

Palyatif Bakım ve Yaşam Kalitesi *Palliative Care and Quality of Life*

Özet

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de beklenen yaşam süresi artmıştır. Bununla birlikte tıp alanındaki gelişmeler sonucunda hastalıklara bağlı akut ölümler azalırken, ciddi kronik hastalığı olan insan nüfusu artmaktadır. Yaşamı tehdit eden kronik hastalıklar ve beraberindeki komplikasyonlar hasta ve aile bireyleri için ciddi sıkıntılar oluşturmakta ve yaşam kalitelerini ciddi derecede bozabilmektedir. Palyatif bakım hasta ve aile bireylerinin hastalığa bağlı çektikleri acıların rahatlatılması ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesini amaçlayan bir yaklaşımdır. Bu nedenle palyatif bakım tüm dünyanın gündeminde olan bir konudur. Bu makalede, palyatif bakım ve yaşam kalitesi ile ilgili kavramlar ve güncel yaklaşımlar tartışılmıştır.

Abstract

As in developed and developing countries, life expectancy has increased also in our country. At the same time as a result of medical advances, population with serious chronic diseases is increasing while deaths due to acute illness decreases. Life-threatening chronic diseases together with accompanying complications causes serious problems for patients and family members and severely impair their quality of life. Palliative care is an approach that aims to relieve the suffering from illness and upgrade the quality of life of patients and family members.. Therefore palliative care which is a very important issue in all the world's agenda. In this article, the concepts and the current approaches regarding the palliative care and quality of life are discussed.

Giriş ve Amaç

İçinde bulunduğumuz yüzyılın başlarından buyana tıp alanında kaydedilen bilimsel ilerlemeler ve hasta bakım kalitesindeki iyileştirmeler, hastalıklara bağlı ani ölümlerde azalma ve bireylerin yaşam sürelerinde artış sağlamıştır. Kronik-ölümcül hastalıkların tedavilerinde geliştirilen yeni uygulamalar hastalıklara karşı verilen mücadeleyi güçlendirmiş ve daha uzun bir sağkalım süresine ulaşılmasına neden olmuştur. Tıbbın gerek temel gerekse klinik alanlarındaki bu gelişmeler ışığında bireylerin kronik, ölümcül hastalıklarla birlikte daha uzun bir süre yaşamaları, beraberinde bu hastalıkların getirdiği ağrı, acı çekme ve benzeri komplikasyonlara da maruziyet süreleri uzamıştır (1,2). Hastanın yaşam süresi uzarken oluşan bu komplikasyonlar müdahale edilmediği takdirde hem hasta hem de aile bireyleri üzerinde güçlü bir stresör etki oluşturmakta ve yaşam kalitelerini düşürmektedir (3).

Doç. Dr. Mustafa Haki SUCAKLI
Yrd. Doç. Dr. Yaşar KOŞAR
KSÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği
Anabilim Dalı

Yazışma Adresleri /Address for
Correspondence:
KSÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği
Anabilim Dalı. TR-46100
Kahramanmaraş

Tel/phone: +90 344 280 33 87
E-mail: hakisucakli@gmail.com

Anahtar Kelimeler:

palyatif bakım, hospis, yaşam kalitesi

Keywords:

Palliative care, hospice, quality of life

Dünya sağlık örgütü (DSÖ) sağlığın tarifini, bireyde sadece hastalık bulunmaması olarak değil, bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olması şeklinde tanımlamıştır. Yaşam kalitesi ise bu tam iyilik halinin değerlendirilmesi ile ilişkilendirilmiş ve sağlıkla ilgili verilerin incelenmesinde bahsedilmeye başlanmıştır (4-6).

DSÖ'ne göre yaşam kalitesi, bireylerin kendi kültürleri ve değerleri bağlamında, yaşamdan beklentileri, amaçları, ilgileri ve standartları açısından kendilerini hangi durumda gördükleri ve nasıl algıladıkları olarak ifade edilmektedir. Bireyin fiziksel, psikolojik durum ve performansı, aile fertleriyle olan ilişkiler, çevresel olaylar, kişinin inanç durumu, kronik ölümcül hastalıklar ve bunlara karşı alınan destek düzeyi gibi birçok durum yaşam kalitesini etkileyen faktörler arasında sayılabilir (5-7).

