

## JİNEKOLOJİK KANSERLİ HASTALARDA YAŞAM SONU DÖNEM BAKIMI (HOSPİCE BAKIM)

Araş.Görv. Nesrin REİS

Doç.Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ

İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu

### ÖZET

Hospis bakım, terminal dönemdeki bir hastaya verilen bakımın bir türüdür ve terminal hastalıkların tedavisinden ziyade, ölecek olan bireyin yaşam kalitesini yükseltmeye odaklanır. Bununla birlikte, yaşamın bu son günlerinde pek çok karar verilmek zorundadır ve bu kararlar pek çok etik ikilem içermektedir.

Böyle durumlarda, etkili bir iletişim, hasta bakımının önemli bir unsurudur. Hekim, sağlık bakım profesyonelleri, hasta ve ailesi arasında iyi bir iletişim sağlama, bakımı kolaylaştıracak ve etik problemleri engelleyecektir.

**Anahtar kelimeler:** Jinekolojik kanserler, Hospis bakım, Yaşam sonu bakım, Etik ikilemler

### SUMMARY

#### *End-Of-Life Care (Hospice Care) Of Patients With Gynecologic Cancer:*

Hospice care is a type of care provided to a terminally ill patient and focuses on enhancing the dying person's quality of life rather than trying to cure the terminal illness. However, the final days of life have to be made many end-of-life decisions, this decisions involve many potential ethical concern.

These states, effective communication is the cornerstone of excellence in patient care. Ensuring good communication among the physician, health care professionals, patients, and family will facilitate care, and avoid ethical problems.

**Key words:** Gynecologic cancers, Hospice care, End-of-life care, Ethical dilemmas



## GİRİŞ

Hastalığın tedaviye cevap vermediği ve tümörün pek çok organa metastaz yaptığı dönem, gerek hasta ve gerekse ailesi açısından zor bir dönemdir. Hasta ve ailesi açısından, aktif ya da palyatif tedavi mi? evde ya da hastanede ölüm mü? gibi önemli kararların alındığı zor bir zaman dilimidir. Hastanın prognozu kötü ve umutsuz ise, tedavisiyle ilgili kararlara mümkün olduğunca katılımı son derece önemlidir.

Kanser hastalarında yaşamın son dönemindeki bakıma verilen önem (Hospis Bakım); tarihi olarak 1960'ların ortalarında başlamış ve amaç olarak terminal dönemde bulunan hastalara disiplinlerarası kapsamlı bir bakım vermeyi hedeflemiştir. Modern hospis akımı ise, ilk St. Joseph's Hospice ile İngiltere orijinelidir ve daha sonra Birleşmiş Milletler başta olmak üzere, diğer ülkelere yayılmıştır (9). Sınırlı sayıda bulunan hospislere, meme ve prostat kanseri gibi tedavi edilemeyen ve prognoz olarak 6 ay ya da daha az yaşam süresine sahip hastalar alınmaktadır.

Hospis bakım, terminal dönemdeki hastaların tedavisine hizmet etmekten çok, yaşam için az bir zamanı kalmış bireyin, yaşam kalitesini yükseltmeye odaklanır. Hospis bakım genellikle evde verilmekle birlikte bir sağlık biriminde de verilebilir. Ev ortamındaki bakım, multidisipliner ekip tarafından verilir. Aile, programdan destek alır ve ölmekte olan hastalarının bakımına yardımcı olur. Bakımın ana unsurları; semptomların kontrolü, ağrının giderilip hastanın rahatlatılması ve psikososyal danışmanlığı kapsar (Kinzbrunner 1995, Pace 2000, Ventafridda ve ark. 1990).

