

Palyatif Bakımda Semptom Yönetimi *Symptom Management in Palliative Care*

Özet

Bilimsel ve teknolojik gelişmelere paralel sağlık alanında önemli ilerlemeler kaydedilmektedir. Erken tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmeler hastalıklara bağlı ölümleri azaltmakta, beklenen yaşam süresini ise uzatmaktadır. Sonuçta palyatif bakımın önemi her geçen gün daha iyi anlaşılmaktadır. Palyatif bakımda yaşam ve ölüm normal süreçler olarak görülür. Amaç; onaylanan yaşamı ve kabullenilen ölümü normal sürecinde götürmek ve bu süreçte hastanın gereksinimlerini karşılamaktır. Bu amaçla süreç dahilinde karşılaşılan semptomların tedavisi ön plana çıkmaktadır.

Abstract

Scientific and technological developments are in line with significant progress in the field of health. Early diagnosis and treatment methods have been progresses to reduce deaths due to diseases, and therefore they have extended the life expectancy. The result is a better understanding of the importance of palliative care day by day. Life and death are seen as a normal process in palliative care. The goal is to regulate the normal process of life and death, and also to fulfill patients' needs in their life. Thus, the treatment of symptoms have become of the highest priority.

Tanım

Palyatif kelimesi Latince kökenli "Palliativa (Palliate)" hafifletmek, dindirmek anlamındadır. "Palliative" ise İngilizce terminolojide yatıştırmak, geçici çare olmak şeklinde ifade edilmektedir.

Palyatif bakım;tedavisi olmayan, ilerleyici vasıftaki ölümcül hastalıklarda yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik bir bakım sistemidir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1990 yılında palyatif bakımı "Hastalığı ortadan kaldıran tedavilere yanıt vermeyen hastaların aktif, total bakımındır" şeklinde tanımlamıştır (1).Bu tanımını 2002 yılında güncelleyerek "yaşamı tehdit eden sorunlarla karşı karşıya olan hastaların ve ailelerin yaşam kalitesini, ağrıyı ve fiziksel, psikososyal ve ruhsal boyuttaki diğer sorunları erken dönemde belirleyerek, kusursuz bir biçimde değerlendirerek ve tedavi ederek geliştiren bir yaklaşım" olarak ele almıştır (2). Tanımdan da anlaşılacağı üzere palyatif bakım gereksinimi hayatı tehdit eden hastalık tanısı alınması ile başlamaktadır.

Palyatif bakım hedefi ise hastalar tarafından yaşanan fiziksel, psikososyal ve ruhsal belirtilerin ortadan kaldırılmasına ilaveten ailelerin acılarını dindirmek olarak ifade edilmektedir.

Uzm. Dr. Murat ALTUNTAŞ
İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma
Hastanesi Aile Hekimliği Bölümü
Başasistanı

**Yazışma Adresleri /Address for
Correspondence:**

Uzm. Dr. Murat ALTUNTAŞ
İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Aile Hekimliği Bölümü
Merkez mahallesi, Mimar Sinan
caddesi, 6. Sok Bağcılar/İstanbul

Tel/phone: +90 530 561 87 03
E-mail: murataltuntas@yahoo.com

Anahtar Kelimeler:

Palyatif bakım, semptom

Keywords:

Palliative care, symptom

Geliş Tarihi - Received
13/03/2016

Kabul Tarihi - Accepted
14/04/2016

Amerikan Tıp Enstitüsüne göre ise; Palyatif bakımın odağı kür sağlamaksızın hastalığın semptomlarını önleme, din-dirme, azaltma veya yatıştırma. Geniş anlamda ise; ölmekte olanlarla sınırlı kalmayarak hasta yakınlarının duygusal ve dinsel ihtiyaçlarına ilaveten uygulamaya ait gereksinim ve hedefleri de dikkate alır (3).

