

Ölüm Sürecini Standardize Edilmesi ile Hospiz Yaklaşım Tarzının İlişkisi

Dead Process Standardisation Related With Hospice Care Style

Yaşar Bilge

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı

Giriş: Hospiz ölüme götüren hastalığın son evresinde hasta ve yakınlarına rehberlik ve destek veren, gereksinimlerini gideren tarzda örgütlenme olarak bilinir. Takım olarak çalışan hekimlerin empati, koşulsuz olumlu yaklaşım tarzı ve duygulara açık olma ile hospiz sürecini sorunsuz olarak yaşaması mümkündür.

Amaç: Bu çalışmanın amacı hospiz bakımının yaşam kalitesi ve ölümcül hastanın psikolojik durumu üzerine etkisini araştırmaktır. Hospiz hizmetinin yararlarının ölümden sonra yas durumunun devam edip etmemesi ve olumsuz durumların tedavisi olup olmadığını da belirlemeye yöneliktir.

Tartışma: Hospiz bakımı ölümcül hastalığı olanların yaşam kalitesini artırabilir, nesnel olmayan destekleyebilir ve yaşam başarısını artırabilir. Bunaltı ve depresyon gibi olumsuz mizacı azaltabilir ve hasta ve yakınlarının psikolojik durumlarını geliştirebilir. Ölümcül hastalığın ağrı ve diğer sıkıntılarından ölümlü kurtulma hali tartışılabilir. Ölüm sebebi ve hali hospiz bakımla ilişkisi tartışıldı.

Sonuç: Ölüm süreci herkes tarafından kolay yapılabilen ve anlaşılabilir standardize yöntemlerle olması gerekir. Eğer ölü yakınları organ nakli, otopsi ve anatomi eğitimi için cesetin kadavra olması gerekliliğine inanırsa, onlar organ vermeye, otopsi yaptırmaya ve anatomi bölümünde eğitim için cesetin bekletilmesine gerekli izni verecektir.

Anahtar Kelimeler: **Hospiz, ölüm süreci, yas reaksiyonu, ölü gömme, otopsi endikasyonu.**

Summary: Hospice is well known organization with guidance, supportive and supply to necessities for neighbourhoods and patient who have a disease which cause to happen death in terminal times. Team working physicians make possible no problem living during hospice process with emphatic, unconditional positive approachable manner and opinion to sense.

Objective: The aim of this study is searched the influence of hospice care on the life quality and psychological state of mortal inpatients. Advantage of hospice service is determined whether continuous after death with living mourning and treating negative situation at the neighbourhood.

Discussion: Hospice care can raise the life quality, subjective support, and life satisfaction of aged mortal inpatients. It could decrease the negative mood, such as anxiety and depression and improve the psychological state for patient and relatives. It can be discussed rescued ache and other suffers from terminal disease with death. Cause of death and manner of death are debated interference with hospice care.

Conclusion: The process of death is needed to standardise procedure which is understood and simple done by everybody. If neighbourhood of death believe the necessities of organ transplantation, autopsy and corpse cadaver for anatomic education, they will give a permission to give an organ, to make an autopsy and to keep corpse for educational status at anatomy department.

Key Words: **Hospice, death process, mourning reaction, dead burial, autopsy indication**

Başvuru tarihi: 27.11.2006 • Kabul tarihi: 07.02.2007

İletişim
Yaşar Bilge
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı
Tel : (312) 595 66 46
E-posta adresi: ybilge@medicine.ankara.edu.tr