**Semptomların kontrolü:** Kanser ilerlemesi ya da kanser tedavisinin lokal ya da sistemik etkileri, vücudun tüm sistemlerini güçlü bir biçimde etkileyebilir. Oluşacak bulantı-kusma, dispne, konstipasyon, bağırsak tıkanıkları, abdominal distansiyon ve asit, üriner sistem semptomları ve ödem gibi pek çok sorun, yaşamın niteliğini değiştirebilir (Berek ve ark. 1998). Anderson (1994) hastalık ilerlediğinde bakımın amacının yaşam süresini uzatmak yerine, yaşam kalitesini yükseltmeye dönüştürülmesi gerektiğini belirtir ve bunun için de ağrı kontrolü, bulantı-kusma, hidrasyon ve yorgunluk gibi semptom kontrolünün önemi üzerinde durur. Çünkü yapılan çalışmalarda, yaşamın son dönemindeki pek çok hastanın, kontrol edilemeyen semptomlar yaşadığı bildirilmektedir (Addington ve McCarthy 1995, Cocle 1990). Ventafridda ve ark. (1990) çalışmalarında, terminal dönemde bulunan ve evde bakım alan 120 hastadan %50'sinin kontrol altına alınamayan semptomlar ve ağır sedasyonlarla öldüğünü saptamıştır. Bu hastalar için, en rahatsız edici semptomların ise dispne ve ağrı olduğu bildirilmiştir. Bu konuda Cocle ve ark.'nın (1990), yaptıkları çalışma sonuçları da benzer sonuçlar sergilemekte ve



çalışma sonuçlarında, terminal dönemdeki 90 kanser hastası için en rahatsız edici sorunun ağrı ve dispne olduğu belirtilmektedir. Hemşirelerin semptom kontrolünde otonomileri giderek artmaktadır. Semptom kontrolü, hasta bakımında yaratıcı olma ve hastaların yaşam kalitesinde önemli farklılıklar yaratabilme olanağı sağlayan bir alandır.

**Ağrı kontrolü:** Kanser ağrısı, hastalık sürecine ya da kanser tedavisine bağlı olarak ortaya çıkabilir. Doğrudan tümörün neden olduğu ağrı, kemik metastazları, sinir basısı ya da infiltrasyonu ve bağırsak gibi içi boş organların tıkanması gibi değişik nedenlere bağlı olarak gelişebilir (Berek ve ark. 1998). Rummans ve ark.'nın (1998) bu konuda yaptıkları bir çalışmada, jinekolojik kanserli hastalar için en rahatsız edici sorunun ağrı olduğunu ve bu ağrının, yaşam kalitesinin tüm boyutlarını etkileğini belirtilmektedirler. Kanser tanısı ve hastalık süresince bireylerin %30-%40'ı orta ile ciddi düzeyde ağrı yaşamakta, ilerlemiş kanserli bireylerde ise bu insidans %70-90 arasında değişmektedir. Kanser ağrısı yaşamın son döneminde, özellikle de son haftasında bulunan hastalar için, yaşam kalitesini etkileyen en ızdırap verici sorundur. Addington-Hall ve McCarthy' (1995), evde ya da hastanede ölen 2000 hasta yakını ile görüşmüşler ve bu hasta yakınlarının, 'Ölen bir hasta için en rahatsız edici sorun ağrıdır.' şeklinde düşüncelere sahip olduğunu saptamışlardır. DeConno ve ark. (1996), yaptıkları çalışmada da yaşamının son haftasında bulunan ve palyatif bakım alan hastalar için, en şiddetli sorunun ağrı ve dispne olduğunu bildirmişlerdir. Bu nedenle, kontrolsüz kanser ağrısı hasta ve ailesi için en korkutucu semptomdur (Miaskowski 1996, Ventafridda ve ark. 1990).

