Derleme / Review Article *TAF Prev Med Bull 2012; 11(2): 219-224*

Kalp Yetersizliğinde Palyatif Bakım

[Palliative Care in Heart Failure]

ÖZET

Kalp yetersizliği sık görülmesi ve görülme sıklığının her geçen yıl artması nedeniyle önemli bir sağlık problemidir. Kalp yetersizliğinde semptom yükünün ve mortalitenin yüksek olması, destekleyici ve palyatif bakım girişimlerinin sağlanmasını zorunlu hale getirmektedir. Ancak hastaların çok azı palyatif bakıma yönlendirilmektedir. Çünkü kanser hastalarının aksine kalp yetersizliği hastalarının hastalığın son safhasında akut dekompansasyon bulguları ile hastaneye yatması, taburculuk öncesinde semptomlarının azalması ve fonksiyonel durumlarının iyileşmesi nedeniyle yaşam sonu bakım gereksiniminin tanılanması zordur. Hastalarda yaşam kalitesinin iyileştirilmesini, semptomların kontrol altına alınmasını, hastalığın daha da ağırlaştığı atakların erken saptanmasını, tedavisini ve hastanın bakımında fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi sağlığın birlikte ele alınmasını hedefleyen bütüncül bir yaklaşım olan palyatif bakımın, kalp yetersizliği hastalarının bakımına entegre edilmesi önemlidir.

SUMMARY

Heart failure is an important health problem since its incidence and prevalence is increasing year by year. Since symptom burden and mortality are high in heart failure, supportive and palliative care should be provided. However, very few patients are referred to palliative care services. In comparison with cancer patients, it is difficult to identify end of life care for patients with heart failure, because these patients are hospitalized when the signs of acute decompensation appear, and their symptoms decrease and functional status improve before they are discharged. Therefore, palliative care, which is a holistic approach aiming to improve patients' quality of life, to detect and treat the attacks of the disease before they become severe, and to deal with patients' physical, psychological, social, and mental health altogether during their care, should be integrated into heart failure patients' care

Hatice Mert
Canan Demir Barutcu

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İzmir.

Anahtar Kelimeler:
Kalp Yetersizliği, Palyatif Bakım, Yaşam Sonu Bakım.

Key Words:
Heart Failure, Palliative Care, End of Life.

Sorumlu yazar/ Corresponding author:
Hatice Mert
Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 35340, İnciraltı, İzmir, Türkiye.
hatice.mert@deu.edu.tr

DOI:10.5455/pmb.1-1308553974

GİRİŞ

Kalp yetersizliği, sık görülmesi, görülme sıklığının her geçen yıl artması ve çok yüksek morbidite ve mortalite oranlarına sahip olması nedeniyle önemli bir sağlık problemidir (1). Tanıdan sonra ilk bir yıl içinde mortalite oranı %40, beş yıl içinde %45-75 arasında değişmektedir (2). Son dönem kalp yetersizliği hastalarının durumunu geliştirmek için palyatif bakım yaklaşımı önerilmektedir. Bununla birlikte, kardiovasküler hastalıklar için palyatif bakım kansere oranla daha az yaygındır (3). Son dönem kalp yetersizliği hastaları palyatif bakım hizmeti alamadıkları için genellikle ölüme kadar yoğun ilaç tedavisi almaya devam etmektedir. Birçok hasta uzun dönem tedavi alırken sağlık profesyonelleri ile yaşam sonu bakım konularını hiç tartışamamaktadır (4). Bu makale kalp yetersizliği olan hastaların palyatif bakım gereksinimlerine dikkat çekmek amacıyla yazılmıştır.

