmeme
	*Özlem
	*Kaybedilenin hala yaşadığını hissetme
	*Kaybedilenin sesini duyma, hayalini görme
	*Yaşam ve ölüm kavramlarını sorgulama
Davranışsal Semptomlar	Bilişsel Semptomlar
*Amaçsız aşırı hareketlilik	*Kendine yönelik öfke, suçluluk, pişmanlık
*Kaybın acısından kaçınma	*Ölüm sahnesiyle ilgili yineleyici, yaşamı engelleyen ve kesintiye uğratan çok canlı anılar
*Kaybedilenin eşyalarına, yaşadığı yerlere yönelme/kaçınma	*Yakınının ölünceye kadar çok acı çekip çekmediği, neler düşündüğü, neler hissettiği ile ilgili tekrarlayıcı düşünceler
*Alkol ya da sakinleştirici ilaç kullanma	*Karar verme, dikkat ve bellek sorunları
*Olayın yaşandığı yerlerden uzaklaşma çabaları	*Sevdiği kişiyi yanında hissetme
*Cinsel işlev bozukluğu	

5-Uyum/Kabullenme: Birey artık öfkelenemeyecek kadar zayıftır ve “ölüm” gerçeği olduğu gibi kabul edilir. İlgili alanı; daralmış, dış dünya ile ilgisini kesmiş, ziyaretçilerle daha kısa süre birlikte olmak istemektedir. İletişim sözelden çok, sözel olmayana kayar. Elini tutarak, sessizce yanında oturulmasını isteyebilir. Konuşamadığı zaman yalnız olmamak ona güven verebilir. Duygularını ifade etme gücü varsa onları açıklar, yakınları ile paylaşır ya da yazılı olarak ifade eder.

Ölümü yaklaşan tüm bireyler bu evreleri aynı şekilde yaşamayabilir, bu yas evreleri hastalar ve yakınları tarafından karmaşık bir sırada deneyimlenebilir. Çaresizlik, suçluluk, inkar, korku, şaşkınlık ve öfke gibi duygular yaşayabilirler. Yakın ve sevilen birinin ani ve beklenemeden ölümü karşısında aile bireylerinin bazıları kontrolü sağlama, veda etme güçlüğü yaşarken bazıları kendilerini tamamen yalıtabilir yada acıyı hissetmekten kaçınabilirler (Yiğit 1998; Bahar 2007). Bu tepkiler bireylerin duygusal ve bilişsel gelişim düzeyi ve sosyokültürel yapı özelliklerine bağlı olarak farklı şiddet ve yoğunlukta yaşanmaktadır. Yetişkinlik döneminde kültür, inanç sistemi ve yaşam biçimi gibi kavramlar ölümle bakışı ve ölümle ilişkin duyguları etkilemektedir (Sezer & Kaya 2009). Aile bireyleri ölümle ortaya çıkan yoksunluğu çok ve duygusallık dönemi, araştırmacı olma ve özlem duyma dönemi, düzenin bozulma dönemi ve yeniden düzen kurma dönemi olarak dört aşamada yaşamaktadır (Yiğit 1998; Türk & Alp 2001). Bu dönemde aile üyeleri arasındaki ilişkiler sağlamlaşabilir, sorunların giderilmesine yönelik çabalar artabilir.

ÖLÜMÜ YAKLAŞAN HASTA

Ölümü yaklaşan bir hastada; ağrı, yalnızlık ve izolasyon olmak üzere üç nokta çok önemlidir. Bu dönemdeki hastaların yaşamlarına (ağrı, yalnızlık ve izolasyon) ilişkin bazı hasta ifadeleri ise şöyledir (Bahar 2007; Moneymaker 2005);

“Ölümünden korkmuyorum fakat ağrı çekmekten ve yalnız kalmaktan korkuyorum....”. (Robert Lowell, 1797).

“Yaşantımın tümünü iyi ve dürüst bir insan olarak sürdürmeye çabaladım, şu anda öyle kalmak istiyorum ve birilerinin bana yiyecek ve içecek getirmesini istemiyorum...” (Avery Weisman, 1970)

Terminal dönemdeki tüm hastalar; bilinçli, ağrısız, zamanında ve bitirilmeyen işlerin tamamlanmasından sonra, konuşarak, evinde, uygun bir ortamda yanında sevdiği biri varken, son kelimelerini ve isteklerini ifade ederek ölmeyi istemektedirler.