**Ağrı kontrolü;** özellikle kanser ağrısının kontrolü, klinik uygulamalarda karşılaşılan önemli bir sorundur. Ağrı yönetimi konusunda bilgi yetersizliği, sağlık organizasyonları içersinde ağrı yönetiminin kalitesini değerlendirecek rehberin yokluğu, ağrı kontrolü için 'ideal' analjeziğin olmayışı ve analjezik ilaçların tolere edilemeyecek yan etkilerinin olması, ağrı yönetimi geliştirmede büyük engeller yaratmaktadır. Etkili bir ağrı yönetimi için güncel bilgi, beceri ve uygulamaları kullanmak, kanserli hastaya bakım veren tüm profesyonellerin etik bir sorumluluğudur. Ağrı kontrolünde hedef, yalnız ağrının giderilmesi değil aynı zamanda hastanın normal yaşam niteliğini de sürdürebilmesidir (Kav 2002). Değişik ağrı kontrol yöntemleri bulunmasına rağmen kullanılan yöntemler, farmakolojik ve nonfarmakolojik olmak üzere iki gruba ayrılır. Farmakolojik ağrı kontrolü, analjezik kullanımını ve analjeziklerin etkisini güçlendiren ya da hastanın ağrı algısını, ruh halini etkileyen diğer ilaçların kullanımını içerir. Farmakolojik olmayan yaklaşımlar ise davranışsal teknikler, radyoterapi, cerrahi, nörolojik ve nöroşirürjik girişimler ve rahatlığı sağlamak için yapılan hemşirelik uygulamalarıdır. Kanser ağrısının karmaşık yapısı nedeniyle, ağrı kontrolünün başarılı olmasında genellikle kombine tekniklerin kullanılması gereklidir (Kav 2002, Miaskowski 1996).





**Kanser ağrısının kontrolünde plasebonun yeri:** Plasebo, klinik araştırma çalışmalarında farmakolojik ilaç veya tedavinin uygunluğunu test etmek amacıyla kullanılan inaktif maddelerdir (SF enjeksiyonları gibi). Amerikan Onkoloji Hemşireliği Birliği, plaseboların kanser ağrısının kontrolü ve değerlendirilmesi için kullanılmaması gerektiğini bildirmiştir. Bunun yanında, kanser ağrısını değerlendirme veya rahatlatmada, ağrının gerçek olup olmadığının değerlendirilmesinde ve ağrı ile ilişkili anksiyete gibi psikolojik semptomların tanısında kullanımını kesinlikle yasaklamıştır. Bu tür durumlarda hemşire tıbbi istem olsa dahi plasebo uygulamamalıdır (Kav 2002).

Hasta ve ailesine yaklaşım; Yaşamının son döneminde bulunan bir hasta için bakımda hedeflenebilecek başka bir şey kalmasa bile onkoloji ekibi, hastanın huzur içinde ölmesi için sürekli bakımı sağlamalıdır. Ekip, ölüme yakın hastalar için en korkutucu olan ağrı, nefes alamama, bulantı ve kusma gibi semptomları hafifletmeye yönelik girişimleri planlamalıdır (Merrouche ve ark. 1996). Kendisi ile ilgili kararlara katılımı konusunda hasta desteklenmeli, yapılacak uygulamalarla ilgili karar ve yargılar hastayla paylaşılmalıdır. Bu dönemde acil resusitasyonu uygulaması, hastanın yaşatılmasında çok etkili değildir. Buna rağmen 'Resusitasyon uygulanamaz' kararı genellikle ertelenir. Çünkü hastaların birşeylerin başarılabilmesine ve yaşama tekrar geri dönebileceğine yönelik olağan üstü inaçları olabilir. Aile bireyleri ise bazen, anksiyete, suçluluk ve baskıdan etkilenerek 'herşey yapılmalı' diye ısrarcı davranabilir ya da tamamen tersi bir yaklaşım da sergileyebilirler (Hoskins 1997, Merrouche ve ark. 1996).

Ölümü yaklaşan kadın, genellikle düşüncelerini yaşamındaki olayları ve ilişkileri yeniden değerlendirmeye yoğunlaştırır. Güvendiği ve yakın olduğu kişilere teslim olmak, sınırlı yaşamında sevdikleriyle vedalaşmak, onlara teşekkür etmek gibi planları olabilir. Onkoloji ekibi, hastaların kalan yaşamlarının memnuniyeti için, anlamlı kişisel aktiviteler seçmesi ve gerçekçi planlar yapması için onlara yardımcı olabilir. Örneğin, 60 yaşında fallop tüpü kanseri bir kadın, yetişkin iki kızından kendisini yakın dağlara kısa bir gezinti yaptırmalarını istemekten çekiniyordu. Çünkü böyle bir istek için hem kendisi çok hasta hem de kızları aşırı meşguldü. Fakat bu istek onkoloji ekibi tarafından kızlarına iletildi ve kızları hemen bir gezi planladı. Semptomların yönetimi için, sağlık ekibinin rehberliğinde bu imkan hastaya sağlandı ve hasta eve döndükten bir kaç gün içersinde öldü. Bunun yanısıra pek çok kadın isteklerini tamamlamak ve ona ait değerli şeyleri vereceği kişileri belirlemek ister. Örneğin over kanseri genç bir kadın, elmas düğün yüzüğünün, 5 yaşındaki oğlunun gelecekteki eşine verilmek üzere saklanmasını eşinden istedi (Hoskins ve ark. 1997).