Tarihçe

Palyatif bakım uygulamaları ilk olarak 11.yy'da ortaya çıkmıştır. Bunlar yolculuk esnasında ölümcül hastalığa yakalananların tedavi edilmesi amacıyla kurulmuş, din kökenli gönüllü hareketleridir. İlk palyatif bakım ünitesi 1842 yılında Fransa'da kurulmuştur. Daha sonra İngiltere'de 1967 yılında, Kanada'da 1975 yılında ve Almanya'da 1983 yılında palyatif bakıma yönelik merkezler kurulmaya başlanmıştır. Ülkemizde ise Türk Onkoloji Vakfı tarafından İstanbul Yeşilköy'de kurulan "Kanser Bakımevi" 1993-1997 yılları arasında hizmet vermiştir. 2006 yılında Hacettepe Onkoloji Hastanesi tarafından 120 odalı eski bir Ankara evi alınarak restore edilip "umut evi" olarak açılmıştır. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından yayınlanan "2009-2015, Ulusal Kanser Kontrol Programı"nda palyatif bakım programı da tanımlanmış, kurumsallaşma yolunda hedefler belirlenerek bir yol haritası çizilmiştir. Ancak bu merkezlerin kurulması asıl 2012-2013 yıllarında ivme kazanmıştır (4).

Her insan yaşamının son evresinde iyi bakılmak ve acısız bir şekilde ölmek ister. Bir insanlık hakkı olan yaşam sonu bakım sağlık kalitesinin bir göstergesi olarak kabul edilir. Palyatif Bakım yaşam süresinden çok yaşamın niteliğiyle ilgilenir. Ölüm yaklaştıkça hastayı ve aileyi rahatlatıcı önlemler yoğunlaştırılır ve hastanın kaybindan sonra ise ailenin yas sürecinde desteklenmesine odaklanılır.

Palyatif Bakım multidisipliner ve interdisipliner bir yaklaşım olması dolayısıyla ekip çalışmasını gerektirir. Ekip içinde kimlerin bulunduğunu Tablo 1'de görebilirsiniz.

Tablo 1. Palyatif Bakım Ekibi

| |
|--|
| Doktor |
| Hemşire, hasta/yaşlı bakım elemanı |
| Terapist (fizyoterapist, psikoterapist, konuşma terapisti...vb.) |
| Eczacı |
| Psikolog/Onkopsikolog |
| Diyetisyen |
| Sosyal Hizmet Uzmanı |
| Din adamı, din psikoloğu, manevi bakım uzmanı |
| Gönüllüler, Sivil Toplum Kuruluşları |

Hastaların palyatif bakıma gereksinim duymalarındaki başlıca neden, hastalık sürecinde karşılaştıkları hafif, orta ve ciddi seviyelerde deneyimlenen semptomlardır. Sıklıkla izlenen bu semptomlar, hastaların yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir. Bu semptomlar arasında; ağrı, bulantı, kusma, yorgunluk uyku problemleri, iştahsızlık, kilo kaybı, nefes darlığı, ishal, kabızlık, sinirli, kaygılı ve kızgın olma

hali (anksiyete), üzüntülü ve kırgın hissetme (depresyon), bilinç bulanıklığı (deliryum) en sık görülenlerdendir. Tablo 2'de sıklıkla karşılaşılan semptomları görebilirsiniz.

Tablo 1. Palyatif Bakım Hastalarında Sık Karşılaşılan Semptomlar (6.7)

| Ağrı | Nefes darlığı | Vücut ödemi | Bulantı /kusma | Dışkı kaçırma |
|------------------|----------------|---------------|----------------|-----------------|
| İştahsızlık | Tremor | Bayılma | Yutma güçlüğü | Aşırı zayıflama |
| Ağızda kötü tat | Huzursuzluk | Öksürük | Hazımsızlık | Kaşıntı |
| Ağızda yara, aft | Halsizlik | Hareketsizlik | Unutkanlık | Hıçkırık |
| Baş dönmesi | İshal/kabızlık | Ağız kuruluğu | İdrar kaçırma | Depresyon |

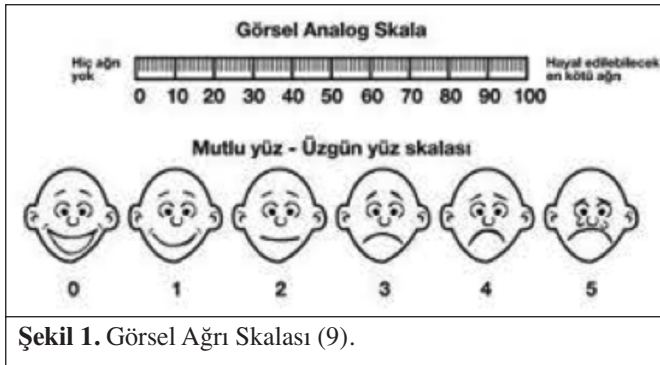
Palyatif bakımın ilk amacı hastaların yaşadıkları bu semptomların kontrol altına alınması ve etkili bir şekilde yönetilmesi olmalıdır.