Hasta ve sağlıklı bireylerin hemen her konuda kolayca ulaşabildiği, sürekli, bütüncül, kapsamlı bakım için başvurduğu aile hekimlerinin özellikle kronik hastalığı olan bireyler ve ailelerine yaşam kalitesini artırıcı uygulamalar ve palyatif bakım konusunda etkin bir destek sağlaması, aile ve toplum sağlığı açısından önem arz etmektedir. Bu yazıda yaşlı nüfusun artmakta olduğu günümüz Türkiye'sinde aile hekimliği disiplini açısından palyatif bakım ve yaşam kalitesi kavramlarının ve uygulamalarının önemi konusunda farkındalık oluşturmak hedeflenmiştir.

Terminal Dönem

Terminal dönem, bireyin içinde bulunduğu hastalık durumunun etkisiyle yaşamının son haftaları ve aylarına girdiği, artık ölümü beklemeye başladığı dönem olarak tanımlanmaktadır. Terminal dönemdeki hastanın fiziksel, psikolojik, ruhsal yönlerden bakımı ve desteklenmesi sağlık personeli, hasta ve aile bireyleri için zorlayıcı bir durumdur. Bu dönemdeki sorunlar ve bakım gereksinimleri aslında bireylere özgü olup birbirinden farklılıklar gösterebilmektedir. Sağlık çalışanları terminal dönemdeki hastaların kalan yaşam süreleri boyunca gerek hastanın gerek aile bireylerinin yaşam kalitesini mümkün olduğunca yüksek tutulmasını sağlayacak bakım ve destek hizmetlerine ulaşabilmesini hedeflemelidir (8-10).

Palyatif Bakım

Yaşamının son dönemlerini mümkün olduğunca kaliteli ve rahat bir şekilde geçirmek artık insan haklarının bir gereği olarak görülmekte ve tıp alandaki ilerlemeler bu imkanları sağlayacak yönde gelişmektedir. Palyatif bakım, özellikle terminal dönem hastalarının ve aile bireylerinin aradığı bedensel, psikososyal ve spirüüel destek ve rahatlama için sağlanabileceği önemli bir sağlık hizmeti olarak günümüzde tartışılan ve evrimleşen bir uygulamadır (11-12).

DSÖ tanımlamasında palyatif bakım, ağrı ve fiziksel, psikolojik, spirüüel diğer problemlerin hatasız değerlendirilmesi ve erken tespiti ile çekilen acının rahatlatılması ve önlenmesi yoluyla, hayatı tehdit eden hastalıklara bağlı ortaya çıkan sorunlarla yüzleşen hasta ve yakınlarının yaşam ka-

litesini arttırmaya yönelik bir yaklaşımdır. DSÖ tüm ülkelerin kendi uygulamalarını geliştirmelerini önermektedir. İnsan hakları açısından gerekli olduğu kabul edilen ve maliyet etkin bir uygulama olan palyatif bakım hizmetlerinin tüm ülkelerde sağlanması ve geliştirilmesi önerilmektedir (12-14).

Palyatif bakım hizmetleri yaşamı tehdit eden kronik hastalıklar ile mücadele eden hastaların gereksinim duyduğu bir hizmet olmakla birlikte, kanser hastalarınca başvurular daha çoğunluklu olarak görülmektedir. Hastalığın kabullenilmesi, hastalık ve komplikasyonları ile ilgili bilgilendirmeler palyatif bakım hizmetlerinin bir parçası olup hem hasta hem yakınları için elzemdir. Yas süreci boyunca verilen destekler ve yas durumuna hazırlık, aile bireyleri için çok önemli faaliyetlerdendir. Bütüncül bir yaklaşımla ölümcül hastalığın getirdiği tüm sorunların değerlendirildiği palyatif bakım hizmetleri, semptomatik tedavi ve ağrının rahatlatılması başta olmak üzere, hasta ve yakınları açısından inanışsal boyutlarıyla, maliyet etkin kazanımlarıyla, ve sağlanan psikososyal desteklerle, çeşitli açılardan yaşam kalitesini yükseltici çözümlenmelere sahiptir (15,16).

