

Ölmekte Olan Hasta ve Yaşam Sonu Bakım

Mustafa Haki Sucaklı

Kahramanmaraş Sütçüimam Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD.

ÖZET**Ölmekte Olan Hasta ve Yaşam Sonu Bakım**

Hastalıklarla yaşanan sürenin artmakta olduğu günümüzde, hekimler ölümcül hastalığı olan hastayla daha sık karşılaşmakta ve bu hastalara daha uzun süre tedavi hizmeti vermek durumunda kalmaktadırlar. Bu durum terminal dönem hasta bakımı, palyatif bakım, yas reaksiyonu gibi konuları gündeme getirmektedir. Palyatif bakım; şifanın mümkün olmadığı terminal dönemde hastayı rahatlatarak, hayat kalitesini en yüksek düzeyde tutacak tedavidir. Palyatif bakım vermek üzere hospis sistemlerinin kurulması gerekmektedir. Ülkemizde bu örgütlenmeler olmadığı için terminal dönemdeki hastaların birçoğu hastanelerde gereksiz yatak işgal etmekte veya evde hastaya ve yakınlarına yeterli destek sağlanamadan ölmektedir. Terminal dönemdeki hastaların palyatif semptomatik tedavisinde ağrı, bulantı, kusma, kaşeksi, halsizlik ve dispnenin kontrolü öne çıkmaktadır. Palyatif tedavi dışında hastanın asıl hastalığına yönelik tedavilerin nafile olduğu yargısına hekim tarafından varıldığında, bu tedavinin esirgenmesi ve sonlandırılması etik açıdan uygundur. Ötanazi ise ülkemizde ve birçok ülkede yasal olarak suç sayılan bir eylemdir, etik olarak tartışılmaktadır. Yas reaksiyonu olarak adlandırılan durum için, gerektiğinde hasta yakınına bir yıla kadar destek verilmelidir. Bu yazıda, bazı tanımlar, kavramlar ve yaklaşımlar gözden geçirilerek yaşam sonu bakım ile ilgili farkındalık yaratılması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Palyatif Bakım, Hospis, Ötanazi, Yas, Aile Hekimliği

ABSTRACT**An Approach to Dying Patients and End-of-Life Care**

At present, time during which people suffer from illnesses has been increasing and doctors more frequently encounter patients with lethal diseases and have to provide more prolonged treatment care for these patients. These facts have led to new concepts like care for terminally ill patients, palliative care and mourning. Palliative care is the care which relaxes patients and improves the quality of life in the terminal stage of their disease when cure is impossible. Hospice care systems have to be established for palliative care. In Turkey where these systems are not available, terminally ill patients occupy beds in hospitals or they die at home without provision of sufficient support for both patients and their relatives. Keeping pain, nausea, vomiting, cachexia, prostration and dyspnea under control is the prominent element of palliative treatment of terminally ill patients. When a physician thinks there is no point in offering treatment alternatives for a disease except for palliative care, withdrawal or discontinuation of these treatments is considered ethical in some countries. However, euthanasia is not considered legal and there is an ongoing debate over ethical aspects of euthanasia in Turkey and some other countries. Time after death is a mourning period during which relatives of people who die have to be given support for about one year. In this paper, some of the definitions, concepts and approaches aimed to raise awareness about end of life care will be reviewed.

Key Words: Palliative Care, Hospice, Euthanasia, Mourning, Family Medicine

Sucaklı MH. Ölmekte Olan Hasta ve Yaşam Sonu Bakım. *TJFMPC* 2013;7(3):52-57. doi:10.5455/tjfmprc.41049

İletişim Adresi:

Mustafa Haki Sucaklı,
Kahramanmaraş Sütçüimam Üniversitesi
Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD.
E-mail: hakisucakli@gmail.com
Geliş Tarihi: 15.07.2013
Kabul Tarihi: 01.10.2013

