



Kanser hastasının palyatif bakımında vaka yönetimine dayalı multidisipliner bakım protokolü

Case management based multidisciplinary care protocol in the palliative care of cancer patients

Hanife ÖZÇELİK,¹ Çiçek FADİLOĞLU,² Bülent KARABULUT,³ Meltem UYAR,⁴ Hayriye ELBİ,⁵
Sibel EYİĞÖR,⁶ Özen ÖNEN SERTÖZ,⁵ Can EYİĞÖR,⁴ Derya HOPHANCİ BİÇAKLI,³
Zehra ÇALIŞKAN,⁵ Gül ÖZAYDEMİR,⁷ Yasemin GÜZEL,³ Yasemin KUZEYLİ YILDIRIM²



Özet

Günümüzde ileri evre kanser hastalarının palyatif bakımı için çok yönlü yaklaşımlara ihtiyaç vardır. Bu hastalar için temel hedef ağrı ve diğer semptomların giderilmesi, psikososyal ve spiritüel gereksinimlerinin karşılanması ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesidir. Bunun yanında bakım verici aile üyelerin fiziksel ve psikososyal gereksinimlerinin karşılanması talepleri karşımızda durmaktadır. Amacı hasta ve ailesine bütüncül bir yaklaşımla etkili ve kaliteli bakım sunma olan, bakım koordinasyonu ve multidisipliner ekip iş birliğine dayalı yaklaşımlardan biri vaka yönetimidir. Vaka yönetiminde multidisipliner ekip tarafından hazırlanan bakım protokolleri kullanılmaktadır. Bakım protokolü belirlenen hasta bakım sonuçlarına ulaşmak için ilgili disiplinler tarafından yapılması gereken aktiviteleri belli bir zaman çizelgesi üzerinde gösteren, multidisipliner bir klinik yönetim aracıdır. Palyatif bakım protokolünde hasta ve ailesi için ulaşılabilecek hedefler, tanı, tedavi ve bakım uygulamaları, ekip üyelerinin sorumlulukları bulunmaktadır. Birçok rehber ve uzman bir ekip ile geliştirilen bu bakım protokolünün palyatif bakım aktivitelerine katkı sağlayacağı ve bu hastalarla çalışan ekip üyelerine yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Anahtar sözcükler: Bakım protokolü; multidisipliner ekip; palyatif bakım; vaka yönetimi.

Summary

Today, multifaceted approach is needed for the palliative care of advanced stage cancer patients. The main objective for these patients, elimination of pain and other symptoms, psychosocial and spiritual needs are met and to increase the quality of life. We are also faced with the challenge of meeting the physical and psychosocial needs of family members. The purpose of a holistic approach to patient and family who provide effective and quality care, care coordination and case management of a multidisciplinary team approach is based on cooperation. Care protocols specified patient care activities to be carried by the related disciplines to achieve results on a timeline that shows a certain, a multidisciplinary clinical management tool. A lot of care guidelines and protocols developed by a team of experts to contribute to the palliative care activities, and this is thought to be a guiding team members, working with patients.

Key words: Care protocol; multidisciplinary team; palliative care; case management.

¹Niğde Üniversitesi Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu, Niğde;

²Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir;

³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, İzmir;

⁴Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Algoloji Bilim Dalı, İzmir;

⁵Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir;

⁶Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Fizik Tedavi Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İzmir;

⁷Ege Üniversitesi Kanser Savaş Uygulama ve Araştırma Merkezi, İzmir

¹Nigde University, Zübeyde Hanım School of Health, Nigde;

²Department of Internal Diseases Nursing, Ege University Faculty of Nursing, Izmir;

³Department of Medical Oncology, Ege University Faculty of Medicine Hospital, Izmir;

⁴Department of Algology, Ege University Faculty of Medicine Hospital, Izmir;

⁵Department of Psychiatry, Ege University Faculty of Medicine Hospital, Izmir;

⁶Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Ege University Faculty of Medicine Hospital, Izmir;

⁷Ege University, Cancer Control Research and Application Center, Izmir, Turkey

Başvuru tarihi (Submitted) 09.08.2012 Düzeltme sonrası kabul tarihi (Accepted after revision) 25.12.2012

İletişim (Correspondence): Dr. Hanife Özçelik. Niğde Üniversitesi Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, 51100 Niğde, Turkey.

Tel: +90 - 388 - 211 28 93 **e-posta (e-mail):** hanifeozcelik@hotmail.com

Giriş

Son yıllarda kanser tedavi stratejilerindeki büyük gelişmeler, kanserli bireylerin yaşam süresinin uzamasını sağlamıştır. Bu gelişmelerle günümüzde ileri evre, prognozu belirli olmayan ve ağrı başta olmak üzere birçok semptomu yoğun bir şekilde deneyimleyen bir kanser hasta popülasyonu oluşmuştur. Yaşam şansı uzamış olmasına rağmen, hastalık sürecinde fonksiyonel yeterlilikleri ve yaşam kaliteleri azalan bu hasta grubu için özel bir bakım gereksinimi ortaya çıkmıştır.^[1,2]

1990 yılların başından itibaren ileri düzey, yaşamı tehdit eden hastalığa sahip bireyler için, fiziksel, psikososyal ve spiritüel gereksinimlerin karşılanması ile acı çekmelerinin önlenmesi veya hafifletilmesine yönelik uygulamaların öncelikli olduğu ve hastaların yaşam kalitelerinin geliştirilmesinin amaçlandığı bu özel bakım hizmeti günümüzde dünyanın birçok yerinde sunulmaktadır. Spesifik uzmanlık gerektiren, insan onuruna saygı felsefesi taşıyan ve bireylerin yaşam kalitelerinin artırılmasını amaçlayan bu bakım türüne palyatif bakım denmektedir.