Bu nedenle ölümü yaklaşan hastanın bakımında amaç (Moneymaker 2005); hastanın fiziksel ve ruhsal yönden rahatlığının sağlanması, kişiliğinin ve değerlerinin korunması, kendini güvende hissetmesi, yeterli tedavi ve bakımı alma, acı çekmeden huzur içinde ölmesini ve hastanın kalan yaşam süresinin kalitesini yükseltmeyi sağlamaktır.

Terminal dönem; evre 1; ölüm öncesi, evre 2; ölüm anı ve evre 3; ölüm sonrası dönem olmak üzere üç evrede incelenmektedir (Moody & Arcangel 2002; Black & Jacobs 1993)

Evre 1: Ölüm Öncesi Dönem: Vücudun kendini ölüme hazırladığı dönemdir ve bazı klinik belirtiler ortaya çıkar.

Ölümü yaklaşan bir bireyin elleri, kolları, ayak ve bacakları soğumaya başlar. Deri rengi değişir, siyahlaşma, koyulaşma ya da gri yada soluk bir renge dönüşür. Nabız, düzensiz, hızlı ve zayıftır. Kan basıncı düşer ve periferik dolaşım bozulur. Solunum sesli ve hırıltılı olabilir. Cheyne–Stokes solunumu görülebilir. Uyku gereksinimi azalmıştır. Ancak kişinin uykuda geçirdiği zaman artmıştır, iletişimsiz, uyarılara yanıt azalmış ya da hiç kalmamıştır. Ancak hasta zihnen tamamen uyanık olabilir. Çene ve yüz kasları gevşer. Gözler tamamen açık kalabilir. Mide-barsak işlevlerinin ve reflekslerinin azalması, iştahsızlık ve güçsüzlük nedeniyle sıvı ve gıda alımı azalır. İdrar ve gaita inkontinansı görülebilir. Kaslardaki güçsüzlük nedeniyle hareket etme gücü azalır. Bu durum ilk önce ayak ve bacak hareketlerinde etkisini gösterir. Bu dönemdeki hastalarda/bireylerde görsel hallüsinasyonlar, yatağından kalkıp gitmeye çalışma ve etrafındakilerle vedalaşma isteğinde oldukları görülebilir (Moody & Arcangel 2002; Black & Jacobs 1993).

Evre 2: Ölüm Anı

Terminal dönemin evre 1'indeki belirti ve bulgular derinleşir ve hastanın yüz kasları gevşer, yanaklar gerginliğini yitirir, anemi ve tonüs kaybı Hipokrat Yüzü 'ne neden olur. Görme giderek azalır, gözler yarı açıktır. Pupillalar sabitleşir, ışığa yanıt vermez. Konuşma giderek zorlaşır. En son işitme duyusu kaybolur. Algor Mortis (ölüm soğukluğu) Rigor Mortis (ölüm katılığı) ve Livor Mortis (ölüm lekeleri) görülmesi ölümün gerçekleştiğini gösterir (Moody & Arcangel 2002; Black & Jacobs 1993). Bu dönemde hasta odası için yumuşak tondaki renkler seçilmeli, aydınlatmada flüoresan lambalar kullanılmamalı, odanın pencereleri ışıklı ve manzaralı yönü görüyorsa hasta yatağı bu yöne çevrilmelidir. Odada canlı bitki ve kokular hastayı rahatsız etmeyecek şekilde düzenlenmelidir. Güzel koku ve sözsüz müzikler hastayı rahatlatılabilir, depresyonu azaltabilir. Hastayı rahatsız eden monitör telefon ve ayak sesleri azaltılmalıdır (Akbayrak ve ark.2002).Ölüm halindeki hasta en son duymasını kaybeder bu nedenle yanında fısıltı ile konuşulmamalıdır. Hastanın duymasını istemediğimiz konular ondan uzakta konuşulmalıdır (Batmaz 2009).