Palyatif Bakımda Semptom Yönetimi

• Ağrı ve yönetimi:

Ağrının pek çok tanımı olup; Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (IASP) tarafından yapılan tanımlamaya göre, vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan, organik bir nedene bağlı olan ya da olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleri ile ilgili, duysal özellik gösteren, hoş olmayan bir duygu olarak tanımlanmıştır (5). Ayrıca ağrı, doku hasarının bilinçsiz olarak farkına varılması olarak da tanımlanabilmekte, palyatif bakım şartlarında ise altın standart; Margo McCaffery'nin tanımıyla "Ağrı, hasta ne tanımlıyorsa odur" şeklinde kabul edilmektedir. Daha açık bir ifadeyle yaşanan ağrı kişiye özgüdür ve kişiye özel olarak tedavi edilmelidir. Ağrının periyodik aralıklarla değerlendirilmesi ve tedavinin bu değerlendirmeler ışığında gözden geçirilmesi palyatif bakımın önemli bir parçasıdır.

Ağrının tipi ve şiddetini tespit amacıyla ağrı değerlendirme formları kullanılır ve bu doğrultuda tedavi planlanır. Ağrının değerlendirilmesi aşamasında özellikle tipi, şiddeti, yayılımı, uyarıcı faktörler gibi hususlar mutlaka irdelenmelidir. Değerlendirme aşamasında en basit ve uygulaması en kolay olan test görsel ağrı skalası (Visual Analog Scala:VAS) olup, ağrı değerlendirmesinin en kısa zamanda yapılabilmesi bu test ile mümkün olabilmektedir. Bu test sayısal olarak ölçülemeyen değerleri sayısal hale çevirmek için kullanılır. 100 mm lik bir çizginin iki ucuna değerlendirilecek parametrenin iki uç tanımı yazılır ve hastadan bu çizgi üzerinde kendi durumunun nereye uygun olduğunu bir çizgi çizerek veya nokta koyarak veya işaret ederek belirtmesi istenir. Ağrının hiç olmadığı yerden hastanın işaretlediği yere kadar olan mesafenin uzunluğu hastanın ağrısını belirtir. Bu test çok uzun süreden beri uygulanan, kendini kanıtlamış ve tüm dünya literatüründe kabul görmüştür (8, 9). Testi Şekil 1'de görebilirsiniz. Üstteki şekil erişkin, alttaki ise çocuklar için oluşturulmuştur.

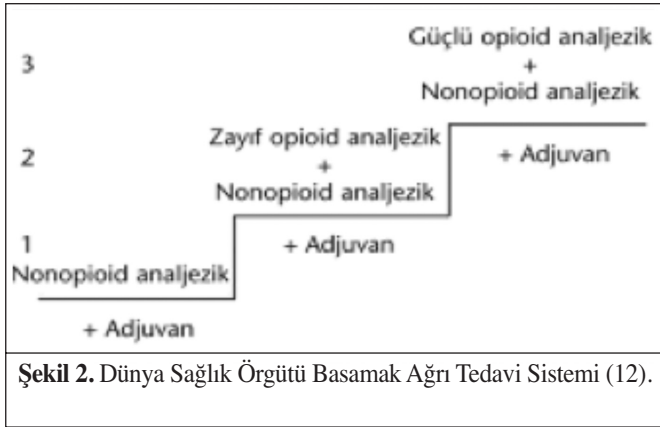


Şekil 1. Görsel Ağrı Skalası (9).

Ağrı nöropatik olabileceği gibi nosiseptif bir karakterde de olabilir. Nöropatik ağrı santral ya da periferik sinir sisteminin anormal işlevi sonucu görülebilirken, nosiseptif tip ise duysal reseptörler ve sinirler yoluyla algılanır (10,11)

Ağrı tedavisinde farmakolojik tedavi haricinde invazif ve farmakolojik ve invazif tedavi yöntemleri harici olmak üzere farklı tedavi şekilleri uygulanabilir.

Ağrının farmakolojik tedavisinde Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) basamak sistemine göre tedavisi önerilmektedir (Şekil 2).