Palyatif bakıma ihtiyaç duyan kanser hastaları ağrı başta olmak üzere daha birçok farklı semptomu yoğun bir şekilde deneyimleyen, psikososyal, spiritüel ve fiziksel gereksinimleri üst düzeyde olan bir hasta grubudur. Ayrıca bu dönemde aile ve üyelerinin yaşadığı sıkıntı düzeyi daha da artmakta ve bu durum aile düzenini yoğun bir şekilde etkilemektedir. Bu dönemde aile üyelerinin kanser hastasının bakım rolünü üstlenmesi aile ve üyelerine ek sorumlulukları da beraberinde getirmektedir.^[3,4]

Meier ve ark.^[4,5] ileri düzey, yaşamı tehdit eden hastalığa sahip birey ve aileler ile yaptıkları çalışmada; İleri düzey, yaşamı tehdit eden hastalığa sahip birey ve aileler kendilerine sunulan bakım hizmetinin kalitesinin yetersiz olmasından şikayet etmekte, kontrol edilemeyen ağrı ve diğer semptomlara sahip olduklarını, bakım sürecinde beklenmeyen bireysel ihtiyaçların ortaya çıktığını, bakım veren bireyin büyük oranda sıkıntı yaşadığını ve sunulan hizmetten düşük olarak memnun olduklarını belirlemişlerdir. Ayrıca ileri evre, yaşamı tehdit eden hasta popülasyonu için ABD'de 2007 yılında Medicare 432 milyar dolar sağlık harcaması yapmış ve bu oranın

%30'u (186 milyar \$) hastanelerde akut bakım hizmeti için harcamış ve bu hizmeti tüm hasta popülasyonu içerisinde yer alan küçük bir grup için (sadece %5) yapmıştır. Bu oran total program harcamalarının %44'ünü oluşturmaktadır. Benzer şekilde 2004 yılında Medicaid 272 milyar dolar sağlık harcaması yapmış, bu oranın %76'sı hastanelerde akut bakım hizmeti için harcamış ve benzer şekilde bu hizmeti tüm hasta popülasyonu içerisinde yer alan küçük bir grup için (sadece %4) yapmıştır. Medicaid programı total harcamalarının %48'i bu hastalar için kullanılmıştır.^[5]

Yapılan bu harcamalar ve hasta ve aile sonuçları dikkate alındığında, ileri evre, kompleks sorunları olan hasta ve ailelerinin fonksiyonel durumlarının ve yaşam kalitelerinin artırılması ancak multidisipliner ekip yaklaşımıyla sunulan sağlık hizmeti ile mümkün olabileceği önerilmektedir. Hastalar ve aileleri için sunulan bakımın koordinasyonu, mevcut kaynakların etkin bir şekilde kullanılması, hasta ve ailesinin sunulan hizmetten memnuniyetinin artırılması için multidisipliner ekibin iş birliği içerisinde çalışma gerekmektedir.^[6-9] Amacı holistik bir yaklaşımla, bakım koordinasyonu ve multidisipliner çalışma olan yaklaşımlardan biri vaka yönetimidir.

Genel bir tanım olarak vaka yönetimi; bireylerin sağlık bakım gereksinimlerinin tanılandığı, gereken aktivitelerin planlandığı, uygulandığı ve izlendiği multidisipliner bir sistemdir.^[10-12] Vaka yönetimi kavramının anahtar noktası bakım ve hizmetlerin koordinasyonudur. Burada temel amaç yüksek kaliteli ve maliyet etkili sonuçların elde edilmesi için eldeki kaynakların etkin kullanılmasıdır. Son yıllarda vaka yönetimi modelinin kanser hastalarının bakımında kullanılması şeklinde bir yönelim bulunmaktadır.^[11-14]

Vaka yönetiminde belirtilen kaliteli ve sürekli bakıma ulaşabilmek için multidisipliner ekip üyeleri tarafından klinik rehberler, klinik pathwayler (yollar) ve bakım protokolleri gibi araçlar kullanılmaktadır.^[15,16] Bakım protokolü vaka yönetiminin önemli bir bileşeni olarak nitelendirilmektedir. Vaka yönetiminin etkinliği bakım protokolü kullanılarak yükseltilebilir. ^[16,17] Bakım protokolü önceden belirlenen hasta bakım sonuçlarına ulaşmak için ilgili disiplinler tarafından yapılması gereken aktiviteleri

belli bir zaman çizelgesi üzerinde göstererek yapılmış, multidisipliner bir klinik yönetim aracıdır.

Bakım protokolünün genel özellikleri

Bakım protokolü multidisipliner bir araçtır; bakım protokolü alanında bilgili ve deneyimli sağlık profesyonellerinden oluşan bir ekip tarafından oluşturulur. Bakım protokolleri, ilgili tüm sağlık profesyonellerinin katılımını gerektiren multidisipliner bir yaklaşımdır ve bu nedenle ekip işbirliğini geliştirir.^[9,11,16]

Zaman çizelgesi: Bakım protokolünde ilgili tüm sağlık profesyonellerin aktiviteleri belli bir zaman çizelgesi üzerinde gösterilir. Kullanılan zaman dilimi bakım protokolünün kullanılacağı hasta popülasyonu ya da kuruma göre değişebilir.^[10,17]

Hastadan beklenen sonuçlar: Bakım süreci boyunca hastadan beklenen klinik sonuçlar bakım protokolü üzerinde gösterilir. Bu sonuçlar, ara sonuç ya da alt amaç olarak günlük olarak gösterilebildiği gibi, taburculuk sonuçları olarak toplu olarak da gösterilebilir.

Bakımın ana unsurları: Bakım protokolünde yer olan bakımın ana unsurları kurumlara ve tıbbi tanıya göre değişmektedir. Ancak bir bakım protokolü formatında genellikle sekiz bakım unsuru yer almaktadır. Bunlar; değerlendirme ve konsültasyonlar, testler, bakım uygulamaları, ilaç tedavisi, diyet, aktivite- çevre güvenliği, hasta/aile eğitimi, taburculuk planı şeklindedir.

Bakım protokolünün değerlendirilmesi

Bakım protokolünün değerlendirilmesinde, protokolün planlandığı gibi gidip gitmediği, bakım protokolünden sapmalar, hastadan beklenen klinik sonuçlar değerlendirilir. Hasta sonuçları günlük ve taburculuk esnasında değerlendirilir. Değerlendirilme yapıldıktan sonra sağlık bakım ekip üyeleri ile sonuçlar tartışılır.

Bakım protokolü girişimlerinden veya beklenen sonuçlardan olası bir sapmayı varyans olarak tanımlanmaktadır. Varyanslar negatif ya da pozitif olabilir. Bakım protokolünde hasta durumu ile ilgili beklenenden daha hızlı bir olumlu sonuç elde edilmesi ve beklenenden erken bir sürede taburcu olması pozitif

varyanstır. Eğer bakım protokolünden hastanın sağlık durumunun beklenenden daha kötü bir duruma gelmesi ve beklenen sonuçlara ulaşmaya engel teşkil eden durumlar ise negatif varyans olarak belirtilmektedir.

Bakım protokolünde meydana gelen varyansa dört temel faktör neden olmaktadır.^[10,13,15-17]

Hasta ya da ailesi ile ilgili faktörler: Hasta istemediği için herhangi bir işlemin zamanında yapılamaması hastadan kaynaklanan varyansa bir örnektir.

Sağlık personeli ile ilgili faktörler: Sağlık personeli ile ilgili faktörler hasta bakımında görev alan kişilere ilişkin sorunlarla bağlantılıdır. Örneğin malzeme olmasına karşın hastanın pansumanının yapılmaması personelden kaynaklanan bir varyans nedenidir.