Ölüm olayı ile ilgili bilgileri aktarmak her zaman sorundur. Suçlanma korkusu, nasıl söylemek gerektiğini bilememe, ölü yakınının sorularına cevapta yetersizlik hissi, belirsizliği paylaşmadaki güçlük ve ölümden kişisel olarak korkma iletişimi güçleştirmektedir. Bazı hastalar veya yakınları hastalığın sürecini bilmediğinden aşırı reaksiyon verebilmektedir(1). Kesintiye uğratılmadan, yeterli zaman ayırarak, dürüstçe ve yalın bilgi ile uygun ortam ve zamanında iletişim kurma becerisi ve tutumu hospiz yaklaşım tarzı olarak bilinir. Ölü yakını duygularını ifade ederken, hastalığın prognostik belirtilerini konuşma, empati yapma, kişinin nasıl tepki verebileceğini hissedecek ölçüde yakın ilişkide bulunanların yardımını almakta fayda vardır(2). Ölü yakınına “Bundan başka bir şey yapılamazdı” mesajı vermekten kaçınmak için; durumu yeniden gözden geçirmek için yeni görüşme zamanı belirlenmektedir. Kişinin gerçeği fark etmesine olanak tanıyacak ölçüde “geçiş hızı” yavaş olmaktadır. Ölü yakını inkar, öfke, depresyon, pazarlık ve kabul sürecini yani yas sürecini uygun bir hızda yaşamaktadır(1,2). Hekim empati, koşulsuz olumlu yaklaşım ve duygulara açık olma ile bu süreci kendi adına sorunsuz yaşayabilir. Hastanın veya yakınlarının narsistik özelliği ön plana çıktığında psikiyatrik destek alınmaktadır. Hastane yönetimi hospiz hizmeti götüreceği tarzda ölü yakınlarının endişelerini gidermekte ve gereksinimlerini karşılamaktadır(3).

Hospiz ölüme götüren hastalığın son evresinde hasta ve yakınlarına rehberlik ve destek veren, gereksinimlerini gideren tarzda örgütlenme olarak bilinir.

Ölümsüzce, mücadeleci, icracı, mağrur olarak yaşayan kişinin travmatik ölümlerle tanışması halinde kişide “demek buraya kadarmış”, yapaca-

ğım işler vardı”, “vakit kaybetmeden şunları yapayım”, “saçma ben olamam”, “neden ben”, “bir hata var” tarzında yaklaşım tarzları hospiz gereksinimlerini gösteren tümcelerdir.

Sıklık

ABD’de hospiz geniş olarak uygulanması gerektiği açıklanmasına rağmen bu konunun psikiyatrik yönü yeterince incelenememiştir(4). Hospiz bakımı hastanın yaşam kalitesini artırdığından, destek niteliğinden ve hastanın ruhsal durumunu düzelttiğinden dolayı yapılması gereği açıklanmıştır(5). Amerika’da 3300 hospiz merkezinin bulunduğu bildirilmektedir(6). Hospiz yöneticileri doktorların, hastaların merkeze geç gönderilmesinde ve organizasyonda başarısız olmasında sorumlu olduklarını bildirmişlerdir(6).

Amaç

Ölümcül durumda olanla ilgili hospiz çalışması yapmakla hastaneler hasta tanı, bakım, izlem yapmakla kazançlarının neler olduğunu tanımlamak ve adli tıp açısından yararlarını belirlemektir. Otopsi yapmanın gerekliliğine hekimler inandığı halde ölümlere az sayıda otopsi yapılması ile hospiz ile bağlantısı araştırılacaktır.

Sorunlar

Dahiliye, geriatri, fizik tedavi uzmanı hekimlerin yönelimi gereklidir. Ayrıca sosyal hizmet uzmanları, psikolog ve adli tıp uzmanları bu kurumda görev yaparlar. Gönüllüler ise mesleki uğraş ve etkinlikler alanında görev yaparlar. Hastanın dini inanışlarının gereği yerine getirmesine yardımcı olunur(7). Ekip

çalışmasına ihtiyaç duyulduğu(8) bildirilmesine rağmen aksi görüşlerde vardır(9). Coğrafi bölgesel ihtiyaçların belirlenmesi sırasında karşılaşılan güçlüklerde hospiz çalışmasını etkiler(10). Buna göre ekip çalışmasından kasıt hastanın müracaat etme istemesi halinde uygun kişilere kolay ve hızlı ulaşma yolunun olması gerekir.