Evre 3: Ölüm Sonrası Dönem

Hemşire ölen hastanın başının altındaki yastığı çekip, ayak ve kollarını uzatır. Gözleri açık ise kapatır. Takma dişleri, protez, takıları varsa çıkarıp poşete koyarak etiketler, tüp, dren, pansumanları varsa çıkarır. Temiz pansumanlarla yaralar kapatılır. Çenesi bağlanır. Bedeninin düzgün kalması için ayak baş parmaklarının bağlanması gerekir. Cesedin ayağına adını gösteren kart bağlanır ve çarşafa sarılır. Sedyeye konarak morga gönderilir (Moody & Arcangel 2002; Black & Jacobs 1993).

ÖLÜMÜ YAKLAŞAN HASTANIN HEMŞİRELİK BAKIMI

Ölümü yaklaşan hastada 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 (Fuerst ve

ark.1979; Potter & Perry 1985; Black & Jacobs 1993; Tucker ve ark.1996; Bilge & Çam 2004; Gulanik & Myers 2007; Batmaz 2009) (Tablo 2).

Tablo 2: Terminal Dönemdeki Hastada Ortaya Çıkan Belirtiler

Gastrointestinal Sistem Belirtileri	Deri Bütünlüğü
* İştahsızlık	*Deride solukluk
* Disfaji	*Deride soğukluk
* Tat değişikliği/azalma	*Deride terleme
* Bulantı-kusma	Barsak Fonksiyonları
* Kilo kaybı	*Konstipasyon
* Assit	*Diyare
Solunum Sistemi	*Fonksiyonların yada kontrolün kaybı
*Solunum güçlüğü	Bilişsel Durum
*Cheyne –stokes solunum	*İnsomnia
Dolaşım Sistemi Ölüm öncesinde;	*Konfüzyon
*Nabızda hızlanma ve düzensizleşme	*Deliryum
*Postmortem Hypostasis	*Koma
Boşaltım Sistemi	*Hafıza değişiklikleri
*İnkontinas	Deri Kas İskelet Sistemi
*İdrar miktarında azalma	*Kaslarda gevşeme,
*Fonksiyonların yada kontrolün kaybı	*Hastanın hareketlerinde yavaşlama ya da hareket edememe.

Hemşirelik Tanısı 1: Taşipne, dispne,apne yada Chyne-stokes solunuma bağlı metabolik bozulmayı kompanze etme yada pulmoner bozulmaya bağlı Etkisiz Solunum Şekli.

Bulgu ve Belirtiler: Dispne,hırıltılı solunum,sekresyon atılımında yetersizlik.

Amaç/Beklenen Sonuçlar: Hasta solunum gereksinimlerini kendi ihtiyaçlarına göre tanımlar ve solunum ihtiyaçlarının azaldığını ifade eder.

Girişimler:

Solunum güçlüğündeki girişimler aşırı gereksinimleri azaltmak ve destek olmayı içermektedir.

- Hemşire solunum güçlüğünün altında yatan nedenleri tanımlamalıdır.
- Hemşire inspirasyon ve ekspirasyonu azaltmak için hastaya uygun pozisyon verir.
- Hastanın odası havalandırılır.
- Anksiyeteyi azaltmak için gevşeme teknikleri öğretilir ve yapması sağlanır.
- Dinlenme ve egzersiz dönemleri düzenlenir, fiziksel aktivitelerde enerji birikimi için yardım edilir.
- Hasta ve yakınlarına evde güvenli oksijen kullanımı konusunda bilgi verilir.
- Dispne için genel semptomatik önlemler yanında ek oksijen desteği de yapılabilir. Oksijen miktarı 1-3 L/dk arasında değişirken, bu oran hastanın durumuna göre 6L/dk kadar çıkarılabilir. Oksijenin verilmesinde kanülün etkili olmadığı durumlarda maske kullanılabilir.

Hemşirelik Tanısı 2: Ölüm tehlikesi, ağrı, tehlikenin beklenmesi yada algılanması, uygun olmayan çevre, çevresel stresörler, destek sistemlerinden ayrılma, invaziv girişimler ve tedaviler, sensoryal yetmezlik, fobiler ve anksiyeteye bağlı Korku.

