

palyatif bakım DERNEĞİ



Palyatif Bakım Derneği Bülteni / 2015



YAŞAMI BİRLİKTE KUÇAKLAYALIM

MORFİA

Morfin Sülfat Tablet

50 yılı aşkın bir birikim ve tecrübenin bugünkü temsilcisi İLKO ilaç olarak ülkemize ve tıbbı karşı hizmet etme ilkesiyle Türkiye'nin ilk yerli morfini Morfia'nın üretimini gerçekleştirmenin gururunu yaşıyoruz.

Morfia sayesinde özellikle ileri evre kanser hastalığında karşılaşılan ağrıların giderilmesinde büyük görev üstlenen morfin tablete hastalarımız daha hızlı ve düşük maliyetle ulaşabilecek. Aynı zamanda hastaların ilaç temini konusunda yurtdışına bağımlılığı da azalacak.

Ağrı sorun olduğunda



İLKO
İLAÇ SANAYİ ve TİCARET A.Ş.

“Sağlıklı bireyler, mutlu aileler.”

www.ilko.com.tr



PALYATİF BAKIM DERNEĞİ BÜLTENİ / 2015

Prof. Dr. Meltem UYAR

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Algoloji Bilim Dalı

Başkandan;

Palyatif Bakımın amacı, yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan problemlerle karşılaşan hasta ve ailede ağrı ve diğer semptomların iyi değerlendirilmesi ile fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi gereksinimleri karşılamak, acı çekmenin önlenmesine yönelik uygulamalar yapmak, yaşam kalitesini arttırmaktır.

Ülkemizin koşulları ve önceliklerine göre Sağlık Bakanlığının hazırladığı yönergelerle; palyatif bakımın tanımlanması ve kurumsallaşması, palyatif bakım bilincinin geliştirilmesi, palyatif bakım hizmetlerinin aşamalı olarak 2023 yılına kadar yaygınlaştırılması, palyatif bakım alanında eğitimli ve deneyimli profesyonel ekiplerin oluşturulması, palyatif bakım ihtiyacı duyan tüm hastaların bu hizmeti alması amaçlanmaktadır.

Bu kapsamlı amaç, ancak ve ancak Sağlık Bakanlığı Hastaneleri yanı sıra Üniversite Hastaneleri ve Özel Sağlık tesislerinde de palyatif bakım merkezlerinin kurulması ve bu felsefenin yaygınlaştırılması ile gerçekleşebilir.

Palyatif bakım derneği de bu amaçla, bu organizasyonların içinde yer almak için kurulmuş multidisipliner bir dernektir. Palyatif Bakım Programlarını tüm olanakları ile desteklemeyi amaçlayan derneğin hedefi; yaşamı tehdit altında, ciddi hastalığı olan hastaların ve hasta yakınlarının sadece terminal dönemde değil tedavinin devam ettiği süre boyunca da yaşam kalitelerini artırmaktır. Stratejilerimiz, tıbbın tüm alanlarında, sağlık çalışanları ve halk arasında palyatif bakım bilincini geliştirmek, palyatif bakım hizmet birimlerini tüm yurttaki yaygınlaştırmak, palyatif bakım gereksinimi olan tüm hastaların bu hizmeti almasını sağlamak konusunda kurumlar arası işbirliğinin içinde olmaktadır.

Saygılarımla



PALYATİF BAKIM DERNEĞİ YÖNETİM KURULU

- Başkan:** **Prof. Dr. Meltem UYAR**
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Algoloji Bilim Dalı,
Ege Üniversitesi Palyatif Bakım Merkezi Yönetim Kurulu Üyesi
- Sekreter:** **Doç. Dr. Gülçin ŞENEL**
Dr. A.Y. Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Palyatif Bakım Merkezi
- Prof. Dr. Gül Köknel TALU**
İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Algoloji Bilim Dalı
- Prof. Dr. Rüçhan USLU**
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Medikal Onkoloji Bilim Dalı,
Ege Üniversitesi Palyatif Bakım Merkezi Yönetim Kurulu Üyesi
- Doç. Dr. Nurten İNAN**
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Algoloji Bilim Dalı
- Doç. Dr. Ayla KABALAK**
Ulus Devlet Hastanesi, Palyatif Bakım Merkezi
- Uzm. Dr. Ayşegül BİLEN**
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

