



Abant Tıp Dergisi

Abant Medical Journal

Abant Med J 2022;11(1):112-122



Geriyatrik Palyatif Bakım ve Hemşirelik Yaklaşımı

Geriatric Palliative Care and Nursing Approach

Özlem UĞUR^{1*} 

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Onkoloji Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Geliş Tarihi (Received): 13.06.2021

Kabul Tarihi (Accepted): 25.01.2022

Yayın Tarihi (Published): 29.04.2022

Öz

Palyatif bakım, ciddi ve yaşamı tehdit eden hastalığı olan bireylerin bakımında semptom yönetimi ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesini amaçlayan interdisipliner bir yaklaşımdır. Günümüzde yaşlı nüfus genç nüfusa göre hızla artmaktadır. Bu çoğu insanın yaşamını geriyatrik bakım yaklaşımını gerektiren fonksiyonel yetersizlik, kırılganlık ve bilişsel gerileme ile karakterize bulgularla geçiriyor olması demektir. Bu ve benzeri nedenler yaşlı bireylerin ihtiyaçlarına ve durumlarına göre uyarlanmış palyatif bakım gerekliliğini beraberinde getirmiştir. Fakat hala bu konuyla ilişkili yeterli bir kavramsal çerçeve yoktur ve tüm güçlüklerine rağmen yapılandırılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Geriatri, Palyatif Bakım, Engeller, Hemşirelik, İzlemler

&

Abstract

Palliative care is an interdisciplinary approach aimed at improving symptom management and quality of life in the care of individuals with serious and life-threatening diseases. Today, the elderly population is increasing rapidly compared to the young population. This means that most people spend their lives with symptoms characterized by functional disability, vulnerability and cognitive decline that require a geriatric care approach. However, there is still no adequate conceptual framework related to this issue and it is structured despite all its difficulties.

Keywords: Geriatrics, Palliative Care, Difficulties, Nursing, Strategies

Atıf/Cite as: Uğur Ö. Geriyatrik Palyatif Bakım ve Hemşirelik Yaklaşımı. Abant Med J. 2022; 11(1): 112-122.

Copyright © Published by Bolu Abant İzzet Baysal University, Since 2022 – Bolu

*Sorumlu Yazar (Corresponding Author): Özlem UĞUR, e-mail: ozlem.ugur@deu.edu.tr

Giriş

DSÖ'nün tanımına göre palyatif bakım; 'Yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan problemlerle karşılaşan hasta ve ailede; ağrının ve diğer problemlerin, erken tanılama ve kusursuz bir değerlendirme ile fiziksel, psikososyal ve spiritüel gereksinimlerin karşılanması, acı çekmenin önlenmesi ve hafifletilmesine yönelik uygulamaların yer aldığı ve yaşam kalitesini geliştirmenin amaçlandığı bir yaklaşımdır (1). Palyatif bakım, akut bakım yatışlarını azaltarak sağlık bakım maliyetlerini düşüren bir programdır. Topluma dayalı palyatif bakım standartları incelendiğinde; ekibin hastanın gereksinimleri hakkında bilgi sahibi olduğu ve kayıt sisteminin geliştirildiği sıkı bir iletişim, disiplinler arası koordinasyon, hastanın semptom kontrolü ve fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel gereksinimlerinin ele alınması, bakımın sürekliliği; bakım veren desteği; bakım sürecinde ve yas sürecinde doğru emosyonel destek sağlama ve yaşamın sonu (48 saati) için bir bakım protokolünün kullanılması önemlidir. Palyatif bakım desteğine zamanında ulaşım ve uygun ekip üyelerinin varlığının başarıyı arttırdığı görülmüştür (2).

Sağlık sistemini etkisi kaçınılmaz olup, palyatif bakım desteği alma konusunda yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik durum farklı uygulamaları getirmektedir. Bu nedenle dünyada palyatif bakımın gelişimi çok farklı noktalarda ve çok farklı şekillerdedir. Palyatif bakım çalışmaları genellikle genç kanser hastaları ve AIDS üzerine odaklıyken, çok az bir kısmı yaşlı/ileri yaş grubunun gereksinimlerine odaklıdır (3-4). Fakat yaşlı nüfus genç nüfusa göre hızla artmaktadır. Şu an için dünya nüfusunun %10'u 60 yaş ve üzerindedir. Bu oranın 2025 yılında %15'e, 2059 yılında ise %21'e çıkacağı beklenmektedir (2). Ülkemizde Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2020 verilerine göre 65 yaş ve üzeri nüfus oranı %9,5'tur ve bu oranın 2050 yılında %20 düzeyine ulaşması beklenmektedir (5). Ayrıca 65 yaş ve üstü yetişkinlerin kısa süreli hastane yatışları, sağlık harcamalarının %35'ini, tüm bakım günlerinin ise %48'ini oluşturmaktadır (6). Artan yaşam beklentisi ve yaşam sonu morbidite ile ilgili önemli değişiklikler, sağlık bakımı için büyük zorluklarını da beraberinde getirmiştir. Bugün Avrupa'da 50 yaşındaki bir kadın veya erkek bireyin 34 veya 29 yıl daha fazla yaşaması beklenmektedir (7). Bu çoğu insanın yaşamının son 20 yılını geriyatrik bakım yaklaşımını gerektiren artan kronik multimorbidite, fonksiyonel bağımlılık, kırılabilirlik ve bilişsel gerileme ile karakterize bulgularla geçiriyor olması demektir. Yaşlı popülasyonun sağlık bakım gereksinimleri değişkendir ve dikkatle izlenmelidir (8). Özellikle 75 yaş ve üzerindeki bireylerin %70'inde kronik kardiyovasküler hastalıklar görülürken, %30'unda solunum, gastrointestinal sistem, endokrin, kas-iskelet ve sinir sistemi hastalıkları görülmektedir (2). Bu dönemde ileri bakımın planlanması, bakım gereksinimleri ile yükleri arasındaki dengenin kurulması önemlidir (9). Bu denge yaşlının devam eden yetmezliklerine bağlı semptomları yönetmek ve sonuçlarını hastane sonrası evde izlemeyi gerektiren bir duruma dönüştürmüştür. Bu nedenler yaşlı bireylerin ihtiyaçlarına ve durumlarına göre uyarlanmış palyatif bakım gerekliliğini de beraberinde getirmiştir (10). Literatürde yaşlı bireylerin tıbbi ihtiyaçlarının kendine özgü ve gençlerden farklı, semptom kontrollerinin yetersiz olduğu, 80 yaş üstü kişilere daha az yaşamı uzatma tedavisinin başladığı, fakat yaşamı sonlandırma kararlarının ise daha sık verildiği belirtilmektedir (3,11). Aynı zamanda yaşlı yetişkinlerin palyatif bakım ihtiyaçlarının, genç yetişkinlerden önemli derecede farklılık gösterdiği vurgulanmaktadır. Yaşlı bireylerde palyatif bakımın etkin yürütülebilmesi için prisma modeli geliştirilmiştir. Prisma Modeli, yaşlı ve kırılabilir bireyler için oluşturulan bir entegre bakım modelidir. Prisma, iki veya daha fazla hizmet arasında koordinasyona gereksinim duyan orta ve ağır durumdaki bedensel engellilere yönelik hizmet sunumunu entegre etmek için tasarlanmış bir modelidir. Modelin amacı yaşlı ve kırılabilir bireylerin otonomisini korumaktır (2).

