

Palyatif bakım hemşireliği

Ayfer Elçigil (*)

ÖZET

Son yıllarda tıp ve teknolojiadaki gelişmeler kanserli bireylerin yaşam sürelerini uzatmıştır. Kanserli çocukların yaşam süresindeki bu artış palyatif bakıma olan gereksinimi arttırmıştır. Palyatif bakım "hasta ve ailesi yaşamı tehdit eden sorunla karşılaştığında, ağrı ve diğer fiziksel, psikososyal ve manevi problemlerin erken dönemde belirlenmesi, dikkatlice değerlendirilmesi ve tedavi edilmesiyle acı çekmesi önlenerek hasta ve ailesinin yaşam kalitesini geliştiren bir yaklaşım" olarak tanımlanmaktadır.

Etkili bir palyatif bakım multidisipliner bir yaklaşımla hasta ve ailenin gereksinimlerine odaklanır. Hemşire, doktor, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, diyetisyen ve din görevlisi bu ekipte önemli bir role sahiptir. Palyatif bakım ekibi içinde hemşire hasta ve ailesinin gereksinimlerini kapsamlı bir şekilde değerlendirmelidir. Etkili bir iletişim becerilerine sahip olmalı, hastayı dikkatle dinlemeli, hasta ve ailesinin bilgi ve kararlarına saygı duymalıdır. Hemşire hasta ve ailesine gerekli bakım ve desteği sağlamalıdır. Hemşire kendi yeteneklerinin ve sınırlarının farkında olmalıdır. Bilgi ve becerisini sürekli yenilemelidir.

Anahtar kelimeler: Palyatif bakım, hemşirelik

SUMMARY

Palliative care nursing

It is seen that cancer incidence and morbidity in the world is increasing. Cancer patients are living longer than in the past because of the developing in medicine and technology. Palliative care is the active total care of patients whose disease is not responsive to curative treatment. Control of pain, of other symptoms, and of psychological, social, and spiritual problems is paramount. The goal of palliative care is the achievement of the best quality of life for patients and their families.

An effective palliative care focuses on the patient and the family and requires a multidisciplinary approach. Doctors, nurses, social worker and religious functionaries may play a role in palliative care. A nurse involved in a palliative care team should be able to make a comprehensive evaluation of patients and their families' needs. She should have effective communication skills, listen to them carefully, respect patients and their families' knowledge and decisions. The nurse provide support and care for all family members of a patient. The nurse in a special palliative care team should be aware of their abilities and limitations. She should always update their knowledge and skills.

Key words: Palliative care, nursing

Giriş

Dünyada ölüm nedenleri 19. yüzyıl başlarında değişmeye başlamıştır. Gelişmiş ülkelerde daha önce ölümlerin en büyük nedeni enfeksiyonlar iken artık günümüzde kalp hastalığı, kanser, koma ve obstruktif akciğer hastalıkları gibi kronik hastalıklar majör ölüm nedenleri arasında yer almaktadır(1,2,3).

WHO ve UNAIDS verilerine göre her yıl dünyada 50 milyondan fazla insan ölmektedir. 2020 yılına kadar 6 milyon kişinin kanserden öleceği ve 15 milyon yeni kanser vakasının görüleceği belirtilmektedir(4).

Tıp ve teknolojiadaki gelişmeler kanserden kurtulma ve daha uzun yaşama şansını arttırmıştır. Ancak kanser tedavisinin getirdiği komplikasyon ve yan etkilerin oranı da artmıştır(2).Yapılan çalışmalarda kanserli hastalarda ağrı, yorgunluk, güçsüzlük, dispne, bulantı, kusma, anemi, kaşeksi kanama gibi bir çok semptomun görüldüğü bulunmuştur(5,6). Kanser insidansı ve yaşam süresindeki bu artış palyatif bakıma olan gereksinimi arttırmıştır.