PALYATİF BAKIM

Doç. Dr. Gülçin Şenel*, Prof. Dr. Meltem Uyar**

Dr. A.Y. Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ağrı ve Palyatif Bakım Kliniği, Ankara
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Algoloji ABD, İzmir

Bütüncül bir hasta bakım yaklaşımı olan *palyatif bakım* diğer tedavilerin alternatifi değildir. Tüm dünyada giderek artan oranlarda *palyatif bakım* gereksinimi olduğu bilinmektedir. Her yıl 58 milyon insan ölmekte, bunların en az %60'ının da *palyatif bakımdan* yararlanabilecek uzun süren ilerlemiş bir hastalığa sahip olduğu belirtilmektedir. Yine bu hastaların %80'inin yaşamlarının son günlerinde çektiği ağrı ve ızdırapların *palyatif bakımla* giderilebileceği bilinmektedir (1). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2002 yılında yaptığı tanımlamaya göre;

"Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden bir hastalıkla yüz yüze kalan, hasta ve hasta yakınlarının, yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik bir yaklaşım olup, başta ağrı olmak üzere fiziksel, psikososyal ve manevi problemlerin erken tanı ve tedavisini hedefler"

Palyatif Bakım;

- Ağrı ve sıkıntı veren diğer semptomları rahatlatır,
- Ölümü yaşamın normal bir süreci olarak kabul eder,
- Ölümü ne hızlandırma ne de erteleme amaçlanır,
- Hasta bakımına psikolojik ve manevi destek entegre edilir,
- Hastaların ölünceye kadar mümkün olduğunca aktif yaşamasını destekleyen bir sistem sunar,
- Hastanın hastalığı sırasında ve yas sürecinde ailenin üstesinden gelebilmesini destekleyen bir sistem sunar,
- Hasta ve ailesinin gereksinimlerini karşılayacak, eğer belirtilmişse yas danışmanlığını da içeren bir ekip yaklaşımı kullanır,
- Yaşam kalitesi artırılarak hastalığın seyrini de olumlu etkileyebilir,
- Yaşamı uzatan kemoterapi, radyoterapi gibi tedavilerle birlikte hastalığın erken evresinde uygulanabilir, sıkıntılı klinik komplikasyonların daha iyi anlaşılması ve tedavisi için gerekli araştırmaları içerir (2).

"Palyatif bakım, insan sağlığı ve onurunu esas alan temel bir insan hakkı" olarak kabul edilmektedir (3). DSÖ tarafından 1990 da (4) ve Barselona Deklarasyonu ile 1996 da (5), *palyatif bakımın* her ülkenin sağlık politikasının bir parçası olması gerekliliği bildirilmiştir. Ne yazık ki birçok kişi için halen *palyatif bakıma* erişmek mümkün olamamaktadır.

Palyatif Bakım Ne Zaman ve Kimlere Verilir?

Gerekliyse yaşamı tehdit eden ciddi hastalık tanısı ile birlikte *palyatif bakım* verilmeye başlanılmalıdır. Bazen ciddi bir hastalığın tamsına götüren ağrının tedavisi, hastanın kötü haber alması ile psikolojik desteğe gereksinim *palyatif bakımı* başlatabilir. Tedavi süresince hastalığa veya tedavi komplikasyonlarına bağlı komplikasyonlarda da *palyatif bakım* desteği verilmelidir. Küratif tedaviler azaldıkça *palyatif bakıma* daha yoğun gereksinim kaçınılmaz olacaktır. Yaşamın son günlerinde ve ölüm anında daha özelleşmiş destek gerekebilir.

Hospis hareketini başlatan Dame Cicely Saunders acı çeken ileri evre kanser hastalarının deneyimlerini ve gereksinimlerini sistematik olarak araştırarak *palyatif bakım* felsefesinin temellerini atmıştır.

“Siz siz olduğunuz için değerlisiniz, ve yaşamınızın son anına kadar değerlisiniz. Biz sadece huzur içinde ölmeniz için değil, ölünceye kadar yaşamanız için de her şeyi yapacağız (6).”