Palyatif Bakım

Palyatif bakım hasta konforu ve yaşam kalitesi üzerine odaklanmış bakımdır (5). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün yaptığı tanıma göre; palyatif bakım yaşamı tehdit eden bir hastalığın problemleriyle karşılaşan hasta ve ailesinin ağrı ve diğer fiziksel, psikososyal ve manevi problemlerinin erken tanınması, kusursuz bir değerlendirme ve tedavi ile acı çekmenin önlenmesi ve hafifletilmesi yoluyla yaşam kalitesini geliştiren bir yaklaşımdır (6). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün bu tanımında palyatif bakımın, hastalığın erken döneminde verilmeye başlamasının önemi vurgulanmaktadır (6). Palyatif bakımın amacı, tedavi olasılığı bulunmayan durumlarda hastaların yaşam kalitesini geliştirmek, kaliteli ölümü sağlamak ve ölümün aile ve bakım verenler için yıkıcı etkisini azaltmaktır (5,7,8). Palyatif bakımın temel prensipleri Tablo 1'de görülmektedir (6).

Kalp Yetersizliği ve Palyatif Bakım

Kalp yetersizliği, bireyin fonksiyonlarını, yaşam kalitesini etkileyen, yaşam süresini sınırlayan klinik bir sendromdur. Tedavideki gelişmelere rağmen, kalp yetersizliği ilerleyicidir, tedavi edilemez ve mortalite oranları oldukça yüksektir (2).

Kalp yetersizliğinin semptomatik yükü ve mortalite riski, palyatif bakımın yaygın olarak uygulandığı bir hastalık olan kanser ile benzerdir. Bununla birlikte, kalp yetersizliği nedeniyle ölmek

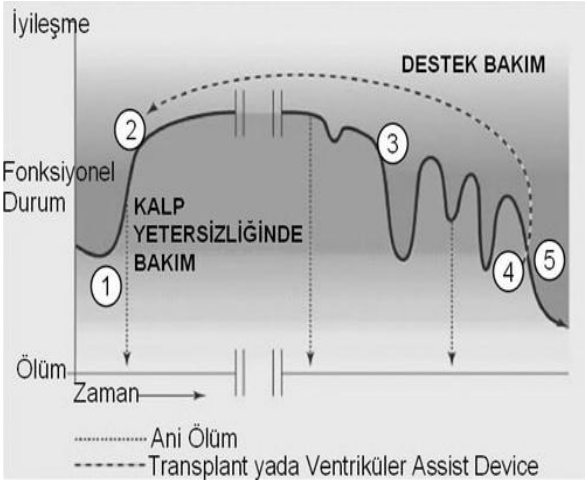
üzere olan hastaların çok azı palyatif bakıma yönlendirilmektedir (2,9). Selman ve arkadaşlarının (2007) kalp yetersizliği olan hastalarla yaptığı çalışmada hasta ve ailelerin yaşam sonu bakım tercihlerinin olduğu fakat hiçbirinin bu durumu hekimleri ile tartışmadığı, seçenekleri hakkında bilgi sahibi olmadığı ve palyatif bakım yaklaşımları gibi ileri bakım alternatiflerini bilmedikleri belirtilmiştir. Aynı çalışmada hastalar ve bakım verenlerin kalp yetersizliği ve sınırlılıkları konusunda konuşmaktan korktuğu ve anksiyete yaşadıkları bulunmuştur (2). Kalp yetersizliği olan hastalarda palyatif bakım konusuna ilişkin yapılan bir workshop raporunda ise sağlık profesyonellerinin kalp yetersizliği alevlenmesi ile hastaneye yatan hastalarla prognoz konusunu tartışmak istemedikleri, %47'sinin hastaları korkutacağını düşündüğü belirtilmiştir (10).

Kalp yetersizliği olan hastalarda palyatif bakımın sağlanmasında hastalık süreci de engel oluşturmaktadır. Kalp yetersizliği olan hastaların alevlenme dönemlerindeki belirsizlikler (taburculuk öncesinde semptomların azalması ve fonksiyonel durumlarının iyileşmesi), terminal dönemi tahmin etmedeki güçlükler, ani ölümlerin sık ve ani ölümleri açıklayacak kabul edilebilir bir belirleyicinin olmaması ve komorbid durumların fazla olması hastaların palyatif bakım almalarını engellemektedir (2,9,11).