Hasta öldükten sonra da aile bireyleri sağlık ekibi ile iletişimlerini sürdürme ihtiyacı hisseder. Aile bireyleri ölümü beklemlerine rağmen yine de hastalarının durumunu ve uygulanan tedavileri tekrar değerlendirme ihtiyacı duyabilirler. Çünkü hasta yakını için, hastasının iyi kalitede bakım aldığını bilmek önemlidir. Bu dönemde çocukların, özel bir yardım ve desteğe gereksinimleri vardır. Annelerinin ölümüne alışmaları ve kabullenmeleri oldukça zor olacak ve zaman alacaktır. Bu süreçte hemşireler, ailelere mümkün olduğunca yardımcı olmalıdır (Merrouche 1996).

### **Yaşam Sonu Bakımına Yönelik Kararlar**

Bir kişi yaşamının sonuna geldiği zaman, pek çok kararın verilmesi gerekir. Bu kararların en önemlileri, almak istenilen bakımın süresi ve tıbbi tedavinin türü ile ilgilidir. Böyle bir dönemde, hasta ve ailesinin isteklerinin planlanması ve tartışılması önemlidir. Bazen bu tür kararlar için hasta yeterince bilinçli olmayabilir. Bu gibi durumlarda, hastanın isteklerini belirten yazılı belgelere de yasal olarak saygı duyulması beklenir. Bazı insanlar, ölüm sürecinin uzamasını istemiyorlarsa, yaşamı uzatıcı bazı tedavi türlerini almayabilirler ya da bir kısmını azaltabilirler. Bu her bireyin en doğal hakkıdır. Yaşamı destekleyici tedavi yaklaşımlarından bazıları aşağıda tanımlanmıştır (Pace 2000):

**Kalp-Akciğer Canlandırması (Kardiyopulmoner resusitasyon-CPR):** Bir kişinin kalbi durmuşsa ve nefes alamıyorsa, birey CPR istesin ya da istemesin sağlık bakım profesyonelleri CPR kullanarak onu geri döndürmeye çalışırlar. Eğer kişi terminal dönemdeki bir hastaysa, bu uygulama başarılı olmaz.

**Solunum Desteği (Artificial breathing):** Eğer bir hastanın akciğerleri düzenli olarak çalışmıyorsa, onun nefes alıp vermesi ventilator ile sürdürülebilir.

**Beslenme Desteği (Artificial feeding):** Birey beslenemediği zaman, onu beslemek için farklı yöntemler vardır. Bu yöntemler, burundan ya da batın duvarından direkt mideye yerleştirilen tüpler aracılığı ile besin maddelerini ve sıvıları direkt olarak mideye ulaştırılması ya da ven içine yerleştirilen bir kateter ile sıvı besinlerin bireye verilmesidir.

Yaşamının son döneminde bulunan her hastanın, yaşamı destekleyici tedavileri isteme ya da istememe hakkı vardır. Ne yazık ki pek çok hospise ünitesinde bu tedaviler rutin olarak uygulanmakta, çoğu zaman hastalar tedavilerine dahil edilmemekte ve istekleri gözardı edilmektedir. Bu konuda Brown ve ark. (1994), 108 jinekolojik kanserli hasta ile yaptıkları bir çalışmada, hastaların büyük çoğunluğunun yaşamın son döneminde evlerinde bakım almak



istediklerini, %90'nın ventilatör desteği, %34'nün cerrahi girişim ve %37'sinin beslenme desteği almak istemediklerini saptamışlardır. Hastayla durumunu açıkça konuşmak ve mümkün olduğunca kararlara katmak, hastaya kalan zamanını maksimum derecede planlama ve bireysel ihtiyaçlarını yerine getirme fırsatını verir. Bu dönemde uygulanacak tedaviler, ölüm sürecinde güçlük ve rahatsızlık yaratacaksa mümkün olduğunca azaltılmalı ve hastanın huzur ve güven içinde ölmesi sağlanmalıdır (Hoskins ve ark 1997).