Dame Cicely Saunders

Günümüzde *palyatif bakım* kanser dışında yaşamı tehdit eden son dönem organ yetmezlikleri, progresif nörolojik hastalıklar ve AIDS gibi hastalıkları da kapsamına alarak genişlemiştir. ABD de *palyatif bakım* veren birçok hastanede konsültasyon istemi için kullanılan kriterler Tablo I de verilmiştir (7). Konsültasyon istemi *palyatif bakım* vermeyi zorunlu kılmaz, sunulan bakım alternatiflerinin hasta ve hasta yakınları tarafından onaylanması gerekir. *Palyatif bakım* felsefesinde klasik tedavi yaklaşımlarından farklı olarak aile/bakım verenler için, hastalık sırasında olduğu kadar kayıp ve yas sürecinde de destek programları oluşturulmalıdır.

Palyatif Bakım Kimler Tarafından, Nerede Yapılır?

Palyatif bakım ancak mültidisipliner bir ekiple interdisipliner bir anlayışla efektif olarak yapılabilir. Doktor, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, fizyoterapist, diyetisyen, uğraşı terapistleri, manevi destek uzmanı, gönüllüler ve hasta yakınları ekipte yer almalıdır. Tüm sağlık çalışanları *palyatif bakım* prensiplerini kendi pratikleri ve bakım planları ile birleştirmelidir, *palyatif bakım* herkesin sorumluluğudur (8). *Palyatif bakım* kapsamının genişlemesi birçok uzmanlık alanının birlikte çalışmasını gerektirmektedir (9). Bu kapsamda Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Algoloji, Medikal Onkoloji, Radyasyon Onkolojisi, Psikiyatri, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Göğüs hastalıkları, Aile Hekimliği, Dahili ve Cerrahi Branşlardan hekim ve hemşirelerin aktif katılımları ile oluşturulacak ekibin amacı; ağrı ve diğer stres verici semptomların giderilmesi, normal bir süreç olarak yaşama ve ölüme saygı duyulması, ölümü ne çabuklaştırmak ne de ertelemek prensibi ile sorunların giderilmesi, semptomların yönetimi ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi olmalıdır. Sağlık ve sosyal bakım veren profesyonellerin çeşitliliği *palyatif bakım* veren organizasyonların daha verimli olmasını sağlar.

ABD de ≥ 50 yataklı hastanelerin %63'ünde, ≥ 300 yataklı hastanelerin %85'inde, onkoloji hastanelerinin %100'ünde *palyatif bakım* ekibi bulunmaktadır (10). Mekan sınırlaması olmaksızın, bakımın kapsamına göre *palyatif bakım* konsültan/ayaktan polikliniklerde, tüm hastane servislerinde, uzmanlaşmış *palyatif bakım* servislerinde, hospislerde ve evde verilebilir. Bu multidisipliner ve çok kurumlu yapı ile ancak bakımın sürekliliği sağlanabilir.

Palyatif Bakım Modelinde Bileşenler:

Palyatif bakım için oluşturulan modelde; primer hastalığın kontrolü, fiziksel semptomların, psikiyatrik sorunların, manevi sorunların, sosyal sorunların, ekonomik sorunların, yaşam sonu gereksinimlerin saptanması ve yas dönemiyle baş etme planlamaları yer almalıdır.

Palyatif Bakımda Fiziksel Semptomların Kontrolü:

Palyatif bakımda hastalar sıklıkla kontrolü güç çok sayıda semptomu bir arada yaşamaktadır. Hastalık sürecinde görülen semptomlarda etyopatogenez etkili olurken, yaşam sonunda hastalık bağımsız semptomlar görülmektedir. *Palyatif bakımda* rutin pratikte sık kullanılan