Kalp yetersizliği olan hastalarda palyatif bakımın amacı rahatsızlığı önlemek/azaltmak ve hasta ve ailesinin yaşam kalitesini arttırmaktır (8). Kalp yetersizliğinde hastalığın ilerleyişi ve palyatif bakım süreci beş fazda açıklanmaktadır (12), (Şekil 1).

Tablo 1: Palyatif bakımın temel prensipleri

Ağrı ve diğer sıkıntı veren semptomların rahatlatılmasını sağlar
Yaşam ve ölümü normal bir süreç olarak değerlendirir
Ölümü ne hızlandırmayı ne de ertelemeyi amaçlar
Hasta bakımının psikolojik ve manevi yönünü bütünleştirir
Hastanın ölüme kadar mümkün olduğunca aktif yaşamasına yardım edecek bir destek sistem sağlar
Hasta ailesinin hastalık ve sonrasında yas süreci ile baş etmesine yardım edecek bir destek sistem sağlar
Hasta ve ailesinin gereksinimlerini belirlemek ve gidermek için ekip yaklaşımı kullanır, gerektiğinde yas danışmanlığı yapar
Yaşamın kaliteli olmasını sağlar ve hastalık sürecini olumlu etkiler



Şekil 1: Kapsamlı kalp yetersizliği bakımı

Faz 1

Semptomların ortaya çıkışını, tanı ve tıbbi tedavinin başlangıcını gösterir. Hasta, yaşamı tehdit eden solunum güçlüğü ile hastaneye geldiğinde ortaya çıkar. Bazı hastalar bu dönemde ölebilir. Genellikle tedavi ile semptomlar düzelir. Bu safhada hasta ve yakınlarının kalp yetersizliğinin doğası, tedavi seçenekleri, diyet ve sıvı yönetimi ile ilgili eğitime gereksinimleri vardır (11-13).

Faz 2

Faz 1'i değişken süreli bir plato periyodu izler, bu dönem bazen birkaç yılda sonlanabilir. Tedavi süreci devam eder, fakat hastaların bu dönemde evlerinde tedaviyi yönetme konusunda desteğe ihtiyaçları vardır. Kalp yetersizliğinde yaşam beklentisini tahmin etmek çok güç olduğu ve hastalar göreceli olarak kendilerini iyi hissettikleri için pek çok sağlık profesyoneli bu dönemde prognoz hakkında hasta ve ailesi ile konuşmaktan çekinir (11,12).

Faz 3

Kalp fonksiyonunun kötüye gitmesiyle birlikte semptomların tekrar ortaya çıkışı ile hastalarda uyumsuzluk gelişir. Bu dönemde tedavinin tekrar düzenlenmesi ve implante edilebilen kardiyak cihazların kullanımı gerekebilir. Hasta ve yakınlarının daha fazla desteğe gereksinimi vardır (11,12).

Faz 4

Fonksiyonel bozukluk devam ederken, optimal tedaviye rağmen hastalar daha fazla semptom yaşar, fiziksel kapasite azalır. Kalp transplantasyonu gibi diğer tedavi seçenekleri düşünülür. Hasta ile ileri bakımı planlama ve prognozu tartışmak için doğru

zamana karar vermek çok güç olabilir, fakat faz üç ve dörtte semptomların tekrar ortaya çıkması ve yoğun tedavi için olası gereksinimlerin sorgulanması sıklıkla tartışmayı başlatmak için bir fırsat sağlayabilir. Bu fazda kalp yetersizliğinin gidişi çok değişkendir ve herhangi bir zamanda durumun klinik olarak kötüye gidebileceği ve ölüm olabileceğinin üzerinde durulması önemlidir (11,12).