Geniş bir perspektifle palyatif bakım

- Ağrı ve diğer stres oluşturan semptomlara yönelik bir rahatlama sağlar
- Yaşamı desteklemekle beraber, ölümü doğal bir süreç olarak karşılar;
- Ölümü çabuklaştırma veya erteleme niyetinde değildir
- Hasta bakımının psikolojik ve spirüüel yönlerini entegre eder
- Hastaların ölüm anına değin mümkün olabildiğince aktif olarak yaşamasına yardımcı bir destek sistemi sunar
- Aile bireylerine hastalıklar ve yas süreciyle başa çıkma konusunda bir destek sistemi sunar
- Gerekli takdirde yas süreci danışmanlığı da dahil olmak üzere, hastalar ve aile bireylerinin ihtiyaçlarına cevap verebilmek için ekip çalışmasını kullanır.
- Yaşam kalitesini yükseltmeyi hedefler ve beraberinde hastalığın seyrini olumlu bir şekilde etkileyebilir
- Acı veren klinik komplikasyonların idaresi ve daha iyi anlaşılabilmesi için gerekli araştırmalar da dahil olmak üzere, hastalık sürecinin erken dönemlerinde, kemoterapi, radyoterapi gibi yaşam süresini uzatmayı hedefleyen tedavilerle birlikte uygulanabilir. (13,14,17).

Ortaya çıktığı ilk dönemlerde, tedavi ve kür şansının kalmadığı, artık ölümü bekleyen hastalar için verilen bir yaklaşım olarak verilen palyatif bakım hizmeti, günümüzde yaşamı tehdit eden hastalıkların teşhisi ve tedavisine ek olarak başlangıç döneminden itibaren verilmesi konusundaki fikirlerin sayısı artmaya başlamıştır (4,14,17).

Palyatif bakım sunumunun nerede, ne zaman, kim tarafından verileceğine yönelik öneriler günümüzde halen devam etmekte olup bu konuda tam bir görüş birliği henüz sağlanmamıştır. Önerilen fikirlerin farklılığına rağmen esas hedeflenmesi gerekenin hasta ve yakınlarına kendi kültürleri, inanışları, bağlamları gözetilmek kaydıyla yaşam kalite-

lerini yükseltici en uygun biyolojik, psikososyal ve spiritüel desteğin sağlanması olduğu unutulmamalıdır (13,15,18).

Palyatif Semptomatik Tedaviler

Yaşamı tehdit eden hastalığı olan bireyler ve özellikle terminal dönem hastalar ve yakınları için uygulanan semptomatik tedaviler yaşam kalitesini yükseltici etkiye sahip olup, ağrı, bulantı-kusma, kaşeksi, halsizlik, dispne, anksiyete, ajitasyon, deliryum, konfüzyon bu semptomların başlıcaları arasında sayılmaktadır (19-22).

Ağrı

Hayatının son dönemine gelmiş hastalarda özellikle ağrı en sık ve en korkutucu semptomlardan biridir. Ağrı yönetimi, palyatif bakım sağlayıcıları için bilinmesi gereken temel prensiplerden olup ağrının çok çeşitli açılardan değerlendirilmesi gereklidir. Ağrı tedavisindeki yetersiz yaklaşımlar sonucunda hasta ve yakınları açısından büyük sorunlar oluştuğunu ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini gösteren kanıtlar artmaktadır.

Ağrı tedavisi için DSÖ 3 adımdan oluşan basamaklı yaklaşım yöntemini önermektedir. DSÖ hafif şiddetteki ağrılar için non-opioid analjeziklerle başlanması gerektiğini, fakat ağrının şiddetinin artması ve rahatlama sağlanamaması gibi durumlarda opioid analjeziklerin tercih edilmesini, daha şiddetli ve rahatlattılamayan, refrakter bir durumda ise daha invazif yöntemlerin ve opioid titrasyonlarının tercih edilebileceğini belirtmiştir. Ağrı yönetiminde non-opioid ve opioidlerin kullanımı kademeli ve birlikte olabileceği gibi ek adjuvan yöntemlerle de desteklenebilir (23-25).

Bulantı ve Kusma

Palyatif bakım hastalarında bulantı ve kusma şikâyetleri alтта yatan birçok patolojiye bağlı olarak çeşitli varyasyonlarda kendi gösterebilmektedir (23). Az bir bulantı ile birlikte büyük hacimli kusmalar intestinal obstruksiyonu akla getirirken sürekli bir bulantı hissiyle beraber az miktarda kusmalar metabolik durumlar veya ilaçlara bağlı olarak oluşabilir. Bulantı ve kusma için alтта yatan sebebin dikkatli gözden geçirilmesi ve tedavi edilmesi, hem hasta hem aile bireyleri için oldukça rahatlatıcı ve önemlidir (23,27).