Palyatif bakımın tarihçesi

Palyatif bakım kavramı ilk olarak 19. yüzyılda ortaya çıkmıştır. 1967 yılında Dame Cicely Saunders İngiltere'de ilk modern hospisi kurmuştur. Hospis, terminal dönemde olan hastaların bakım verildiği kurumlardır. Bu çok hızlı bir şekilde diğer ülkelere de örnek olmuştur(1,2). Amerika ve diğer batı ülkeleri hemen hospis bakımını gerçekleştirmeye başlamışlardır. 1980 ortalarına kadar palyatif bakım kavramı hospis bakımının yerine kullanılmıştır(7). Zamanla palyatif bakım anlayışı değişmiştir. 1990 yıllarının başında 'palyatif bakım' kavramı Amerika'da kanserden ölmekte olan bireylerin bakımı için kullanılmıştır(3,7). Çünkü palyatif bakım programlarının büyük çoğunluğu kanser hastaları için başlatılmıştır. Oysa kalp yetmezliği ve akciğer hastalığı gibi diğer kronik hastalığı olan bireyler de palyatif bakımdan büyük yarar görmeye başlamışlardır(8).

Palyatif bakım 1990 yılının ortalarında özel bir alan olarak gelişmeye başlamış ve günümüzde kronik hastalığı olan hastaların bakımını kapsamaktadır. Ancak

*Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

Ayrı basım isteği: Dr. Ayfer Elçigil, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Mithatpaşa Caddesi İnciraltı-35340, İzmir
E-mail: ayfer.aydin@deu.edu.tr

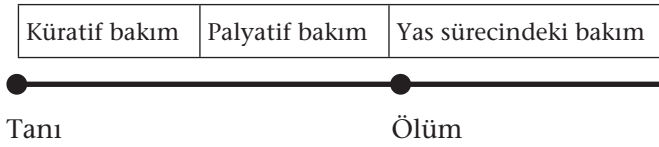
Makalenin geliş tarihi: 01 Aralık 2010 • Kabul tarihi: 04 Şubat 2011 • Çevrim içi basım tarihi: 26.12.2012

az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkeler için palyatif bakım kavramı henüz tam olarak anlaşılmamıştır.

Palyatif bakım tanımı

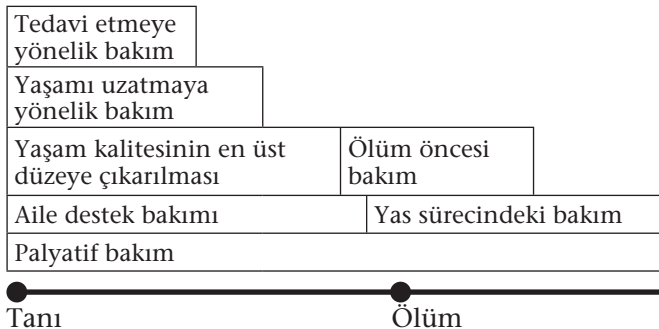
Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1986 yılında ilk palyatif bakım tanımını yaparak bu alanda büyük bir gelişme kaydetmiştir(9). Yapılan ilk tanımda küratif bakım ve palyatif bakım iki farklı boyut olarak ele alınmaktaydı. Birinin bittiği yerde diğeri başlıyordu. Yani bireyin hastalığının tedavisinin olmadığına karar verildiğinde palyatif bakım verilmeye başlanıyordu(10).

Eski palyatif bakım modeli



Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2002 yılında palyatif bakım tanımını yenilemiştir. Palyatif bakım “hasta ve ailesi yaşamı tehdit eden sorunla karşılaştığında, ağrı ve diğer fiziksel, psikososyal ve manevi problemlerin erken dönemde belirlenmesi, dikkatlice değerlendirilmesi ve tedavi edilmesiyle acı çekmesi önlenerek hasta ve ailesinin yaşam kalitesini geliştiren bir yaklaşım” olarak tanımlanmaktadır. DSÖ’nün bu yeni tanımında palyatif bakımın, hastalığın erken döneminde verilmeye başlanmasının önemi vurgulanmaktadır. (2,11,12). Amerika’da palyatif bakımla ilgili tüm kuruluşlar bir araya gelerek “kaliteli palyatif bakım” ın verilebilmesi için ulusal bir konsensus toplantısı yapmış ve ortak bir rehber hazırlamışlardır(13). Bu rehberde günümüzdeki palyatif bakım anlayışı vurgulanmaktadır. Günümüzde palyatif bakım psikososyal, spiritüel ve fiziksel bakımı içine alan holistik bir yaklaşımı içermektedir. Bu anlayışta küratif ve destekleyici bakım birlikte verilmektedir. Palyatif bakım hastalık tanısı konulduğunda başlar ve bireyin tedavi alıp almadığına bakılmaksızın devam eder(12-16).