Giriş ve Amaç

Tüm dünyada, yeni tıbbi gelişmeler ve yaşam koşullarının iyileşmesi sonucu, kronik-ölümcül hastalıklarla yaşanan süre giderek artmaktadır. Dolayısı ile hekimlerin ölümcül hastalığı olan hastayla karşılaşma sıklığı artmakta ve bu hastalara tedavi hizmeti verme süresi de uzamaktadır.¹ Ölümcül hastalıklar, hem hasta ve ailesi hem de sağlık ekibi açısından psikolojik ve fizyolojik olarak

zorlayıcı bir durumdur.² Ancak hekimlerin bu zor duruma uyumunu sağlamak için, ölmekte olan hasta ve ölüm karşısındaki tutumlar tıp eğitiminde yeterince ele alınmamaktadır.³ Yapılan çalışmalar tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin ölümcül hastaya yaklaşım konusunda kendilerini yetersiz hissettiklerini göstermektedir.¹ Kişilere yaşam boyu bütüncül ve kapsamlı bakım vermekle yükümlü olan aile hekimlerinin ölmekte olan hasta ve yaşam sonu bakım konusunda yeterli bilgiye sahip olmaları önem taşımaktadır. Bu yazıda, terminal dönemdeki hasta bakımı, terminal dönemin hasta, hasta yakını ve hekimle ilgili yönleri, yas dönemi ile ilgili bazı tanımlar, kavramlar ve yaklaşımlar gözden geçirilerek yaşam sonu bakım ile ilgili farkındalık yaratılması amaçlanmıştır.

Terminal Dönem

Terminal evredeki hasta, yaşamının son günlerini yaşayan, ölmek üzere olan hasta anlamına gelir.⁴ Terminal dönemdeki hasta hastalığı ile savaşıma çabasıdayken zorunlu olarak birçok aşamadan geçer. Bu aşamalar inkâr, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme olarak sıralanmıştır. Düzenli bir şekilde tanımlanan bu evreler, terminal dönemdeki tüm bireylerde aynı şekilde yaşanmayabilir. Tanımlanan bu aşamalar kesin sınırlamalar olmamakla birlikte, ölümcül hastaları anlayabilmekte önemli bir rehberdir.⁵

Palyatif Bakım

Palyatif bakım şifanın mümkün olmadığı terminal dönemde hastayı rahatlatarak, hayat kalitesini en yüksek düzeyde tutacak tedavidir.⁶ Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı tanıma göre ise; yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan problemlerle karşılaşan hasta ve ailede; ağrının ve diğer sorunların, erken tanı ve kusursuz bir değerlendirme ile fiziksel, psikososyal ve tinsel gereksinimlerin karşılanması yoluyla acı çekmenin önlenmesi ve hafifletilmesine yönelik uygulamaların yer aldığı bir yaklaşımdır.⁷ Palyatif bakım, önceleri, tedavi edici yaklaşımların tükendiği, son dönem hastalarda gündeme gelen bir yaklaşımken, günümüzde, yaşamı tehdit eden hastalıkların tanısından itibaren, tedavi edici yaklaşımlarla birlikte, onlara ek olarak gündeme gelmesi gerektiği görüşü hakimdir.⁸

Palyatif bakımın amacı, hasta ve ailenin yaşam kalitesini en üst düzeye çıkarmaktır.⁹ Palyatif bakım hastanın ağrı ve diğer semptomlardan kurtulması, psikolojik ve manevi destek sağlanması, karşı karşıya kaldığı ölüm tehlikesine rağmen mümkün olduğunca aktif bir yaşam sürdürebilmesinin

sağlanması, yakınlarının desteklenmesi ve eğitimi ile amacına ulaşır.^{10,11}

Ölümcül bir hastalığa yakalanan bireyin uygun yöntemle, doğru ve istediği kadar bilgilendirilmesi gerekir.¹² Tanı yakında gelecek olan ölümle eş tutulmadan, ümit kapısını da açık bırakarak, doğal bir davranışla ve kısa bir konuşmayla açıklanmalıdır. Bilgi, doğru olduğundan emin olunduktan sonra, doğru zaman ve ortamda ve gerektiği kadar verilmelidir. Hastalık hakkında bilginin yanı sıra yaşam süresinin söylenmesi hasta ve ailenin ilerdeki planları için bir fırsat sağlamaktadır.¹³

Palyatif bakım;

- Ağrı ve diğer rahatsız edici semptomların giderilmesini sağlar;

- Yaşamı desteklemekle birlikte, ölümü de doğal bir süreç olarak algılar;

- Ölümü hızlandırma veya erteleme amacı taşımaz;

- Hasta bakımının psikososyal ve tinsel yönlerini fiziksel bakımla bütünlüştürür;