Faz 5

Bu dönemde semptom yönetimi önemlidir, gereksiz tedavi kesilebilir. Destekleyici ve palyatif bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi gereklidir. Ani aritmik kardiyak ölüm erken fazda daha sık görülürken multi-organ yetmezliği Faz 5'te daha sık görülür. Resusitasyon durumunun gözden geçirilmesi ve kardiyak araçların tekrar programlanması gereklidir (11,12). Kalp yetersizliği hastalarında kötü prognozu düşündüren değişkenler Tablo 2'de verilmiştir (13,14).

Semptom Yönetimi

Hastalar yaşam sonuna doğru yaklaştıkça semptom yükü giderek artar. Yaşamın son üç gününde hastaların %60'ından fazlası dispne, %40'ı ağrı yaşamaktadır (15). Kalp yetersizliği hastalarının en sık yaşadığı semptomlar Tablo 3'de verilmiştir (2,9,16).

Ağrı

Ağrı, kalp yetersizliği hastalarının son döneminde hastaların %80'ini etkilemektedir. Hastalar yaşamın son günlerinde kanser hastaları ile aynı oranda ağrıdan şikâyet etmektedirler.

Kalp yetersizliğinde ağrı iskemi, diyabetik nöropati veya osteoartritle ilgili olabilir. Diğer kronik ağrıda kullanılan yönetim stratejileri kullanılabilir. Yaşam sonunda rahatsızlığı önlemek için analjezik ve sedatif infüzyonu uygulanır. Analjezikler yaşamı sürdürme tedavisi sonlandırılmış hastaların %65-86'sında kullanılmaktadır (14).

Nitratlar ve opioidler iskemik ağrı için kullanılabilir. Kalp yetersizliğinde, özellikle yaşlı hastalarda böbrek fonksiyon bozukluklarına ve dekompansasyona neden olabileceği için nonsteroid anti enflamatuar ilaçlardan kaçınılmalıdır. Morfin 2 mg/h başlayarak, sedatifler (diazem) 1 mg/h başlanarak uygulanabilir. Yaşam sonuna yakın uygulanan morfin ve sedatifler ölümü hızlandırmaz (17).

Tablo 2: Kalp yetersizliği hastalarında kötü prognozu düşündüren değişkenler.

İleri yaş
Optimal tedaviye rağmen refrakter semptomlar
Altı aydan daha kısa sürede dekompanzasyon nedeni ile en az üç kez hastaneye yatma, üçten daha fazla günlük yaşam aktivitelerine bağımlı olma
Kardiyak kaşeksisi olma
Dirençli hiponatremi
Serum albumin düzeyinin 25g/l den az olması
Araçlarından çoklu şok alma
Son dönem kanser gibi kötü bir prognoza eşlik eden bir komorbiditesi olma

Tablo 3: Kalp yetersizliği hastalarının en sık yaşadığı semptomlar.

Yorgunluk (%69-82)
Ağrı (%63-80)
Solunum sıkıntısı (%60-80)
Anksiyete (%49)
Bulantı (%17-48)
Konfüzyon (%18-32)
Depresyon (%9-36)

Dispne

Dispne, hastalarda boğulma hissi ve ölüm korkusu yaratan bir semptomdur. Dispnenin nedenleri akciğer ödemi, akciğer enfeksiyonu, plevral efüzyon, pulmoner emboli ya da neoplazm olabilir. Kalp yetersizliği olan pek çok hastada kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi ek bir hastalığın olması da dispneye neden olabilir (18). Diüretikler ve morfin (IV veya buccal) konjesyonu rahatlatır. Dikkatli bir şekilde önerilen opiyadlar önemli bir solunum depresyonuna neden olmaksızın ventilasyon gereksinimini azaltabilir fakat yaşlılarda daha fazla dikkat edilmesi gerekir. Nitratlar oral veya transdermal olarak uygulanabilir. (17,19). Anksiyolitikler dispneyle ilişkili anksiyeteyi azaltabilir. Hasta hipoksik değilse bile, oksijen tedavisi uygulanır; oksijen fizyolojik parametreleri düzeltmeyebilir fakat sıklıkla dispneyi azaltır (20). Nonfarmakolojik girişimler etkili olabilir. Yüze üfleyen bir vantilatör sıklıkla yararlıdır. Solunum için en rahat ettiği pozisyon verilir. Kontrollü solunum ve

relaksasyon teknikleri de dispnenin azaltılmasına yardımcı olabilir (14,17).