Yeni palyatif bakım modeli



Kaynak: Michelson KN, Steinhorn DM. 2007. Pediatric End-of-Life Issues and Palliative Care. Clinical Pediatric Emergency Medicine 8:212-219 (17)

Palyatif bakım hastanın kalan yaşamını anlamlı ve değerli kılmak için verilen tüm hizmetleri içermektedir. Palyatif bakım hasta ve ailesinin acılarının hafifletilmesini, sağlar(18). Ölümü normal bir süreç gibi kabul ederek yaşamı destekler. Ölümü ne çabuklaştırır ne de geciktirmeye çalışır. Dini değer ve inançlara, kültüre ve bireyselliğe duyarlı kalarak bireyin fonksiyonel kapasitesini en üst düzeye çıkarmayı amaçlar. Ölümüne kadar mümkün olduğunca hastanın yaşamını aktif kılmak için destek sağlar. Yaşam kalitesini artırır, bakımın fiziksel, manevi, sosyal ve psikolojik boyutlarını entegre eder. Yaşamın son günlerinde de rahat bir ölümün gerçekleşmesini sağlar(19,20). Ölümüne kadar hastanın olabildiğince aktif olarak yaşamasına yardım etmek için destek sunar. Hem hastalık süresince hem de kayıptan sonra ailenin sorunla başa çıkması için gerekli destekleri sağlar(11,13). Palyatif bakım birey ve ailenin otonomisine ve kararlarına saygı duyar. Aile ve hasta her zaman merkezde yer alır. Hasta, ailesi ve yakınları ile açık ve duyarlı bir iletişimin sürdürülmesi palyatif bakımın temel ilkelelerinden(15)

Palyatif bakımla ilgili diğer kavramlar

Palyatif bakım, destek bakımı, yaşamın son dönemindeki bakım ve terminal dönem bakımı gibi kavramlar arasındaki fark çok net değildir. Bu kavramlar birbirinin yerine de kullanılmaktadır.

Destekleyici bakım

Destekleyici bakım, hasta ve ailesinin kanser ve tedaviyle baş etmesine yardım eder. Tanı konulmasıyla başlayarak, tedavi ve yas süresince devam eder. Hastanın tedaviden maksimum derecede yararlanmasını ve hastalığın etkileri ile mümkün olduğunca iyi yaşamasına yardımcı olur. Tedavi ve bakıma eşit öncelik verilir. Palyatif bakım ve destekleyici bakımın altında yatan ilke büyük ölçüde aynıdır(3,20).

Yaşamın son dönemindeki bakım/ terminal dönem bakımı

Yaşamın son dönemindeki bakım hospis bakımı ile eş anlamlı kullanılmaktadır(21). Yaşamın son dönemindeki bakım ilerleyen ve tedavi edilemeyen bir hastalığı olduğunda bireyin ölene kadar mümkün olduğunca iyi yaşamasını sağlamak amacıyla verilen bakımı içermektedir.

Hastanın ve ailesinin yaşamın son dönemi ve yas sürecindeki gereksinimlerinin belirlenmesi ve karşı-

lanmasını içerir. Daha çok ağrı ve diğer semptomların kontrolünü, psikolojik, sosyal ve manevi bakımı içermektedir(3,20,21). Yaşamın son döneminde verilen bakımın süresine ilişkin literatürde kesin bir bilgi olmamasına rağmen genellikle son haftalar, günler ve saatlerde verilen bakım anlamına gelmektedir(3). Palyatif bakım ise tanı anında başlayan bakımı içermektedir.

Hospis bakımı

Hospis bakımı palyatif bakım anlayışından farklıdır. Hospis, terminal dönemdeki hastaların bakım verildiği kurumlardır. Palyatif bakımın amacı acıyı hafifletmek, hastanın yaşam kalitesini yükseltmek ve onurlu bir şekilde ölmesini sağlamak iken, hospis modeli daha çok ölüm sürecinin kalitesini arttırmak ve ölüm sırasındaki en iyi bakımı vermeyi içermektedir. Hospis bakım anlayışında da ölüm normal bir süreç olarak kabul edilir ve semptom kontrolü ile bireyin huzurlu ölmesi sağlanır(3,20,21).

