G.O.P. Taksim E.A.H.
JAREN 2017;3(1):43-48



# Kolorektal Kanserlerde Palyatif Bakım Hemşireliği

# Palliative Care Nursing in Colorectal Cancer

**Emine İLASLAN[1], Zeynep ÖZER[2], Emine KOL[2]**
*[1]Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Eğitim Koordinatörü, Antalya*
*[2]Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Antalya*

**ÖZ**

*Kolorektal kanserler, hastanın yaşama şansı ile ilgili olumlu gelişmelere rağmen, kanserin neden olduğu ölümler arasında tüm dünyada halen ilk sıralarda yer almaktadır. Hastanın yaşam süresini uzatan bu olumlu gelişmeler sonucunda ileri evre, prognozu belli olmayan ve ağrı başta olmak üzere birçok semptomu yoğun yaşayan hasta popülasyonunda artış meydana gelmektedir. Bu durum medikal tedaviden daha çok hasta konforu ve yaşam kalitesinin ön planda olduğu bakım gereksinimini ortaya çıkarmıştır. Hastanın sağlığının korunması ve iyilik halinin sürdürülmesinde yer alan hemşireler hastanın bireysel gereksinimini düzenli olarak değerlendirip yaşam sonu bakım planları oluşturarak sağkalımı artırmada önemli rol oynarlar. Özellikle kanser hastaları başta olmak üzere pek çok hastalık grubunda yoğun olarak başvurulan palyatif bakım uygulamaları, kolorektal kanserli hastalarda ağrı, bulantı-kusma, bağırsak tıkanıkları, halsizlik, psikososyal sorunları gibi semptomlarda da rahatlatıcı olmaktadır. Bu derleme makalesinde özellikle kolorektal kanserlerin semptomlarına yönelik palyatif bakım uygulamaları literatür ışığında tartışılmıştır.*

***Anahtar Kelimeler:*** *Kolorektal kanser, palyatif bakım, hemşirelik*

**ABSTRACT**

*In spite of the recent positive developments in colorectal cancer survival rates, the disease is still the leading cause of cancer-related deaths throughout the world. As a result of the recent advances prolonging the survival of patients, there has been an increase in the number of advanced-stage patients with uncertain prognosis who intensely experience numerous symptoms mainly including pain. This, in turn, has brought the necessity of healthcare to prominence care emphasizing patient's comfort and quality of life rather than medical treatment. Nurses who strive to maintain the health and well-being of patients play an important role in increasing survival by evaluating the individual needs of the patients regularly and preparing end-of-life care plans. Palliative care practices, which are frequently resorted to in many different patient groups and especially those with cancer, have a relieving effect on the symptoms of colorectal cancer patients including pain, nausea, vomiting, intestinal obstruction, fatigue and psychosocial problems. In this review, the palliative care practices for colorectal cancer symptoms are discussed in the light of the literature.*

***Key Words:*** *Colorectal cancer, palliative care, nursing*

## GİRİŞ

Kolorektal kanserler tüm dünyada en sık görülen üçüncü kanser türüdür ve kansere bağlı ölümlerde dördüncü sırada yer almaktadır. Dünyada her yıl yaklaşık 1 milyon yeni olgu teşhis edilmekte ve kolorektal kansere bağlı 500000 ölüm bildirilmektedir. Türkiye'de kolorektal kanserler görülme sıklığı açısından tüm kanserler içinde %7.8 ile kadınlarda 3. sırada ve %7.5 ile erkeklerde dördüncü sırada yer almaktadır [(1,2)]. Kanserin tanı ve tedavisindeki gelişmeler daha uzun yaşama şansı sağlamakla birlikte, tedaviye bağlı komplikasyonların ve yan etkilerin daha sık görülmesine yol açmaktadır [(3)]. Bu durum aynı zamanda palyatif bakıma olan gereksinimi de arttırmaktadır. Palyatif bakım hizmeti hastanın tanı aldığı andan itibaren başlar ve bireyin tedavi alıp almadığına bakılmaksızın devam eder. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2002 yılında yaptığı son tanımlamaya göre palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalıklarla ilişkili sorunla karşı karşıya kalan hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini iyileştiren bir yaklaşımdır [(4)]. Bununla birlikte, DSÖ tanımındaki yaklaşım ağrı, fiziksel, psikososyal ve manevi sorunların