Şekil 2. Dünya Sağlık Örgütü Basamak Ağrı Tedavi Sistemi (12).

Şekilde 2'de de görüldüğü gibi birinci basamakta non-opioid analjetikler yer alır (Tablo 3) (13). Bu ilaçlar ile sonuç alınmıyor ise; ikinci basamağa geçilerek tedaviye zayıf opioid ilaçlar ile devam edilir (Tablo 4) (12,14). Buna rağmen ağrıda bir azalma olmaması durumunda ise üçüncü basamak olan güçlü opioid tedaviye geçilir (Tablo 5) (13,15). Her basamakta analjetiklerin etkisini arttıran adjuvan ilaçlar eklenebilir (Tablo 6) (13,15)

Analjetik kullanımında öncelikle oral yol kullanılmalı, kişiye özgü doz ayarlaması yapılmalı, yan etki profilaksisi ve tedavisi uygulanmalıdır. Akut ağrı krizlerinde ise parenteral, yol tercih edilmelidir.

Opioidlerin kabızlık, bulantı-kusma, sedasyon ve solunum depresyonu gibi yan etkilerine karşı dikkatli olunmalı ve bu doğrultuda tedavi yönetimi gerçekleştirilmelidir.

İnvazif ağrı tedavisinde ise etiyolojiye yönelik çeşitli yöntemler uygulanabilir. (Sinir blokları ve Ablatif teknikler gibi.)

Non-invazif, non-farmakolojik tedavi yöntemleri arasında ise akupunktur, hipnoz, meditasyon...vb. yöntemler sayılabilir. Bu yöntemler tek başına uygulanabileceği gibi farmakolojik tedavi ile birlikte de uygulanabilir.

• Bulantı-kusma ve beslenme bozuklukları:

Bulantı-kusma hastanın hastalığına bağlı olabileceği gibi uygulanan tedavi yöntemlerine bağlı olarak da görülebilir. Farmakolojik tedavi etiyolojiye göre planlanmalı ve antiemetik ilaçlar etki mekanizmalarına göre seçilmelidir. Bu amaçla antihistaminikler, prokinetik ajanlar, kortikosteroidler ve dopamin-serotonin antagonistleri kullanılabilir. Bu preparatlar kombine edilebileceği gibi kombinasyon yerine farklı reseptörler üzerinden etki eden ikinci basamak geniş spektrumlu anti-emetik olan levomepromazin tercih edilebilir (13).

Tablo 3. Non-opioid ilaçlar, uygulama yolları, dozları ve endikasyonları (13).

| İlaçlar | Sınıf | Uygulama yolu | Tek doz (mg) | Maksimum doz (mg/gün) | Endikasyon (ağrı) |
|--------------|-----------------|--------------------|------------------|-----------------------|-----------------------|
| Parasetamol | Asetaminofen | PO, IV, rektal | 500 | 1500-2000 | Visseral, somatik |
| Metamizol | Pirazolon | PO, rektal | 500-1000 | 7500 | Visseral |
| İbuprofen | NSAİİ | PO, rektal | 400-800 | 2400 | Somatik (muskülosk)** |
| Diklofenak | NSAİİ | PO, rektal, IM, SC | 50-100 PO/rektal | 150 | Somatik (muskülosk)** |
| Selekoksisib | COX-2 inhibitör | PO | 100-200 | 400 | Somatik (muskülosk)** |

PO: Oral, IV: İntravenöz, IM: İntramuskuler, SC: Subkütan, NSAİİ: Non-steroid antiinflamatuar ilaç, ** Özellikle Kas-iskelet sistemi kaynaklı ağrılarda

Tablo 4. Zayıf opioid ilaçlar, uygulama yolları ve dozları (12,14)

| Aktif ilaç | Uygulama yolu | Başlangıç dozu (tek ilaç) (mg) | Maksimum doz (mg/gün) | Not |
|------------|------------------------|--------------------------------|-----------------------|----------------------------|
| Kodein | PO, IM, IV, SC | 10-15-30-60 x 4 | 120 | Yaşa, hastalığa göre titre |
| Tramadol | PO, IV, IM, SC, rektal | 25-50-100 x 2-3, 10-20 mg/saat | 300-400 | SSRI ile verilmemelidir |
| Kod/Par | PO, SC | 30/500 x 4 | 120/2000 | Yaşa, hastalığa göre titre |
| Tram/Par | PO, SC | 37.5/325 x 4 | 150/1300 | Yaşa, hastalığa göre titre |