Palyatif bakım hospis bakımını da içermektedir. Palyatif bakım her hasta ve ailesinin tanı konduğu andan itibaren tüm hastalık süresince almayı hak ettiği bir bakımdır(13). Bu nedenle tüm kanser hastaları düzenli aralıklarla palyatif bakım gereksinimleri açısından değerlendirilmelidirler(15).

Palyatif bakım her ülkenin kendi koşulları içinde evde, hastanede, polikliniklerde ve bakım merkezlerinde hastanın olduğu her yerde ve tercih ettiği her yerde verilebilir(2,22). Palyatif bakımın hedefleri hasta ve ailenin gereksinimlerine göre değişebilir. Palyatif bakım yoğunluğu ve sıklığı hastalık ilerledikçe, hasta ve ailesinin gereksinimleri arttıkça ve bakımın karmaşası arttıkça artabilir. Bakımın önceliği genellikle hastanın istekleri ve değerlerine göre değişir.

Palyatif bakım bir ekip hizmetidir. Etkili bir palyatif bakım için multidisipliner bir ekibin olması gereklidir(2,23). Palyatif bakım ekibi hastanın ve ailesinin temel gereksinimlerini saptayıp, çözebilmelidir. Sürekli olarak bilgi ve becerilerini yenilemelidirler. Hemşire ekip içinde önemli bir role sahiptir ve ekibin çalışmalarına aktif olarak katılmalıdır.

Palyatif bakım hemşiresi

Palyatif bakım hemşireliğinin odak noktası hastalık ve ölüm sürecinde hasta ve ailesinin, ölüm sonrası ise ailenin yaşam kalitesini yükseltmektir. Bunun için hemşirenin eğitim, tedavi, koordinasyon, bakım ve

liderlik gibi önemli rolleri vardır. Bu rollerini yerine getirirken hemşire hasta ve ailesinin kendine özgü olduğunu göz önünde bulundurmalıdır. Her hastanın fiziksel, psikosozal ve manevi gereksinimleri farklı olabilir. Hasta ve ailesinin farklı duygusal tepkilerine ve mahremiyetine saygı göstermelidir(24,25).

Hemşire hasta ve ailesi ile iyi bir iletişim kurmalıdır. Hemşire hastayla dürüst ve saygıya dayalı bir iletişim kurarak güven duymalarını sağlamalıdır(26,27). Her hastanın yaşı, etnik kökeni, cinsi, rengi, dili ve dini, tanısı, yetersizliği, ekonomik durumu ne olursa olsun nitelikli bir bakım almaya ve huzurlu ve onurlu bir şekilde ölmeye hakkı vardır. Hemşire hastanın kendisi, çevresi, ailesi ve diğer bireylerle mümkün olduğunca olumlu ve güçlü ilişkiler kurmasına yardımcı olmalıdır. Hastanın umudunu sürdürmesine yardımcı olmalı, kontrol duygusunu kaybetmesine izin vermemelidir.

Bakım

Birey ve aile ile işbirliği içinde bir bakım planlamalıdır. Bakım mümkün olduğunca hastanın tercih ettiği yerde verilmelidir. Palyatif bakım birinci, ikinci ve üçüncü basamak hizmetleri veren tüm kurumlarda verilebilir. Bütüncül bakım ekiple işbirliği içinde verilmelidir. Bakım tanı konduğu anda başlar ölüme kadar, ölüm sonrası ise ailenin bakımıyla devam eder. Bakım kanıta dayalı en iyi uygulamalara göre verilmelidir. Bakım fiziksel, psikosozal ve manevi boyutları içerecek şekilde kapsamlı bir şekilde verilmelidir. Hemşire hasta ve ailenin bakımını planlamak için gereksinimlerini değerlendirmeli ve öncelik sırasına koymalıdır(13,27,28).