Edmonton Semptom Değerlendirme Ölçeğinde [Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)] ağrı, aktivite, bulantı, depresyon, anksiyete, uyku hali, iştahsızlık, kendini iyi hissetme, nefes darlığı 10 cm VAS kullanılarak ölçülmektedir (11). Memorial Semptom Değerlendirme ölçeğinde [Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS)] ise 32 semptomun sıklığı, şiddeti ve hastada yarattığı sıkıntı değerlendirilmektedir (12). Yaşam sonunda en sık görülen semptomların ölüm nedeni kalp yetmezliği olan hastalarda dispne, yorgunluk ve konstipasyon (13), kanser hastalarında ise ağrı, yorgunluk, bilişsel fonksiyonlarda bozulma (14) olduğu saptanmıştır. Dispne insidansı son dönem kalp ve akciğer hastalıklarında %56-68 (15), kanser hastalarında ise %20-60 olarak bildirilmiştir (16). Yaşam sonu bakımında oldukça sık görülen ağrı, dispne ve deliryum acil müdahale gerektiren semptomlardır (17). *Palyatif bakımda* %28-42 gibi değişik oranlarda bildirilen deliryumun ölüme yakın dönemde prevalansı %88'e kadar çıkabilmektedir (18,19,20).

Palyatif Bakımda Ağrı Kontrolü:

Palyatif bakımda, yaşam kalitesini bozan semptomların başında gelen ağrının ivedilikle tedavi edilmesi gerekir. Ağrı insidansının ileri evre kanser hastalarında %75'in (21), diğer nedenlerden ölen hastalarda %65'in (22) üzerinde olduğu bildirilmiştir. Tedavi edilmeyen ağrı insan hakkı ihlali olarak kabul edilmektedir (3). Ağrı insidansının ve şiddetinin daha fazla olduğu kanser ağrı tedavisinde altın standart güçlü opioidlerin kullanılmasıdır. Uluslararası anlaşmalarla hükümetler ağrı tedavisinde kullanılan opioidlere erişimden sorumlu tutulmuştur (23). Ancak halen dünyada morfinin %80'i 10 sanayileşmiş ülkede kullanılmaktadır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde hastalık tanısının daha geç konulması ve opioid ilaçlara erişimdeki güçlükler ağrının yetersiz tedavisine neden olmaktadır (24). Ağrı deneyimi fiziksel, duygusal, sosyal ve psikolojik faktörlerden etkilenir. Hastanın çektiği ızdırabın bu boyutları ile de değerlendirildiği bir total ağrı kavramı tanımlanmıştır (25). *Palyatif bakımda* etkin ağrı tedavisi, farmakolojik tedavi yanı sıra ağrı deneyimini etkileyen bu sorunların çözümü yönünde hastaya destek verilmesi ile sağlanabilir.

Palyatif bakımda semptom kontrolü; olası problemlerin önceden tahmini, sağlıklı ölçme ve değerlendirme, hasta/hasta yakınlarının bilgilendirilmesi, bireyselleştirilmiş tedavi, detaylara dikkat edilmesi ve bakımın devamlılığı ile sağlanabilir. İnatçı semptomlarda sınırlamalar iyi bilinerek gerçekçi hedefler belirlenmelidir. Psikolojik, manevi ve sosyal destekler bakım planının vazgeçilmez unsurları olarak semptom tedavisi ile birlikte planlanmalıdır. Tüm tedavi ve desteklerde alternatifler tartışılmalı, hasta/hasta yakınlarının onayı alınmalıdır. Ancak hasta tercihlerine göre belirlenmiş hasta odaklı bakım ile *palyatif bakımda* iyi bir yaşam kalitesi elde edilebilir.

Palyatif Bakımda Psikolojik ve Psikiyatrik Destek:

Hasta ve ailesinin psikolojik ve psikiyatrik yönden değerlendirmesi ve tedavisi *palyatif bakım* ekibinin primer sorumlulukları arasındadır (26). Aile ve bakım verenler hastalık sürecinde fiziksel ve ruhsal ağır yük altında kalmaktadır. Ciddi ve yaşamı tehdit eden bir hastalık tanısı, hastalık süreci, tedavi komplikasyonları, yaşam sonu endişeler, ölüm korkusu, hasta ve ailede ciddi anksiyete ve uzamış strese neden olmaktadır. Anksiyete ve depresif bozukluklar, uyum bozuklukları, deliryum en sık görülen psikiyatrik sorunlardır (27). Psikolojik destek hasta ve ailesinin hastalık, prognoz, tedavi alternatifleri hakkında doğru bilgilendirilmesi ile başlar. Farmakolojik, nonfarmakolojik ve tamamlayıcı tedavilerle olabildiğince erken başlatılan psikolojik destek ile daha iyi yaşam kalitesi elde edilebilir (28). Yas sürecinde hastanın kaybindan sonra yaşanan acı ve sıkıntıları azaltmak için de psikolojik desteğin devam etmesi gerekir. Aşırı duygusal yüklenme stresli ortam nedeniyle *palyatif bakım* ekibinde

görülebilecek tükenmişlikle ilgili gereksinim duyulan destek ve iş stresi ile baş etme stratejileri de kurumsal bir çalışma ile belirlenmelidir.