**Alındığı tarih:** 26.04.2016
**Kabul tarihi:** 03.04.2017
**Yazışma adresi:** Hemşire Emine İlaslan, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi A Blok Zemin Kat Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, Dumlupınar Bulvarı, Kampüs-07059-Antalya
**e-posta:** emineilaslan@akdeniz.edu.tr
doi: 10.5222/jaren.2017.043

erken dönemde tanımlanması, kusursuz değerlendirilmesi ve tedavisi yoluyla acıların önlenmesi ve hafifletilmesini içerir [4]. Yapılan çalışmalarda, erken dönemde verilen palyatif bakımın yaşam kalitesini yükselttiği, semptom kontrolünde etkili olduğu, hasta ve bakım veren memnuniyetini arttırdığı bulunmuştur [5,6]. Meghani [7] palyatif bakımda yaşam ve ölümün normal süreçler olarak görüldüğünü, olabildiğince yaşamdan ölüme geçişin kolaylaştırıldığını ve bu süreçte hasta ve ailesini desteklendiğini vurgular.

Palyatif bakım kavramı ilk olarak 19. yüzyılda ortaya çıkmış ve ilk palyatif bakım ünitesi 1842 yılında Fransa'da kurulmuştur. Modern anlamda ilk hospis merkezleri ise, İngiltere'de hizmete girmiş ve çok hızlı bir şekilde yayılarak diğer ülkelere de örnek olmuştur. 1990 yıllarının başında "palyatif bakım" kavramı kanserden ölmekte olan bireylerin bakımı için kullanılmıştır. 1990 yılının ortalarında ise özel bir alan olarak gelişmeye başlamış ve günümüzde kronik hastalığı olan hastaların bakımını kapsamaktadır [8,9].

Palyatif bakım hasta ve aile özelliklerine göre planlanan sürekliliği olan fiziksel, psikososyal, spiritüel bir yaklaşım içermelidir [4]. Ayrıca bakımın ulaşılabilir ve sürdürülebilir olması sağlanmalıdır [4,10]. Hemşire, hasta ve bakım verenlerin gereksinimlerini karşılamalı ve iyi bir ölüm ortamı sağlamalıdır. Bunun için hemşirenin eğitim, tedavi, koordinasyon, bakım ve liderlik gibi önemli rolleri vardır [11,12].

## KOLOREKTAL KANSERLERDE PALYATİF BAKIM

Kolorektal kanserler kanserin neden olduğu ölümler arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Bununla birlikte, tanı ve tedavi sürecindeki gelişmeler ileri evre, prognozu belli olmayan ve ağrı başta olmak üzere birçok semptomu yoğun yaşayan hasta popülasyonu oluşturmaktadır [13]. Kolorektal kanserlerde hemşirelerin hastanın bireysel gereksinimini düzenli olarak değerlendirme, semptom kontrolü, hasta ve ailesini bilgilendirme ve onlara destek sağlama üzerine temellendirilmiş sorumlulukları mevcuttur. Hastanın rehabilitasyonunda danışman rolü olan uzman hemşireler palyatif bakımda bilginin temel kaynağıdır. Uzman hemşireler yalnızca hastalar için değil aynı zamanda multidisipliner ekibin dinamiği için de kilit kişilerdir ve hastaların holistik bakım gereksinimlerini düzenli olarak değerlendirip yaşam sonu bakım planları oluşturarak sağkalımı arttırmada önemli rol oynarlar [14]. Kolorektal kanserli hastalarda en sık yaşanan semptomlar ağrı, bağırsak tıkanıkları, konstipasyon, bulantı-kusma ve psikososyal sorunlardır. İlerlemiş kolon kanserinde bu semptomlar etkili bir bakımla yönetilebilir [15,16].