Sağlık kurumu ya da sistemle ilgili faktörler: Sağlık kurumu ya da sistemle ilgili faktörler ise çoğunlukla hastanenin işleyişindeki eksikliklerden kaynaklanır. Bunların çözümlenmesi için yönetsel kararlar gerekir. Örneğin hastanın alması gereken ilacın hastanenin eczanesinde olmadığı için verilememesi sistemle ilgili bir varyans nedenidir.

Toplumla ilgili faktörler: Toplumla ilgili faktörler arasında, ulaşım imkanlarının yetersizliği ve ev bakımı gibi alternatif bakım yöntemlerinin olmaması sayılabilir.

Önerilen bakım protokolünden olan sapmalar varyans kayıtlarına kaydedilir. Varyanslar takip edilmezse bakım protokolleri basit bir kontrol listesi şeklinde kalır. Hasta bakımından elde edilen sonuçlar ekip üyeleri tarafından incelenir. Beklenmeyen hasta sonuçlarının varyansları tartışılır ve bir hareket planı geliştirilir ve uygulanır.

Kanser Hastasının Palyatif Bakımı İçin Protokol Geliştirme

Bakım protokolü geliştirme süreci hasta bakımını sağlayan multidisipliner ekip üyelerinin ortak çalışması gerçekleşmektedir. Bakım protokolü geliştirme ekibi bakım hizmeti sunulacak hasta popülasyonuna özgü uzmanlık alanlarından oluşmalıdır. Ayrıca ekip üyeleri hedef hasta grubuna özgü geliştirilecek

bakım protokolü için yeterli literatür bilgisi ve klinik beceriye sahip olmalıdır.

- Vaka yönetimi kapsamında geliştirilecek palyatif bakım protokolü için hedeflenen kanser hasta popülasyonun özellikleri; (National Comprehensive Cancer Network NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, Palliative Care, 2009).^[18]
- İleri evre kanser hastası olmak (kanser alanı sınırlamaksızın Evre IV, metastazı olan, akut durumları sıklıkla yaşayan hastalar).
- Ağrı başta olmak üzere ve fiziksel ve psikolojik diğer semptomları sıklıkla deneyimleyen hasta olmak.
- Fonksiyonel kapasitesi azalmış hasta olmak (Karnofsky Performans Puanı 50 ve altı olan hastalar).
- Yaşam kalitesi azalmış olan hastalar (Fiziksel, sosyal, kognitif, rol, emosyonel iyilik durumlarının azalması).

Palyatif bakım hastalığın tanısı ile başlamaktadır. Ancak burada hastaların palyatif bakıma ihtiyacının en fazla olduğu dönem dikkate alınmıştır.

İleri evre kanser hastasının palyatif bakımına özgü geliştirilecek bakım protokolü için oluşturulan ekip üyeleri arasında; medikal onkolog, uzman klinik hemşire, algolog, psikiyatrist, diyetisyen, fizik tedavi uzmanı, sosyal hizmet uzmanı, konsültasyon liyezon psikiyatristi hemşiresi yer almaktadır.

Vaka yönetimi kapsamında geliştirilen palyatif bakım protokolünün bileşenleri;

- Hasta ve ailesi için ulaşılacak hedefler.
- Hasta ve ailesi için tanı, tedavi ve bakım uygulamaları.
- Vaka yönetim ekip üyelerinin rol ve sorumlulukları.
- Bakım protokolünde sapmaların varyans kodları.

Kanser hastasının palyatif bakımı için geliştirilen bakım protokolü ayrıntılı olarak Tablo 1'de verilmiştir. Protokol bireyselleştirilmiş hasta bakımı için

bir temel oluşturmakta olup, her hastaya göre değişmektedir.

Palyatif bakım protokolü tanı, tedavi ve bakım uygulamaları arasında;

- Tanı, tedavi, girişimler, testler/prosedürler, konsültasyonlar, ağrı yönetimi, hasta bakımı, hasta ve aile eğitimi, beslenme/hidrasyon, aktivite/egzersiz, psikolojik gereksinimler, sosyal gereksinimler, aileye psikolojik destek yer almaktadır.^[19]

Palyatif bakım protokolü varyans kodları;

- A (hasta kaynaklı kodlar; ağrı, diğer semptomlar, vs,..).
- B (bakım ekibi kaynaklı kodlar; personelin zamanının olmaması vs,..).
- C (kurum kaynaklı kodlar; tanı ve inceleme için eksik ya da çalışmayan malzeme vs..).

Palyatif bakım protokolü varyanslarının kaydı oldukça önemlidir. Protokol uygulanmasında oluşan varyansların düzeltilmesi ve sürecin aktif olması gerekmektedir.

Palyatif bakım protokolü zaman çizelgesine dayalı oluşturulmuştur. Zaman çizelgesinde ileri evre kanser hastasının semptom kontrolünün sağlandığı ortalama süre ve hastaların hastanede kaldıkları ortalama süreler dikkate alınmıştır. Ancak ileri evre kanser hastasının akut durumlarına göre zaman hastaya özgü değişmeye açıktır.

Vaka yönetimi kapsamında geliştirilen kanser hastasının palyatif bakım protokolü için özellikle Beth Israel Medical Center tarafından oluşturulan "Palliative Care for Advanced Disease (PCAD) pathway" temel alınmış ve belirtilen diğer rehber, protokol ve kaynaklar kullanılmıştır.^[19-23]

Palyatif Bakım Protokolü Ekip Üye Rol ve Sorumlulukları

Kanser hastasının palyatif bakımı için multidisipliner ekip tarafından oluşturulan her bir ekib üyesinin palyatif bakımda rolü.

Medikal onkolog

Kanser hastaları için palyatif bakım hastalığın tanısı ile başlamaktadır. Onkoloji uzmanları bu hastaların tedavi süreçlerinin büyük kısmında, hastalar ile birlikte dirler. Medikal onkoloji uzmanlarının bu süreçte iki önemli noktada palyatif bakım sorumluluğu vardır. Birincisi, hastalara uygulanan sistemik tedaviler ile tümör kontrolü sağlayarak tümör ile ilişkili semptomların giderilmesi ve bu tedaviler ile ilişkili ortaya çıkan yan etkilerin yönetimidir. Onkoloji uzmanlarını hem tedavi ve hem de yan etki yönetimi açısından kendilerini sürekli geliştirmeleri palyatif bakımın başarısı açısından gereklidir. İkincisi ise organizasyon yapma sorumluluğudur. Onkoloji hastalarının tanı aşamasından tedavileri sonuna kadar en çok birlikte olduğu doktor grubu onkologlardır. Bu hastalara palyatif bakım desteği pek çok farklı alanda gerekebilmektedir. Her biri ayrı uzmanlık gerektiren bu sorunları tek başına yönetmesi de mümkün değildir. Bu yüzden, palyatif bakım, konularında uzman kişilerin oluşturduğu bir ekip çalışmasını gerektirmektedir. Burada onkologlara düşen en önemli görev, hasta ve ailesinin yaşadığı sorunlar için farkındalık oluşturmak ve gerekli konsültasyonlar ile ekip işbirliğinde sorunların çözümünü sağlamaktır.^[24]