- Hastaların, son ana kadar, aktif bir yaşam sürmelerinde destek sağlar;

- Hasta yakınlarına hastalık süreci ve sonrasında kendi yas süreçleriyle başa çıkabilmelerinde destek sağlar;

- Gerektiğinde yas dönemi danışmanlığı da dahil olmak üzere, hasta ve hasta yakınlarının gereksinimlerinin karşılanmasında ekip yaklaşımı kullanır;

- Yaşam kalitesini artırır ve aynı zamanda hastalık sürecini olumlu olarak etkileyebilir;

- Hastalık sürecinin erken evrelerinde, kemoterapi ve radyoterapi gibi yaşam süresini uzatmayı hedefleyen tedavilerle birlikte kullanılabilir; klinik komplikasyonların daha iyi anlaşılması ve yönetilmesini amaçlar.³

Tedavi edici yaklaşımların tükendiği hastalar başta olmak üzere, tanı anından itibaren tedavi süresince, ölüm anında ve sonrasında yas sürecinde, hasta ve yakınlarının fiziksel, psikososyal ve tinsel gereksinimlerinin karşılanmasında palyatif bakımın önemi büyüktür.¹⁴

Sosyal yapıdaki değişiklik, bağımlı yaşlı nüfus oranında artış, tıp alanındaki gelişmeler sonucu hastalıkların kronik bir süreç kazanması, hane nüfus sayısında azalma, kadınların ev dışında çalışma oranında artış gibi çeşitli gerekçelerle, kronik süreçteki hastalara aileleri gerekli bakımı sağlayamamakta ve profesyonel bakım ihtiyacı doğmaktadır. Palyatif bakım, tam da bu noktada, yaşamı tehdit eden bir hastalıkla yüz yüze kalan hasta ve yakınlarının, gereksinimlerinin karşılanması amacıyla doğmuş bir yaklaşım türüdür.¹⁵

Palyatif bakımın tanımını, kimin tarafından, ne zaman, kime verilmesi gerektiği konusunda önemli ilerlemeler kaydedilmiş olmasına rağmen, hala tam bir uyum sağlanabilmiş değildir.¹⁴ Palyatif bakım için önerilen çeşitli modeller olmakla birlikte en uygun olanı, hastanın kendi ev ortamında, ev benzeri atmosfere sahip hastane ortamlarında veya hastanelerde sağlanmasıdır.¹⁵

Yaşamın son döneminde sürekli bakıma gereksinim duyan hastalarda çok çeşitli sorunlar ortaya çıkmaktadır (Tablo 1). Bu sorunlardan sık görülenler aşağıda özetlenmiştir.

Tablo 1: Terminal dönemdeki değişiklikler¹⁶

Değişiklik	Belirtiler
Yorgunluk, güçsüzlük	Azalmış fonksiyon ve hijyen, yatakta hareket etmede yetersizlik
Kutanöz iskemi	Cilt sağlığının bozulması, yaralar, kemiksi çıkıntılar üzerinde kızarıklık
Beslenmede azalma, zayıflık	Anoreksiya, az beslenme, aspirasyon, asfiksi, kilo kaybı, kas ve yağ kaybı
Sıvı alımında azalma, dehidratasyon	Yetersiz sıvı alımı, aspirasyon, hipoalbüminemiden dolayı periferik ödem, dehidratasyon, kuru mukoz membran/konjonktiva
Kardiyak disfonksiyon, renal yetmezlik	Taşikardi, periferik soğukluk, periferik ve santral siyanoz, ciltte lekeler, koyu renk idrar, oligüri, anüri
Bilinç seviyesinde azalma	Uykulamada artış, uyanmada zorluk, sözlü ya da dokunsal uyarılara cevapsızlık
İletişimde azalma	Kelimeleri bulmada zorluk, tek heceli kelimeler, kısa cümleler, gecikmiş ya da uygun olmayan cevaplar, verbal cevapsızlık
Terminal deliryum	Erken bilişsel yetmezlik belirtileri, ajitasyon, huzursuzluk, anlamsız, tekrarlayan hareketler, inleme, sızlanma
Solunum disfonksiyonu	Solunum hızında değişiklik, tidal volümde azalma, anormal solunum düzeni (apne, Cheyne-Stokes solunum)
Yutma yeteneğinin kaybı	Disfaji, öksürme, oral ve trakeal sekresyon artışı
Sfinkter kontrol kaybı	İdrar ya da dışkı kaçırma, cilt maserasyonu, perineal kandidiazis
Ağrı	Yüz buruşturma, alın ve kaşlar arasında gerginlik
Gözlerini kapatma yeteneğinde kayıp	Gözkapağı kapanmaz