Palyatif Bakımda Manevi Bakım:

Manevi bakım *palyatif bakımın* ana bileşenlerinden bir olarak kabul edilmektedir (29). Uluslararası Uzlaşma Konferansı tarafından tanımlanan maneviyat; insan doğasının dinamik ve içsel bir durumu olup kişinin nihai anlam, amaç ve üstünlük aradığı, kendisi, ailesi, ait olduğu topluluk, toplum ve doğayla ilişkisinde yaşadığı önemli veya kutsal değerler bütünüdür. Maneviyat inanışlar, değerler, gelenekler ve deneyimler ile ifade edilir (30). Maneviyat dini içine alır, ancak dinle sınırlandırılmaz ve dinden daha geniş bir boyuta sahiptir. Prospektif bir çok çalışmada medikal ekip tarafından yapılan manevi bakım desteği ile hasta ve ailesinin yaşam kalitesinin arttırıldığı gösterilmiştir (31).

Palyatif Bakımda Sosyal ve Ekonomik Destekler:

Sosyal bakım planı sosyal ve kültürel farklılıkların değerlendirilmesi ile başlamalıdır. Aile yapısı, ilişkiler, bakım verenler, sosyal destekler, iletişim kanalları, medikal kararları verebilme yetisi, iş ve okul durumu, finansal durum, yaşam planları ve yasal konular dökümanite edilmeli ve desteklenmelidir (32). Evde/okulda/işte ulaşım, rehabilitasyon, ilaç ve ekipman temini sağlanmalıdır.

Palyatif bakımın sağlık sistemi içine entegrasyonu uzun soluklu bir uğraş olup ulusal sağlık hizmetini sunan kurumlar, tıpta ve hemşirelikte eğitim veren kurumlar, uzmanlık dernekleri, sosyal destek sağlayan kurumlar ve sivil toplum örgütlerinin katılımı sağlanmalıdır. Her ülke gereksinimleri ve imkanlarına göre değişik organizasyon planlamaları yapabilir. *Palyatif bakımın* yaygınlaştırılması ve başarısı; *palyatif bakım* felsefesinin sağlık hizmeti veren herkes tarafından iyi anlaşılması/katılımının sağlanması, eğitim müfredatlarında yer alması, sürekli eğitimlerle desteklenmesi, multidisipliner ekiplerin kurulması, uzmanlaşma, algoritmaların ve kılavuzların oluşturulması, toplumda farkındalık/doğru bilgilendirme, bireylerin karar verme yetilerinin desteklenmesi ve etik/legal düzenlemeler ile sağlanabilir. **Palyatif Bakım Derneği** de bu amaçla, ulusal ve uluslararası organizasyonları düzenlemek/katkıda bulunmak için kurulmuş multidisipliner bir dernektir.

Tablo I. Palyatif Bakıma Yönlendirme Kriterleri: Belli başlı *palyatif bakım* merkezlerinde güncel kullanılan kriterler aşağıda belirtilmiştir. Bazı hastaneler bu kriterleri otomatik konsültasyon kriterleri diğerleri ise sadece pazarlama materyali olarak kullanmaktadır (7).