Bulgu ve Belirtiler: Korku yada anksiyete, hızlı solunum yada kalp hızında artma, pupillalarda daralma, huzursuzluk, aşırı uyanık olma yada dalgın olma.

Amaç/Beklenen Sonuçlar: Hasta/bireyin ölüm ile ilgili korkuları saptanır, pozitif uyum mekanizmalarını uygulayabilir, korkunun azaldığını yada yok olduğunu ifade edebilir.

Girişimler:

- Hastanın korkularını açıklamasına ve soru sormasına izin verilir, aktif olarak dinlenir. Hastanın korkuları sadece ölüme ilişkin olmayabilir. Hastalar çoğu zaman arkada bırakacakları sevdikleri, yapamadıkları için de endişe ve korku taşıyabilmektedirler. Bu nedenle basit iletişim teknikleri kullanılarak bu duygunun kalıcı olmasının önüne geçilebilir. Burada hemşirenin öncelikle yapması gereken şey kendi korkularının farkına varmasıdır.
- Hastanın korkularını gidermede kullandığı uyum mekanizmaları saptanır.
- Sözlü ya da sözsüz olarak ifade edilen korku ile ilgili açıklamalar kayıt edilir.
- Hastanın korkularını gidermede umut duyguları sağlanır.
- Hasta yakınlarının, hasta ile birlikte zaman geçirilmesine fırsat verilir ya da bu fırsatların yaratılmasına olanak sağlanır.
- Hasta ile etkileşim sırasında bakımla ilgili açıklama yapılır, sakinliği sağlanır.
- Hastalar kendilerine bakım verenlerin rahatsızlığını hissedebilir, samimiyetten uzak, bilgi verilmeyen bakım verici davranışlar hastaları rahatsız edebilir, endişelendirebilir. Profesyonel hassasiyet/yaklaşım, bireysel yada kültürel konulara bütüncül ve gerçekçi yaklaşımda yol gösterici olacaktır.
- Aile bireylerinin bakım aktivitelerine katılımı ile ölüm sürecindeki umutsuzluk ve yalnızlık duygularının azalmasını sağlanır.
- Hastanın dinlenme ve gevşemesi sağlanır. Dinlenme, hastanın enerji ve gücünün yeniden gözden geçirilmesini ve düzenlenmesini sağlar. Nefes alıp verme egzersizleri, gevşemesi, meditasyon yada hayal etme, takdir etme ve kendini sakinleştiren konuşma egzersizleri gibi gevşeme uygulamaları hastanın fizyolojik yanıtlarını (kan basıncı yüksekliği, nabızın artması, solunumun hızlanması) ve sıkıntı hissini azaltır, kendine güven duygusunu artırır.

Hemşirelik Tanısı 3: Beklenen ölümün yaklaşmasına bağlı Keder/ Üzüntü.

Bulgu ve Belirtiler: Yaşamındaki ve önemli kişilere yönelik kayıplar ile ilgili duygularını açıklaması, kızgınlık, öfke yada anksiyete duyguları, uyku, dinlenme, yeme alışkanlıkları, libido ve aktivite düzeyinde değişiklik.

Amaç/Beklenen Sonuçlar: Hasta ölümle ilgili duygularını açıklar, destek sistemlerini (aile, arkadaş v.b) kullanır.

Girişimler

- Hastanın yas süreci tanınır ve yas sürecini açıklamasına izin verilir. Ailenin bu dönemde duyguları tanınır. Yas süreci içinde duygu, düşünce ve beklentileri paylaşılır.
- Ailenin destek sistemleri (aile hekimi, konsültan hekim, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, terapist gibi) ve bunu kullanma durumları saptanır. Aile ve bireylerine problem çözmede çok yönlü destek verilir.
- Hasta ve yakınları ile birlikte rahat bir iletişim ortamı sağlanır, duygularını paylaşmasına fırsat verilir, etkin dinlenir ve önerilerde bulunulur.
- Hastanın kızgınlık duyguları aile bireyleri ile paylaşılıp, bu duyguların bireysel olmadığı açıklanmaya çalışılır. Kızgınlık duygularının anlaşılıp kabul edilmesi uzun zaman alabilir ve bu konuda yardım gereksinimi bile olabilir.
- Hasta ve ailesine organ bağışı, otopsi yapılması, fonlardan yardım alma v.b konularda kültürel, dini inançlarda doğrultusunda bilgiler sağlanır.