Geriyatrik Bakımın Kavramsal Çerçevesi ve Yapılandırılması:

Geriyatrik bakımın, birbiriyle etkileşim halinde olan üç unsuru bulunmaktadır.

- 1- Geriyatrik Tıp
- 2- Palyatif Bakım
- 3- Etik Bakım

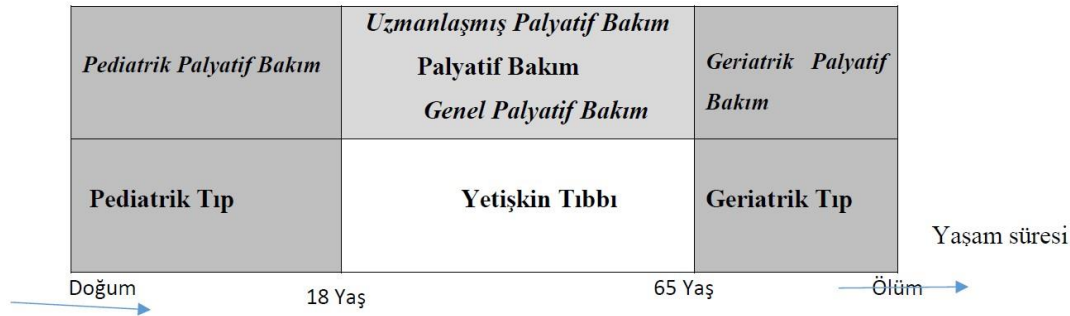
Bunlar aşağıda açıklanmıştır.

1- Geriatrik Tıp: Yaşlı kişilerin sağlık hizmetlerine odaklanan tıbbi bir uzmanlık alanıdır. Büyüyen yaşlı hasta popülasyonuna cevap olarak geliştirilmiştir. Hastalık bazlı spesifik sağlık problemlerinin önlenmesi, değerlendirilmesi ve yönetimi üzerine odaklanır; fiziksel, zihinsel, sosyal ve manevi boyutları içerir. Temel hedef fonksiyonel yeteneklerin geliştirilerek yaşam kalitesinin iyileştirilmesi ve sosyal katılımın artırılmasıdır (9-10,11). 2- Palyatif Bakım: Palyatif bakım her yaştan hastayı kapsayan, ancak çok geniş kapsamda ölüme bağlı ihtiyaçları olan bireyleri kapsar. Palyatif bakım ölüme kadar hastaların yaşam kalitesini iyileştirmeyi, hastalıkların yerine semptomları önleyerek, semptom kontrolü yaparak acı çekmeyi önlemeyi, mevcut tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajları hakkında bilgi vermeyi, bunları hastanın hedefleri ve değerleri bağlamında tartışmayı, karar verme kapasitesinin kaybedilmesi halinde vasi tayini konularını kapsamaktadır (2,9,11-12).

3- Etik Bakım: Etik bakımda hastanın kırılabilirliğine duyarlı bir bakımın verilmesi ve hastanın yeteneklerinin güçlendirilmesi amaçlanır. Bu yaklaşım hastanın gereksinimlerinin sürekli olarak yeniden biçimlenmesine, yaşam planlarının yeniden yapılandırılmasına ve kendi bakımı için hedeflerinin oluşturmasına yardımcı olan güven ilişkisinin geliştirilmesine yardımcı olur. Bu bakım bağımlı günlük yaşam aktivitelerine, sosyalizasyona, kognitif yetersizliğe, kronik yetmezliğe veya ölüm yakınmaları için gerekli duyarlılığın oluşturulmasında önemlidir (2,12).

Geriatric Palyatif Bakım: Geriatric palyatif bakım yaşlı bireylerin yaşam kalitesini iyileştirmeyi amaçlayan bütüncü bir yaklaşımdır. Hasta ve aile merkezli etkinlikleri olan profesyonel palyatif bakım uzmanları, uzman klinik doktorlar, hemşireler, eczacılar, sosyal çalışmacılar ve din görevlilerini de içeren disiplinlerarası bir yaklaşımdır (12). Yaşamın sonuna ulaşan yaşlı bireyler sıklıkla demans, osteoporoz, artrit gibi güçten düşürücü hastalıklara sahiptir ve sıklıkla da durum ile uzun süre mücadele etmektedirler. Sadece terminal aşamada değil hastalığın herhangi bir aşamasında da palyatif bakıma gereksinimleri vardır. Bu nedenle palyatif bakım kronik hastalık yönetimine entegre edilmelidir (Şekil 1) (2,12).

Palyatif Bakım İhtiyacı Olan Hastalığın
Ciddiyeti



Şekil 1. Geriatric Palyatif Bakım: Kavramı, Zorlukları ve Stratejilerine Bir Bak

Geriatristler ve palyatif bakım uzmanlarının yaşlı hasta bakımındaki ana hedefleri; semptom yönetimi, taburculuk planlaması, hasta özerkliğinin sağlanması olmalıdır. Temel amaç yaşlı yetişkinin bağımsız kalması ve aktif bir yaşam sürmesini sağlayarak, olabildiğince hastanın yaşam kalitesini koruyabilmektir. Etkin bir geriatric palyatif bakım, hastaların fiziksel, psikososyal, manevi bütünlüğü yanında erken teşhis, doğru değerlendirme, ağrı ve diğer semptomların tedavisini, acı çekmeyi önler ve yaşlıyı rahatlatır. Tüm bunları yerine getirirken bireysel hasta değerlerine önem verip, hasta tercihlerinin daha erken tanımlanmasını sağlar (11). Etkin olarak yapılan palyatif bakım hasta yatışlarını, hasta hizmetlerinin

kullanımını ve maliyetini azaltır. Özellikle hastaneye yatışlar yaşlı hastaları zor durumda bırakabilir. Yatak yaraları, düşmelere bağlı yaralanmalar, artmış morbidite ve mortalite gibi komplikasyonlarda artışa neden olur. Sosyal geri çekilmeler içeren duygusal değişimler, yaşlılarda yaşanabilir (12).