Hemşire hastanın psikosozal sorunlarının farkında olmalıdır. Hasta ve ailesinin hastalığın duygusal yönü ile başetmesine yardımcı olmalıdır. Hasta ve ailesinin ölüme ilişkin kültürel ve dini değerlerini, duygu ve davranışlarını değerlendirmelidir. Hastanın kültürel ve dini inançlarını ve uygulamalarını bilmeli ve buna saygı duymalıdır(28,29).

Semptom kontrolü

Palyatif bakımda başta ağrı olmak üzere hastayı rahatsız eden tüm semptomlar kontrol altına alınmalıdır. Semptom kontrolünün sağlanması için disiplinler arası işbirliğinin iyi yapılması gerekir.

Hemşire hastanın;

- Ağrısını

- Kardiyak ve solunum (dispne, öksürük, ödem, hıçkırık),
- Gastrointestinal (kandida, mukozit, bulantı, kusma, konstipasyon, iştahsızlık, barsak tıkanıklığı, diyare, asit, dehidratasyon, inkontinans, sarılık),
- Genel (anoreksi, kaşeksi, yorgunluk, uyku bozukluğu, zayıflık, kanama, kötü koku, kaşıntı, ciltte yaralar, konvülsiyonlar),
- Bilişsel (ajitasyon, deliryum, konfüzyon, depresyon, hallusinasyon, paranoya),
- Psikososyal ve spiritüel (anksiyete, korku, öfke, yas) problemlerini değerlendirmeli ve gerekli hemşirelik bakımını planlamalıdır(26).
- Semptomların kontrol altına alınması için kanıta dayalı rehberleri kullanmalı ve en son bilgileri takip etmelidir(23,24,29).

Ölüm sırasındaki bakım

Hemşire hastanın huzurlu ölümü için gerekli çevre düzenlemesini yapmalı, hasta ve ailesinin mahremiyetinin korunabileceği, yakın ilişkilerinin sürdürülebileceği bir ortam sağlamalıdır. Aileyi ölüm sırasında meydana gelebilecek durum, belirti ve bulgular yönünden bilgilendirmelidir. Aile hastanın acı çekmesinden ve öldüğünde yanında olamamaktan da endişe duyabilirler. Ailenin endişe ve korkularını gidermelidir.

Hemşire ölmek üzere olan hastanın fiziksel bakımını sürdürmelidir. Ağrısı ve solunum sıkıntısı kontrol altına alınmalıdır. Cilt ve mukoza bütünlüğünü sürdürmeye yönelik önlemler alınmalıdır. Bireyin rahatlığını sağlamak ve sürdürmek için gerekli girişimleri planlamalı ve uygulamalıdır. Ailenin gerçekleştirmek istediği dini ya da kültürel bir uygulama varsa yardım etmelidir(25).

Hemşire hastanın ölümü doğrulandıktan sonra kurum politikalarına uygun post-mortem bakımı uygulamalıdır. Aile üyelerinin yas sürecini olumlu geçirmelerine destek olmalı, uygun destek kaynaklarına yönlendirmelidir.

Eğitim

Hasta ve ailenin gereksinimlerine göre eğitim önceliklerini belirlemelidir. Hasta ve ailesinin kendi güçlü yönlerini belirlemesini sağlamalıdır. Hastanın öğrenme gereksinimlerini ve biçimini değerlendirmelidir. Hastanın karar vermesi için gerekli bilgilerin verilmesi önemlidir. Tedavinin sonlandırılmasına ilişkin kararların verilmesinde hasta ve ailesini desteklemelidir.

Hasta ve ailesine tanı anından başlayarak anlayabileceği bir şekilde;

- Hastalık süreci ve prognozu,
- İlaçlar (etkileri, yan etkileri, uygulanma şekilleri),
- Tedavi (amacı, yararları, yan etkileri, maliyeti),
- Ağrı ve diğer semptomların kontrolü
- Acil durumlar ve komplikasyonlar (spinal kord basısı, vena kava superior sendromu, kardiak tamponad, kanama, nöbetler, hiperkalsemi, opioid toksisitesi ve deliryum),
- Yas ve keder süreci (kederle baş etme, aile üyelerinin ve çevrenin tepkisi ile baş etme),
- Ölüm süreci (ölüm anındaki belirti ve bulgular, son saatlerinde hastaya destek olma..)
- Tamamlayıcı tıp uygulamaları konularında bilgileri vermemelidir.