Hospiz ile ilgili sorunlar ölümlerle ilgili farklı özelliklerin niteliklerinin tetkiki ve bunlara ait durumların analitik değerlendirilmesi ile giderilebilir. Ölüm olayını değerlendirirken ölenin demografik özellikleri, hastalıklarının niteliği ve toplumsal değerlendirme kriterleri göz önünde bulundurulur. Hastanın cinsiyeti, yaşı, eğitimi, mesleği, ekonomik durumu gibi demografik özelliklerin ölümlerle ilişkisi değerlendirilmiştir. Kişisel faktörler içerisinde kişinin terminal dönem hastalıkları, hastalığın işlevsel durumu, ruhsal hastalığı, istismarı, ölüm sebebi ölüm olayının değerlendirilme kriterleri içerisinde yer alır. Sosyal faktörler içerisinde ölümün nitelendirilmesini etkileyen unsurlar değerler sistemi, yasalarla ilgili durumlar, sağlık kuruluşuna ulaşma kolaylığı, kişinin toplum üzerine etkisi, olayın doğal, kaza, intihar, cinayet, nedenlerle olma halidir.

Şimdi hospiz ile ilgili sorunların niteliklerini inceleyelim:

I. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER:

I.1. CİNSİYET: Cinsiyetin önemli kabul edildiği kişilerde olay farklı değerlendirilmektedir. Kadın cinsiyetine yönelik ayrımcılık bazı kişilerin ölümünün sorun olmadığı manasına gelmektedir. Doğumla ilgili ölümlerde de otopsinin gerekliliği ve cinsel saldırı niteliğini belirlemeye yöneliktir.

I.2. YAŞ: Bazı aileler erkek çocuğa kız çocuktan fazla değer verir. Bazısı ise tüp bebek yöntemiyle elde ettiği çocuk, diğer çocuklardan daha fazla önemlidir. Buna benzer nedenlerle değerli çocuk olarak nitelendirilenlerde hospiz beklentisi daha fazladır. Genç yaşta kanser olanların hospiz ihtiyacı yaşlı olanlardan daha fazla bulunmuştur(2). Hospiz nedeniyle uygun yaklaşım yapan hastaneler yeni doğacak çocukların ani ölüm sayısını azaltmak için tanıya yönelik işlemler yapmaktadır. Yeni doğan bebeğin ölüm sebebinin anlaşılması sureti ile tespit edilecek genetik hastalıklara karşı tedbir almak için otopsi yaptırılmaktadır. Ancak erişkin iken ölen insanlara otopsi yaptırılmasının az istenilmesi (11) otopsi endikasyon sınırlarının daraltılmasından kaynaklanmaktadır. Ölüye faydası olmayan durum; yaşayanlara tedbir alınmaması halinde bulaşıcı hastalık, radyasyon ve toksik zarar olarak da yansıdığından otopsi yapmama sorunu fazladır. Üniversitemizde otopsi az yapılmasının nedenlerinden biri de adli vakalara otopsinin büyük oranda, Adli Tıp Kurumunda yapılmasından da kaynaklanmaktadır.

I.3. EĞİTİM: Bireyin durumu anlamakta ve anlatmakta sorun yaşadığından sıkıntı düzeyi yükselir. Hatta bazı hastalıkların tanımı ölümle eş değer tutan bireyler dahi görülmektedir. Bu nedenle hastalık tanısının gizlenmesi konusu gündeme gelmektedir.

I.4. MESLEK: Bazı doktorlar hastalıkları tedavi etme kahramanlıkları gereğince kendi ölümcül hastalıklarını kabullenmekte sorun yaşamaktadır. Hekimler doktora gitmesini öğrenemediğinden tanı konulmasını red etmekte olduklarını hastalıklarını "inkar, öfke, suçluluk" gibi duygular beslediklerinden anlamaktayız. Bu yönü ile de bazı meslektaşlarımızın hospiz

yaklaşım tarzını öğrenmelerinde fayda bulunmaktadır.