### Ağrı

Ağrı, kanser hastalarında en yaygın görülen ve kontrol altına alınması gereken en önemli semptomlar arasındadır. Kanıta dayalı ağrı yönetimi uygulamaları ile ağrı kontrolünde %80 başarı sağlanabilmektedir [17,18]. Bu semptom yalnızca hastaya sıkıntı vermekle kalmayıp, aile üyeleri arasında suçluluk duygusu ve sağlık çalışanlarına karşı öfke duygusuna neden olmaktadır. İleri evre kanserli hastalarda %70'in üzerinde orta veya şiddetli derecede ağrı yakınması bildirilmektedir [19]. Yapılan bir çalışmada, palyatif bakım merkezlerine başvuran hastaların %90'ının ağrı yaşadığı bulunmuştur. Aynı çalışmada, palyatif bakım sonrası ağrı düzeylerinin anlamlı derecede azaldığı belirlenmiştir [20].

Ağrı yönetimi multidisipliner, farmakolojik ve nonfarmokolojik yöntemlerinin bir arada kullanıldığı tedavi programını içermelidir. 1986'da DSÖ tarafından önerilen basamak tedavisi yöntemi, basit ve kolay anlaşılır bir yöntem olması nedeniyle yaygın olarak kullanılmaktadır [4]. Kronik ağrı tedavisinde opioidler olabildiğince oral yolla kullanılmalıdır. Opioidlerde sistemik emilim değişken olduğu için intramuskuler yol yerine intravenöz ya da subkutan yol tercih edilmektedir. Bazı hastalarda, opioid dozunun artmasına bağlı ilaç bağımlılığı korkusu ve konstipasyon gelişebilir. Konstipasyonun uygun diyet ve ilaçlarla tedavi edilebileceği, opioidlerin ağrılı bireylerde alışkanlık yapmayacağı konusunda hasta ve hasta yakınları bilgilendirilmelidir [21,22]. Daha önce opioid almamış kişilerde bulantı-kusma ve kaşıntı yakınması gelişebilir bu nedenle antiemetik kullanımı önerilebilir [23,24].

Sürekli veya sık ağrısı olan hastalar genellikle plana uygun saatli doz uygulamasından yarar sağlarlar. Bu uygulama ağrının tekrar oluşmasını engelleyerek hastaya sürekli rahatlık sunar. Ancak, daha önce opioid kullanmamış olan hastalarda bu yaklaşım kullanılırken

dikkat edilmelidir. Hastalara aynı zamanda "kurtarma dozu" da sağlanmalıdır. Bu destekleyici doz normal programın dışında gelişen ağrı alevlenmelerini tedavi etmek için uygulanır. Saatli doz uygulamasının "kurtarma dozu"yla birleştirilmesi güvenli ve oranlı doz artırımı sağlayan aşamalı bir yöntemdir ve opioid uygulama biçimlerinin tümüne uyarlanabilir [25].

Yapılan çalışmalarda, nöropatik ağrı tedavisinde kortikosteroidlerin, antidepresanların ve antikonvülsanların etkili olduğu kanıtlanmıştır. Deksametazon en çok kullanılan kortikosteroiddir [26]. Konvensiyonel kanser tedavisini tamamlayan ya da bazı durumlarda konvensiyonel tedaviye alternatif olarak, kanser hastaları tarafından kullanılan tamamlayıcı alternatif tedavi metodları bulunmaktadır. Randomize, tek-kör, plasebo-kontrollü çalışmada standart ağrı tedavisi ile ağrı yakınması devam eden kanser hastaları için akupunktur test edilmiştir. Tedavi grubunda ağrının şiddeti başlangıca göre iki ayda %36 oranında azalırken, kontrol gruplarında anlamlı farklılıklar saptanmamıştır [27]. Bir faz II çalışmada, 183 kanser hastası akupunktur ile tedavi edilmiş, sonrasında hastaların %47'sinin daha az ağrı deneyimlediği belirlenmiştir [28]. Randomize kontrollü çalışmalarda, kronik kanser ağrısı olan hastalarda refleksoloji kullanımının ağrı ve anksiyeteyi azalttığı belirlenmiştir [29,30]. Ayrıca zihinde canlandırma veya müzik tedavisi, derin gevşeme, hipnoz yönetmelerinin de ağrı üzerinde olumlu sonuçları olduğu bildirilmektedir [31,32].