Geriyatrik palyatif bakımda hasta tercihlerine, yaşının genel sağlık ve fonksiyonel durumuna göre özelleşmiş bir bakım verilmelidir. Etkin bir geriyatrik palyatif bakım yapılandırmak için yaşlı yetişkinin sağlık gereksinimlerinin, genç yetişkinden farklı olduğu, herhangi bir hastalığın belirtilerinin gençlere göre farklılık gösterebileceği ve hastalığa özgü tedavi hedeflerinin yaşlılar için farklı olabileceği unutulmamalıdır (2,13).

Geriyatrik Palyatif Bakımda Yaşanan Zorluklar:

Geriyatrik palyatif bakımda yaşanan zorluklar aşağıda verilmiştir (12).

Yaşlı bireyde kanıta dayalı bakım ve eğitim müdahaleleri sunmak zordur. Bireyler genellikle yaşa bağlı bilişsel sorunlar, iletişim engelleri, karar verme yeteneğinde yetersizlikler yaşarlar. Bu nedenlerden dolayı genellikle bu yaş grubu için farmakolojik müdahalelere yönelik girişimsel çalışmalar planlamak uygun değildir.

- Yaşlı bireyde yaşanan bilişsel, motor, görsel, işitsel kayıplar semptomların varlığını ve şiddetini saptamakta sıkıntı yaşatabilmektedir. Bu durum yaşla ilgili faktörler ve organ yetmezliklerini de beraberinde getiren geriyatrik sendromlara neden olabilmektedir (Deliryum veya değişmiş ental durum, kognitif bilişsel yetersizlikler, düşmeler, fonksiyon kayıpları).
- 65 yaşın üstündeki üç yetişkinden biri her yıl yaş, tıbbi durum, komorbidite, çoklu ilaç kullanımı, görme ve çevresel ev güvenliği faktörlerindeki yetersizlikler nedeniyle düşmeler sonucu yaralanmaktadır. Polifarmasi ise yaşlı yetişkinlerde sık karşılaşılan bir sorun olarak karşımıza gelmektedir. Bu durum yaşlı sağlığını ve ilaç uyumunu olumsuz etkilemektedir (2, 14-15).
- Bu döneme ait kullanılan ölçüm araçları sınırlıdır. Yaş grubunun tercihlerine duyarlı bakım verilmesi gereklidir. Ancak yaşlılarda kullanılacak ölçüm araçlarının yaş grubuna özgü güncellenmesi gereklidir. Yaşlıya şikayetini hafif, orta şiddetli olarak tanımlamak zor gelebilir, bu durumda görsel analog skalaların kullanılması daha uygundur (2, 14-15).
- Bakımın koordinasyonunda zorluklar yaşanır. Koordinasyon eksiklikleri, boşa harcanan kaynakların önemli nedenlerindedir; sağlık sistemini zayıflatır ve bakımın kalitesini azaltır. Bazen hastayı hastalığın kendisinden daha fazla risk altına sokar (10, 14-15).

Geriyatrik Palyatif Bakımda Hemşirenin Rolü:

Yaşlı bireye bakım verirken etik ilkeler doğrultusunda bütüncül bakım verilmelidir. Yaşlı bireylerden öykü almak gençlere göre oldukça zor ve zaman alıcıdır. Bunun için yaşlıya yeterli zaman ayrılmalıdır. Yaşlıyı tanılayacak hemşire iletişim konusunda yeterince bilgili ve deneyim sahibi olmalıdır. Öykü alırken aşağıdaki konulara dikkat etmelidir (2, 16).

- Yaşının semptom ve bulgularını kolaylıkla ifade edemeyebileceği,
- Sosyal destek ağının sınırlı olabileceği
- Başka komorbidit hastalıklarının bulunabileceği
- Bakımvereninin aile üyelerinden biri olabileceği veya birden fazla bakımverenin bulunabileceği unutulmamalıdır.

Sağlık personeli doğrudan yaşlı ile iletişim kurmalıdır. Ortamda yaşlıyı rahatsız edecek ses, koku, kalabalık olmamalıdır. Yaşlı bireyin çok yönlü kapsamlı geriyatrik değerlendirmesi yapılmalıdır. Hemşire yaşının uyku, beslenme, depresyon, mental ve inkontinans durumunu tanılayacak, ülkemizde de kullanılan geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış formlar kullanılmalıdır (2, 16-18).

Geriatrik palyatif bakımda bir yaşlıya bakım verirken hemşire aşağıda belirtilen değerler doğrultusunda bakımını şekillendirmelidir (9,19).

Bakım İçin Yaşlı Bireyin Değerlerini Ve Tercihlerini Tanımlama:

Yaşlı bireylerin her aşamada bilgilendirilmesi ve uygun şekilde semptom danışmanlığı yapılması gerekmektedir. Hastanın karar verme süreci değerlendirilirken verilen her bilgiyi anlama kapasitesi gözönünde bulundurulmalıdır. Kişinin değerleri ve tercihleri sorgulanırken ileri yaş durumu, günlük yaşam aktivitesinin yetersizliği, fiziksel aktivite kısıtlılığı, mental kapasite yetersizliği, yaşadığı ulaşım güçlükleri ve sosyal destek yetersizliği gibi değişkenler dikkate alınmalıdır.

Bakıma sosyal alan katılımı, spritüel ve manevi boyut ile yaşlının kültürel değerlerini bakıma entegre etme

Palyatif bakımın temel unsurlarından biri bireyin sosyal bakımının sağlanmasıdır. Bu bakım doktorlar, hemşireler, din görevlileri ve sosyal hizmet uzmanları tarafından verilebilir. Sosyal bakımın amacı yaşlı hastalara çeşitli şekillerde fayda sağlayan sosyal ağı bakıma entegre etmektir. Daha iyi sosyal katılım, daha iyi konfor, yaşam kalitesi ve daha iyi fiziksel işlevlerle ilgilidir. Aksine sosyal izolasyon yaşayan yaşlı hastalarda mortalite artışı, depresif sıkıntılara eğilim artmaktadır (18-19). Bu süreçte ailenin bakıma katılımı önemlidir (15).