Hemşire

Hemşireler, genel olarak hasta ile büyük oranda iletişimde olan palyatif bakım ekip üyesidir. Bu uzun iletişim süreci hemşireye, hastalığının ileri etkileri ile baş etmede hastaya yardımcı olmak ve hasta için neyin önemli olduğu ve ne yapılarak hedefe ulaşabileceği gibi hasta ve ailesi ile ilgili benzersiz bir bilgi birikimini elde etmeyi sağlar. Hemşirenin uzmanlığı palyatif bakımda, hastanın fiziksel bakım ve emosyonel destek sağlama, semptom yönetimi, hasta ve aile eğitimi ve hastanın içinde bulunduğu ortamın kontrol kaybını azaltmak için organizasyon yapma da çok kritiktir. Hemşirelerin palyatif bakımda hasta ve ailesini sağlık bakım hizmetleri ve diğer disiplinlere yönlendirebilme gibi koordinasyon görevi de bulunmaktadır. Ayrıca hemşireler bir çok ortamda, palyatif bakım hakkında toplum ve gönüllü eğitimini sağlamada önemli bir rol oynarlar. Özetle palyatif bakım ekibi içerisinde hemşireler direkt bakım verici, bakımı koordine edici, eğitici ve danışman rolleri yanı sıra, palyatif bakım ile ilgili araştırmaları yürütücü rollerini yerine getirmektedirler.^[25-30]

Diyetisyen

Kanser hastaları tedavilerinin başlangıcından, hastalığın terminal aşamasına kadar beslenme desteğine gereksinim duyarlar. Söz konusu destek; hastanın bireysel ihtiyaçlarına uygun yeterli ve dengeli oral beslenme eğitiminden başlar. Yeterli oral gıda alamayan hastalar oral beslenme ürünleri ile desteklenir. Çeşitli nedenlerle hiç oral gıda alamayan hastalar tümörün yeri, tipi, tedavi şekli ve olası yan etkileri göz önünde bulundurularak nazogastrik veya nazoenteral beslenme tüpü ile, gastrostomi veya jejunostomi yoluyla beslenme desteği alırlar. Gastrointestinal sistemin çeşitli sebeplerle kullanılmadığı ya da tercih edilmediği durumlarda parenteral beslenme uygulanır. Palyatif bakımdaki en büyük tartışma hastanın ne zamana kadar besleneceği konusudur. Bu içinden çıkılması güç ve karmaşık bir durumdur. Palyatif tedavi uygulanan hastanın beslenme şekli ve süresine, hekim ve diyetisyen tarafından, hasta ve hasta yakınlarının da görüşleri göz önünde bulundurularak planlanır.

Palyatif bakımda diyetisyen, beslenme konusundaki eğitimi, deneyimi ve becerisi ile hastanın ihtiyaçlarına göre klinik nutrisyon uygulamaları yapar. Malnutrisyon derecesine göre nutrisyonel gereksinimlerini hesaplar, destek sürecini izler, sonuçlarını gözler ve geçiş beslenmelerini planlar. Genel sağlıklı beslenme ilkeleri konusunda ve gerekiyorsa oral beslenme destek ürünlerinin kullanımı ve intoleransının tanınması konularında hastayı ve yakınlarını bilgilendirir. Evde parenteral veya enteral beslenme desteği alacak hastaların beslenme süreçlerini planlar.^[31]

Algolog

Palyatif bakım hastalarında belki de en önemli semptom “ölümün kendisinden daha korkunç” olarak tanımlanan şiddetli ağrıdır. Ayrıca hastalar şiddetli ağrıları olmasa da daha sonraki izlemlerinde şiddetli ağrı olabileceği korkusu yaşamaktadırlar. Bu noktada algoloji hekiminin en önemli rolü hastanın ağrısını kesmekle birlikte, ileriye dönük oluşabilecek ağrıların da kontrol altına alınabileceğine yönelik güven vermesidir. Palyatif bakım hastalarında analjezik protokoller diğer hastalara benzer olmakla birlikte bazı farklılıklara sahiptir. Algoloji hekimi olarak ağrı tedavisi yönetiminde Dünya Sağlık Örgütü'nün

Tablo 1. Kanser hastasının palyatif bakımında vaka yönetimine dayalı multidisipliner bakım protokolü