**Bağırsak Tıkanıklıkları**

İleri evre kolorektal kanserli hastaların yaklaşık %10-25'inde bağırsak tıkanıklıkları görülmektedir. Bağırsak tıkanıklığı kısmi ya da tam olabileceği gibi primer (tümöre bağlı) ya da sekonder olarak da (postoperatif dönemde) gelişebilir. Tıkanıklık bağırsağın üst kısımlarında ise büyük hacimli kusmalar, alt kısımlarında ise yaygın distansiyon vardır [33]. Bağırsak tıkanıklığında cerrahi girişimin hedeflerinden biri palyatif amaçlı olup, hastanın yaşam kalitesini arttırmaktır [34]. Tümörde lokal invazyonların veya rezeke edilemeyen uzak metastazların bulunması ve olguların diğer tıbbi sorunları büyük cerrahi girişimleri engelleyebilir. Bu hastalarda semptomlarını hafifletmek için farmakolojik tedavi seçeneği olarak analjezikler, kortikosteroidler, antiemetikler tek başına ya da kombine kullanılmaktadır [35].

**Konstipasyon**

Konstipasyon, kansere veya tedaviye bağlı gelişebilir ve opioid kullanan hastalarda %40-70 oranında görülebilmektedir. Ayrıca hastanın kullandığı diğer ilaçlar, metabolik anormallikler, hareketsizlik, nörolojik bozukluklar, diyet değişikliği, psikolojik faktörler, karın bölgesine yapılan ışınlama, fekal yüklenme konstipasyon nedenleri arasındadır [8]. Litaratürde palyatif bakım alan hastaların %40'ının konstipasyondan etkilendiği ve opioidlerle tedavi edilen hastalarda bu oranın %90'a ulaştığı bildirilmektedir [36,37]. Klinik uygulamada konstipasyonun tanımlanmasında "evet/hayır" yanıtının yetersiz olduğu, hastanın kabızlığını 0 ile 10 arasında bir puan vererek değerlendirmesinin daha yararlı olabileceği belirtilmektedir [36]. Yapılan başka bir araştırmada, laksatif kullanılarak tedavi edilen kanser hastalarının %70'inde konstipasyonun semptomatik olarak devam ettiği belirtilmiştir [38].

**Bulantı ve Kusma**

Bulantı ve kusma, metabolik bozukluk, kısmi ya da tamamen mekanik tıkanıklık sonucu gelişebilir ya da sebebi belli olmayan bir nedene bağlı olabilir. Hastalarda yönetimi zor ve yaygın bir semptomdur. Ancak kolorektal kanser tedavi ilişkili semptomlarda ilk sırada yer almaz [39]. Bununla birlikte, daha önce hiçbir bulantı deneyimi olmamış kanser hastalarında opioid kullanımına bağlı bulantı ve kusma deneyimlerinin olduğu belirtilmektedir [40]. Yaşam sonu dönemde yaşanılan bulantı ve kusma psikolojik sıkıntıya neden olarak yaşam kalitesini düşürmektedir [41,42].

Kemoterapi veya ameliyat sonrası gelişmiş bulantı ve kusmanın yönetimini tamamen kontrol edecek üst düzey bir kanıt yoktur. İleri dönem kanserlerde geleneksel olarak uygulanan yöntem medikal tedavidir. Medikal tedavide antiemetik seçimi yapılırken genellikle kemoterapi ajanının emetik risk düzeyi dikkate alınır. Emetik riskin yüksek olduğu durumlarda kombinasyon tedavi tercih edilebilir [43]. Kombinasyon tedavide antihistaminikler, kortikosteroidler, dopamin-serotonin antagonistleri levomepromazin emetik ajan olarak kullanılabilir [10,44].

Hasta ve ailesinin eğitimi bulantı ve kusmanın

yönetiminde anahtar roldür. Hastanın hangi yiyeceklerden hoşlandığının sorgulanması, az miktarda ve sık aralıklarla yemesinin önerilmesi, bulantı ve kusmayla mücadelede diğer önemli bir noktadır. Tamamlayıcı ve altarnatif tedavi olarak akupunktur, aromaterapi, homeopati, hipnoz gibi nonfarmakolojik yöntemler yeğlenebilir [45]. Ayrıca, kanser kaşeksisi açısından hasta kesinlikle uzman bir diyetisyen tarafından değerlendirilmelidir [8].