Spritüel bakım geriyatrik palyatif bakımın ana temalarındandır. Özellikle yaşlı hastaların spritüel ve manevi gereksinimlerinin bakıma entegre edilmesi gereklidir. Yaşlının sosyal desteğe gereksinimi vardır ve bakıma iyi entegre edilen sosyal destek, yaşlının daha az depresif semptomları yaşamasına, varolan kognitif bozuklukların etkin yönetilmesine ve gelişmiş işbirliğine neden olmaktadır. Sosyal destek eksikliği ise yaşlının iyilik durumunu olumsuz etkilemekte, yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır (15).

Yaşlının içinde bulunduğu kültür sağlık bakımını şekillendirmede önemli bir role sahiptir.

Özellikle ciddi hastalığı olan yaşlılarda yaşamın sonunda kaliteli bakım sağlamanın önemli bir parçasıdır. Bireye saygın bir bakım ve saygın bir ölüm sağlamak için bakıma kültürel değerler mutlaka entegre edilmelidir (8-15).

Maksimum Konforu Sağlama:

Bakım, bireye özel olarak ve kişisel bir bakım planı çerçevesinde şefkatle yapılmalıdır. Hastanın ihtiyaçları ve istekleri bakıma katılmalı, tedavi tercihleri sorgulanmalıdır. Kanıt temelli bakım verilmesine özen gösterilmelidir. Kişinin bilgilerinin gizliliğine önem verilmeli, iletişim cihazları (gözlük, işitme cihazı, protez..) kullanılıp kullanılmadığı sorgulanmalıdır. Yaşam sonu bakımda unutulmaması gereken nokta, yüksek kaliteli bakım verilmesi ve devamlılığının sağlanmasıdır. Gün içinde yaşlının fiziksel tanınması gözden geçirilmelidir. Bakımın planlanmasında ileri bakım planının oluşturulması önemlidir. İleri bakım planı; bireyin bakımı için önemli değerler ve kişisel hedefleri, hastalıkları ve prognozu hakkındaki düşünceleri, gelecekte bakım için faydalı olabilecek tedavi türlerini, tercih ve istekleri içerecek şekilde yapılandırılmalıdır (8-15).

Semptomları Değerlendirilmesi ve Yönetme:

Yaşlı hastaların genç hastalara göre farklı fiziksel semptomları vardır, sıklıkları değişkendir. Yaşlıda varolan bilişsel, motor, görsel, işitsel kayıplar, semptomların varlığını ve şiddetini saptamakta sıkıntı yaşatabilmekte ve semptomların iyi yönetilememesine yol açmaktadır (13, 15). Genel olarak yaşlıların %86'sında orta ya da şiddetli en az bir semptom, %69'unda ise en az iki semptom bulunmaktadır (18, 20-23). Geriye dönük 2382 olgunun incelendiği bir çalışmada yaşlı grupta en çok ağrı, anksiyete ve bulantı görülürken, genç yetişkinlerde ise daha çok anksiyete görüldüğü vurgulanmaktadır (23). Yaşam sonu dönemde bulunan geriyatrik hastaların artan ağrı, dispne, beslenme problemleri, deliryum, inkontinans ve solunum sıkıntısı yaşadıkları ve yetersiz yönetildikleri belirtilmektedir (11). Bu şikayetlerden herhangi biriyle acil servise başvuran yaşlıya ise en erken 4 gün içinde palyatif bakım hizmetinin başladığı

vurgulanmaktadır. Özellikle geriyatrik hastalarda konsültasyon yapılırken, yaşının kapsamlı geriyatrik değerlendirilmesi yapılmalıdır. Yeterli semptom kontrolü ve fonksiyonların izlemi önemlidir. Yaşlıda semptom değişikliğini tanımlayan, yaygınlığı ve şiddetini saptayan ölçekler kullanılmalıdır (Edmonton Semptom değerlendirme Ölçeği, Memorial Symptom Değerlendirme Ölçeği, Rotterdam Semptom Çeklisti...). Geriyatrik değerlendirme ile tesbit edilen semptomlara nasıl müdahale edileceği önemlidir. En düşük toksisiteye sahip tedaviler seçilmelidir (11).

Yaşlı bireylerde birbirlerini tetikleyen birçok semptom görülmekle birlikte önemli en sık görülen birkaç semptom ve girişimleri aşağıda verilmiştir:

Ağrıyı Yönetme: Palyatif bakım konsültasyonlarının önde gelen birinci semptom ağrıdır. Yaşlıda yetersiz ağrı kontrolü yapılmaktadır. Çünkü yaşlıda ağrı, yönetimi gerektiren bir semptom olarak değil, normal yaşlanmanın bir parçası olduğu yönünde yaygın bir algı vardır (13). Halbuki ağrının yaşlılarda iyi yönetilememesi depresyona neden olmakta, sosyalizasyonu azaltmakta, uyku düzensizlikleri, yetersiz ambulasyon ve artan sağlık bakım gereksinimlerini de beraberinde getirmektedir. Ağrı yönetimi yaşlıda multikomponent şekilde yapılandırılmalı ve hızlı bir palyatif bakım konsültasyonunun yapılandırılması sağlanmalıdır. Yaşlı hastada öneri olarak ağrı kesicileri lüzum halinde vermemek, 2 saatte bir ağrıyı objektif olarak değerlendirmek gereklidir. Tedavide hafif ağrıda ilk tercih asetaminofen olmalı, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçların kullanımından sakınılmalıdır (gastrointestinal yan etkiler, böbrek hasarı, kalp yetmezliğini artırma riski...). Orta ve şiddetli ağrılarda opioidler kullanılabilir. Hasta dikkatle izlenerek opioid dozu artırılmalıdır (14). Böbrek yetmezliği durumunda morfin ve kodeinden; delirium gibi yan etkileri nedeniyle Meperidin kullanımından sakınılmalıdır. Ağrı değerlendirmesine doktor ve hemşirenin ortak katılımı önemlidir. İletişim bozukluğu olan yaşlılar için ağrı tanılamada görsel skalalar kullanılmalı, ağrı kontrolünde nonfarmakolojik yöntemler bakıma entegre edilmelidir (Masaj, akupunktur, psikoterapiler ve sinir blokları...) (24).