Anoreksiya ve Kaşeksi

Her iki semptomun da hastalığın direk kendisine bağlı olarak mı ortaya çıkıyor yoksa diğer tedavi edilmesi gereken semptomlara sekonder mi oluştuğu tespit edilmelidir. Yememe durumunun hasta ve yakınları üzerindeki rahatsız edici etkisi gözden kaçırılmaması gereklidir. Diyetisyen tarafından hazırlanacak daha iştah açıcı besinler, sorunun çözümünde yardımcı olabileceği gibi anoreksiyanın belirgin bulgularının varlığı durumunda hastaya konsültasyon desteği sağlanmalıdır. Kanseri hastalarda kanser kaşeksi sendromu olarak bilinen tümöre bağlı metabolizmadaki değişiklikler sonucu oluşan kilo kayıpları oluşabilmekte, non-steroid anti inflamatuvar ajanlar ve megestrol hastalığın er-

ken aşamalarında fayda sağlayabilirken ileri evre kanserlerde fayda vermesi beklenmemektedir. Kortikosteroidler hastanın geçici kilo alımını ve genel iyilik halini yükseltebileceği gibi sıvı tutulumunu artırarak yanlış kilo alımına da sebep olabilir (23,27,35).

Halsizlik

Halsizlik, ilerlemiş hastalıklarda en sık görülen ve yaşam kalitesini düşüren major semptomlardan biridir. Enerji, mental kapasite ve fizik kondisyonda azalmanın olduğu; zamanla ilerleyen çok boyutlu bir durum şeklinde de tariflenmektedir. Hastanın günlük aktivitelerini yerine getirmek için kendini çok mu yorgun hissettiği sorgulanmalı; değerlendirme sırasında depresyon, beslenme bozuklukları, hareketsizlik, anemi, organ disfonksiyonu, uyku bozuklukları, kontrol altına alınmamış ağrı gibi semptomlar ve benzeri geri çevrilebilir nedenler araştırılmalıdır. Medikal tedaviler için kontrollü çalışmalar yetersiz olmakla beraber, kortikosteroidler ve psikostimulan ajanların semptomatik olarak düzleme sağladığını belirten yazarlar bulunmaktadır (27,29,30).

Dispne

Dispne nefes alıp vermedeki rahatsızlığın farkındalığı olup, hasta için yaşam kalitesini dramatik olarak etkileyen subjektif bir deneyimdir. Dispne terimi aslında hava açlığı, nefes alma çabasında artış, göğüste sıkışma hissi, hızlı nefes alma, nefesi tam verememe, boğulma hissi gibi bazı sözcüklerle ifade edilen solunumsal rahatsızlık ile ilgili algıları da kapsamaktadır. Dispne ağrı gibi çok boyutlu olup, hastalar için duygusal ve fiziksel komponentleri olan deneyimlerle şekillenen oldukça kişiye özgü bir semptomdur (31,32).

Dispne yaşamı tehdit eden çoğu hastalıkta görülen bir problem olup, varlığı ve şiddeti hastalığın ilerleme evresiyle ilişkilidir. İlerlemiş evredeki hastalarda aralıklı akut atakların eşlik ettiği kronik bir nefes açlığı durumu bulunmaktadır. Akut nefes darlığı atakları, hastaların ve yakınlarının korku, panik, anksiyete gibi duygulanımlarını arttırmakta hatta çok şiddetli ataklar hastaya ölüme yaklaşmış olma hissinin yaşatabilmektedir. Hastalar dispne ile başa çıkabilmek için çoğunlukla kendilerini sosyal açıdan izole etmekte, dış yaşamla ve arkadaşlarıyla olan ilişkilerinden soyutlanmaktadır. Sonuç olarak depresyon, halsizlik, genel olarak yaşamdan tat almama ve yüksek derecede emosyonel stres çok sıklıkla görülmektedir (33,34).

Dispnenin optimal tedavisi alтта yatan hastalığın veya reversibl nedenlerin çözülmesi ile sağlanmaktadır. Farmakolojik ve non farmakolojik tedaviler nefes darlığının hafifletilmesinde yararlı olabilmekte beraber alтта yatan esas hastalığın tedavisinden uzaklaşmadan ve mümkün olduğunca ekip anlayışı ile hareket edilmeye çalışılmalıdır (32,33,35).