### **Hospise ve Palyatif Bakımdaki Etik İkilemler**

Yaşamının son döneminde bulunan bir hastanın tedavi/bakımını planlamak, jinekolojik onkolojistler açısından karar vermesi güç ve etik ikilemleri bulunan zor bir durumdur. Bu dönemde sık olarak ortaya çıkan ve etik ikilemler taşıyan durumlar aşağıda belirtilmiştir (Cocle ve ark 1990, Kinzbrunner 1995, Ventafridda 1990):

Etik ikilem: hastanın prognozu nasıl belirlenecek? Hospise programları tarafından sunulan hizmetler, yaşamının son döneminde bulunan hastalar ve aileleri için son derece faydalıdır. Buna rağmen son dönemde yapılan çalışmalar göstermiştir ki, hastalar hospise hizmetlerinden yeterince yararlanamamakta ya da kısa süreli hizmet almaktadır. Bunun değişik nedenleri bulunmaktadır. Bir neden, bu ünitelerin sınırlı sayıda bulunmasıdır. Diğer bir neden ise, hospise ünitelerine prognoz olarak 6 ay, ya da daha az yaşam süresine sahip hastaların alınması ve bu sürenin sağlık profesyonellerince yanlış ve subjektif olarak değerlendirmesidir. Bu nedenle 'Prognoz olarak 6 aylık bir yaşam süresine sahip' tanısı ile hospislere alınan çoğu hasta, yalnızca 2-3 ay ya da daha kısa bir yaşam süresini üniteye geçirmektedir. Bu durumu önlemek için, değerlendirmeler sırasında günlük yaşam aktiviteleri, Karnofsky performans ölçme araçları gibi bir takım ölçme araçlarının kullanılması objektiflik sağlayacaktır.

Etik ikilem: kronik ağrının tedavisinde kullanılan morfin solunum merkezini deprese edip, hastanın ölümünü hızlandırmaz mı? Yaşamın son günlerinde etkili ağrı tedavisinde kullanılan morfin, hastanın solunum merkezini deprese ederek hastanın ölüm sürecini hızlandırıcı yan etkilere sahiptir. Kronik obstrüktif akciğer hastaları üzerinde yapılan çalışma sonuçları, bu hastaların aldığı oral morfinin egzersiz toleransını ve nefes alma duyarlılığını etkilediğini göstermiştir. Oysa, yaşamının son döneminde bulunan hastalar için en rahatsız edici sorunun ağrı ve dispne olduğu belirtilmektedir (Cocle ve ark 1990). Bu nedenle, ağrısı için kronik morfin alan bir kanser hastanın dispne sorunu daha da şiddetlenecektir.

Etik ikilem: terminal dönemde bulunan hasta parenteral ya da enteral beslenme desteği almalı mı? Diğer bir etik ikilem, terminal dönemdeki