Dispneyi Yönetme: Yaşlılarda oldukça yaygın görülen bir semptomdur. Prevalansı %17-62 olarak geniş bir aralıkta izlenmektedir. Sağlık hizmetlerine dispne yakınması ile başvuran hastaların yarısından fazlasının 65 yaş üzerinde olduğu bulunmuştur (25). Yaşının nefes darlığının yoğunluğuna ilişkin algısı, anksiyete ve depresyon gibi psikolojik faktörlerden de etkilenebilir. Özellikle dispnesi olan yaşlıda sarkopeninin tanınması ve tedavisinde önemlidir. Dispne yönetiminde temel amaç, dispnenin yol açtığı sıkıntıyı azaltmaktır. Palyatif bakımda dispne tedavisi; non-farmakolojik ve farmakolojik yaklaşımlarla yapılır. Dispne yönetiminde nonfarmakolojik yöntemler (gevşeme teknikleri, nefes teknikleri, yüze soğuk hava üfleyen fan kullanımı, göğüs duvarı vibrasyonu, pulmoner rehabilitasyon, mekanik hava üfleme cihazları, Oksijen tedavisi ve non invaziv mekanik ventilasyon...) ve farmakolojik yöntemlerin (kısa etkili opioidler, uzun etkili bronkodilatatör) birlikte kullanımı önemlidir (25-26).

Bulantı – Kusmayı Yönetme: Yaşlı hastalarda sıklıkla görülmekle birlikte, bulantı-kusmanın etyolojisi değişkendir (kostipasyon, opioidler, birçok antibiyotik, çinko, demir gibi vitaminler..) 15. Değerlendirmesi çok yönlü yapılmalıdır. Bulantıya eşlik eden ağrı, iştahsızlık, depresyon, anksiyete gibi semptomlar sorgulanmalıdır. Bulantı şiddeti mutlaka sayısal veya analog ölçekler ile değerlendirilmelidir. Bulantı ve kusma tedavisinde öncelikle genel önlemler alınmalıdır. Oral ve vücut hijyenine dikkat edilmelidir. Özellikle erken doyma şikayeti olan hastalarda az ama sık beslenme önerilmelidir. Neden hiperkalsemiye bağlı ise hidrasyon sağlanmalı gerekirse bifosfonat tedavisi başlanabilir. Opioidle bağlı bulantılarda doz azaltımına veya opioid rotasyonuna gidilebilir. Konstipasyon varsa tedavi edilmelidir. Anksiyete için psikiyatrik değerlendirme yapılmalı ve gerekliyse anksiyolitik tedavi başlanabilmektedir (27).

Beslenme Yetersizliğini Yönetme: Yaşlı bireyler malnütrisyon riski altında oldukları için erkenden tanınmalıdır. Akut durumlar nedeniyle hastaneye yatırılan yaşlı hastaların %71'inden fazlasında malnütrisyon veya nutrisyonel yetersizlik riski olduğu tahmin edilmektedir. Yetersiz beslenmeyi ölçeklerle (Mini Nütrisyon Değerlendirme Testi, Malnütrisyon Tarama Aracı) değerlendirmek önemlidir. Besin tüketiminin saptanması ve fizik muayene (özellikle deri turgoru, interosseöz el kasları ve temporal

kaslardaki belirgin atrofi subkutan kas ve yağ doku atrofisi), antropometrik yöntemler (vücut ağırlığı, vücut kitle indeksi, baldır ve orta kol çevresi), biyokimyasal (albümin, prealbümin, retinol binding protein, transferrin) ve fonksiyonel testler (el sıkma gücü, fev 1) değerlendirilmelidir. Ayrıca klinik belirtiler ve sağlık öyküsü ile birlikte psikososyal veriler önemle değerlendirilmelidir. Kısıtlamalardan olabildiğince kaçınmak, yemeği çekici kılabacak girişimler planlamak, iştahı olumsuz etkileyen koşulları düzenlemek, kaloriden zengin beslemek, ilaçları yemek ortasında veya sonunda vermek, eleştirici değil teşvik edici olmak, yemek yenilen ortamı güzelleştirmek, yemek takviyelerini uygun bir zamanda vermek, yemek boyunca sıvı alımından, sıcak ve baharatlı gıdalardan kaçınmak, yeterli alım yoksa enteral veya parenteral beslenme desteğine geçmek ve yan etkileri izlemek gereklidir (28).

Yorgunluğu Yönetme: Prevalansı %60-90 arasında değişmektedir. Değerlendirirken eşlik eden hastalık varlığı (kaşeksi, dehidratasyon...), ilaç kullanım durumu (ağrı veya uyku ilaçları) sorgulanmalıdır. Yorgunluk vücudun neresinde lokalize (alt ve/veya üst ekstremiteler), şiddetli mi? Günlük hayatını etkiliyor mu? Ne kadar sürüyor?, Kronik mi? Gün içinde değişiklik oluyor mu? gibi birçok faktör yönünden yaşlı birey değerlendirilmelidir. Genellikle etiyolojiye yönelik tedavi yönlendirmeleri yapılmaktadır (eritropoetin, psikostimülanlar, madofinil, metilfenidat antidepresanlar, düşük doz kortikosteroid...). Ek olarak yaşlıda düzenli aralıklarla yorgunluğu arttıran faktörler ve yorgunluğun şiddeti, azaltmaya yönelik kullandığı stratejileri öğrenilmelidir. Yaşlı bireye uyku kalitesini artırmaya yönelik davranışlar, beslenme düzenlenmesi ve basit egzersiz önerilerinde bulunulabilir. Aynı zamanda varolan enerjisini koruma ve aktivitelerin yönetimi, stres azaltma teknikleri hakkında danışmanlık verilmelidir (16).