		PALYATİF BAKIM PROTOKOLÜ						
TANI:.....		HASTA ADI:.....	5. gün	6. gün	7. gün			
PRİMER:.....		YAŞ:.....						
SEKONDER:.....		YATIŞ TARİHİ:.....						
	Haftalık hedef	1. gün	2. gün	3. gün	4. gün	5. gün	6. gün	7. gün
TANI/TEDAVİLER/ GİRİŞİMLER/	Hastanın ağrı ve diğer semptomları için medikal orderin düzenlenmesi ile semptomların kontrol altına alınması	<ul style="list-style-type: none"> Hasta ve ailesi ile palyatif bakımın amaçlarını konuşma (Medikal Onkolog ve Vaka yönetici hemşire) Hasta öyküsü ve fizik muayenenin yapılması Hasta için gerekli test ve prosedürlerin istenmesi Hastanın semptomların yönelik medikal orderin düzenlenmesi ve başlanması Hastanın konforunu ve yaşam kalitesini artırmak amacıyla uzman görüşü isteme 	<ul style="list-style-type: none"> Hastanın semptomların yönelik medikal orderin uygulanması Elde edilen testler sonucunda gerekli sıvı, elektrolit, transfüzyon ve beslenme solüsyonlarına başlama Hastanın kan değerlerine ve komplikasyonlara yönelik olarak antitanser tedavi seçeneğinin değerlendirilmesi 	<ul style="list-style-type: none"> Hastanın semptomların yönelik medikal orderin uygulanması ve semptom kontrolü 	<ul style="list-style-type: none"> Hastanın olgu yönetimi göre hazırlanan protokolle izlenmesi 	<ul style="list-style-type: none"> Hastanın olgu yönetimi göre hazırlanan protokolle izlenmesi 	<ul style="list-style-type: none"> Konsültasyonlara yönelik medikal orderin yeniden düzenlenmesi Verilen tedaviye yanıt ve yan etkilerinin takibi ve yönetimi Hasta prognozuna yönelik hedeflerin belirlenmesi 	<ul style="list-style-type: none"> Hastaya verilen semptomatik tedavinin etkinliğinin belirlenmesi ve yeniden düzenlenmesi Hastanın prognozunun değerlendirilmesi Hasta ve ailenin prognoz ile ilgili bilgilendirilmesi
TESTLER	Hastada olabilecek komplikasyonların önlenmesi							
KONSÜLTASYONLAR								
AĞRI YÖNETİMİ	Hastanın ağrı düzeyinin belirlenmesi ve uygun medikal tedavinin başlatılarak ağrısının kontrol altına alınması	<ul style="list-style-type: none"> Hasta ağrı düzeyini tanımlama Ağrı gereksinimlerine uygun medikal tedavinin belirlenmesi (Ağrı uzmanı tarafından) 	<ul style="list-style-type: none"> Ağrı gereksinimlerine uygun medikal tedavinin uygulanması Hasta ağrı düzeyini tanımlama 	<ul style="list-style-type: none"> Hasta ağrı düzeyini tanımlama 	<ul style="list-style-type: none"> Hasta ağrı düzeyini tanımlama Hastanın olgu yönetimi göre hazırlanan protokolle 	<ul style="list-style-type: none"> Hasta ağrı düzeyini tanımlama 	<ul style="list-style-type: none"> Hasta ağrı düzeyini tanımlama 	<ul style="list-style-type: none"> Hasta ağrı düzeyini yeniden tanımlama Medikal tedavinin ağrıyı kontrol etmede etkinliğinin belirlenmesi
HASTA BAKIMI	Hasta ve ailesinin gereksinimlerine uygun bakımın sağlanması	<ul style="list-style-type: none"> Hastanın semptom düzeyi, yaşam kalitesi, performans düzeyi ve diğer verilerin ölçümlerle toplanması (Olgu yönetici hemşire tarafından) Hastanın olgu yönetimi göre hazırlanan protokolle izlenmesi (Olgu yönetici hemşire tarafından) Hastanın semptomlarına yönelik order edilen tedavinin yapılması Hastanın bakım gereksinimlerinin belirlenmesi (Olgu yönetici hemşire ve klinik hemşireler) Hasta bakımının sağlanması 	<ul style="list-style-type: none"> Hasta bakımının sağlanması Hastanın olgu yönetimi göre hazırlanan protokolle izlenmesi Hastanın semptomların yönelik medikal orderin uygulanması ve semptom kontrolü 	<ul style="list-style-type: none"> Hastanın semptomlarının günlük değerlendirilmesi ve semptom kontrolü Hasta ve ailesinin eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi 	<ul style="list-style-type: none"> Hastanın semptomlarının günlük değerlendirilmesi ve semptom kontrolü 	<ul style="list-style-type: none"> Hastanın semptomlarının günlük değerlendirilmesi ve semptom kontrolü 	<ul style="list-style-type: none"> Hasta ve ailesinin diğer semptomların kontrolü ile ilgili eğitimin sağlanması 	<ul style="list-style-type: none"> Hastanın ağrı ve diğer semptomlarının kontrolüne yönelik girişimlerin değerlendirilmesi Hasta bakım gereksinimlerinin karşılanıp karşılanmadığının değerlendirilmesi Hasta ve ailesinin ağrı ve diğer semptomlarla yönetme ile ilgili verilen eğitimin değerlendirilmesi
HASTA/ AİLE EĞİTİMİ	Hastanın semptomlarının kontrolü için hemşirelik girişimlerin yapılması	<ul style="list-style-type: none"> Hastanın olgu yönetimi göre hazırlanan protokolle izlenmesi (Olgu yönetici hemşire tarafından) 	<ul style="list-style-type: none"> Hastanın olgu yönetimi göre hazırlanan protokolle izlenmesi 	<ul style="list-style-type: none"> Hastanın semptomlarının günlük değerlendirilmesi ve semptom kontrolü 	<ul style="list-style-type: none"> Hastanın semptomlarının günlük değerlendirilmesi ve semptom kontrolü 	<ul style="list-style-type: none"> Hastanın semptomlarının günlük değerlendirilmesi ve semptom kontrolü 	<ul style="list-style-type: none"> Hasta ve ailesinin diğer semptomların kontrolü ile ilgili eğitimin sağlanması 	<ul style="list-style-type: none"> Hastanın ağrı ve diğer semptomlarının kontrolüne yönelik girişimlerin değerlendirilmesi Hasta bakım gereksinimlerinin karşılanıp karşılanmadığının değerlendirilmesi Hasta ve ailesinin ağrı ve diğer semptomlarla yönetme ile ilgili verilen eğitimin değerlendirilmesi

Kanser hastasının palyatif bakımında vaka yönetimine dayalı multidisipliner bakım protokolü