Hemşirelik Tanısı 4: Terminal hastalık, geri dönüşü olmayan fiziksel çökkünlük, bağımsızlık kaybı ve invaziv sağlık bakım uygulamalarına bağlı Güçsüzlük.

Bulgu ve Belirtiler: Yaşamı etkileyen yada kontrol kaybına yol açan sözlü açıklamalar, karar vermeye katılımda azalma, aktivitelerin azalması, apati, depresyon, agresif ve irritabl, günlük yaşam aktivitelerine ilginin azalması.

Amaç/Beklenen Sonuçlar: Hasta sağlık bakım kararlarına katılır, güçsüzlük duygusunun azaldığını ifade eder.

Girişimler

- Hastanın gücü ve kontrolü için gereksinimleri saptanır.
- Hastanın güçsüzlük, depresyon ve apati duyguları belirlenir. İşlemler sırasında hastaya açıklamalar yapılır, güven verilir.
- Hastanın enerji düzeyi ve yeterliliği saptanır. Yorgunluğu azaltma ya da gidermede enerjinin düzenli ve uygun kullanımı sağlanır.
- Hastanın yaşamının son günleri ile ilgili istekleri ve kararları öğrenilir. Terminal dönem öncesi hastanın vermiş olduğu yasal yada sözel istekler değerlendirilir, ailenin bu konuda yapabilecekleri öğrenilir, uygun kaynakları kullanma konusunda destek verilir.

Hemşirelik Tanısı 5: Terminal dönem, sevdiği birinden, kültürel ve dini inançlarından ayrılma, ağrı ve acı çekmeye bağlı Spritüel Distres.

Bulgu ve Belirtiler: Ölüm ve yaşamla ilgili sorular, umut kaybı, yalnız kalma, anksiyete, depresyon, ayrılık, korku yada kızgınlık.

Amaç/Beklenen Sonuçlar: Hastanın spritüel iyilik hali içinde olması ve saygın bir ölüm istemesi.

Girişimler

- Hastanın spritüel inançları ve dini uygulamalara yönelik tanılaması yapılır.

- Hastalık ve ölümün anlamını, yas sürecini ve spiritüel distresini tanılayan sorular sorulur. Sağlık ekibi bu sorular ile hastanın zayıf ve güçlü yönlerini saptayarak rehberlik edebilir. Bu sorular;
 - *Sizin için hastalığınızın anlamı nedir?
 - *Allah ile olan etkileşiminiz, inançlarınız ya da güç kaynaklarınız yas sürecini nasıl etkiliyor?
 - *Sizin hastalığınız ve yasiniz spiritüel inançlarınızı açıklamada nasıl etkilidir?
- Yaşamın sonlanması aşamasında; hasta ve ailenin duygularının anlaşılması, endişelerinin desteklenerek paylaşılması, bakım sırasındaki profesyonel yaklaşımlar kayıpla etkin baş etmeyi sağlar.
- Terminal dönemdeki hastaya bakım verme sırasında hastanın inanç sistemi, değerleri ön plana alınmalı, hemşirelerin inançlarına ters düşse bile, hastaların inançları ön plana alınmalı ve tarafsız yaklaşım ile bakım sunulmalıdır.
- Terminal dönemdeki hastaların aileleri ve yakınlarının (mümkünse) yanında kalmaları ve birlikte zaman geçirmeleri sağlanır.
- Farklı kültür ve gelenekten gelen hastaların ve yakınlarının geleneksel uygulama ve ritüelleri yapmasına ya da önemli eşyasını getirmesine olanak sağlanır, izin verilir.
- Ayrılışın anlamlı bir öyküsü olmasını isteyen hastalara sözel, yazılı ve video gibi görsel araçları kullanarak paylaşması konusunda fırsatlar sunulur.