Yorgunluk

Kalp yetersizliğinde yorgunluk ve düşük egzersiz toleransı genellikle azalmış kardiak output sonucudur (17). Anemi, diüretik kullanımı da yorgunluğa neden olabilir veya arttırabilir. Hastaların diüretik saatleri planlanmalıdır. Uyku öyküsü alınmalıdır. Hastanın ayaklarını hafif bir şekilde yükseltmek gibi basit bir girişim bazen hastaların daha iyi uyumasını sağlayabilir. Periodik solunum da bazı hastalarda problem olabilir. Oksijen tedavisi uygulanabilir. Yatma zamanı küçük dozda opiyat verilmesi faydalı olabilir. Uyku apnesi varsa noktürnal non-invaziv ventilasyon yararlı olabilir (18). Depresyon da yorgunluğun bir nedeni olabilir. Günlük kısa yürüyüşler yorgunluğu azaltacağı için eğer mümkünse hastalar egzersiz konusunda cesaretlendirilmelidir (17).

Diğer semptomlar

İlaçlar (spironolactone, digoksin toksisitesi, opiyatlar), karaciğer kapsülünde gerilme, konstipasyon, böbrek yetmezliği veya anksiyete nedeniyle bulantı ve kusma olabilir. Anksiyetenin azaltılması, bulantı – kusmayı da azaltabileceği için hastaya gevşeme, derin soluk alıp verme, dikkatini başka alanlara yöneltme yöntemleri öğretilerek ve uygulanması için desteklenerek yardımcı olunabilir. Antiemetikler verilebilir. Bulantı-kusma iştahı azaltabilir. Depresyona bağlı olarak da beslenme problemi olabilir. Hastanın beslenme durumuna dikkat edilmelidir. Hastanın sevdiği yiyecekler sık aralıklarla ve az verilmelidir.

Yaşamın sonlarına doğru iştahsızlık, halsizlik, kullanılan ilaçlar ve ağrı konstipasyona neden olabilir. Defekasyon sıklığı yönünden hasta izlenmelidir. Hastalar sıvı kısıtlaması yaptıkları için başka bir neden yoksa konstipasyon için psyllium (isphagula) gibi kitle oluşturan laksatifler kullanılmamalıdır (18).

Kalp yetersizliği olan hastalarda depresyon çok sık görülür ve kalp yetersizliği morbidite ve mortalitesi üzerinde önemli bir etkisi vardır. Davranışsal bilişsel terapiler, sosyal desteğin arttırılması veya egzersiz eğitimleri faydalı olabilir (18).

Yaşam Sonu Bakım

Yaşam sonu bakım, hastanın ve ailesinin yaşamın son dönemi ve yas sürecindeki gereksinimlerinin belirlenmesi ve karşılanmasını içerir (8). Hastayı yaşam sonuna hazırlamak son derece önemlidir. Bakım hedefleri hasta için en iyi ölümü sağlamaya odaklanmalıdır (21,22). Bu dönemde önemli olmayan monitör ve ekipmanlar çıkarılmalı, kalan ekipmanlarda alarmlar kapatılmalıdır. Yaşam sonunda rahatsızlığı önlemek için analjezik ve sedasyon infüzyonları devam edebilir (14).