Ağrı: Dünya Sağlık Örgütü, kanser ağrısının farmakolojik tedavisinde, basamak sistemini önermektedir; birinci basamakta non-opioid analjezikler, ikinci basamakta zayıf opioidler, üçüncü basamakta kuvvetli opioidler kullanılır. Ağrı tedavisine, non-opioidler ile başlanmalı, yanıt alınamazsa önce zayıf opioidler, ardından güçlü opioidler ile tedaviye devam edilmelidir. İlaçlar ağrı oldukça değil, ağrının oluşmasını önleyecek şekilde düzenli aralıklarla kullanılmalıdır. Ağrının ilaçlarla kontrol altına alınamadığı durumlarda, girişimsel tedaviler yarar sağlayabilir.¹⁷

Bulantı ve kusma: Bulantı ve kusma, yaşam sonuna yaklaşan hastaları aşırı güçsüz bırakan ve acı

çekmesine neden olan semptomlardan ikisidir. Bulantı ve kusmanın birçok nedeni olmasına karşın, bunların belirlenmesi ve doğru ilaç tedavisinin başlanması ile bu semptomların kontrol altına alınması mümkündür.¹⁸

Kaşeksi: Bulantı ve kusma iştahı azaltabilir. Bazen hastalığın kendisi bazen de depresyona bağlı olarak kişide anoreksiya meydana gelebilir. Hastaya sevdiği yiyecekler zorlanmadan sık aralıklarla ve az verilmeli, yemek yediği ortam temiz ve ferah olmalıdır.

Halsizlik: Terminal dönemdeki hastalarda en sık görülen semptomlardan biri olan halsizlik, performans ve yaşam kalitesi üzerinde belirgin bir

etkiye sahiptir. Halsizliğin oluşumunda fizyolojik (anemi, malnütriyon, dehidratasyon, elektrolit bozuklukları, enfeksiyonlar, organ yetmezlikleri, uyku bozuklukları, kansere veya tedaviye bağlı hareketsizlik, santral etkili ilaçlar ve kanser tedavisinin kendisi vs.) ve psikososyal (anksiyete bozuklukları, depresif duygu durum ve stres) etkenlerin rolü olduğu düşünülmektedir.¹⁹ Pek çok durumda, kanser ile ilişkili halsizlik, belirli bir nedene bağlanamaz. Bu durumda halsizlik tedavisine yaklaşım, farmakolojik ve/veya non-farmakolojik yöntemlerle, genel semptomatik yaklaşımdır. Farmakolojik tedaviler; metilfenidat, kortikosteroid, megestrol asetat ve modafinil' dir.²⁰

Dispne: Ölmekte olan hastalar için en korkulan ve anksiyeteye neden olan semptomlardan biridir. Tedavi bir neden varsa nedene yöneliktir. Dispnenin potansiyel olarak tedavi edilebilir nedenleri anksiyete, solunum yolu tıkanması, koyu solunum yolu sekresyonu, konjestif kalp yetmezliği, hipoksi, plevral efüzyon, pnömoni, pulmoner ödem, pulmoner emboli, anemi ya da metabolik nedenlerdir. Opiyatlar dispnenin semptomatik olarak rahatlaması için en etkili tedavidir. Dikkatli titrasyonla düşük doz tedavi pek çok hasta için güvenli ve etkilidir. Anksiyolitikler (alprezolan-xanax gibi kısa etkili benzodiazepinler) hem dispne, hem de birlikte olan anksiyete için etkilidirler.¹⁴