Hasta ve ailesine rahatlıkla soru sorabilecekleri mesajını vermeli ve bilgi gereksinimleri anlayacakları bir dille açıklanmalı ve yanlış anlamalar düzeltilmelidir.

Tedavi

Hemşire hastanın tedavisinin sürdürülmesini sağlamalıdır. Tedaviye ilişkin gerekli açıklamaları hasta ve ailesine yapmalıdır. Tedaviye ilişkin ekip içindeki koordinasyonu sağlamalıdır.

Koordinasyon

Hemşire hasta ve ailesi ile duyarlı bir iletişim kurmalıdır. Hasta ve ailesinin ekiple olan iletişimini sürdürmelerin yardımcı olmalıdır. Hemşirenin ve diğer ekip üyelerinin rollerini açıklamalıdır. Birey ve ailenin kültürel ve manevi değerlerinin, geleneklerinin hastalık üzerine etkilerini değerlendirmelidir. Hemşire hasta ve aileye gerektiğinde arayıp bilgi almaları için ilgili telefon numaralarını vererek, bakımın sürekliliğini sağlamalıdır. Hasta ve ailesinin hastaneye ve acil hizmetlere ulaşabilme konusunda gerekli bilgileri vermemelidir. Hemşire hasta ve ailesine kimden ve nasıl yardım alabilecekleri konusunda danışmanlık yapmalıdır(2,24,30).

Savunuculuk

Birey ve ailenin haklarını korumalıdır. Hastaya gereksiz ve yararı olmayacak işlemlerin yapılmasına izin vermemelidir. Yasal konularda aileye bilgi vermemelidir. Tüm kaynaklardan ve desteklerden yararlanmaları konusunda danışmanlık yapmalıdır. Hasta ve ailesini bakımın planlanmasına katılması için des-

teklemeli ve cesaretlendirmelidir. Hastanın yaşamını en iyi şekilde geçirmesi için güçlendirmelidir. Ağrısız yaşamak ve onurlu bir şekilde ölmeye hakkı olduğunu hastaya söylemeli ve bunu sağlamak için gerekli bakımı ve koordinasyonu planlamalıdır(24).

Liderlik

Hemşire hasta ve ailesinin bakımını yaparken liderlik rolünü de yerine getirmektedir. Hastanın ve ailesinin sorunlarının çözümünde öncülük etmelidir. Hasta ve yakınlarının uygun bakıma ve kaynaklara ulaşmalarına yardımcı olmalıdır. Hasta ve ailesine kendi sorumluluklarını ve ekip içindeki rolünü açıklamalıdır. Hasta ve yakınlarının kendi bakımlarında söz sahibi olmalarını ve bakıma katılmalarını desteklemelidir. Hasta ve yakınları için güven ortamı sağlamalıdır(24).

Palyatif bakım hemşiresi kapsamlı ve hoşgörülü bir bakım vermelidir. Hastanın bakımı sırasında elinden gelen en iyi bakımı vererek huzur içinde ölmesini sağlamalıdır. Bu nedenle bilgisi ve deneyimlerini arttırmalıdır. Araştırma sonuçlarını izlemeli ve gelişmeleri hasta bakımına yansıtılabilmelidir(26). Palyatif bakım hemşiresi hasta ve ailesine bakım verirken etik ve yasal ilkeleri de göz önünde bulundurmalıdır.