Oksijen tedavisinin kronik obstruktif akciğer hastalığı olan hipoksemik hastalarda faydalı olduğunu bildiren kanıtlar bulunmaktadır. Palyatif bakım servislerinde dispnesi olan hastaya oksijen desteği verilmesi genel bir yaklaşım haline gel-

miş olmakla birlikte bu desteğin hipoksemik hastalara sağladığı fayda normal kan oksijen konsantrasyonu olan bireylerde beklenmemektedir. Özellikle hipoksemik olmayan hastalarda yapılan çalışmalarda oksijen ile medikal hava desteği arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (34,36).

Pulmoner rehabilitasyon ve egzersiz teknikleri, akupunktur, pozisyonel ayarlamalar, fan ve nazal kanül kullanımı, hava akımı ile trigeminal sinirin uyarılması, kognitif-davranışsal uygulamalar, oda havasının ısı ve nem ayarı gibi non farmakolojik yöntemler, çok farklı nedenlerle ortaya çıkabilen dispne septomunun rahatlatılmasında yardımcı olabilmektedir (32,35).

Opioidler tedavinin ilk basamağını oluşturan, iyi düzeyde kanıtlarla desteklenmiş bir seçenektir. Opioidler mü opioid reseptörleri aracılığıyla santral ve periferik etkilerle nefes darlığını rahatlatmakta, hem vazodilatasyon hem de sedasyon oluşturmaktadır (35,37).

Benzodiazepinlerin kullanımı ilk basamakta önerilen seçeneklerden olmamakla birlikte, kombine tedavilerde ve anksiyetik hastalarda son zamanlarda tercih edilebilir olduğunu gösteren küçük çaplı çalışmalar bildirilmektedir (35,38,39).

Yaşamı tehdit eden hastalığı bulunan bireylerde kimi zaman deliryum, depresyon, ajitasyon, kanama, konstipasyon, pururitus, myoklonus, apati, başı yaraları ve benzeri tablolarda farklı derecelerde görülebilmektedir. Klinik olarak baskınlığı ve önem sırası gözetilerek, etkin yapılandırılmış bir anamnez ve fizik muayene ile benzeri semptomların potansiyel etiyojileri ve tedavi seçenekleri gözden geçirilmeli ve planlanmalıdır (32,40).

Palyatif Bakımın Spiritüel Yönü

Yaşamı tehdit eden hastalığı olan bireylerde çekilen acılar, ölüme yaklaşmış olmanın verdiği karmaşık duygular, manevi belirsizlik ve korkular, hem hasta hem de aile bireyleri için spiritüel sorunlar olarak karşımıza çıkabilmektedir. Spiritüelite din tanımından farklı olarak daha geniş kapsamlı bir ifadedir. Belirli bir dinin mensubu olsun olmasın insanların spiritüel gereksinimleri olabilir (41-43).

Spiritüel yaklaşımlar, palyatif bakım ekibi tarafından hastaya ve yakınlarına verilmesi gereken biyopsikososyal destek gibi önemli ve ihmal edilmemesi gereken bir uygulamadır. Ölümcül hastalığı olan bireylerin dini inanışları ve spiritüel yönelimleri özellikle sorgulanmalı ve bu konudaki gereksinimleri karşılanmalıdır (41,44).

Palyatif bakım ekibi hasta merkezli ve bütüncül bir yaklaşımla hastayı değerlendirmeli, hasta ve aile bireyelerine ölüm süreci ve yaşadığı manevi sıkıntılar konusunda yeterli desteği sağlayabilmelidir. Bu şekilde hastanın ve yakınlarının acılarının hafiflemesi, içinde buldukları sıkıntılı durumun baskısından kurtulmaları sağlanabilir (41,45).

Palyatif Bakım Modelleri

1.Evde Bakım (Home Care):

Yapılan araştırmalar neticesinde, bireylerin hayatlarının son dönemlerini nerede geçirmek istedikleri hakkında fark-

lı popülasyonlar için çeşitli sonuçlar bulunmuştur. Çalışmalar gözden geçirildiğinde hasta ve bakım sağlayanlarının çoğunluğunun ölümü evde beklemek istediği bulunmakla birlikte, farklı çalışmalarda bu oran %25 ile %100 arasında değişim gösterebilmektedir. Son dönemlerini nerede geçirecek olursa olsun, genel olarak kabul edilen görüş, hastaların evlerinde mümkün olduğunca uzun süreler geçirmek istediğidir. Evde palyatif bakım programının ana hedefi, ağrı ve diğer semptomlarının yönetimi de dahil hastaya sunulan biyopsiko-spiritüel desteğin hastane ortamındaki gibi etkin düzeylerde sağlanabilmesidir (46,47).