HASTA VE AİLESİNE YAKLAŞIM

Ölüm süreci; hasta ve ailesinin emosyonel/ruhsal krizin yaşandığı bir dönem olabilir. Ölmekte olan hasta gibi, hasta yakınları ve ailede terminal dönem boyunca yası yaşayacağından desteklenmeleri ve terapötik girişimlerden yararlanmalarını sağlamak önemlidir (Akbayrak ve ark.2002; Gulanik & Myers 2007; Furest ve ark.1979; Potter & Perry 1985; Moody & Arcangel 2002; Bilge & Çam 2004; Black & Jacobs 1993). Bu nedenle hemşire, ailenin kederini tanımalı, etkin dinlemeli, basit ve yalın bir dille durumu açıklamalı, aile hastanın bakımına katılmalı, stresi azaltmaya yardım etmeli, ölmek üzere olan hasta genç yada çocuk ise ailenin ziyareti için zaman sunulmalı ve düzenleme yapılmalı, zor kararlarda aileye yardım etmeli, güven duygusu oluşturmali, 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 (Işıl & Karaca 2009; Tanhan & Arı 2006; Keskin 2005; Akbayrak ve ark. 2002; Fuerst ve ark.1979).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşirelerin hasta ve ailesine fiziksel bakım ve psikososyal destek sağlama sırasında etkili olabilmesi, etkin iletişim kurabilmesi için öncelikle kendi davranışlarına ilişkin bir iç görü kazanması, konu ile ilgili sürekli okumaları, bilgilerini uygulamaya aktarmaları ve kendilerini geliştirmeleri sağlanmalıdır. Hemşirelerin ölüm sürecindeki hasta ve yakınlarına etkili destek verebilmek ve iletişim sağlayabilmek

için; konu ile ilgili eğitim almaları, hizmet içi eğitim programlarında ölümü yaklaşan hasta ve aileler ile iletişim kurma becerilerine yer verilmesi gerekmektedir. Ülkemiz’de ölüm sürecindeki hasta ve yakınlarının bütüncül olarak gereksinimlerinin karşılandığı insanlık onuruna yakışan şekilde yaşama veda edilmesini sağlayan son dönem bakım evleri kurulması, gerek tıp gerekse hemşirelik programlarında terminal hasta bakımına yer veren eğitim programları oluşturulması ve sürekliliğinin sağlanması, nitelikli sağlık profesyonellerinin yetiştirilmesi ve bakım modellerinin geliştirilmesi beklenmektedir.