**Psikososyal Sorunlar**

Kanser ve tedavisine bağlı yaşam kalitesinin düşmesi (Örn. Stoma cerrahisi) hastalarda beden imajı algısının değişmesine, kendini iyi hissetmeme, benlik saygısının azalmasına ve çeşitli fiziksel, psikososyal sorunlara neden olabilmektedir. Psikolojik sorunlar arasında depresyon, anksiyete, sinirlilik, kızgınlık ve uyum bozuklukları yer almaktadır. Depresyon sıklıkla stoma açılmasını takiben görülebilmekte ve zamanla artabilmektedir. Stomanın geçici veya kalıcı olması da depresyon gelişimini etkileyebilmektedir [46,47]. Hastalar tedavi sürecinde iş gücü kaybı yaşayabilmekte, bu durum onları finansal olarak da olumsuz etkilemektedir. Yapılan bir çalışmada, hastaların %54'ünün tedavi sırasında çalışmadığı, %74'ünün finansal durumlarının olumsuz etkilendiği belirtilmiştir [48]. Gönüllü rehberlik programları ile kolorektal kanserli hastalarda karşılanmamış hasta gereksinimlerini azaltması yönünde yapılan bir çalışmada, en yaygın korkular; kanserin yayılma ve nüksetme korkusu, yakınlarının korkuları ile ilgili kaygılar, gaz ve gerginlik, kiloda değişim ve diyare, konstipasyon ve ağrıya ilişkin huzursuzluk olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmada, gönüllü rehberlik programlarının hastalar için ulaşılabilir ve uygulanabilir olduğu bulunmuştur [49]. Kolorektal kanserli hastalarda psikososyal sorunlarla baş etmede telefonla destekleyici bakımın etkinliği birçok çalışmada kanıtlanmıştır. Yapılan bir çalışmada, telefonla müdahalenin kolorektal kanserli hastalarda depresyon, anksiyete ve bakım gereksinimlerine etkisi incelenmiş ve anksiyete üzerinde olumlu sonuçlar elde edilmiştir [50]. Başka bir araştırmada, telefonla müdahale aramalarının %85'i başarılı bir şekilde sonuçlanmış ve hastalar tarafından bu uygulamalar ulaşılabilir ve uygulanabilir bir sistem olarak değerlendirilmiştir [51].

Kolorektal kanserli hastalara bakım yaklaşımları arasında bazı kuramlar da kullanılmıştır. Sosyal öğrenme kuramcılarından Bandura'nın "Öz Etkililik Kuramı" ile kolorektal kanserli hastalarla görüşmelerin etkinliğinin incelendiği bir çalışma yapılmıştır. Çalışmada, onkoloji hemşiresi tarafından hastayla (1) yüzyüze görüşülerek öz etkililik; kemoterapi, diyet, egzersiz ve semptomlar hakkında bilgilendirme yapılmış, (2) semptomlarla baş etmede kullanılan 30 dk.'lık gevşeme egzersizlerini içeren video izletilmiş, (3) 4 ay 20-30 dk.'lık seanslarla telefonla sağlık koçluğu hizmeti verilmiştir. Öz etkililik kuramına göre bakım alan hastaların psikososyal olarak daha iyi hissettikleri belirlenmiş ve diğer dünya bölgelerinde uygulanması önerilmiştir [52].

**SONUÇ**

Hasta merkezli palyatif bakımla sağlanan iyi bir semptom kontrolü, hastaların en savunmasız olduğu zamanlarda daha kaliteli yaşamalarınını sağlamaktadır. Bununla birlikte, kendi bakım ve değişim gereksiniminlerini içselleştirmeleri hemşirelik bakımı için önemlidir. Multidisipliner bir ekibin üyesi olan hemşire kolorektal kanserli hastaların bağımsızlıklarını güçlendirmelerine yardımcı olmalıdır. Bağımsızlıkları desteklenen hastaların öz bakımlarını gerçekleştirme düzeyleri ve yaşam kaliteleri daha başarılıdır.

**KAYNAKLAR**

1. World Health Organization (IARC) Globocan 2012: Estimated cancer incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. Erişim Tarihi: 12.07.2016. http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx

2. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı. Erişim tarihi: 12.07.2016. http://kanser.gov.tr/Dosya/BilgiDokumanlari/raporlar/kolorektal.pdf.