<p>HİDRASYON/ BESLENME</p> <ul style="list-style-type: none"> Hastanın beslenme düzeyinin belirlenmesi ve uygun bir beslenme programının başlanması Sınırlı olmayan seçici bir diyet <ul style="list-style-type: none"> Beslenme hastanın sevdiği yiyecekler ve uygun miktarda, uygun zaman ve yer tercihi ile hastaya ait bir beslenme programı (Diyetisyen tarafından) Alle beslenmeye destek olması için eğitilmeli IV uygulamalar ve sıvılar sadece semptom yönetimi için tercih edilmeli 	<ul style="list-style-type: none"> Hastanın beslenme düzeyine uygun beslenme desteği Hastanın beslenme düzeyinin günlük değerlendirilmesi Hastanın beslenme düzeyinin günlük izlenmesi Hastanın beslenme düzeyinin günlük izlenmesi 	<ul style="list-style-type: none"> Hastanın beslenme düzeyinin günlük değerlendirilmesi Hastanın beslenme düzeyinin günlük izlenmesi Hastanın beslenme düzeyine uygun beslenme desteği Hastanın beslenme düzeyinin günlük değerlendirilmesi 	<ul style="list-style-type: none"> Hastanın beslenme düzeyinin belirlenmesi ve uygun bir beslenme programının başlanması Hastanın beslenme düzeyinin günlük değerlendirilmesi Hastanın beslenme düzeyinin günlük izlenmesi Hastanın beslenme düzeyine uygun beslenme desteği Hastanın beslenme düzeyinin günlük değerlendirilmesi 	<ul style="list-style-type: none"> Hastanın beslenme düzeyini yeniden belirlenmesi ve beslenme programı etkinliğinin değerlendirilmesi
<p>PSIKOLOJİK GEREKSİNİMLER</p> <ul style="list-style-type: none"> Hastanın psikiyatrik hastalıklarının belirlenmesi ve tedavisinin başlanması Hasta ve ailesi için psikososyal destek programının başlanması 	<ul style="list-style-type: none"> Hastanın psikolojik durumunun belirlenmesi (Psikiyatrist tarafından) Psikiyatrik hastalıklarına yönelik medikal tedavi başlatılması Hasta ve ailenin psikososyal desteğe olan ihtiyacını belirlemesi 	<ul style="list-style-type: none"> Hastanın psikiyatrik hastalıklarına yönelik medikal tedavi uygulanması Hastanın semptomların günlük değerlendirilmesi ve semptom kontrolü Hastanın semptomlarının günlük değerlendirilmesi ve semptom kontrolü 	<ul style="list-style-type: none"> Hastanın psikolojik durumunun belirlenmesi (Psikiyatrist tarafından) Psikiyatrik hastalıklarına yönelik medikal tedavi başlatılması Hasta ve ailenin psikososyal desteğe olan ihtiyacını belirlemesi 	<ul style="list-style-type: none"> Hastanın medikal tedavisinin etkinliğinin belirlenmesi ve gerekli ise yeniden düzenlenmesi (2 hafta değerlendirilme yapılması) Hastanın olgu yönetimine göre hazırlanan protokolle izlenmesi Hastanın semptomlarının günlük değerlendirilmesi ve semptom kontrolü
<p>AKTİVİTE</p> <ul style="list-style-type: none"> Hastanın günlük yaşam aktivitelerine katılım düzeyi belirlenmeli ve gereksinimlere yönelik destek sağlanmalı 	<ul style="list-style-type: none"> Hastanın günlük yaşam aktivitelerine katılım düzeyi belirlenmeli Hastanın yeteneği ve tercihleri dikkate alınarak bir aktivite planlaması (Fizik tedavi uzmanı tarafından) 	<ul style="list-style-type: none"> Hastanın günlük yaşam aktivitelerine katılım düzeyi belirlenmeli Hastanın yeteneği ve tercihleri dikkate alınarak bir aktivite planlaması (Fizik tedavi uzmanı tarafından) 	<ul style="list-style-type: none"> Hastanın günlük yaşam aktivitelerine katılım düzeyi belirlenmeli Hastanın yeteneği ve tercihleri dikkate alınarak bir aktivite planlaması (Fizik tedavi uzmanı tarafından) 	<ul style="list-style-type: none"> Hastaya uygun düzenlenen aktivite planlamasının değerlendirilmesi ve gerekirse yeniden düzenlenmesi (2 hafta değerlendirilme yapılması) Hastanın olgu yönetimine göre hazırlanan protokolle izlenmesi Ailenin hastaya aktifte programında desteğinin sağlanması
<p>SOSYAL GEREKSİNİMLER</p> <ul style="list-style-type: none"> Hasta ve ailesi için sosyal destek programının başlanması 	<ul style="list-style-type: none"> Hasta ve ailenin sosyal desteğe olan ihtiyacını belirlemesi Hasta ve ailesinin sosyal sıkıntılarının çözümü için bir sosyal destek programının oluşturulması (Sosyal hizmet uzmanı tarafından) 	<ul style="list-style-type: none"> Hasta ve ailenin sosyal desteğe olan ihtiyacını belirlemesi Hasta ve ailesinin sosyal sıkıntılarının çözümü için bir sosyal destek programının oluşturulması (Sosyal hizmet uzmanı tarafından) 	<ul style="list-style-type: none"> Hasta ve ailenin sosyal desteğe olan ihtiyacını belirlemesi Hasta ve ailesinin sosyal sıkıntılarının çözümü için bir sosyal destek programının oluşturulması (Sosyal hizmet uzmanı tarafından) 	<ul style="list-style-type: none"> Sosyal destek gereksinimlerinin belirlenmesi ve yeniden düzenleme Hasta ve ailesinin gereksinimlerine yönelik destek sağlama Ailenin gereksinimlerine yönelik destek sağlama
<p>PSIKOLOJİK DESTEK</p> <ul style="list-style-type: none"> Hasta ve ailesi için psikolojik destek programının başlanması 	<ul style="list-style-type: none"> Hasta ve ailesi için psikolojik desteğe olan ihtiyacını belirlemesi Hasta ailesi için bir psikolojik destek programının oluşturulması (KLP Hemşiresi tarafından) 	<ul style="list-style-type: none"> Hasta ve ailesi için psikolojik desteğe olan ihtiyacını belirlemesi Hasta ailesi için bir psikolojik destek programının oluşturulması (KLP Hemşiresi tarafından) 	<ul style="list-style-type: none"> Hasta ve ailesi için psikolojik desteğe olan ihtiyacını belirlemesi Hasta ailesi için bir psikolojik destek programının oluşturulması (KLP Hemşiresi tarafından) 	<ul style="list-style-type: none"> Hasta ve ailenin danışmanlık desteğine olan ihtiyacını belirlemesi (2 hafta değerlendirilme yapılması) Hasta ailesi için danışmanlık yapılması (KLP Hemşiresi tarafından) Hasta ve ailenin psikolojik desteğe olan ihtiyacını belirlemesi Hasta ailesi için bir psikolojik destek programının oluşturulması (KLP Hemşiresi tarafından)

analjezik basamak sistemini esas alarak mümkün olduğunca non-invaziv (oral, transdermal) yolları tercih etmekteyiz. Analjezik kullanımına bağlı oluşabilecek yan etkileri önlemek ve oluşmaları ortadan kaldırmak amacıyla adjuvan ajanları (antikonvulzan, antidepresan, antiemetik) beraber kullanmaktayız. Hastaları yatak başı vizitleriyle yakından takip etmekte ve gereğinde hasta ve hasta yakınlarının beklentilerini de göz önünde tutarak tedavi protokollerimizi revize etmekteyiz. Non-invaziv yollara rağmen yeterli ağrı palyasyonu sağlanamayan ve yaşam kalitesi yükseltilemeyen hastalarda ise invaziv tedavi metodlarından yararlanmaktayız. Sonuçta palyatif bakımda algoloğun rolü her hastaya hastalığın tedavi sürecinde ya da son dönemde özel tedavi planını hazırlamak, gerektiğinde eğitim vermek ve tüm izlem boyunca yakın takiple, ağrı palyasyonu yanında yaşam kalitesini de en yüksek düzeyde tutmaktır.^[32,33]

Psikiyatr

Çözümlememiş bir çok fiziksel ve ruhsal belirti palyatif bakım alan kanser hastalarının baş etmesi gereken sorunlardır ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle palyatif bakım alan kanser hastalarının fiziksel ve ruhsal sıkıntılarının belirlenip tedavi edilmesi çok önemlidir. Palyatif bakım uzmanları daha çok fiziksel belirtileri tanıma ve tedavi etme eğilimi içerisindedirler ve birincil olarak bu konuda uzmanlaşmışlardır. Terminal dönem kanser hastası ve ailesiyle ilgili psikiyatrik belirtiler, distres ve psikososyal gereksinimler çoğu zaman gözden kaçmakta ve tedavisiz kalmaktadır.