Hastaların aldığı tedavi ve teknolojik girişimlere rağmen tedaviye cevap vermediğinde zor kararlar alınması gerekir. Hastaya kardiyopulmoner resüsitasyon, renal diyaliz gibi ek girişimler yapmak, mekanik ventilasyon, intra-aortik balon pompası tedavisi gibi girişimleri ya da yaşamın devamını sağlayan girişimleri durdurmak konusunda karar vermek oldukça güçtür. Her hasta için uygun tek bir cevap yoktur, ölümün beklenip beklenmediğine göre tedavi planı değişir, hasta son dönem kalp yetersizliğindedir, hastaneden ayrılabilir ve evde palyatif bakım hizmetlerinden yararlanabilir, ventrikül yardımcı araç, pacemaker ve ICD gibi cihazların kullanımı için planlama yapılabilir, bu araçların kullanımının durdurulması gerekiyorsa, hastanın prognozu, araçların durdurulması dışındaki seçenekler ve durdurulduğunda ne olacağı konusu mutlaka hasta ve ailesiyle tartışılmalıdır (14). Hastanın vücudunda beklenen fiziksel değişiklikler ve ölüm süreci için aile üyeleri hazırlanır ve hastayla sınırsız görüşmeleri sağlanır, hastaların kültürel tercihleri/dinleri, ölüm yeri tercihleri değerlendirilir, pek çok hasta ve ailesi hastanede devam eden bakımı tercih ederken, bazıları evde ölümü tercih edebilir (14).

Bu dönemde hasta ve yakınlarına verilecek hizmette en önemli rol hemşirelere düşmektedir (23). Hemşireler hastaların korkularını azaltma, hastanın bireyselliğinin ve aile bütünlüğünün korunması, ailenin duygusal ve fiziksel olarak güçlenmesi için planlama yapma ve aileyi yas sürecine hazırlama, semptomları kontrol ederek hastanın rahat ölümünü sağlama ile sorumludurlar (24,25). Bireyin ölüme ilişkin tepkilerinin neler olabileceğini bilmek önemlidir. Ölümün anlaşılması, ölüme giden süreçte de hemşirenin bireye ve ailesine uygun bakım vermesini sağlayacaktır. Ölüm, kayıp gibi hüzün olaylarına karsı bireylerin algılamalarını bilmek ölmekte olan hastaya bakım verme konusunda hemşireye yardımcı olur. (23). Yaşamın son günlerini yaşayan hastanın bakımında, hastanın duygusal ve fiziksel gereksinimlerini karşılayabilmek için hemşirenin gerekli bilgi, beceri ve anlayışa sahip olması hasta ve ailesine etkili psikososyal destek sağlayabilmek için onların duygularını anlaması, kabul etmesi ve kültür farklılıklarına saygı göstermesi gerekmektedir (26). Bunun için öncelikle hemşirenin

kendi görüş ve davranışlarına ilişkin bir iç görü kazanması gerekmektedir (27,28).

Kalp Yetersizliği Palyatif Bakım Ekibi

Etkili palyatif bakım hasta ve aileye odaklı, toplumdaki kaynakların kullanımını sağlayan, fiziksel aktivite, eğitim, beslenme, psikososyal destek ve tıbbi bakım girişimlerini içeren, yetersizlikleri azaltmayı ve hasta katılımını arttırmayı amaçlayan, oldukça geniş bir ekip tarafından yürütülen multidisipliner yaklaşımı içerir. Multidisipliner ekip hasta bakım koordinatörü, pratisyen hekim, kardiyolog, kalp yetersizliği hemşiresi, palyatif bakım doktoru, palyatif bakım hemşiresi, psikolog/psikoterapist, fizyoterapist, diyetisyen ve din görevlisinden oluşmaktadır (11,29,30). Şekil 2 kalp yetersizliği olan bireylerin bakımında gerekli multidisipliner ekibin temel elementlerini göstermektedir (11). Hemşirelerin palyatif bakım ekibinde önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Semptomları hafifletmek, kişinin yaşamını mümkün olduğunca normale yakın yaşamasına yardım etmek, ileri dönem solunum problemi olan hastalarda fiziksel rahatlığı sağlamak, psikolojik ve emosyonel iyiliği sürdürmeyi içeren sorumlulukları bulunmaktadır.