I.5. EKONOMİK DURUM: Hospiz tedavi alma becerisini azaltır. Devletin hastanın bakımına yatırdığı yatırım miktarı Hospiz Bakım Merkezlerini etkilemektedir(12).

II. KİŞİNİN HASTALIĞININ HOSPIZ SİSTEMİ İLE İLİŞKİSİ:

II.1. TERMİNAL DÖNEM HASTALIKLARI: Terminal dönem hastanın hastane bakımı pek çok yarar sağlayabilir. İlaçlarını almasını sağlamak, mesleki uğraş, konuşma tedavisi, psikiyatrik danışma ve sosyal servis bakımı gereklidir. Evde kalması yalnız kalmayı ihmal gündeme getirebilir(13).

Hastaların % 80 kadarının bu tarzda sorununu çözmesi ABD'de sorundur(13). Hastanın ölümcül hastalığı hakkındaki fikri, acı çekme hissi, ölüm olayını değerlendirme durumunu incelemek gereği açıklanmıştır(14).

Abraham Maslow temel ihtiyaçları bildirmiş(4). Palyatif tedavinin gerekliliği 5 aşamada bildirilmiştir. Bunlar:

1. Ağrı ve dispne gibi sıkıntı veren belirtiler için.
2. Fiziksel güvensizlik, ölüm ve terk edilme korkularını gidermek için.
3. Ölümcül hastalığın kabullenilmesi, ümit ve etkilenildiğini kabul için.
4. Kişinin kabullenildiği, saygı ve kendilik değeri için.
5. Otomatizm ve beklentilerin karşılanmasına yönelik davranışların gösterilmesi için. Palyatif tedavinin basit, etkili, düşük maliyetli olması hasta iletişimini ve bakımını kolay-

laştırır(15).

II.2. HASTALIĞIN İŞLEVSEL DURUMU: Kronik ve ölümcül hastalıklar denilince sıklıkla kötü huylu tümörler veya tedavisi güç enfeksiyöz durumlar akla gelir. Bu hastalıkların bazıları hızlı metastaz ve bulunduğu bölge itibari ile prognozu kötü olduğundan; hekimin ve hastanın olayı anlaması çok geç olur. Bu nedenle de hekim için dava açılmaktadır. Erken tanının zamanında yapılmadığı durumları engelleme anlayışı da bazılarında hastalık endişesinin artmasına yol açmaktadır. Bunun dengesi toplum sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi ve aile hekimliğine danışmanlıkla sağlanabilir. Ayrıca hastalığın niteliği kötü huylu tümör olmamasına rağmen ölümcül olduğu durumlarda vardır. Bu durumlarda tıpta kötü uygulamalar akla gelir. Hekimler suçlanır. 68 yaşındaki erkek sol posterior temporal ve talamik arteriovenöz malformasyon nedeniyle 13 yıl önce lineer hızlandırıcı radyo cerrahi işlemi yapılmış. Stereo taktik radyo cerrahi yapılanlarda geç dönem serebral radyasyon nekrozu gelişmiş. Buna bağlı afazi, sağ hemiparezi, vücudun sağ kısmını ihmal etme durumu gözlenmiş. Kortikosteroid tedavisi uygulanmış. Ancak hastanın obstruktif hidrosefali ile durumu bozulmuştur. Yeni cerrahi tedaviyi hasta ve yakınları ret etmiş. Hospiz tedavisine yönelmiştir(16). Ani ölüme yol açan mitral valv prolapsusu da olayın anlaşılmasını güçleştiren nedenlerdendir.