Palyatif bakımda psikiyatri uzmanının görev ve sorumlulukları şu şekilde tanımlanabilir: Ölmekte olan hastanın varoluşsal kaygılarını dile getirmesine izin verme, hastaları dinleyebilme ve destek olabilme, hastaya uygun psikoterapi yaklaşımlarında bulunma, krize müdahale, hayatta kalan kanser hastalarının yakınlarının yas tutmalarını destekleme, kanser hastasında görülen psikiyatrik hastalıkların tedavisi, palyatif bakım ekibininin ölmekte olan hastanın yaşadığı psikolojik sıkıntılar ve psikiyatrik hastalıklar konusunda bilgilendirilmesi ve hayatın sonlandırılması kararıyla ilgili etik konularda görev alma gibi psikiyatri sorumlulukları bulunmaktadır.^[34]

Fizik tedavi uzmanı

Palyatif rehabilitasyonda hedef hastanın konforunu sağlayarak hastanın fonksiyonel kapasitesini optimize etmek, hasta ve ailenin gereksinimlerine karşı yeterince esnek olma ve rehabilitasyonla hastalığa uyumu sağlamaktır. Palyatif rehabilitasyon programları arasında, hastanın değerlendirilmesi, hasta ve aile eğitimi, hasta tolerasyonuna göre egzersiz programı, ağrı ve diğer semptomların yönetimi, beslenme seçenekleri, mesleki terapi, fiziksel eğitim, destekleyici araç kullanımı, ev ve çevre organizasyonu, günlük yaşama adaptasyon, psikososyal destek tedavileri yer almaktadır.^[35,36]

Kanser hastalarının palyatif bakımında fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları ile, hastanın yaşadığı semptomlar azaltılabilir, fonksiyonel kapasite artırılabilir ve dolayısıyla bireyin yaşam kalitesi geliştirilebilir. Ancak klinik onkoloji uygulamalarında bazen hastaların fiziksel performansı ve fonksiyonel kapasiteleri göz ardı edilebilmektedir. Bu nedenle kanser hastasının palyatif bakımında multidisipliner ekip yaklaşımı içinde fizik tedavi ve rehabilitasyon programları planlanmalı ve hastaların yaşam kalitelerinin artırılması sağlanmalıdır.^[35,36]

Sosyal hizmet uzmanı

Sosyal hizmet; tedavi sürecinin sonuna gelmiş ve yaşamın sonuna yaklaşan hastalara ve ailelerine yönelik sunulan palyatif hizmetlerde disiplinler arası çalışmada yeri olan geniş kapsamlı bir disiplindir. Sosyal hizmet uzmanı hastalar ve aileleri için mevcut hizmetlerin koordine edilmesinde görev alır ve onlara yararlanabilecekleri toplumsal kaynaklar hakkında rehberlik eder. Hastaneye yatış ve çıkış aşamasındaki ücret, aile sorunları, hastalığın yarattığı travmalar, uyum güçlüğü, tıbbi bakıma direnç, hastane sonrası yaşama ilişkin kaygılar, ulaşım, barınma, aile içinde bakım gibi sorunlar mesleğin ilgi alanlarını oluşturur.^[37,38]

Amerikan Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği tarafından geliştirilen “Palyatif ve Yaşam Sonu Bakımda Sosyal Hizmet Uygulamaları İçin Standartlar”ı sosyal hizmet uzmanları için bir araç niteliğindedir.^[2] Buna göre; bireysel rehberlik, aile rehberliği, kriz danışmanlığı, bilgilendirme ve eğitim, destek grupları ve ölüm sonrası yas grupları,

çeşitli kaynaklar konusunda rehberlik (bakım veren yerler, mali ve yasal gereksinimler, vb.) sosyal hizmet uzmanının görevleri arasındadır. Sosyal hizmet bireylerin, ailelerinin ve bakım verenlerinin refahını ve yaşam kalitesini artırmakla ilgilidir.^[37,38]

Danışman Hemşire

Kanserin tüm aşamalarında yoğun olarak hissedilen destek gereksinimi palyatif bakım sürecinde daha da öne çıkmaktadır. Bu süreçte hasta ve ailesi yaklaşan sonun bilinmezliği ile çaresizlik içindedir. Bu süreçte danışmanlık hizmeti hasta ve ailesin zaman ayırma, dinlemek, konuşulamayanların konuşulabilmesi için cesaret verme, duygu paylaşımını destekleme, hasta ve ailenin daha çok bir arada olabilmelerini sağlama, veda ve ölüm sürecinde yanlarında olmaktadır.

Sonuç

Günümüzde ileri evre, prognozu belli olmayan kanser hastalarının ve ailelerinin sağlık bakım ihtiyaçlarının karşılanması için çok yönlü yaklaşımlara gerek olduğu bir gerçektir. Hastaların ağrı ve diğer semptomlarının kontrol altına alınması, psikososyal ve spiritüel gereksinimlerinin karşılanması ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi temel hedeflerdendir. Bunun yanında ülkemiz kültürel yapısı gereği hastanın bakımında temel sorunlulukları olan bakım verici aile üyelerin fiziksel, psikososyal ve spiritüel gereksinimlerinin karşılanması gerçeği karşımızda durmaktadır.

Kanser hastasının palyatif bakımında vaka yönetimi dayalı multidisipliner bakım protokollerinin kullanılması ile, hasta semptom kontrolünün daha etkili sağlanması ve yaşam kalitesinin artırılması, hasta ve aile memnuniyetinin artırılması ve direkt sağlık harcamalarının azaltılmasının mümkün olacağı düşünülmektedir.

Bu anlamda multidisipliner çalışmayı sağlayabilen, bakımın koordinasyonu ve sağlık hizmeti kaynaklarının etkin kullanımına olanak verebilen vaka yönetimi yaklaşımı ile hazırlanan bu multidisipliner palyatif bakım protokolünün önemli bir yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Yazar(lar) ya da yazı ile ilgili bildirilen herhangi bir ilgi çakışması (conflict of interest) yoktur.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Kaynaklar