Hospis

Terminal dönemde hastaya palyatif tedavi vermek için tasarlanmış ev benzeri kuruluşlara "Hospis" denir. "Hospis" hizmetleri ilk kez 1960'lı yıllarda İngiltere' de Dr. Cicely Saunders tarafından başlatılmış, sonra sırasıyla Kanada (1973, Royal Victoria), ABD (1987, Hotwitz Center), Yeni Zelanda, Avustralya, Japonya (1990) şeklinde devam etmiştir. Günümüzde hospis felsefesi; hasta ve ailenin merkezde yer aldığı interdisipliner ekip tarafından gerçekleştirilen, tedaviden çok palyatif bakımı yani ağrı ve diğer semptomların kontrolünü vurgulayan, böylece hastanın yaşamının son günlerini onurlu ve rahat yaşamasını, evi ya da evi benzeri bir ortamda geçirmesini sağlayan bir hizmet programıdır. Hospislerde tedaviden çok bakım sunulur. Hastalıktan çok hastaya, hastalığı tedavi etmek ya da yaşamı uzatmaktan çok hastayı rahatlatmaya önem verilir. Hasta ve aile bir bütün olarak ele alınır.¹⁸

Hospis bakımı, hastanın kalan son günlerini rahat geçirmesini ve insana yakışır, onurlu bir ölümü hedefler. Ülkemizde bu örgütlenmeler olmadığı için terminal dönem hastaların birçoğu hastanelerde gereksiz yatak işgal etmekte veya evde hastaya ve

yakınlarına yeterli destek sağlanamadan ölmektedir.¹⁴

Ötanazi ve Etik Kararlar

Yaşam desteğinin sınırlandırılması kararı, karar verme yeterliğine sahip olan hasta ya da uygun vekil karar verici tarafından verilebilir. Bunun mümkün olmadığı durumlarda tedaviyi sonlandırma ya da esirgeme kararlarının sağlık çalışanları tarafından verilmesi gerekir.²¹

Hekim tarafından nicel veya nitel yaklaşımla bir tedavinin nafile olduğu yargısına varıldığında, bu tedavinin esirgenmesi ve sonlandırılması etik açıdan uygundur. Hatta bunun aksine davranmak kaynakların adil paylaşılması ödevinin ihlali yanında profesyonel bütünlüğe de aykırıdır.²² Ancak tedavileri sınırlandırma ya da sonlandırmak bakımı sonlandırmak anlamına gelmemektedir. Terminal dönemdeki hastalara hak ettikleri palyatif bakım yöntemine uygun şekilde verilmelidir.

Ötanazi; iyileşmeyeceği ve dayanılmaz acıları ölümüne kadar süreceği tıbben benimsenmiş olan, durumu kendisi ve yakınlarınca bilinen, zihinsel yeterliliğe sahip bir kişinin, kendi bilinci ve özgür iradesi ile vermiş olduğu karar üzerine tedavisini yürüten hekim aracılığıyla acısız bir biçimde hayatının sonlandırılması olarak tanımlanabilir. Ötanazi ülkemizde ve birçok ülkede yasal olarak suç sayılan bir eylemdir, etik olarak tartışılmaktadır. Dünyada ötanaziye standart bir yaklaşım yoktur, ülkelerin koşullarına göre değişen yaklaşımlar söz konusudur. Bu bağlamda öncelikle ülkemize özgü koşulların araştırılması ve buna uygun yaklaşım geliştirilmesi gerekmektedir.²³

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 17. maddesi: "Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir." ifadesini içermektedir. Bunun yanı sıra ülkemizin de kabul ettiği uluslararası anlaşmalarda da ilgili hükümler vardır. Ancak ötanazi konusunda henüz yasal bir düzenleme yapılmamıştır.

Yaşamın sonunda hekimin karşı karşıya kaldığı etik ikilemlerin çözümünde, hekim kendi vicdanı ve kararının sorumluluğu ile baş başa bırakılmamalıdır. Etik problemlerin çözümü ve kararların alınmasına yönelik gerekli yasal düzenlemeler yapılmalıdır. Bu sayede yetkili etik kurullar oluşturularak, yaşamın son döneminde alınması gereken kritik kararların paylaşımcı bir anlayışla alınabilmesi sağlanmış olacaktır.