II.3. RUHSAL HASTALIKLAR: Hastalıklı savunma mekanizmaları nedeniyle sorunun anlaşılması güç olabilmektedir. Demans hastasının durumunu geliştirmedeki yetersizliği bakım kalitesini bozmaktadır(17). Ayrıca demans hastalarının klinik seyri, yaşlılarınkinden daha ağır ve karmaşık seyirli olduğu bildirilmiştir(18). Hasta

durumunun gereklerini yerine getiremediğinden tedavisini yapan ilgililerin yaklaşım tarzını değerlendirememekte rahatsız edildiklerini düşünerek onlara kızmakta, hatta onlara saldırgan davranmaktadır. Ceza sorumluluğu olmayan hastanın suç işlemesi dahi mümkündür(19,20). Sorunun çözümü açısından iş birliğinin etkin ve yeterli olması gerekir. Hospiz etkinliklerinin yeterliliği psikometrik testlerle (21,22) ve kurum denetimleri (23) ile değerlendirilmesine ve desteklenmesine (24) ihtiyaç bulunmaktadır.

II.4. İSTİSMAR: Hasta bakımındaki eksiklik hem etik hem de yasal yönden değerlendirmeyi gerektirmektedir(25, 26). Kişi öldüğünde, istismarı ve ihmali açısından risk durumunu artıran unsurlar, yalnız yaşama hali, ekonomik sorunlar birlikte değerlendirilmelidir(25).

II.5. ÖLÜM SEBEBİ: DİE ölüm istatistik formlarında % 15,3 oranında gerçek ölüm nedeninin doğru yazıldığı, % 14,4 sıklıkta gerçek ölüm nedeninin diğer ölüm nedenleri arasında yazıldığı izlenmiş; % 71 oranında kardiopulmoner arrest, kardiyak arrest, solunum arresti gibi terminal safhaların ölüm nedeni olarak yazıldığı bildirilmiştir(27). Defn, ancak Cumhuriyet Savcısı veya Sulh hakimi tarafından verilecek yazılı ruhsata bağlıdır(CMK m 159). Bulaşıcı hastalıktan şüphelenildiği zaman ise Umumi Hıfzısıhha Kanununun 70. maddesine göre hekim otopsiyi, ölü yakınından "otopsi yapma" izni almadan otopsi yaparak sonucu Sağlık Müdürlüğüne rapor eder. Yapılan yanlışlığın düzeltilmesinin en kolay otopsi raporunun hazırlanmasıdır. Ölüm olayının cinayet, kaza, intihar veya doğal nedenlerle olması halleri olay yerinde birbirine benzemekte, hatta ayırımı yapılamadığından bazen mahkeme sürecini dahi beklemek gerekir.

III. TOPLUMSAL DEĞERLENDİRME KRİTERLERİ:

III.1. DEĞERLER SİSTEMİ: Bıraktığı rol kabul edilerek yapılamadığı yönündeki fikirler hospiz gereğini artırmaktadır. "... yapılıyordu bu böyle olmayacaktı" tarzındaki fikirler sorun yumağını artırmaktadır. Olumsuz olaylar nedeniyle kötü adaptiv illiyet bağı kurma sorununun büyümesini kolaylaştırır. Kişi varlığını devam ettirmekle ve geliştirmekle değerlidir. Kişinin varlığının değeri devam ettirmekle anlaşılıyor ise önemli olarak kabul edilen değer yitirilmesi de kişinin kendi yokluğu ile değil varlıklarının zenginliği ile kaybı tolere edilerek, yaşam sistemini fonksiyonel kılarak geliştirmekle mümkündür. Kişinin kendi değerliliğini değerlendiren sistem ise toplum olduğundan bu konuda kişiye değerlendirme yapma beceri hakkı yoktur. Toplumun değer sistemini yansıtan hukuktur. Hukukumuzda göre ölüm cezası kaldırılmıştır. Hukukumuz kişinin değer sisteminin geliştirilmesine yönelik düzenlemelerle doludur.

III.2. YASAL SİSTEMLE İLGİLİ DURUMLAR: Bazı kimsesizler, yoksullar ve mahkumlar zamanında ve etkin tedavi almada sorun yaşayabilir. Buna bağlı olarak da hospiz uygulanmasında yetersizlikler izlendiğinden sosyal devlet kapsamı çerçevesinde bu tanımlanan gruplara özgü pozitif ayrımcılık yapmakta fayda bulunmaktadır.