Deliryumu Yönetme: Ani başlangıçlı, dalgalı seyir izleyen konfüzyon, dikkat bozukluğu ve çevreye yönelik farkındalığın azaldığı klinik bir tablodur. Hastaneye yatan yaşlı hastada sıklığı %8-15 düzeyindedir. Palyatif bakımda delirium varlığında, neden olan faktörlere yoğunlaşılmalıdır. En sık görülen nedenler; idrar retansiyonu (sondanın tıkanması veya glob gelişmesi), ağrı, ilaç yan etkisi veya fekal tıkaç olabilir. Deliryum, hastaların bakımıyla ilgili tıbbi karar verme süreçlerine katılımını sınırlar; hem aile hem de sağlık ekibi için önemli sıkıntılara neden olabilir (13). Hasta ve yakınları deliryumun ilk işaretleri, klinik özellikleri yönünden bilgilendirilmeli ve hasta güvenliği sağlanmalıdır. Farmakolojik olarak tedavide haloperidol, risperidon, olanzapine, benzodiyazepinler deliryumu arttırabilecekleri için kullanılmamalıdır. Tedavide non farmakolojik yaklaşım öncelikli olmalıdır. Gece-gündüz adaptasyonunu sağlamak, mekan yabancı olarak algılamasını engellemek, gece sessiz bir ortam sağlamak önemlidir (29).

Hüzün ve Depresyonu Yönetme: Hasta olması, palyatif tedavi altında olması yaşlıda olumsuz çağrışımlar uyandırır. Yeterince süre yaşamış oldukları, ölümün kurtuluş olacağı, prognozunun kötü olduğu gibi umutsuz düşünceler sıklıkla görülür. Depresyon hastalığın ileri aşamalarında olur. Her zaman hissedilen mutsuzluk, memnuniyetsizlik, suçluluk hissi, umutsuzluk, değersizlik, intiharı düşünme sıklıkla depresyonu işaret eder. Yaşlılarda oluşabilecek duygu durum değişikliklerini tanılamak için Geriatrik Depresyon Ölçeği kullanılmalı ve mümkünse bakıcı desteği sağlanmalıdır (30-33). Bu konulardaki farkındalık için empatik bir tutum sergilenmelidir. Yakınması olmayan ya da yakınmasını minimize eden bir yaşlının sorunsuz olduğunu kabul ederken acele etmemek gerekir. Gurur ve onurunu korumak adına, isteklerini kısıtlayan ya da yakınmalarını saklama eğiliminde olan yaşlılara karşı dikkatli olunmalıdır. Dini ve spiritüel uygulamalara katılımı sağlanmalı, din görevlilerine ulaşımı kolaylaştırılmalıdır. Yaşlıya yaşamının anlamını bulmada yardım edilmeli; olumlu sohbetlere katılımı ve geçmişteki mutlu anılarını anımsaması için desteklenmeli, sosyal katılımı artırılmalıdır (30-37).

Yaşam sonu tercihi ve vekil onayı konularında yaşlıya danışmanlık yapma Yaşlı yetişkinlerin bakımı genellikle tıbbi ve etik açıdan karmaşık tedavi kararlarını içermektedir. Karar verme yetisine sahipken yaşlıya ulaşmak önemlidir. Kişilere tercihlerini sormak bugünü nasıl yaşamak istediğini, beklentilerinin bilinmesi adına yol göstericidir. Bu karar ile hastanın ileri bakım planlaması yapılabilir. Yaşlı bireylerde ileri bakımın planlanmasındaki kilit amaç; vekil karar vericilerin tanımlanması, hastanın değer ve tercihleri doğrultusunda yaşamını şekillendirilmesine yardımcı olmaktır (15). Hasta merkezli bakımı artırma, hasta ve ailelerde sıkıntıyı azaltma ve yaşam sonu bakımın kalitesini iyileştirmesini sağlar. İleri yaşam direktifleri

ve yaşam sonu bakım tartışmaları için aile toplantıları planlanmalıdır. Hastaneye kabulünden itibaren yaşam sonu tercihleri hakkında yaşlıyla konuşulmalı, beklentileri alınmalı, tedavi seçenekleri belirlenmeli ve hangi tedaviyi kabul ettiği yaşlıyla tartışılmalıdır. Bakım hedeflerinin tartışılması; şimdi ve gelecekte ne istediklerinin ve belirsizliklerin netleşmesini kolaylaştırır (18). Ayrıca ölümlle ilgili beklentilerini ve ölüme hazırlanması için gerekli ihtiyaçların bilinmesini sağlar. Fakat tercihlerin zamanla değişebileceği unutulmamalı, ara ara sorgulanmalıdır. Evde bakılan ve prognozu kötü olan yaşlılar, hastaneye sevk edilmelidir. Hastaneden eve taburculuk planlaması için yaşlıya ve ailesine danışmanlık yapılmalı, yas sürecinde aile desteklenmelidir (38-40).

Hasta, aile ve sağlık ekibi arasında işbirliği yapma sağlık personeli yaşlı için önemli olan kişileri tanımlamalı, endişelerine hassasiyet göstermeli ve açıklamak istemediklerine saygı göstererek sorularını cevaplamalıdır. Birey hakkında bilgi alınacak kişi belirlenmeli ve bu bilgi ekiple paylaşılmalıdır. Sağlık personeli dil engeli, duyuşsal/fiziksel veya zihinsel özürü oldukları için kolaylıkla iletişim kuramayan yaşlılar için tercüman dahil olmak üzere yardım alacağı kişileri belirlemelidir. Bu durum yaşlı birey için kritik öneme sahiptir. Çünkü 80 yaşın üzerindeki bireylerin çoğunun yaşam sonu bakım düşündükleri ancak yarısından azının ileri bakım tercihlerinde buldukları saptanmıştır (31). Özellikle demanlı bireyler için ileri bakımın planlanma oranının düşük olduğu bulunmuştur (32). En önemlisi de hastaların istekleri ile tıbbi kayıtlar arasında %30 oranında uyumsuzluk olduğu saptanmıştır (13, 31). Ailelerin yaşlıyla ilgili karar sürecinde bireyin beslenmesi, bakımları, klinik ve tedavi ile ilgili kararlara katılımları sağlanmalıdır. Yaşlı mental yeterliliğini kaybettiği durumlarda durumu, prognozu ve değişimleri hakkında haber verilecek ve gerekli durumlarda yaşlı yerine karar verebilecek vekil kişi belirlenmelidir. Yaşlıya yapılan girişimin hastaya yarar sağlayıp sağlamayacağı sorgulanmalıdır. Hastanın yaşamını potansiyel olarak uzatan ama hastaya yük getirecek bir tedavinin başlanması veya sonlandırılması kararları ekiple konuşularak verilmeli ve bu tartışmaya hastanın yakınları da dahil edilmelidir (33, 41). Eve taburculuğu planlanan yaşlının bakımı için, aileye yardım alabileceği iletişim numaraları verilmelidir.