Ölümcül Hastası Olan Hasta Yakını ve Yas

Sevilen kişinin aniden kaybedilmesi ile aile keder yaşamaya başlar. Bu süreç kaybedilen kişinin sağlığında ve ölümcül hastalığın tanısı konulduktan sonraki dönemde farklı boyutlarda yaşanır. Tanıdan sonraki kederde aile üyeleri sevdikleri bu insanı bir gün kaybedeceklerinin farkındadırlar.²⁴

Keder yaşayan bireyler çaresizlik, suçluluk, inkar, korku, şaşkınlık ve öfke gibi duygular yaşayabilirler. Beklenen ölüme ilişkin bu duygular, bireyin yitirilmesinden sonra yaşanan duygular kadar şiddetli olabilir.^{25,26} Beklendik de olsa ölüm, geride kalanların bir biçimde mücadele etmelerini gerektirir ve ölüme baş etmenin getirdiği karmaşık başka sorunları da yaşatır.²⁷ Bu dönem yas reaksiyonu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Palyatif bakım hem terminal dönem hasta bakımı hem de ailenin yas dönemindeki bakımını içerir.^{28,29}

Normal yas tutma tedavi gerektirmez. Ancak yas tutma günlük işleri bozuyorsa (sürekli ağlama, yemek yememe, uyumama gibi) doktor istemine göre benzodiazepinlerin kısa süreli ve dikkatli gözlemlerle verilmesi yararlı olabilir.⁸

Ölüme ilgili tepkiler bireylerin duygusal ve bilişsel gelişim düzeyine ve sosyokültürel yapının özelliklerine bağlı olmakla beraber bireyler ölüme ortaya çıkan yoksunluğu dört aşamada yaşarlar.

1-Şok ve Duygusal Dönemi

2-Araştırmacı Olma ve Özlem Duyma Dönemi

3-Düzenin Bozulma Dönemi

4-Yeni Bir Düzen Kurma Dönemi.

Bu aşamalar bir düzen izleyebilir ya da aşamaların tamamı aynı zamanda yaşanabilir.²⁶ Yas dönemi bir yıl kadar sürebilen bir süreçtir.^{27,30} Dolayısıyla yakını kaybetmiş kişiye yas reaksiyonu için bir yıla kadar destek olunması gerekmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Palyatif bakım, terminal dönem hastalar için yaşam kalitesini arttıran ve maliyet etkin bir yaklaşımdır. Amerika'da ve Avrupa'da oldukça yaygın olan terminal dönem bakım, İngiltere'de palyatif bakım uzmanlığı, Amerika'da hospis ve palyatif tıp ihtisas dalı olarak onaylanmıştır.

Türkiye'de palyatif bakım konusunda insan kaynakları son derece sınırlıdır. Palyatif bakım

merkez sayısı yok denecek kadar azdır. Bu çerçevede Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı ülkemizde palyatif bakım konusunda yaşanan sıkıntıları gidermek amacıyla bakanlığın ilgili birimleri ve başta DSÖ olmak üzere pek çok uluslararası kuruluşların katkılarıyla bir proje hazırlanmıştır. Proje kapsamında Birinci Basamak Palyatif Bakım Hizmetlerinin, aile hekimlerinin de katılımıyla yürütülmesi planlanmaktadır.³¹

Ülkemizde palyatif bakım hizmetlerinin geliştirilmesine dair eylem planı³² ile başlayan bu süreçte geç kalınmaması, "hospis hizmetleri"nin yaygınlaştırılması ve sosyal güvenlik sistemi kapsamına alınması, sağlık çalışanlarının farkındalıklarının artırılması ve desteklerinin alınması önemlidir.