Genel Kriterler

- **Ciddi hastalık** ile birlikte aşağıdakilerden bir veya daha fazlasının varlığı;
- Yeni tanı almış yaşamı tehdit eden bir hastalık için semptom kontrolü, hastaya/aileye destek
- Günlük yaşam aktivitelerini sürdürme yeteneğinde azalma
- Kilo kaybı
- Progresif metastatik kanser
- Uzun süreli bakım veren sağlık tesislerinden hastaneye yatış
- Aynı hastalıktan son üç ayda üç veya daha fazla hastane yatışı
- Kontrolü güç psikolojik ve emosyonel semptomlar
- Hasta/aile veya doktorda prognozla ilgili kararsızlık
- Hasta/aile veya doktorda tedavi seçeneklerinin uygunluğu ile ilgili kararsızlık
- Yararsız tedaviler için hasta veya ailenin istekleri
- DNR kararı vermede güçlük veya çatışma
- Ciddi hasta veya ölüme yakın hastada oral yol dışında beslenme/hidrasyon yapılması ile ilgili kararsızlık
- Ciddi hastalık sürecinde sınırlı sosyal destek (aile desteği olmaması, yalnız yaşam, evsiz, kronik mental hastalık vb.)
- Hasta/aile veya doktorun hospis uygunluğu ile ilgili bilgilendirme istemi
- Hasta veya ailede psikolojik veya manevi sıkıntı

Kanser Kriterleri

- Sistemik tedavilere rağmen lokal ileri veya metastatik kanser progresyonu
- Karnofsky < 50 veya ECOG > 3
- Beyin metastazı, spinal kord kompresyonu veya neoplastik menenjit
- Malign hiperkalsemi
- Progresif plevral/peritoneal veya perikardiyal efüzyon

Nörolojik Kriterler

- Folstein Mini Mental Score <20
- Herhangi bir nörolojik durum için feeding tüp düşünülmesi
- Status epileptikus > 24 saat
- Mekanik ventilasyon düşünülen ALS veya diğer nörolojik hastalıklar
- Herhangi tekrarlayan bir beyin tümörü
- Kötü fonksiyonel durum veya demansla birlikte Parkinson hastalığı
- Kötü fonksiyonel durum ve son altı ay içinde bir veya daha fazla enfeksiyon nedeniyle hastaneye yatış yapılan ileri Alzheimer veya demans
- İki haftadan daha uzun süren koma veya PSV (Preserved Speech Variant)

Yoğun Bakım Ünitesi Kriterleri

- Bir veya daha fazla kronik yaşam sınırlayıcı durum varlığı ile “nursing home” dan hastaneye kabul (ileri demans vb)
- Aynı hastane yatışı sırasında iki veya daha fazla yoğun bakım kabulü
- Uzamış veya başarısız ventilatörden ayırma
- Multiorgan yetmezliği
- Beklenen ölümden ventilatörden ayırma düşüncesi
- Metastatik kanser
- Anoksik ensefalopati
- Uzun süreli ventilatör desteği ile transfer etme düşüncesi
- Karar vericinin zayıflaması ile ailede sıkıntı
- İki haftadan daha uzun süren koma veya PSV (Preserved Speech Variant)

Kaynaklar:

1. UN General Assembly, Report of the Special Rapporteur on the right of every one to the enjoyment of the high estattainable standard of physical and mental health, A/65/255 (Aug. 6, 2010).
2. World Healt Organization. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
3. Healthand Human Rights Resource Guide, Fifth Edition, November 2013, <http://hhrguide.org/wp-content/uploads/sites/25/2014/06/HHRRG>
4. Cancer Pain Relief and Palliative Care. Technical Report Series: 804. Geneva: World Health Organization, 1990.
5. The Barcelona Declaration on Palliative Care. Prog Palliat Care 1996; 4: 113.
6. Saunders DC. Nursing Times 1976; 72: 1049-1052.
7. Policies and Tools for Hospital PalliativeCare Programs. A crosswalk of National Quality Forum Preferred Practices. Center to Advance Palliative Care. <https://www.capc.org/>
8. National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services. Specialist Palliative Care: A Statement of Definitions Occasional Paper 8. London, National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services, 1995.
9. Daniels L.Team working for Effective Palliative Care. In: Faul C, Carter Y, Daniels L. Handbook of Palliative Care, 2nd Edition, Blackwell Publishing Ltd, 2005.
10. Voelker R. Hospital Palliative Care Programs Raise Grade to B in New Report Card on Access. JAMA. 2011; 306(21): 2313-2314.
11. Bruera E, Kuehn N, Miller M, Selmsler P, Macmillian K. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. J Palliat Care 1991; 7(2): 6-9.
12. Portenoy RK, Thaler HT, Kornblith AB, Lepore JM, Friedlander-Klar H, Kiyasu E, Sobel K, Coyle N, Kemeny N, Norton L, et al. The Memorial Symptom Assessment Scale: an instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. Eur J Cancer 1994; 30A(9): 1326-1336.
13. Hospice and Palliative Nurses Association. Research agenda for 2009–2012. (Available at:)<http://www.hpna.org/DisplayPage.aspx?Title=Research>. (Accessed March 3, 2010).
14. Oncology Nursing Society. 2008 ONS research priorities survey. (Available at:)<http://ons.metapress.com/content/b4m4103372233t25/fulltext.html>. (Accessed March 3, 2010).
15. Anderson H, Ward C, Eardley A, et al, The concerns of patients under palliative care and a heart failure clinic are not being met. *Palliat Med*. 2001; 15: 279–286.
16. End of Life Online Curriculum Project. Prevalence of dyspnea. End of life curriculum project, a joint project of the US Veterans Administration and SUMMIT, Stanford University Medical School. (Available at:)http://summit.stanford.edu/pcn/M07_Dyspnea/prev.html. (Accessed October 15, 2009).
17. Anderson, H, Ward C, Eardley A, et al, The concerns of patients under palliative care and a heart failure clinic are not being met. *Palliat Med*. 2001; 15: 279–286.
18. Lawlor PG, Gagnon B, Mancini IL, et al. Occurence, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer. A prospective study. *Arch Intern Med* 2000; 160: 786-794.
19. Centeno C, Sanz A, Bruera E. Delirium in advanced cancer patients. *Palliat Med*. 2004; 18: 184-194.
20. Casarett DJ, Inouye SK. Diagnosis and management of delirium near the end of life. *Ann Intern Med* 2001; 135: 32-40.
21. Bookbinder M, McHugh M.E. Symptom management in palliative care and end of life care. *Nurs Clin N Am* 2010 (45): 271-327.
22. Bonica JJ. Cancerpain: current status and future needs. In: Bonica JJ, ed. *The Management of Pain*, 2nd edition. Philadelphia: Lea&Febiger, 1990:400-445.
23. Seal C. Death from cancer and death from other causes: the relevance of the hospice approach. *Palliat Med* 1991; 5: 12-19.
24. United Nations. Single Convention on Narcotic Drugs. 1961. United Nations sales No.E62.XII, New York: UN 1962.
25. Duthey B, Scholten W. Adequacy of Opioid Analgesic Consumption at Country, Global, and Regional Levels in 2010, Its Relationship With Development Level, and Changes Compared With 2006. *Journal of Pain&Symptom Management* 47(2); 2014: 283-297.
26. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care. National Consensus Project for Quality Palliative Care. Second Edition, 2009.

27. Hultmann T, Reder ER, Dahlin C. Improving psychological and psychiatric aspect of palliative care: The National Consensus Project and the National Quality Forum Preferred Practices for Palliative and Hospice Care. *Omega-Journal of Death and Dying* 2008; 57(4): 323-339.
28. Henoch I, Bergman B, Gustafsson M, Gaston-Johansson F, Danielson E. The impact of symptoms, coping capacity, and social support on quality of life experience over time in patients with lung cancer. *J Pain Symptom Manage* 2007; 34(4): 370-379.
29. Saunders CM. *The management of Terminal Illness*. London: Hospital Medicine Publications, 1967.
30. Edwards A, Pang N, Shiu V, Chan C. The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of life and palliative care: a metastudy of qualitative research. *Palliat Med* 2010; 24: 753-770.
31. Report of the International Consensus Conference; *J Pall Med* 2014;17(6): 642-656.
32. Altilio T, Otis-Green S, Dahlin C. Applying the National Quality Forum Preferred Practices for Palliative and Hospice Care: a social work perspective. *J Soc Work End Life Palliative Care* 2008; 4(1): 3-16.

İlko İlaç; 50 yıllık birikimin bugünkü temsilcisi olarak Avrupa GMP onaylı Üretim Tesisleri ve Hacettepe Üniversitesi Teknokent'te faaliyet gösteren Ar-Ge Merkezi İlko Argem ile yaşam süresini uzatan ve hayat kurtaran yenilikçi ürünleri tüm dünyada kullanıma sunmaya ve bu endüstriye değer katmaya devam ediyor.



www.ilko.com.tr