hastaların parenteral ve enteral beslenme desteği sırasında ortaya çıkar. Kanser anoreksiyası olarak da bilinen anoreksiya ve kilo kaybı, hospise merkezlerinde bulunan hastaların en yaygın sorunlarından biridir. Anoreksiya ve kilo kaybı, hastada fiziksel değişiklik yaratmakla kalmaz, aynı zamanda hasta ve ailesi tarafından sağlığın bozulması şeklinde algılanır. Bu durum hasta ve ailesinde, beslenme desteğinin sürekli sağlanmasına yönelik bir anksiyete oluşturur. Oysa kanser hastalarında, parenteral ve enteral beslenme desteği çok az başarı sağlamaktadır. Son çalışmalar nazogastrik, gastrostomi tüpleri ile beslenme desteğinin, mortalite ve morbidite oranları ile ilişkili olabileceğini göstermiştir. Çünkü beslenemeyen ileri kanser vakalarında, tümör yayılım göstermekte ve üst gastrointestinal sistemde tıkanıklara neden olmaktadır. Böyle durumlarda hastaya uygulanan aşırı enteral beslenme desteği, potansiyel risk taşımaktadır. Bu nedenle, enteral beslenme ancak uygun hastalar için sağlanmalıdır. Palyatif ve hospis ünitelerinde bulunan hastalarla ilgili diğer bir beslenme sorunu, diyet sınırlamasında görülür. Bu ünitelerdeki pek çok hastanın, diğer tıbbi durumundan dolayı diyet sınırlaması bulunmakta ve yiyecekler hastalara üç öğün şeklinde sunulmaktadır. Bunun yerine, hastanın tercih ettiği, sevdiği yemekler, daha sık ve az miktarlarda verilebilir. Bu durum hastaya 'Evet başardım' 'Yemek yiyebildim' mutluluğunu vererek kalan yaşam süresinin kalitesini yükseltecektir.

#### Etik ikilem: hastalar yaşam sonunda parenteral hidrasyon almalı mı?

Yaşamın son bir kaç gününde IV hidrasyonun sağlanıp sağlanmaması tartışmalı bir konudur. Pek çok hastaya IV hidrasyon, hasta için yararlı ya da zararlı olup olmadığı dikkate alınmaksızın uygulanmaktadır. Hekim ve sağlık bakım verenleri, susamanın ve kuru bir ağzın neden olduğu semptomlardan rahatsız olan hastaları için endişelidir. Bu gibi durumlarda, hastalarının sıvı gereksinimi olduğunu düşünürler. Oysa yaşamın son dönemindeki parenteral sıvı uygulaması hasta için çok faydalı değildir, yalnızca hastalarına bakım veren hekim/hemşirelerin, kendilerini daha iyi hissetmeleri için faydalıdır. Çünkü yaşamın sonuna doğru, sıvı ihtiyacı azalır ve dışarıdan verilen sıvının vücut tarafından kabulü ve dağılımı zorlaşır. Verilen sıvı pulmoner ve gastrointestinal sekresyonu artırarak, ödem artışına neden olur. Akciğerlerde ve GİS de birikip hastayı rahatsız edeceğinden dolayı, rutin parenteral sıvı uygulamalarından ve hastaya çok miktarlarda sıvı verilmesinden sakınılmalıdır. Bu dönemdeki ağız kuruluşu, dikkatli bir ağız bakımı ile tedavi edilebilir.

Etik ikilem: palyatif bakım araştırmalarında kullanılan yaşam kalitesi ölçümleri hastalar için doğru veriler oluşturur mu? Yaşamının son döneminde bulunan hastaların yaşam kalitesini ölçmek oldukça zor ve etik sorunları olan bir konudur. Çünkü yaşam sonundaki pek çok hasta, şiddetli ağrısından dolayı rahatsız, yorgun ya da çoğu zaman da bilinçsizdir. Böyle bir ortamda yapılacak ölçümlerin ne kadar hedefine ulaşabileceği de tartışmalı bir



durumdur. Gerçekten kaliteli ve güvenli bir ölümün sağlanıp, sağlanamadığını belirlemek için aşağıdaki sorulara cevap verilmesi gerekir (Kinzbrunner 1995, Peruselli 1999).

- Ölüm yerini (ortamını) hasta mı seçti?
- Ölüm sırasında, hastanın yanında herhangi birisi var mıydı?
- Ölümün güvenli (huzurlu) olacağı kendisine söylenildi mi?
- Yaşamının son saatlerinde ağrısı oldu mu?
- Yaşamının son saatlerinde, hasta bilinçli iken dispneli miydi?
- Son saatlerde, hastanın bulantı-kusması oldu mu?
- Son 12 saat içerisinde, hastanın farmakolojik sedasyona ihtiyacı oldu mu?
- Yaşamı kurtarıcı prosedürler uygulandı mı?
- Ölümden önce hastanın dini ve manevi ihtiyaçları yerine getirildi mi?
- Ölümden sonra, aile bireyleri palyatif bakım ekibi ile iletişim kurabildi mi?