PO: Oral, IV: İntravenöz, IM: İntramuskuler, SC: Subkütan, Kod/Par: Kodein/Parasetamol, Tram/Par: Tramadol/Parasetamol, SSRI: Selektif Serotonin geri alım inhibitörü

Tablo 5. Güçlü opioid ilaçlar, uygulama yolları ve dozları (13,15)

| Aktif ilaç | Uygulama yolu | Başlangıç dozu (tek ilaç) | Not |
|---------------|--------------------|--|--|
| Morfin | PO, IV, SC, rektal | IV: 2 mg, SC: 5 mg, PO: 10 mg sürekli salınım 2 x 20, 2 x 30 mg | SC/IV'den oral uygulamaya dönüşüm oranı 1/2, 1/3 |
| Buprenorfin | SL, TD, IV | SL: 3-4 x 0.2 mg, TD: 35 µg/saat | |
| Fentanil | TM, SC, IV, TD | TD: 25 µg/saat, TM: 200 µg | |
| Fentanil paç | TD | Sürekli salınım 25, 50, 75 µg/saat | 3 günde bir flaster |
| Meperidin | PO, IM, IV | PO: 300 mg, IM: 75 mg, IV: 50 mg | x 3-4 |
| Metadon | PO, IM, IV, SC | PO: 2.5-10 mg, IM, IV, SC: 5 mg | PO: x 2-8, IM, IV, SC: x 4-8 |
| Hidromorfon | PO, SC, IV | PO: 1.3 mg, SC: 0.5 mg sürekli salınım 2 x 4 mg | SC/IV'den oral uygulamaya dönüşüm oranı 1/2 |
| Oksikodon | PO | PO: 10 mg (sürekli salınım) | |
| Hidroksikodon | PO | 30 mg | x 6-8 |

PO: Oral, IV: Intravenöz, IM: Intramuskuler, SC: Subkütan, TD: Transdermal, TM: Transmukozal, SL: Sublingual

Tablo 6. Adjuvan, koanaljezik ilaçlar, uygulama yolları ve dozları (13,15)

| Aktif ilaç | Uygulama yolu | Başlangıç dozu (tek ilaç) (mg) | Maksimum doz (mg/gün) | Not |
|-------------------|---------------|--------------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| Karbamazepin | PO | 2 x 100 | 800-1200 | Dikkatli takip |
| Gabapentin | PO | 3 x 100 | 2400-3600 | 1-3 hafta içinde doz ayarı |
| Pregabalin | PO | 2 x 50-75 | 300 | 3-4 günde bir doz ayarı, GD |
| Klonazepam | PO | 3 x 0.1-0.3 | 2-4 | Etki başlangıcı 1 gün |
| Amitriptilin | PO | 10-25 | 150 | GD |
| Kortikosteroidler | PO, IM, IV | DD | DD | Diğer ilaçlara ek |

PO: Oral, IV: Intravenöz, IM: Intramuskuler, GD: Gece dozu, DD: Düşük doz

Opioid kaynaklı bulantı-kusmada haloperidol etkili iken metoklopramid de kullanılabilir. Kemoterpiye bağlı bulantı-kusmada ise kortikosteroidler yararlıdır (16).

Bulantı-kusmayı azaltmak amacıyla beslenme şeklinin kişiye bağlı olarak değiştirilmesi denenebilir. Yapay beslenme ise en son tercih edilmesi gereken yarar-zarar ilişkisi iyi irdelenmesi gereken bir yöntemdir (17).

• Kabızlık:

Sıklıkla opioidlerin, antikolinergik ilaçların, kalsiyum kanal blokerlerinin ve beslenme yetersizliğinin bir sonucudur. Organik bir neden yoksa semptomatik tedavi uygulanır (Tablo 7).

• Nefes Darlığı:

Hastalara en sık ölüm duygusunu yaşatan ve anksiyeteye sebep olan semptomdur. Akciğer enfeksiyonu, plevralefüzyon, pulmoneremboli gibi sebepler harici derin anemi, metabolik bozukluklar, solunum kasları paralizisi, kalp, akciğer ve böbrek yetmezliğine sekonder olarak da görülebilir. Tanıda iyi bir anamnez, fizik muayene ve radyolojik tetkikler harici özellikle efüzyon için hasta başı ultrasonografi kullanılabilir. Bu doğrultuda tedavi de nedene yönelik olacak şekilde planlanmalıdır (13).