Kaynaklar

- 1.Zisook S, Zisook SA. Ölüm, ölmek ve yas: In Comprehensive Textbook of Psychiatry. Aydın H, Bozkurt A (Çeviri ed.), İstanbul: Güneş Kitabevi, 2007: 2367- 2392.
- 2.Peykerli, G. Ölümcül hastalıklara psikolojik yaklaşım. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2003; 25(4 Özel ek): 62-65.
- 3.Oğuz NY, Şenol S, Devrimci Özgüven H, Arıkan M, Özen AR, Ünal Ş. Ankara'da çalışan hekimlerin ötanazi ile ilgili görüşlerini belirlemeye yönelik bir anket çalışması. 3P Dergisi 1996; 4:43-48.
- 4.Birol, L. Terminal Evredeki Hasta Bakımı, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı (Ed. Nuran Akdemir, Leman Birol), Sistem Ofset 2004, 2. Baskı, Ankara.
- 5.Kübler-Ross, E. Sorular ve Cevaplarla Yaşamın Son Günleri, Çev. Ed. G. Terakye, Hürbilek Matbaacılık 1995, Ankara.
- 6.Kebudi R.Terminal dönemde kanserli çocuk ve ailesine yaklaşım. Türk Onkoloji Dergisi 2006, 1: 37-41.
- 7.Black JM, Hawks JH. Medical-Surgical Nursing Clinical Management for Positive Outcomes. 7th Edition, Elsevier Saunders St. Louis 2005, 487-500.
- 8.WHO definition of palliative care. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (Erişim tarihi; 27.09.2013)
- 9.Cimete G. Yaşam Sonu Bakım. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi 2002, ss 25-39,57-85, 179-189.
- 10.Ertürk A. İleri evre akciğer kanserlerinde palyatif tedavi yaklaşımları; semptomların kontrolü. Solunum 2001; 3(2): 187.
- 11.Sandra MN, Vaughn C, Ewan H. The Lipincott Manual of Nursing Practice, Stead L (ed): Palliative Care. Philadelphia, Newyork 2001: 161.

- 12.Jones I, Kirby A, Ormiston P, et al. The needs of patients dying of chronic obstructive pulmonary disease in the community. *Fam Pract* 2004; 21: 310–313.
- 13.Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM, Henrichs M, Carnicke CL Jr. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983; 249:751-757.
- 14.Aydoğan F, Uygun K. Kanser hastalarında palyatif tedaviler. *Klinik Gelişim* 2011; 24: 4-9.
- 15.Lagman R, Walsh D. Integration of palliative medicine into comprehensive cancer care. *Semin Oncol* 2005;32:134-8.
- 16.Emanuel L, Ferris FD, Gunten CF, Roenn JH. The last hours of living: practical advice for clinicians. <http://www.medscape.com/viewarticle/542262> (Erişim tarihi; 27.09.2013).
- 17.WHO's pain ladder for adults. <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/> (Erişim tarihi; 27.09.2013)
- 18.Özkan S. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı'nda (KOA) palyatif ve yaşam sonu bakımı. *Selçuk Tıp Derg* 2011;28(1): 69-74.
- 19.Mock V. Evidence based treatment for cancer related fatigue. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004;32:112-8.
- 20.Von Roenn JH, Paice JA. Control of common, non-pain cancer symptoms. *Semin Oncol* 2005;32:200-10.
- 21.Akpınar A, Ersoy N. Yaşamı destekleyen tedaviler: Ne zaman esirgenmeli? Ne zaman sonlandırılmalı? *Türk Onkoloji Dergisi* 2012;27(1):37-45
- 22.Mappes T, DeGrazia D. Biomedical ethics. 6th ed. New York: McGraw-Hill; 2006. p.4-24.
- 23.Özkara E. Ötanaziye farklı bir bakış: Belçika'da ötanazi uygulaması ve ülkemizdeki durum. *TBB Dergisi* 2008; 78, 105-122.
- 24.Smith K, Boardman K. Comforting a child when someone close dies. *Nursing* 1995,95: 5859.
- 25.Grassman D. Turning personal grief into personal growth. *Nursing* 1992, 92:4347.
- 26.Rich Wheeler S. Helping families cope with death and dying. *Nursing* 1996,96:2530
- 27.Yiğit, R. Hasta ve ailesine ölümle başetmelerinde yardım etme. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1998, 2(2): 9-15.
- 28.Lanken PN, Terry PB, Delisser HM, Fahy BF, Hansen-Flaschen J, Heffner JE, et al. An official American Thoracic Society clinical policy statement: palliative care for patients with respiratory diseases and critical illnesses. *Am J Respir Crit Care Med* 2008;177(8):912-27.
- 29.Aslan E, Akın S. Kanser ve palyatif bakım. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi* 2004;17(6):98-102.
- 30.Öz F. Kayıp, ölüm ve yas süreci. *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*. Ankara, İmaj, 2004, s.276- 317
31. T.C. Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı. Palyatif Bakım. <http://www.kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/palyatif-bakim.html> (Erişim tarihi; 27.09.2013).
- 32.T.C. Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı. Palyatif Bakım Programı. www.kanser.gov.tr/folders/file/palyatif.pdf. (Erişim tarihi; 12.06.2013).