2. Hospis ve hospis bakımı

Hospis kavramı esasen bir hasta bakım felsefesi olup, son dönem hasta ve yakınlarının maruz kaldıkları sorunlarla baş etmelerine yardımcı olmak amacı taşıyan fakat belirli bir kurum veya tesisin daha da ötesinde bir tanımlamadır (48,49).

Hospis servisleri, interdisipliner bir yaklaşım aracılığıyla hareket ederek, fiziksel, psikolojik, emosyonel ve spiritüel yönlerden yaşanan streslerin hafifletilmesi, hasta ve yakınlarının ihtiyaç duyduğu desteğin sağlanması için çalışır. Hospis bakımı yaşamı tehdit eden hastalığı olan bireylerde küratif tedavi arayışlarından çok, hastanın yaşam kalitesinin yükseltilmesini hedefler. Hospis bakımı özel tesislerde veya hastane bünyelerinde veya bireylerin evlerinde verilebilir (50).

Günümüzde hospis, spesifik bir yerden çok bir bakım konsepti olarak görülmekte ve ülkeden ülkeye sunum şekilleri ve program dizaynları farklılıklar gösterebilmektedir. Örneğin Birleşik Krallık'ta çoğunlukla gönüllülük esasına göre hizmet veren hospisler bulunmakta ve yataklı tedavi ünitesi, gündüz bakım merkezi, ayaktan hasta polikliniği, evde bakım, yas destek servisi gibi ünitelerden bir kaçını veya tamamını bünyesinde bulundurabilmektedir. Farklı hospis tiplerinin, sadece ölmekte olan hastaya yönelik hizmetlere daha etkin odaklanma, steril ve yoğun hastane koridorları yerine daha çok evde bakıma yönelme gibi konularda avantajları bulunabilmektedir. Farklı hospis tiplerinin farklı finansman programları bulunabilmektedir. Bazı hospislerin maliyetleri ülkelerin ulusal sağlık servislerinden sağlanmasına karşın çoğu hospisler bağışlar ve gönüllük esasına dayanarak finansmanlarını sürdürmekte ve bazıları ise tamamen özel bir finansman kaynağına bağlı olarak hizmet verebilmektedir (48).

Sonuç ve Öneriler

Palyatif bakım hizmetlerinin gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde her geçen gün önemi artmaktadır. Kronik ölümcül hastalıklarla mücadele eden hasta yakınlarının beledikleri desteğin sağlanabilmesi, yaşam süresinin uzadığı toplumlarda üzerinde dikkatlice çalışılması gereken bir toplum sağlığı sorunu, hatta insan hakları gereği olarak karşımıza çıkmaktadır. İnterdisipliner olarak deneyimli eğitimli personellerden oluşturulacak bir ekip anlayışıyla hasta merkezli olarak yürütülmesi gereken palyatif bakım hizmetlerinin

hasta ve aile bireyleri için yaşam kalitesini yükseltici ve destekleyici etkisi yapılan çoğu çalışmada ortaya konulmuştur. Ülkemizde de yaşlı nüfustaki artış göz önüne alındığında palyatif bakım, hospis bakımı, evde bakım gibi sağlık hizmetlerinin planlanması, sunumu, geliştirilmesi ile ilgili düzenli çalışmalara ihtiyaç duyulduğu görülmektedir.

Ülkemizin kendine özgü kültürel ve toplumsal bağlamları ve ihtiyaçları dikkate alınarak palyatif bakım hizmetlerinin ülke çapında yaygınlaştırılması konusunda toplumun nabzını en yakından tutabilen aile hekimliği birimleri önemli bir konumdadır. Palyatif bakım, hospis bakımı, evde bakım gibi sağlık hizmetlerin uygulanması ve koordinasyonunda, kendine kayıtlı nüfusa biyopsikososyal ve spiritüel açıdan en vakıf olabilen, yaşam kalitesini yükseltici yaklaşımları hekimlik pratiğinin merkezinde konumlandırılan, bireylere kapsamlı ve sürekli olarak sağlık hizmeti sunan aile hekimleri ile birlikte hareket edilmesi gerekliliği unutulmamalıdır.