III.3. SAĞLIK KURULUŞUNA ULAŞMA KOLAYLIĞI: Zamanında ve etkin tedaviden yararlanamama sorununu gündeme taşır. Otopsi yapmadığımızın nedenlerini araştıranlar (3) bunun çok nedenli olduğunu bildirmektedir. Bu nedenlerle otopsi hospiz sistemi ile ölü yakınlarının birbirine olan husumet nedenlerinin hukuki temeli olacaktır. Hastane yöneticilerinin

bu açıdan otopsinin ölü yakınlarına ücretsiz olmasını sağlayacak sistem geliştirmesi hastane güvenliği açısından da gereklidir. Bir başka yararı da eğitim alanında olacaktır.

III.4. KİŞİNİN TOPLUM ÜZERİNE ETKİSİ: Devlet yönetiminde bulunanlar, toplumda saygınlığı bulunan bireylere yönelik fiillerin fazla olması toplumsal infial ve korku duygusunu geliştirme arzusunda yatmaktadır. Kültürel farklılık tedavi yaklaşımının farklı olmasına yol açmaktadır. Örneğin Aborjinlerin Batı kültüründen korktukları ve kültürel özelliklere dikkat edilmesi halinde ağrı tedavisinde daha başarılı sonuçlar alındığı rapor edilmiştir(28).

III.5. ÖLÜM HALİNİN RAPORLANMASI: Ölüm hali doğal, kaza, intihar veya cinayet olarak bildirilir.

III.5.A.DOĞAL NEDENLER: Tüm ölümlerin % 5-42'sinin ani ölüm olduğu belirtilmesi insanın ölüm olayını kabullenmesinin güçlüğünden (bunu beklemediğinden) kaynaklanmakta ve bazı belirsiz şikâyetlerin tedavisi için insanların hekime gitmediklerinden olabilir(2). Koroner arter hastalarının, konjestif kalp yetmezliği olanlara nazaran hospize daha fazla ihtiyacı olduğu bildirilmiştir(29). Hospiz ihtiyacı yalnız kötü huylu hastalığa bağlı olmayıp, aynı zamanda hastalığın niteliğine de bağlıdır.

III.5.B. KAZA: Hastalığın etkisi ile kişinin genel durumu bozulduğundan kaza geçirme riski artar. Kazaların çoğu ev ortamındaki düşmeden kaynaklanmaktadır. Düşmelerin % 12'si ciddi yaralanmalarla birlikte(30). Kazai ölümlerde sevilenin birden kaybının verdiği sıkıntı fazladır.

III.5.C. İNTİHAR: Kişinin kronik hastalığın oluşturduğu tedavisi

imkansız acı ve genel durumunun gittikçe bozulmasından dolayı intiharı gözlenebilir. Ölümcül hastalığı olan birinin intihar davranışını göstermesinde etken olan yönelim kendi varlığını göstermeye (bildirmeye) yönelik ihtiyaç, sahiplenilmeye olan arzu ve güvenlikte olduğunu hissetmeye olan ihtiyaçtan dolayı olabilir(31).

III.5.D. CİNAYET: Cinayet sonrası sevilen kişinin beklenmedik ölümüne gösterilen tepki uzun ve şiddetli olmaktadır. Bu sebeple failin ya da failerin yakalanması ve cezalandırılması, ölü yakınlarında adalet duygusunun oluşumu sebepleriyle üzüntüleri azalabilir(2). İngiltere’de yaşlı bakım evlerinde acıma nedeniyle öldürüldükleri rapor edilmiştir(32). Ekonomik yönden zayıf, zayıf kognitif ve/veya fiziksel yetersizliği bulunan yada ailevi izolasyona uğrayan ölümcül hastalığı olanlar cinayet için yüksek risk grubundadır(2).