KAYNAKLAR

- Akbayrak N, Sekmen K, Yıldız D (2002).Ölüm kavramı ve ölüm sürecinde hasta, aile ve sağlık personelinin kapsayan holistik hemşirelik yaklaşımı. Sendrom, Temmuz, 128-132.
- Aksu T., Okçay H.(2010) Yaşam Dönemlerine Göre Ölüm Algısı ve Hemşirelik Yaklaşımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:5, Sayı:14,113-126.
- Bahar A (2007). Ölüm Sürecinde Olan Hasta: Terminal Bakım ve Hospis. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2(6): 147-158.
- Batmaz M (2009). Ölümcül Hasta Bakımı Ve Ölüm Sonrası Uygulamalar. Ed. Sabuncu N, Ay F. Klinik Beceriler 1. Baskı, İstanbul, Nobel Kitabevi, 2009: 760-777.
- Bilge A., Çam O. (2004). Ölüm Sürecindeki Hastaya ve Yakınına Psikiyatri Hemşiresinin Terapötik Yaklaşımı.Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek okulu Dergisi 20(2): 127-36.
- Black J., Jacobs E (1993). Spirituality.Chapter 6.Lucmann and Sorenson’s Medical-Surgical Nursing, A Psychophysiologic Approach, Fourth Edition, W.B Saunders, USA,93-102.
- Çam O., Bilge A.,Keskin G.(2010).Gidenler Ve Geride Kalanlar:İnsan Yavrusu Ve Ölüm Yarasını Sarmak.Dilan Matbaası,Birinci Basım,İzmir
- Dik A (2005).Terminal Dönem Hastaya Yaklaşım Hemşirelik Forumu, Temmuz/ Ağustos, 2005; 59-60.
- Ersoy R (2002) Türkler’de Ölüm ile ilgili Rit ve Ritüeller Milli Folklor, 54: 86-101.
- Fuerst E., Wolff L., Weitzel M (1979). Upcoming Death of Patient Care. Hemşireliğin Temel İlkeleri.Vehbi Koç Vakfı Yayınları No: 2, İkinci Baskı, Çeltüt Matbaacılık, İstanbul, 1979; 369-373.
- Friedman R, James J (2008).The Myth of the Stages of Dying, Death and Grief. Skeptic.14(2), 37-41.
- Gulanik M., Myers J (2007). Death and Dying:End Life Issues.Nursing Care Plans.Nursing Diagnosis and Intervention.6th Edition.USA, Mosby & Elsevier Company, St Louis, 1131-1140.
- Işıl Ö, Karaca S (2009). Ölüm Yaklaşırken Yaşananlar ve Söylenebilecekler: Bir Gözden Geçirme. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi 2009; 2(1): 82-87.
- İnci F, Öz F. 2009; Effects Of Death Education On Nurses’ Death Anxiety, Depression Regarding Death, And Attitudes Towards The Dying Patient. Anadolu Psikiyatri Dergisi 10(4): 253-260.
- Karaca F (2000). Ölüm Psikolojisi. Beyan yayınları, İstanbul, 35-40.
- Keskin Ü (2005). Ölmekte Olan Hastaya Kognitif-Davranışsal Hemşirelik Yaklaşımı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2005; 21(2): 125-134.
- Koç Z., Sağlam Z (2008). Hemşirelik Öğrencilerinin Yaşam Sonu Bakım ve Ölüm Durumuna İlişkin Duygu ve Görüşlerinin Belirlenmesi. C.Ü Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 12(1): 1-10.
- Koç M (2002). Ölüm Korkusu üzerine Kuramsal Açıdan Psikolojik Bir Değerlendirme. Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi.2002; 6: 7-20.
- Moneymaker K (2005). Understanding the Dying Process: Transitions during Final Days to Hours. Journal of Palliative Medicine. 8(5): 1079.
- Moody R., Arcangel D (2002).Grief Carriers Strong Emotions. Conquering Grief and Finding Hope. Harpersan San Francisco, A Division of Harper Colins Publishers, Newyork, 1 st Ed, 36-56.

- Özaltın G., Işıl Ö (1997). Önlisans Hemşire Öğrencilerin Ölümüne İlişkin Yaklaşımlarının İncelenmesi Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik, 5: 10-15.
- Periyakoil V., Hallenbeck J (2002). Identifiying and Management Prepatory Grief and Depression at the End of Life. American Family Physician, 1, 65(5): 883-90.
- Penson R., Patridge R., Shah M, et al (2005). Fear of Death. Oncologist, 10: 160-169.
- Potter P., Perry G (1985). Loss, Death, and the Grieving Process. Chapter 46, Fundamentals of Nursing. Concepts, Process and Practice. Mosby Company, 1305-1323.
- Puchalski C (2002). Spirituality and End-of-Life Care: A Time for Listening and Caring. Journal of Palliative Medicine. 5(2): 289-294.
- Sezer S, Kaya P (2009). Gelişimsel Açıdan Ölüm Kavramı. Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi, 2009; 13: 151-165.
- Stewart A., Teno J., Patrick D., Lynn J. The Concept of Quality of Life of Dying Persons in the Context of Health Care. Journal of Pain and Symptom Management 1999; 17(2): 93-108.
- Suyolcu S (2006). Çocuklarda Yas Dönemi. Rehberlik Araştırma Merkezi Müdürlüğü Psikolojik Danışma Ve Rehberlik Bülteni, No: 42.
- Tanhan F., Arı F (2006). Üniversite öğrencilerinin ölümüne verdikleri anlam ve öğrenim gördükleri program açısından ölüm kaygısı düzeyleri. 3(2): 34-43.
- Tucker S., Canobbio M., Paquette E., Wells M (1996). Care of The Dying Patient. Patient Care Standards. Collaborative Practice Planning Guides. Von Hoffman Press, Inc. Mosby Company, 6th Ed. 57-59.
- Türk Ü., Alp R (2001). Ölüm Öncesi Hasta Bakımı. Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi. 12(1-3), 116-119.