1. Glare P. Clinical predictors of survival in advanced cancer. J Support Oncol 2005;3(5):331-9.
2. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). The SUPPORT Principal Investigators. JAMA 1995;274(20):1591-8.
3. Loke AY, Liu CF, Szeto Y. The difficulties faced by informal caregivers of patients with terminal cancer in Hong Kong and the available social support. Cancer Nurs 2003;26(4):276-83.
4. Meier DE. Palliative care in U.S. Hospitals: implications for access to quality healthcare, testimony prepared for the United States Senate Special Committee on Aging. 2008. 1-23.
5. Meier DE, Sieger C E. The case for hospital-based palliative care, center to advance palliative care. Available at: <http://www.capc.org> Accessed February 05, 2009.
6. Dhillon N, Kopetz S, Pei BL, Fabbro ED, Zhang T, Bruera E. Clinical findings of a palliative care consultation team at a comprehensive cancer center. J Palliat Med 2008;11(2):191-7.
7. García-Pérez L, Linertová R, Martín-Olivera R, Serrano-Aguilar P, Benítez-Rosario MA. A systematic review of specialised palliative care for terminal patients: which model is better? Palliat Med 2009;23(1):17-22.
8. Zimmermann C. Effectiveness of specialized palliative care for patients with advanced cancer, doctor of philosophy thesis. Institute of Medical Science University of Toronto: 2010.
9. Zimmermann C, Riechelmann R, Krzyzanowska M, Rodin G, Tannock I. Effectiveness of specialized palliative care: a systematic review. JAMA 2008;299(14):1698-709.
10. Daş Z. Vaka yönetimi ve bakım protokolü; Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1999;3(2):11-7.
11. Huber DL. The diversity of case management models. Lippincotts Case Manag 2002;7(6):212-20.
12. Mark DD. Health policy and case management. Care Manag J 2000;2(3):160-8.
13. Thomas PL. Case manager role definitions: do they make an organizational impact? Prof Case Manag 2008;13(2):61-73.
14. Wulff CN, Thygesen M, Søndergaard J, Vedsted P. Case management used to optimize cancer care pathways: a systematic review. BMC Health Serv Res 2008;8:227.
15. Türkmen E. Hemşirelikte vaka yönetimi yöntemi ve hasta bakımı üzerine etkileri. [Yayınlanmış Doktora Tezi] İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 1997.
16. McCollom P L, Huber D. Case management, rehabilitation nursing, process, application&outcomes. In: Hoeman SP, Mosby A, editors. 3rd ed. USA: Harcourt Health Sciences Company; 2002. p. 135-43.
17. Tokem Y. Romatoid artritli bireylerin bakımında vaka yönetimi modelinin etkililiğinin incelenmesi. [Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Anabilim Dalı Doktora Tezi] İzmir: 2005.
18. National Comprehensive Cancer Network NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, Palliative Care, 2009. Available at: <http://www.nccn.org>. Accessed February 02, 2009.
19. Palliative Care for Advanced Disease (PCAD) pathway. Available at: <http://www.stoppain.org>. Accessed January 10, 2009.
20. National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care. New York: 2004. Available at: <http://www.nationalconsensusproject.org>. Accessed February 03, 2009.
21. Cancer Care Alliance Palliative Care Guidelines. Network

- Supportive and Palliative Care Guidelines, Management of Nausea and Vomiting 2009. Available at: <http://www.yorkshire-cancer-net.org.uk>. Accessed January 10, 2009.
22. Cancer Care Alliance Palliative Care Guidelines. Network Supportive and Palliative Care Guidelines, Approaching the Management of Pain 2009. Available at: <http://www.yorkshire-cancer-net.org.uk>. Accessed January 10, 2009.
 23. World Health Organization. Cancer Control Knowledge into Action; WHO Guide for Effective programmes, Palliative Care, module 5, Geneva: World Health Organization; 2007.
 24. Cherny N. The oncologist's role in delivering palliative care. *Cancer J* 2010;16(5):411-22.
 25. Advanced Practice Nurses Role In Palliative Care; A Position Statement From American Nursing Leaders, Promoting Excellence In End-of-Life Care A National Program Office of the Robert Wood Johnson Foundation, 2002.
 26. Esper P. Principles and issues in palliative care, cancer nursing principles and practice. 6th ed. Yarbrow CH, Frogge MH, Goodman M, editors. USA: Jones and Bartlett Publishers; 2005. p. 1729-43.
 27. Fadiloğlu Ç. Palyatif bakımda hemşirenin rolü. İçinde: Fadiloğlu Ç, Şenuzun F, editörler. *Kanserde evde bakım*. Ege Üniversitesi Kanserle Savaş Araştırma ve uygulama Merkezi Yayını, 6, İzmir: Kongre Basım Evi; 2006. s. 5-16.
 28. Guthrie AE, Green CJ, Matzoo ML. Palliative and end-of-life care, medical-surgical nursing. In: Monohan FD, Sands J, Neighbors M, Marek J, Green-Nigro C, editors. *Health and illness perspectives*. Chapter 8; 8th ed. Canada: Mosby Elsevier; 2007. p. 156-76.
 29. Mirando S. Palliative care, nursing patients with cancer principles and practice. Kearney N, Richardson A, editors. USA: Elsevier Churchill Livingstone; 2006. p. 821-45.
 30. The Canadian Hospice Palliative Care Nursing Standards Committee, Hospice Palliative Care Nursing Standards of Practice, 2002. p. 1-30.
 31. Paccagnella A, Morassutti I, Rosti G. Nutritional intervention for improving treatment tolerance in cancer patients. *Curr Opin Oncol* 2011;23(4):322-30.
 32. Eyigör C, Pirim A, Uyar M. Kanser ağrısının farmakolojik tedavisi ve kanser ağrısında girişimsel yöntemler. İçinde: Uyar M, Uslu R, Yıldırım Y, editörler. *Kanser ve palyatif bakım*. İzmir: Meta Basım; 2006. s. 71-96.
 33. Uyar M. Kanser ağrısının farmakolojik tedavisi ve kanser ağrısında gelişimsel yöntemler. İçinde: Fadiloğlu Ç, Şenuzun F, editörler. *Kanserde evde bakım*. Ege Üniversitesi Kanserle Savaş Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayını, 6, İzmir: Kongre Basım Evi; 2006. s. 38-45.
 34. Mete HE. Palyatif bakımda psikososyal sorunlar. İçinde: Uyar M, Uslu R, Yıldırım Y, editörler. *Kanser ve palyatif bakım*. İzmir: Meta Basım; 2006. s. 163-74.
 35. Eyigor S. Physical activity and rehabilitation programs should be recommended on palliative care for patients with cancer. *J Palliat Med* 2010;13(10):1183-4.
 36. Lowe SS, Watanabe SM, Courneya KS. Physical activity as a supportive care intervention in palliative cancer patients: a systematic review. *J Support Oncol* 2009;7(1):27-34.
 37. Işıkkhan V. Terminal dönemdeki kanser hastalarının ölüm yeri tercihleri. *Türk Onkoloji Dergisi* 2008;23(1):34-44.
 38. NASW Standards for Social Work Practice in Palliative and End of Life Care. Available at <http://www.naswdc.org/practice/bereavement/standards/default.asp>. Accessed 31 March, 2014.