Sonuç ve Öneriler

Literatür incelendiğinde geriyatrik bireylerin aşağıda belirtilen sorunlarının olduğu ve yönetilmesi gerekmektedir:

- Yaşlı hastaların genç hastalara göre farklı fiziksel semptomları vardır, sıklıkları değişkendir (15, 17).
- Sosyal destek eksikliği yaşlının iyilik durumunu olumsuz etkilemekte, yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır (15).
- 65 yaşın üstündeki üç yetişkinden biri her yıl yaş, tıbbi durum, komorbidite, çoklu ilaç kullanımı, görme ve çevresel ev güvenliği faktörlerindeki yetersizlikler nedeniyle düşmeler sonucu yaralanmaktadır. Polifarmasi ise yaşlı yetişkinlerde sık karşılaşılan bir sorun olarak karşımıza gelmektedir. Bu durum yaşlı sağlığını ve ilaç uyumunu olumsuz etkilemektedir (12-13).
- Yaşam sonu dönemde bulunan geriyatrik hastaların artan ağrı, dispne, beslenme problemleri, deliryum, inkontinans ve solunum sıkıntısı yaşadıkları ve yetersiz yönetildikleri belirtilmektedir (13,25).
- Sonuç olarak geriyatrik palyatif bakım iyileştirilmedi ve uygun stratejiler ile geliştirilmesine yönelik plan oluşturulmalıdır (8,19,35-36).
- Yaşlıda fizyolojik değişimlerin yönetimi çok yönlü bir şekilde yapılandırılmalıdır (Örn: hasta eğitimi, aktivasyonu, semptom yönetimi). Ayrıca içinde geriatrist, romatoloji, fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanı, fizyoterapist, hemşire, eczacı, psikolog, psikiyatrist, sosyal çalışmacının bulunduğu bir palyatif bakım ekibi oluşturulmalıdır. Semptomları daha iyi değerlendirebilmek için sadece hemşire değil, doktor ve hemşirenin beraber işbirliğinin önemli olduğu unutulmamalıdır.
- Yaşlılara hala karar verme yetisine sahipken ulaşılmalı ve vekil onayı vermelerine yardımcı olunmalıdır. Çünkü yaşlı bireylerin palyatif bakım ihtiyaçları gençlerinkinden farklıdır. Bu karar ile hastanın ileri bakım planlaması yapılabilir. Bu durum hasta merkezli bakımı artırma, hasta ve ailelerde sıkıntıyı azaltma ve yaşam sonu bakımın kalitesinin iyileştirmesini sağlar.

- Huzurevleri veya evde bulunan yaşlılar için toplum temelli bakımın koordinasyonu önemlidir. Paydaşlar arasında bilgi transferi sağlanmalıdır. Bu profesyonel bir kültür oluşumuna yardımcı olabilir. Bakımın iyi koordinasyonu hastaların yaşam kalitelerini gözle görülür bir biçimde artırır. Tedaviyle ilişkili zararı sınırlar ve hastaların yararı için gereksiz müdahaleleri önler.
- Bakımda elektronik dokümantasyonların ve tele tıp teknolojilerinin kullanımı artırılmalıdır. Elektronik tıbbi kayıtların sevk zincirine eklenmesi gerekmektedir. Bu konuda araştırmaların yapılması, hastanedeki yaşlı yetişkinlerin palyatif konsültasyonu için ziyaretlerinin daha hızlı ve etkin yapılandırılmasını sağlar.
- Palyatif bakım hizmetinin zamanında başlatılabilmesi için sağlık personelinin eğitimi önemlidir. Bakımın öncelikli amaçlarının yaşlıyla konuşulması, kanıta dayalı uygulamalara yönelik bakım verilmesinde önemlidir.
- Yaşlıya yönelik yapılan klinik araştırmaları artırmak önemlidir. Yaşlıları hedef alan ve kırılganlıklarını değerlendiren klinik çalışmalar, bakımın gelişmesine katkı sağlayacaktır. Özellikle yaşlılıkta yaşamın son aşamasının doğal seyrini, hastaların ve ailelerin ihtiyaçlarını incelemek için yapılandırılmış klinik çalışmalar artırılmalıdır.
- Yaşlı bireylerin gereksinimlerine yönelik ulusal farkındalık programları düzenlenmeli, hizmet içi ve sektörler arası eğitim girişimleri yapılandırılmalıdır.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

Kaynaklar

1. Can G, 2019, Onkoloji Hemşireliği, Nobel Tıp Kitapevi
2. Yıldırım Y ve Fadikoğlu Ç, 2017, Palyatif Bakım Semptom Yönetimi ve Yaşam Sonu Bakım, Nobel tıp kitapevi, Ankara.
3. Evers MM, Meier DE, Morrison RS.(2002). Assessing differences in care needs and service utilization in geriatric palliative care patients. *J Pain Symptom Management*, 23(5):424-32.
4. Guerrero, JG. (2019). Palliative nursing care as applied to geriatric: An integrative literature review. *Nurs Palliat Care*. Vol:4: 1-6, doi: 10.15761/NPC.100019.
5. Türkiye İstatistik Kurumu (TUIK). Data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p: Adrese-Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları-2020-37210&dil:1. Erişim tarihi:22.02.2021.
6. Şahin S, Shutoğlu S. (2018). Geriatrik Palyatif Bakımın Organizasyonu. *Türkiye Klinikleri J Geriatr Special Topics*, 4(1):7-11.
7. Bloomer JM., Botti M, Runacsres F, Poon P, Barnfield J, Hutchinson MA. (2019). End of life care efor older people in subacute care: A retrospective clinical audit. *Collegian*, 26(1):22-27.
8. Hegarty M, Currow CD. (2007). Palliative Aged Care: Collaborative Partnership Between Gerontology, Geriatrics and Palliative Care. *International Journal of Gerontology* Vol:1(3): 112-117.
9. Olden AM, Holloway R, Ladwig S, Quill TE, van Wijngaarden E. (2011). Palliative care needs and symptom patterns of hospitalized elders referred for consultation. *J pain Symptom Manag.*; 42: 410- 418.
10. Voumard R, Rubli Truchard E, Benaroyo L, Borasio GD, Büla C, Jox RJ. (2018). Geriatric palliative care: a view of its concept, challenges and strategies. *BMC Geriatr.*, 18(1):220. doi: 10.1186/s12877-018-0914.
11. Bölüktaş P R.(2019). Yaşlanma Teorileri ve Geriatrik Değerlendirme. İstanbul Üniversitesi Uzaktan Eğitim Fakültesi. Yaşlı Bakımı Ön Lisans Programı.
12. Hui, D., & Bruera, E. (2020). Models of Palliative Care Delivery for Patients With Cancer. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 38(9), 852–865. <https://doi.org/10.1200/JCO.18.02123>.
13. Saracino RM, Bai M, Blatt L, Solomon L, McCorkle R . (2018). Geriatric palliative care: Meeting the needs of a growing population. *Geriatr Nurs.*, 39(2):225-229. doi: 10.1016/j.gerinurse.2017.09.004.
14. Magnuson A., Dale W., Mohile S. (2014). Models of Care in Geriatric Oncology. *Curr Geriatr Rep*. 2014 Sep; 3(3): 182–189.