Kaynaklar

1. Ahmedzai SH, Costa A, Blengini C, Bosch A, Sanz-Ortiz J, et al. A New International Framework for Palliative Care. *European Journal of Cancer* 2004; 40: 2192-2200.
2. Taylor GJ, Kurent JE. *A Clinician's Guide to Palliative Care*. Oxford, UK, Blackwell Science, 2003.
3. Peykerli, G. Ölümçül Hastalıklara Psikolojik Yaklaşım. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2003; 25(4 Özel ek): 62-65.
4. Saxena S, Orley J. *Quality of life assessment: The World Health Organization perspective*. *Eur Psychiatry* 1997; 12:263-266.
5. Eser SY, Fidaner H, Elbi H, Fidaner C, Elbi H, Göker E. Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL- 100 ve WHOQOL-BREF. *3P Dergisi* 1999; 7(Ek.2):5-13.
6. Fidaner C. Sağlıkta yaşam kalitesi kavramı. *Birinci Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Program ve Özet Kitabı*, 2004, s.1-3.
7. Carr JA, Gibson B, Robinson P G: *Measuring of life is quality of life determined by expectations or experience*. *BMJ* 322: 1240-1243.
8. Malak AT, Dramalı A. *Terminal dönem hasta bakımı. Ulusal Cerrahi Kongresi-Cerrahi Hemşireliği Seksiyonu Panel ve Bildirileri Kitabı*, İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi; 2004; s. 271-4. 2.
9. *National Cancer Institute, National Institutes of Health. J Pain Palliat Care Pharmacother* 2006; 20(2): 65-67.
10. Onan Gonca N. *Terminal dönemdeki kanser hastalarına bakım veren hemşirelerin karşılaştıkları güçlükler ve başa çıkma yolları. [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi] İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2001. s. 20-5.*
11. Hoch JS. *Improving efficiency and value in palliative care with net benefit regression: an introduction to a simple method for cost-effectiveness analysis with person-level data*. *J Pain Symptom Manage* 2009; 38(1): 54-61.
12. Gultekin M, Ozgul N, Olcayto E, Tuncer M. *Türkiye'de palyatif bakım hizmetlerinin mevcut durumu. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi* 2010; 1: 1-6.
13. Graham F, Clark D. *WHO definition of palliative care. Medicine* 2008; 2(36): 64-66.
14. Sucaklı MH. *Palyatif Bakım ve Yaşam Kalitesi. Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics* 2014; 5(3): 109-113.
15. *White Paper on Standards and norms for hospice and palliative care in Europe Part I. Recommendations from the European Association for Palliative Care. Eur J Palliative Care* 2009; 16(6): 278-289.
16. Gómez-Batiste X, Paz S, Porta-Sales J, Espinosa J, Trelis J and Esperalba J. *Basic Principles, Definitions and Concepts on the Organization of Public Health Palliative Care Programmes and Services. The World Health Organization Collaborating Centre for Public Health Palliative Care Programmes*, 2009.
17. Aydoğan F, Uygun K. *Kanser hastalarında palyatif tedaviler. Klinik Gelişim* 2011; 24: 4-9.
18. Lagman R, Walsh D. *Integration of palliative medicine into comprehensive cancer care. Semin Oncol* 2005; 32: 134-138.
19. Robinson J, Gott M, Ingleton C. *Patient and family experiences of palliative care in hospital: what do we know? An integrative review. Palliat Med* 2014; 28: 18-33.
20. Kabalak AA, Öztürk H, Çağıl H. *Yaşam sonu bakım organizasyonu: Palyatif bakım. Yoğun Bakım Dergisi* 2013; 11(2): 56-70.
21. *Last Days of Life Health Professional Version PDQ Supportive and Palliative Care Editorial Board. Published online AND February 9, 2016. Created : June 8, 2007*
22. Oh H, Seo Y, Jeong H, Seo W. *The identification of multiple symptom clusters and their effects on functional performance in cancer patients. J Clin Nurs* 2012; 21(19-20): 2832-2842.
23. *Davidson's Principles and Practice of Medicine. Oxenham D. 2014; 283-292.*
24. *Practical Management of Pain Fifth Edition* 2013; 1023-1039.
25. Fine PG. *The evolving and important role of anesthesiology in palliative care. Anesth Analg* 2005; 100: 183-188.
26. Caraceni A, Weinstein SM. *Classification of cancer pain syndromes. Oncology* 2001; 15: 1627-1640.
27. *Goldman-Cecil Medicine, Twenty-Fifth Edition Elsevier Inc, 2016.*
28. Berenstein EG, Ortiz Z. *Megestrol acetate for the treatment of anorexia/cachexia syndrome. Concrane Database Syst Rev* 2005; 18(2): CD004310.
29. *Palliative Medicine, First Edition, Walsh Declan, Elsevier Inc. 2009.*
30. Stone P, Richardson A, Ream E, et al. *Cancer-related fatigue: Inevitable, unimportant and untreatable? Results of a multi-centre patient survey. Ann Oncol* 2000; 11: 971-975.
31. *American Thoracic Society : Dyspnea: mechanisms, assessment, and management: a consensus statement. Am J Respir Crit Care Med* 1999; 159: 321-340.
32. *Palliative Medicine First Edition, Walsh Declan, Elsevier Inc. 2009. Dyspnea, Joshua Shadd and Deborah Dudgeon, chapter 159, 877-881.*
33. *Palliative Care Core Skills and Clinical Competencies Second Edition Linda LE, Lawrence Librach. 2011. Dyspnea, Corinne DS, Deborah JD. Palliative Care Core Skills and Clinical Competencies, chapter 15, 196-212.*