SONUÇ

Palyatif bakım kalp yetersizliği olan hastaların bakımına entegre edilmelidir. Böylece fiziksel ve psikolojik semptomları erken tanıyarak ve tedavi ederek, sosyal ve manevi gereksinimlerine önem vererek acıyı hafifletme ve önleme yoluyla tedaviye yanıt vermeyen semptomatik kalp yetersizliği ile ilişkili problemlerle karşılaşan hasta ve ailesinin yaşam kalitesi geliştirilebilir. Kalp yetersizliği bakımını geliştirmek için hasta, aile, primer bakım verenler, kalp yetersizliği uzmanları ve ekibe eğitim verilmeli, bakım verenlerin sorumlulukları, farklılıkları ve rolleri konusunda açıklamalar yapılmalı, bakım verenler arasında iletişim gelişmelidir.

Sağlık bakım ekibinin semptomları değerlendirebilmesi, tedavi uygulamaları, destek ve konfor için diğer tedavi seçeneklerini sağlaması etkili palyatif bakımın en önemli bileşenleridir. İdeal olarak palyatif bakım hizmetleri yaşamı tehdit eden hastalığın tanısı ile başlamalıdır. Hasta terminal döneme ilerledikçe hastaların ve ailelerinin değişen gereksinimlerine uyarlanmalıdır. Hastanın ölümünden sonra da yastaki ailelere destek sağlanmalıdır. Etkin palyatif bakım hizmetleri özellikle toplumsal ve ev temelli bakımın her düzeyinde var olan sağlık sistemlerine entegre edilmelidir. Her hastanın tedavi olanaklarını seçme hakkı olduğu gibi klinik, kültürel, etik standartlarla tutarlı bir mantıkla ağrı ve acı çekmeksizin ölüm hakkı da vardır. Hastanın semptomlarının yönetimini, yaşam kalitesini korumayı, fiziksel ve ruhsal yönden rahatlığının sağlanması, kişiliğinin ve değerinin korunması, kendini güvende hissetmesi, yeterli tedavi, bakımı alma ve acı çekmeden huzur içinde ölme isteğini gerçekleştirmek için ülkemizde de hospis, evde bakım gibi yeni ve önemli hizmet modellerinin oluşturulması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Jessup M, Abraham W, Casey D, Feldman A et al. ACC/AHA Guidelines for the diagnosis and management of heart failure in adults. 2009; 53(15): 1347-1369.
2. Selman L, Harding R, Beynont, Hodson F, Coady E, Hazeldine C, Walton M, Gibbs L, Higginson IJ. Improving end-of-life care for patients with chronic heart failure: "Let's hope it'll get better, when ı know in my heart of hearts it won't". Heart. 2007; 93: 963–967.