Semptomatik rahatlama için en etkili yöntem opioid kullanımıdır. Yüksek karbondioksit düzeylerine santral ya-

Tablo 7. Konstipasyondasemptomatik tedavi (16).

| İlaç grubu | Aktif ilaç |
|------------------------|---|
| Prokinetik ajanlar | Metoklopramid |
| Uyarıcı laksatifler | Bisakodil, senna alkaloidleri, kayısı, erik suyu |
| Ozmotik laksatifler | Magnezi kalsin, sorbitol, mannitol, laktuloz, fenolfitaleyn |
| Deterjan laksatifler | Dokusat |
| Kayganlaştırıcı yağlar | Gliserin |
| Volüm artırıcı lavman | Su, sabunlu su, tuzlu su |

ntı azaltarak etkilidirler. Bu amaçla hızlı etkili 5-10 mg. oral, 2,5-5 mg. subkutan ya da 1-2 mg. intravenöz morfin uygulanır. Ayrıca panik atak ve anksiyeteyi kontrol altına alabilmek amacıyla da Kısa etki süreli benzodiazepinler ve nöroleptikler de kullanılabilir. Kortikosteroidler de bronkodilatatör, antiödem, antienflamatuvar etkileri ile yararlı olabilir. İlâveten postural drenaj, oda havasının nemlendirilmesi, pozisyon değişikliği, bronkodilatatör, mukolitik, antienflamatuvar ajanlar ve oksijen tedavisi de uygulanabilir (16).

• Dolaşım bozukluğu ve ödem:

Ödem en sık nedeni, özellikle ilerlemiş hastalıklarda hi-poalbuminemiyesekonderonkotik basınç azalmasıdır (16). Sebebe yönelik olarak tedavi planlanmalı ve bu doğrultuda önlemler alınmalıdır.

• Kaşıntı:

En sık böbrek ve karaciğer yetmezliklerinde üre, bilirubin başta olmak üzere biriken metabolitlerin reseptörleri uyarımından kaynaklanır. Altta yatan hastalığın tedavisi yapılır, antihistaminikler, topikalantipruritik ilaçlar kullanılır (18).

• Halsizlik, yorgunluk:

Çoğunlukla nedeni belli olmamakla birlikte özellikle ilerleyici vasıftaki hastalıklarda sıklıkla izlenen bir semptomdur. Düşük doz steroid tedavisi kısa vadede düzelme sağlayabilir.

• Ağız kuruluğu:

Oral alımın azalması ile ortaya çıkan dehidratasyon ağız kuruluğuna yol açabilir ve rehidratasyon terminal bakım verilen hastalarda semptomları düzeltilmez. Ağız kuruluğu hastalarda dilde yanma, tat duyusunda azalma, yutma ve konuşmada güçlük gibi yakınmalara yol açabilir (19).

Ağız kuruluğu özellikle yaşlı hastalarda sık görülen bir semptomdur. Dehidratasyona ilaveten kanser hastalarında baş ve boyna radyasyon tedavisi almış olmak, ileri yaş, ağızdan nefes almak ağız kuruluğu yapan diğer sebepler arasında sayılabilir. Ağız mukozasının nemlendirilmesi hastanın rahatlamasını sağlar.

• Anksiyete, Delirium:

Palyatif bakım hastaların %40'ında deliriumsendromu gelişir. Bu sendroma metabolik dengesizlik, kullanılan ilaçlar, dehidratasyon, enfeksiyon, ileri yaş, ensefalopati gibi nedenlere bağlı izlenebilir. Dolayısıyla altta yatan sebep yönelik tedavi planlanmalıdır. Metabolik sorunlar ve varsa sıvı dengesizlikleri düzeltilmeli, enfeksiyon ve hipoksi düzeltilmeli, kullanılan ilaçlar ve dozları yeniden gözden geçirilmelidir.