Sonuç

Travmatik olay olan ölüm kurtarıcı özelliği, onarıcı niteliği, yaşatılma nitelikleri üzerine değerlendirme ve geliştirmeye yapıldığı sürece sorunu daha kolay atlatacağız. Ölüm kavramını baba-anne rolü ile değerlendirmede ölümsüzlük fikri ile geliştirildiği sürece sorun aşılabılır. Kötü haber veya olumsuz koşulların iletilmesi aslında var olan durumun ifadesi olduğundan ve hekimin sorumluluğu olmadığından endişesiz yaklaşım tarzlarının benimsenmesi gerekir. Bu açıdan Morgagni’nin “ölüler yaşayanı eğitir” sözü çerçevesinde “kanıta dayalı tıp” ile otopsinin gereklerinin anlatılması ve bundan sağlanan yararlarla sorunların çözülmesi hospiz yaklaşım ile ölü yakınlarının yas reaksiyonundan kolay çıkmasını ve yaşamın avantajlı yönlerini algılamasını kolaylaştırdığı kanaatindeyim.

Hikmet Şimşek gibi sanatçıların, kim-sesizlerin cesetinden öğrencilerin anatomi için yararlanmasına izin verilmesi gibi örnek olması toplum tarafından geliştirilmesi gereken davranışlardandır.

Travmatik olay olan ölüm kurtarıcı özelliği, onarıcı niteliği, yaşatılma nitelikleri üzerine değerlendirme ve geliştirmeye yapıldığı sürece sorunu hospiz yaklaşımı ile daha başarılı olurken; ölülerimizle ilgili süreçler standardize olacağından belirsizliklerden doğacak sorunlar kolay aşılanacak. Ölü yakınları daha sık ve kolay organ nakline, otopsiye ve cesedin anatomi Anabilim Dalına kadavra olarak verilmesine izin vermeleri mümkün olacaktır.

KAYNAKLAR

- Okyavuz ÜH, Ölümcül hastalık tanısı almak: Bir yaşam krizi kötü haber verilmeli mi? *Kriz Dergisi* 2003; 11/3: 29-35.
- Bilge Y, *Adli Tıp, Üçbilek Matbaası*, 2005; s. 54.56.57.60-63,94-130,141-155, Ankara.
- Namal A, Ölümü yaşayabilmek için bir seçenek: Hospizler, III. Tıbbi Etik Sempozyumu, Yüksek Öğretim Kurulu Matbaası, 1998; s 137,144, Ankara.
- Zalenski RJ, Raspa R, Maslow’s Hierarchy of Needs: A Framework for Achieving Human Potential in Hospice. *J Palliat Med.* 2006; 9:1120-7.
- Li YQ, Zhang MX, Fu GX, *et al*, Effect of hospice care on the quality of life and psychological state of aged mortal inpatients. *Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban.* 2006; 31:538-42.
- Kelly KS, Thompson MF, Waters RD, Improving the way we die: a cororientation study assessing agreement/disagreement in the organization-public relationship of hospices and physicians. *J Health Commun.* 2006; 11:607-27.
- Sulmasy DP: Spiritual issues in the care of dying patients: “. . . it’s okay between me and god”. *JAMA.* 2006; 296:1385-92.
- Thompson GN, Chochinov HM, Methodological challenges in measuring quality care at the end of life in the long-term care environment. *J Pain Symptom Manage.* 2006; 32:378-91.
- Kiik R, Sirotkina R: Hospice - the ideology and perspectives in Estonia. *Int Nurs Rev.* 2006; 53:136-42.
- Virnig BA, Kind S, McBean M, *et al*, Geographic variation in hospice use prior to death. *J Am Geriatr Soc.* 2000; 48:1117-25.
- Bölükbaşı O, Gürpınar S, Ozoran Y: Neden Otopsi Yapmıyoruz? *Sendrom* 1997; 9/2: 90-92.
- Grabowski DC, Stevenson DG, Huskamp HA, *et al*, The influence of Medicare home health payment incentives: does payer source matter? *Inquiry.* 2006; 43:135-49.
- Christakis NA, and Escarce JJ: Survival of Medicare Patients after Enrollment in Hospice Programs *N Engl J Med* 1996; 335:607.
- Knops KM, Srinivasan M, Meyers FJ: Patient desires: a model for assessment of patient preferences for care of severe or terminal illness. *Palliat Support Care.* 2005; 3:289-99.
- Brumley D, Fisher J, Robinson H, *et al*, Improving access to clinical information in after hours community palliative care. *Aust J Adv Nurs.* 2006; 24:27-32.
- Chen HI, Burnett MG, Huse JT, *et al*, Recurrent late cerebral necrosis with aggressive characteristics after radiosurgical treatment of an arteriovenous malformation. Case report. *J Neurosurg.* 2006; 105:455-60.
- Pleschberger S: Palliative care in nursing homes-central issues and further research. *Z Gerontol Geriatr.* 2006; 39(5):376-81.
- Hirakawa Y, Masuda Y, Kuzuya M, *et al*, Home end-of-life care for advanced dementia vs advanced cancer elderly patients: dying elderly at home Project. *Nippon Ronen Igakkai Zasshi.* 2006; 43:355-60.
- Suh GH, Yeon BK, Shah A, *et al*, Mortality in Alzheimer’s disease: a comparative prospective Korean study in the community and nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2005;20: 26-34.
- Clements CM, Sawhney DK: Coping with domestic violence: Control attributions,