Şekil 2: Hasta merkezli kalp yetersizliği bakımı

3. Stewart S, Macıntyre K, Hole DJ, Capewell S, Mcmurray JJV. More 'malignant' than cancer? five-year survival following a first admission for heart failure. Eur J Heart Fail. 2001; 3(3): 315-322.
4. Formiga F, Chıvıte D, Ortega C, Casas S, Ramo´ Jm Pujol R. End-of-life preferences in elderly patients admitted for heart failure. Q J Med. 2004; 97: 803–808.
5. Kebudi R "Terminal Dönemde Kanserli Çocuk ve Ailesine Yaklaşım", Türk Onkoloji Dergisi. 2006; 21(1): 37-41.
6. National Cancer Control Programmes Policies And Managerial Guidelines. Pain relief and palliative care.World Health Organization. 2nd Edition. 2002. p. 83-91.
7 Murillo M, Holland JC. Clinical practice guidelines for the management of psychosocial distress at the end of life. Palliat Support Care. 2004; 2: 65–77.
8. Jaarsma T, Beattie JM, Ryder M, Rutten FH, Mcdonagh Tet Al. Palliative care in heart failure: a position statement from the palliative care workshop of the heart failure association of the european society of cardiology. Eur J Heart Fail. 2009; 11: 433-443.
9. Gibbs J S R, Mccoy A S M, Gibbs L M E, Rogers A E, Addington-Hall J M. Living with and dying from heart failure: the role of palliative care. Heart. 2002; 88: 36-39.
10. Heart And Stroke Foundation of Ontario. Summary for the Heart Failure End-of-Life Planning and Care Task Group. 2010. www.cehpcn.ca/uploads/EndofLifePlanningand CareforHFPatients1282768235.pdf [Erişim Tarihi: 13.02.2011].
11. Connolly M, Beattie J, Walker D And Dancy M. End of life care in heart failure a framework for implementation national end of life care programme. Improving end of life care. 2010. p. 3-26.
12. Goodlin SJ. Palliative care in congestive heart failure. J Am Coll Cardiol. 2009; 54(5): 386-396.
13. Beattie J. End of Life Care-Heart Failure. NHS Improvement. Heart. 2007. www.heart.nhs.uk/ Resources/Event [Erişim Tarihi: 12.02.2011].
14. Wingate S, Lynn-Mchale Wiegand D. End-of-life care in the critical care unit for patients with heart failure. Crit Care Nurse. 2008; 28(2): 84-96.
15. Levenson JW, Mccarthy EP, Lynn J, Davis RB, Phillips RS: The last six months of life for patients with congestive heart failure. J Am Geriatr Soc. 2000; 48(5): 101–109.
16. Solano JP, Gomes B, Higginson IJ. A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. J Pain Symptom Manage. 2006; 31(1): 58-69.
17. Stuart B. Palliative care and hospice in advanced heart failure. J Palliat Med. 2007; 10(1): 210-228.
18. Johnson MJ. Management of end stage cardiac failure. Postgrad Med J. 2007; 83: 395–401.
19. Goodlin SJ, Hauptman Pj, Arnold R, Grady K, Hershberger R Et Al. Consensus statement: Palliative and supportive care in advanced heart failure. J Card Fail. 2004; 10(3): 200-209.
20. Goodlin S. Report on consensus conference: Palliative and supportive care in advanced heart failure. AAHPM Bull. 2003; 3(2): 21-22.
21. Norton SA, Bowers BJ. Working toward consensus: providers' strategies to shift patients from curative to palliative treatment choices. Res Nurs Health. 2001; 24(4): 258-269.
22. Rocker GM, Curtis JR. Caring for the dying in the intensive care unit: In search of clarity. JAMA. 2003; 290(6): 820-822.
23. Aksu T, Okçay H. Yasam dönemlerine göre ölüm algısı ve hemsirelik yaklasımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2010; 5(14): 113-126.
24. Terakye G. Hasta Hemşire İlişkileri. 4. Basım. Ankara: Aydoğdu Ofset; 1995.
25. Bahar A. Ölüm sürecinde olan hasta: Terminal bakım ve hospis. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2007; 2(6): 147-158.
26. Birol L. Terminal Evredeki Hasta Bakımı. İçinde: İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Eds.: Akdemir N. Birol L. 2. Baskı. Ankara: Sistem Ofset; 2004. s. 207-211.
27. Çakırcalı E. Hasta Bakımı ve Tedavisinde Temel İlke ve Uygulamalar. 3. Baskı. İzmir: Güven-Nobel Tıp Kitabevleri; 2000.
28. Öz F. Kayıp, Ölüm ve Yas Süreci. Sağlık Alanında Temel Kavramlar Ankara: İmaj; 2004. s. 276-313.
29. Beattie J. End of life care-heart failure. NHS Improvement Heart 2008. www.heart.nhs.uk/Resources/Event [Erişim Tarihi: 12.02.2011].
30. Özkan S. Ağır kronik obstrüktif akciğer hastalığı'nda palyatif ve yaşam sonu bakımı. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2010: Sempozyum Özel Sayısı; 273-282.