34. Skilbeck J, Mott L, Page H, et al. Palliative care in chronic obstructive airways disease: a needs assessment. *Palliat Med* 1998; 12: 245-254.
35. Goldstein NE, Morrison RS. *Evidence-Based Practice in Palliative Medicine*, Elsevier Inc, 2013, chapter 69, 402-406.
36. Abernethy AP, McDonald CF, Frith PA, et al. Effect of palliative oxygen versus room air in relief of breathlessness in patients with refractory dyspnoea: a double-blind, randomized controlled trial. *Lancet* 2010; 326: 784-793.
37. Currow DC, Ward AM, Abernethy AP. Advances in the pharmacological management of breathlessness. *Curr Opin Support Palliat Care* 2009; 3: 103-106.
38. Simon ST, Higginson IJ, Booth S, et al. *Benzodiazepines for the relief of breathlessness in advanced malignant and non-malignant diseases in adults*. Wiley Publishers, 2010.
39. Clemens KE, Klaschik E. Dyspnoea associated with anxiety-symptomatic therapy with opioids in combination with lorazepam and its effect on ventilation in palliative care patients. *Support Care Cancer* 2010; 19: 2027-2033.
40. Andreoli TE, Benjamin IJ, Griggs RC, Wing EJ. *Andreoli and Carpenter's Cecil Essentials of Medicine*, Elsevier Inc. 2010, 1116-1123.
41. Walsh D, Caraceni AT, Fainsinger R et al. *Palliative Medicine*, Elsevier Inc. 2009. Firth P. *Spiritual Distress*, chapter 12, 59-63.
42. Kostak MA, Akan M. Terminal dönemdeki çocuğun palyatif bakımı. *Turkish Journal of Oncology* 2011; 26(4): 182-192.
43. Dedeli Ö, Karadeniz G. Kanser ağrısının kontrolü ile psiko-sosyal-spiritüel modelin birleştirilmesi. *Ağrı Dergisi* 2009; 21(2): 45-53.
44. Phelps A.C., Maciejewski P.K., Nilsson M., et al: Religious coping and use of intensive life-prolonging care near death in patients with advanced cancer. *JAMA* 2009; 301: pp. 1140-1147.
45. Walsh D, Caraceni AT, Fainsinger R et al. *Palliative Medicine*, Elsevier Inc. 2009. Puchalski CM. *Spiritual Care*, chapter 55, 289-293.
46. Emanuel LL, Librach SL. *Palliative Care Core Skills and Clinical Competencies*, Elsevier Inc. 2011. Goldman R, *Home Palliative Care*, 611-619.
47. Walsh D, Caraceni AT, Fainsinger R et al. *Palliative Medicine*, Elsevier Inc. 2009. Clemens KE, Jaspers B, Cleachik E. *The History of Hospice*, chapter 4, 18-23.
48. Walsh D, Caraceni AT, Fainsinger R et al. *Palliative Medicine*, Elsevier Inc. 2009. Clemens KE, Jaspers B, Cleachik E. *The History of Hospice*, chapter 4, 18-23.
49. Walsh D, Caraceni AT, Fainsinger R et al. *Palliative Medicine*, Elsevier Inc. 2009. Clemens KE, Jaspers B, Cleachik E. *The History of Hospice*, chapter 4, 18-23.
50. Emanuel LL, Librach SL. *Palliative Care Core Skills and Clinical Competencies*, Elsevier Inc. 2011. Cintron A, Meier DE. *Palliative Care Services and Programs*, 633-647.