- dysphoria, and hopelessness. Journal of Traumatic Stress 2000;13: 219-240.
21. Engelberg R, Downey L, Curtis JR: Psychometric Characteristics of a Quality of Communication Questionnaire Assessing Communication about End-of-Life Care. J Palliat Med. 2006; 9:1086-98.
 22. Kutner JS, Bryant LL, Beaty BL *et al.* Symptom Distress and Quality-of-Life Assessment at the End of Life: The Role of Proxy Response. J Pain Symptom Manage. 2006; 32:300-10.
 23. Van Kleffens T, van Leeuwen E: Physicians evaluations of patients decisions to refuse oncological treatment. J. Med. Ethics 2005;31:131-136.
 24. Ellidokuz H, Uçku R, Elidokuz E ve ark, Kurumda ve evde yaşayan yaşlılarda sağlık durumu değerlendirmesi. Sağlık ve Toplum 2005;15:40-44.
 25. Jayawardena KM, Liao S: Elder abuse at end of life. J Palliat Med. 2006; 9:127-36.
 26. Shields LBE, Hunsaker DM, Hunsaker JC: Abuse and neglect: A ten-year review of mortality and morbidity in our elders in a large metropolitan area. J Forensic Sci 2004; 49: 122-126.
 27. Işık AF, Demirel B, Şenol E: Bildirilen ölüm nedenleri “ gerçek ölüm nedeni mi?” T Klin Adli Tıp 2004; 1:1-11.
 28. McGrath P: ‘The biggest worry..’: research findings on pain management for Aboriginal peoples in Northern Territory, Australia. Rural Remote Health. 2006; 6:549.
 29. O’Meara ES: Heart failure at the end of life: symptoms, function, and medical care in the Cardiovascular Health Study. Am J Geriatr Cardiol. 2006; 15:217-25.
 30. Aksu S: Bakımevinde yaşayan geriatriklerde denge bozukluğu ve düşmeler, III. Ulusal Geriatri Kongresi, 20-24 Ekim 2003, Çetin Ofset AŞ, Ankara, 2003, s 28-29.
 31. Legris L, Preville M: Motives for geriatric suicide: An exploratory study, Canadian Journal on Aging-revue Canadienne du Vieillessement 2003;22: 197-205.
 32. Maier GJ, Bertram M, Stephens S: Hospice-assisted deaths in a forensic facility: a comparison of patient reactions. Am J Hosp Palliat Care. 1991; 8:15-22.