Hastaların çoğu geleceğin belirsizliği ve yaklaşan ölümlerle ilgili korkulardan, geride bıraktıklarının yaşayacakları duygusal, sosyal ve maddi zorluklardan dolayı anksiyete içindedir. Bu durumda hem hasta hem de hasta yakınıyla iletişim kurmak üzere ekibe ciddi görevler düşmektedir. Müzik tedavisi, gevşeme teknikleri, manevi destek, hipnoz gibi non-farmakolojik teknikler denenebilir. Akut durumlarda ya da sözel iletişim kurulamadığında ilaç tedavisi uygulanmalıdır. Lorazepam 0.5, 1, 2.5 mg, sekiz saatte bir ya da midazolam 2.5, 5, 10 mg, tek doz olarak uygulanabilir. Antidepresanlar (serotonin geri alım inhibitörleri, trisiklik) terminal dönem öncesi hastalarda, kronik anksiyetede ve uzamış yasta oldukça faydalıdır. Manevi destek de önemlidir ve hastaların bu istekleri karşılanmalıdır (16,20,21).

Kaynaklar

1. World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care. WHO, Geneva: 1990.

- World Health Organization. Definition of Palliative Care. Available at: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/print.html> (Erişim Tarihi: 18.Ocak.2016)
- Puchalski CM, Kilpatrick SD, McCullough ME, et al. A systematic review of spiritual and religious variables in Palliative-Medicine, American Journal of Hospice and Palliative Care, Hospice Journal, Journal of Palliative Care, and Journal of Pain and Symptom Management. Palliat Support Care 2003; 1(1): 7-13.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İzmir İli Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, Palyatif Bakım Tarihçesi, İnternet Erişimi: <http://www.igkh.gov.tr/ContentViewer.php?id=234> (Erişim Tarihi: 22.Ocak.2016)
- Chapman CR, Casey KL, Dubner R. et al. Pain measurement, an overview. Pain 1985; 22: 1-31
- McKee DD, Chappel JN. Spirituality and medical practice. Journal of Family Practice 1992; 35: 201-208.
- Borasio GD. Translating the World Health Organization definition of palliative care into scientific practice. Palliat Support-Care 2011; 9: 1-2.
- Wewers ME, Lowe NK. A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena. Research in Nursing & Health 1990; 13: 227-236.
- Türk Nöroşirürji Derneği-Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi Grubu, Visüel Analog Skala Değerlendirmesi, İnternet Erişimi: <http://www.spinetr.com/Uploads/files/skor/VizuelAnalogSkala.pdf> (Erişim Tarihi: 24.01.2016)
- Köknel Talu G. Ağrılı hastanın değerlendirilmesi. Erdine S (editör). Ağrı. 3. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2007:61-9.
- Argoff C. Mechanisms of pain transmission and pharmacologic management. Curr Med Res Opin 2011; 27: 2019-2031.
- Zeppetella G. The WHO analgesic ladder: 25 years on. Br J Nurs 2011;20:S4-S6.
- Klein C, Lang U, Bükki J, Sittl R, Ostgathe C. Pain management and symptom-oriented drug therapy in palliative care. Breast Care (Basel) 2011; 6: 27-34.
- Alfano G, Grieco M, Forino A, Meglio G, Pace MC, Iannotti M. Analgesia with paracetamol / tramadol vs. paracetamol / codeine in one day-surgery: a randomized open study. Eur-Rev- Med Pharmacol Sci 2011; 15: 205-210.
- Mercadante S. Management of cancer pain. Intern Emerg Med 2010; 5: 31-35.
- Kabalak A, Öztürk H, Çağır H, Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu; Palyatif Bakım, Yoğun Bakım Dergisi 2013; 11(2):56-70
- Palecek EJ, Teno JM, Casarett DJ, Hanson LC, Rhodes RL, Mitchell SL. Comfort feeding only: a proposal to bring clarity to decision-making regarding difficulty with eating for persons with advanced dementia. J Am Geriatr Soc 2010; 58: 580-584.
- Seccareccia D, Gebara N. Pruritus in palliative care: getting up to scratch. Can Fam Physician 2011; 57: 1010-1013.
- Kinzbrunner BM, Weinreb NJ, Policzer JS. Common symptoms near the end of life. 20 Common Problems in End-of-Life Care. New York, NY: McGraw-Hill; 2002: 89-224.
- Friedlander MM, Brayman Y, Breitbart WS. Delirium in palliativecare. Oncology (Williston Park) 2004;18:1541- 50. discussion 1551-3.
- Kolva E, Rosenfeld B, Pessin H, Breitbart W, Brescia R. Anxiety in terminally ill cancer patients. J Pain Symptom Management 2011; 42: 691-701.