Kaynaklar

1. Graham F, Clark D. The changing model of palliative care. *Medicine* 2007; 36: 64-66.
2. Ahmedzai SH, Costa A, Blengini C, Bosch A, Sanz-Ortiz J, et.al. A New International Framework for Palliative Care. *European Journal of Cancer* 2004; 40: 2192-2200.
3. Kuebler KK, Lynn J, Von Rohen J. Perspectives in Palliative Care. *Seminars in Oncology Nursing* 2005; 21: 2-10.
4. World Health Organization (www.who.int) and UNAIDS (www.unaids.org) websites 2005 www.hospiceinformation.info/factsandfigures.asp.
5. Brechtel JR, Murshed S, Homel P, Bookbinder M. Monitoring Symptoms in Patients with Advanced Illness in Long-Term Care: A Pilot Study. *J Pain Symptom Manage* 2006; 32:168-174.
6. Dumitrescu HL, van den Heuvel-Olaroiu M, van den Heuvel WJ.A. Changes in Symptoms and Pain Intensity of Cancer Patients After Enrollment in Palliative Care at Pain Symptom Manage 2007;34:488-496.
7. Meghani, S.H. A. Concept analysis of palliative care in the United States *Journal of Advanced Nursing* 2003; 46, 152-161.
8. Currow DC, Wheeler JL, Glare PA, Kaasa S, Abernethy AP. A Framework for Generalizability in Palliative Care. *J Pain Symptom Manage* 2009;37: 373-386.
9. World Health Organisation. Cancer pain relief and palliative care: report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series No. 804. 1990. WHO: Geneva.
10. Michelson KN, Steinhorn DM. Pediatric End-of-Life Issues and Palliative Care. *Clinical Pediatric Emergency Medicine* 2007; 8: 212-219.
11. World Health Organization. WHO definition of palliative care. Available at: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Accessed Marc 25, 2010
12. Sepulveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich. A palliative care: The World Health Organisation's Global Perspective. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24, 91-96.
13. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care National Consensus Project for Quality Palliative Care Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, Second Edition, United States of America, 2009. www.nationalconsensusproject.org
14. Last Acts Palliative Care Task Force. Precepts of Palliative Care. Available at: www.lastacts.org (accessed Dec 6, 2004).
15. National Hospice and Palliative Care Organization. Available at: www.nhpco.org (erişim 6 Temmuz, 2010).
16. Grant M, Elk R, Ferrell B, Morrison RS, von Gunten CF. Current Status of Palliative Care_Clinical Implementation, Education, and Research. *CA Cancer J Clin* 2009;59:327-335.
17. Michelson KN, Steinhorn DM. Pediatric End-of-Life Issues and Palliative Care. *Clinical Pediatric Emergency Medicine* 2007; 8:212-219.
18. Ferris FD, Go´mez-Batiste X, MD, Furst CJ, MD, Connor St Implementing Quality Palliative Care *J Pain Symptom Manage* 2007; 33: 533-541.
19. Simkiss D. Palliative Care For Children. *Journal of Tropical Pediatrics*. 2003; 49: 324-326.
20. Watson M, Lucas C, Hoy A. *Adult Palliative Care Guidance South West London, 2nd Edition, 2006*
21. Batchelor NH. Palliative or Hospice Care? Understanding the Similarities and Differences *Rehabilitation Nursing* 2010; 35, 60-64.
22. Friedman DL, Hilden JM, Powaski K. Issues and challenges in palliative care for children with cancer. *Current oncology reports* 2004; 6: 431-437.
23. Reville B, Axelrod D, Maury R, Palliative Care for the Cancer Patient, *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 36; 4, 2009, 781-810.
24. Baryluk M, Coulson K, Hycha D, Lundy M, McQuinn PA, O'Brien LA et al The Canadian Hospice Palliative Care Association Nursing Standards Committee, *Hospice Palliative Care Nursing Standards Of Practice*, 2002.
25. Taylor A, Box M *Multicultural Palliative Care Guidelines*, 1999
26. Anning P, Bowen S, Holman H, Leedham K, McGill M, A framework for nurses working in specialist palliative care Competencies Project, Royal College of Nursing, 2002

27. Moore CD. Communication Issues And Advance Care Planning. *Seminars in Oncology Nursing*, 2005; 21: 11-19.
28. Ferrell B, Connor SR., Cordes A, Dahlin CM., Fine PG, Hutton N, et al. The National Agenda for Quality Palliative Care: The National Consensus Project and the National Quality Forum J Pain Symptom Manage 2007; 33:737-744.
29. Doyle D, Woodruff R. The IAHPC Manual of Palliative Care 2nd Edition, IAHPC Pres, 2008
30. Kusch M., Labouvie H., Ladisch V. et.al. Structuring Psychosocial Care in Pediatric Oncology, *Patient Education And Counselling* 2000; 40:231-245.