**Ölüm Hakkı:** Terminal dönemdeki hastanın intiharına yardımcı olmada hekimin rolü hala Dünyada tartışmalı bir konudur. Konu ile ilgili ikna edici pek çok tartışmanın, bu konuya karşı olduğu bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda, ölüm için yardım isteyenlerin, çok şiddetli ağrıların olduğu, hastalıklarının geri dönüşümü bulunmadığı ve klinik depresyonu olan bireylerde sık görüldüğü belirtilmiştir (Kinzbrunner 1995, Peruselli 1999). Cocle ve ark. (1990)'nın çalışması bu fikri desteklemektedir. Ötenazi isteyen bu hastaların, mevcut problemlerinin ya da kanserle ilişkili kayıplarının tedavisi ile bu isteklerinde bir azalma olduğu saptanmıştır.

Evde ya da hastanede, yaşamının son günlerinde bulunan hastalara bakım veren hospise/palyatif bakım üniteleri ve bu ünitelerde görev alan sağlık profesyonellerinin sorumlulukları, bu hastaları rahatsız eden semptomları kontrol altına almak ve güvenli/kaliteli ölümü sağlamaktır. Bu dönemde ortaya çıkacak etik ikilemler ise, hastanın tedavisiyle ilgili kararlara mümkün olduğunca katılımı ile engellenebilir.



## KAYNAKLAR

- Addington HJ, McCarthy M (1995). Dying from cancer: a result of a national population-based investigation. *Palliat Med*, 9:295-305.
- Anderson B (1994). Quality of life in progressive ovarian cancer. *Gynecologic Oncology*, 55: 151-155.
- Berek JS, Adashi E, Hillard PA (1998). Novak Jinekoloji. (Çev. Ed:Erk A.) Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
- Brown D, Robert SJ, Elkins TE (1994). Hard choices: the gynecologic cancer patient's end-of-life preferences. *Gynecologic Oncology*, 55:355-62.
- Cocle N, Adelhard J, Foley KM (1990). Character of terminal illness in the advanced cancer patients: pain and other symptoms during the last four week of life. *J Pain Sympt Manage*, 5:83-93.
- DeConno E, Caraceni A, Groff L (1996). Effect of home care on the place of death of advanced cancer patients. *Eur J Cancer*, 32A:1142-47.
- Hoskins NS, Perez CA, Young RC (1997). Principles and Practice of Gynecologic Oncology. 2.ed. Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia.
- Kav S (2000). Yaşam bulgusu olarak 'ağrı' kavramı. VIII. Ulusal Jinekolojik Onkoloji Kongresi, 1-5 Mayıs, Antalya.
- Kinzbrunner BM (1995). Ethical dilemmas in hospice and palliative care. *Support Care Cancer*, 3:28-36.
- Merrouche Y, Freyer G, Saltel P (1996). Quality of final care for terminal cancer patients in a comprehensive cancer cancer centre from the point of patients' families. *Support Care Cancer*, 4:163-68.
- Miaskowski C (1996). Special needs related to the pain and discomfort of patients with gynecologic cancer. *JOGNN* 1996; 25(2):181-187.
- Pace B (2000). Decisions about end-of-life care. *JAMA* 2000; 284(19):2550-53.
- Peruselli C (1999). Home palliative care for terminal cancer patients: a survey on the final week of life. *Palliative Medicine* 13(3):233-39.
- Rummans TA, Frost M, Suman VJ. Quality of life and pain in patients with recurrent breast and gynecologic cancer. *Psychosomatics* 1999). *Symptom prevalence and control during cancer patients 'last days of life'*. *J* 8; 39(5): 437-444.
- Ventafriidda V, Ripamonti C, DeConno F (1990) *Palliat Care*, 6(3):7-11.