15. Internal Medicine Residency Geriatrics & Palliative care. <https://residency.dom.pitt.edu/program/tracks/geriatrics/>, Erişim tarihi: 22.02.2021.
16. Sarrío GR, Garrido M, Rebollo AM, Guillen- Ponce C. (2018). General Recommendations Paper on the Management of Older Patients with Cancer: the SEOM Geriatric Oncology Task Force's Positions Statement. *Clinical and Translational Oncology*.;20(14): doi: 10.1007/s12094-018-1856.
17. Santivasi WL., Partain DK. & Whitford KJ. (2019). The role of geriatric palliative care in hospitalized older adults. *Hospital Practice*, Vol:28(1): 37-47, <https://doi.org/10.1080/21548331.2019.1703707>.
18. Overcash J. (2013). Geriatric oncology nursing: beyond standard care: *Interdiscip Top Gerontology*;38:139-45.
19. Carpenter JG, Berry PH, Ersek M.(2017). Nursing home care trajectories for older adults following in-hospital palliative care consultation. *Geriatr Nurs.*;38(6):531-536. doi: 10.1016/j.gerinurse.2017.03.016.
20. Towsley GL, Hirschman KB (2018). Talking About End-Of-Life Care: Perspectives of Nursing Home Residents *Geriatr Nurs.*; 39 (1), 72-76.
21. Sucaklı, M , Koşar, Y . (2016). Palyatif Bakım ve Yaşam Kalitesi . *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 8 (3):34-39 . <https://dergipark.org.tr/en/pub/ktah/issue/45394/487615>.
22. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci.*;10(2):227–237.
23. Taylor HO, Taylor RJ, Nguyen AW, Chatters L.(2018). Social isolation, depression, and psychological distress among older adults. *J Aging Health.*;30(2):229–246.
24. Barford KL, D'Olimpio JT.(2008). Symptom management in geriatric oncology: practical treatment considerations and current challenges. *Curr Treat Options Oncol.*; 9(2-3):204-14. doi: 10.1007/s11864-008-0062-4.
25. Morrison RS.(2013). Research priorities in geriatric palliative care: an introduction to a new series. *J Palliat Med.*;16(7):726-9. doi: 10.1089/jpm.2013.9499.
26. Ersek M, Carpenter JG. (2013). Geriatric palliative care in long-term care settings with a focus on nursing homes. *J Palliat Med.*;16(10):1180-7. doi: 10.1089/jpm.2013.9474.
27. Davita AE, Ross SJ, Hartrout S, Garza M, Lee S, Reilly SS. (2012). Effectiveness of a Geriatrics and Palliative Care Consultation on Symptom Management and Geriatric Syndromes. *J Palliative Care Med.*, 2:4 doi: 10.4172/2165-7386.1000116.
28. Browner IS, Smith TJ.(2018). Symptom Assessment in Elderly Cancer Patients Receiving Palliative Care. *Ann Oncol*, 24(7): 25-29. 29. Bahşi R., Varlı M. (2018). Palyatif Bakımdaki Yaşlıda Ağrının Yönetimi. *Türkiye Klinikleri J Geriatr- Special Topics.*, 4(1): 49-54.
29. Özsürekcı C., Halil GM.(2018). Palyatif Bakımdaki Yaşlıda Kronik Hastalıkların Yönetimi. *Türkiye Klinikleri J Geriatr- Special Topics.*, 4(1): 12-19.
30. Yalçın A., Silay K. (2018). Palyatif Bakımdaki Yaşlıda Gastrointestinal Problemler. *Türkiye Klinikleri J Geriatr- Special Topics.*, 4(1): 41-48.
31. Turgut T., Varlı M.(2018). Palyatif Bakımdaki Yaşlıda Beslenme. *Türkiye Klinikleri J Geriatr- Special Topics.*, 4(1): 72-88.
32. Carlson C, Merel SE, Yukawa M. (2015). Geriatric Syndromes and Geriatric Assessment for the Generalist. *Med Clin North Am.*; 99 (2), 263-79.
33. Çolak B, Kızıl Özel TE. (2018). *Türkiye Klinikleri J Geriatr- Special Topics.*; 4(1): 61-66.
34. Heyland DK, Barwich D, Pichora D, et al. (2013). Failure to engage hospitalized elderly patients and their families in advance care planning. *JAMA Intern Med.*; 173(9):778–787.
35. deLima Thomas J, Sanchez-Reilly S, Bernacki R, et al. (2018). Advance care planning in cognitively impaired older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2018;66(8):1469–1474
36. van Eechoud IJ, Piers RD, Van Camp S. Et al. (2014). Perspectives of family Members on planning end-of-life care for terminally ill and frail older people. *J Pain Symptom Manage.*; 47(5):876-86
37. NICE guideline . Care of dying adults in the last days of life. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs144> . 2017, Erişim Tarihi: 22.02.2021

38. NHS England Transforming end of life care in acute hospitals. <https://www.england.nhs.uk/.../transforming-end-of-life-care>. 2015c, Erişim Tarihi: 22.02.2021
39. Palliative care with European physicians involved in geriatric palliative care, <http://www.eugms.org/research-cooperation/special-interest-groups/palliative-care.html>, Erişim Tarihi: 22.02.2021
40. World Health Organization Regional Office For Europe. Palliative Care For Older People: Better Practices, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/143153/e95052.pdf, Erişim Tarihi: 22.02.2021