3. El-Jawari A, Greer JA, Temel JS. Does palliative care improve outcomes for patients with incurable illness? A review of the evidence. *J Support Oncol,* 2011; 9(3): 87-94.

4. World Health Organisation. (n.d.) Palliative Care. Definition of Palliative Care. El-Jawari A, Greer JA, Temel JS. Available from: http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en. (Erişim Tarihi: Mart 2016).

5. Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, Hannon B, Leighl N, Oza A, et al. Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. The Lancet, Volume 383, Issue 9930, 17-23 May 2014, Pages 1721-30. [CrossRef]

6. Yoong J, Park ER, Greer JA, Jackson VA, Gallagher ER, et al. Early palliative care in advanced lung cancer: a qualitative study. *JAMA Intern Med,* 2013; 173(4): 283-90. [CrossRef]

7. Meghani, SHA. Concept analysis of palliative care in the United States Journal of Advanced Nursing, 2003; 46: 152-61.

8. Lorenz KA, Lynn J, Dy SM, Shugarman LR, Wilkinson A, Mularski RA, Morton SC, et al. Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review. *Ann Intern Med,* 2008; 148: 147-59. [CrossRef]

9. Heon YS, Lee KS. Institutionalization of hospice. *Korean Journal of Hospice and Palliative Care,* 2002; 5(2): 81-9.

10. Kabalak AA, Öztürk H, Çağıl H. Yaşam sonu bakım organizasyonu: Palyatif bakım. *Yoğun Bakım Dergisi,* 2013; 11: 56-70.

11. Ellington L, Reblin M, Clayton MF, Berry P, & Mooney K. Hospice nurse communication with patients with cancer and their family caregivers. *Journal of Palliative Medicine,* 2012; 15(3): 262-68. [CrossRef]

12. Cotton P, Eastman P, H LeB. Palliative care and colorectal cancer. *Cancer Forum,* 2014; 38(1): 66-70.

13. Taylor C. Best practice in colorectal cancer care. *Nursing Times,* 2012; 108: 12, 22-5.

14. Ripamonti C, Bandieri E, Roila F. Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annal Oncol,* 2011; 22(supp 6): 69-77. [CrossRef]

15. Maguire P, Walsh S, Jeacock J, Kingston R. Physical and psychological needs of patients dying from colorectal cancer. *Palliative Medicine,* 1999; 13: 45-50. [CrossRef]

16. Worster B, Holmes S. A phenomenological study of the postoperative experiences of patients undergoing surgery for colorectal cancer. *European Journal of Oncology Nursing,* 2009; 13: 315-22. [CrossRef]

17. Zerzan J, Benton K, Linnebur S, O'Bryant C, & Kutner J. Variation in pain medication use in end-of-life care. *J Palliat Med,* 2010; 13(5): 501-4. [CrossRef]

18. Van den Beuken-Van Everdingen MH, de Rijke JM, Kessels AG, et al. High prevalence of pain in patients with cancer in a large population-based study in the Netherlands. *Pain,* 2007; 132: 312-20. [CrossRef]

19. Uysal N, Şenel G, Karaca Ş, Kadıoğulları N, Koçak N, & Oğuz G. Palyatif bakım kliniğinde yatan hastalarda görülen semptomlar ve palyatif bakımın semptom kontrolüne etkisi. *Ağrı* 2015; 27(2): 104-10.

20. Vargas-Schaffer G. Is the WHO analgesic ladder still valid? Twenty-four years of experience. *Can Fam Physician,* 2010; 56: 514-7.

21. Gülhan M. Palyatif Bakım. http://file.lookus.net/TGHYK/tghyk.39.pdf Erişim Tarihi: 30 Aralık 2016.

22. Erdine S. Ağrı Semptomları ve Tedavisi. http://www.agritr.com/html/hekimlereozel.html . AgriSendromları.pdf. Erişim Tarihi: 30 Aralık 2016.

23. Colleau SM. Appraising the WHO Analgesic ladder on its 20th anniversary. *Cancer Pain Release,* 2006; 19: 13-20.

24. Mercadante S, Porzio G, Ferrera P, et al. Sustained-release oral morphine versus transdermal fentanyl and oral methadone in cancer pain management. *Eur J Pain,* 2008; 12: 1040-46. [CrossRef]

25. Pasero C. Around-the-Clock (ATC) Dosing of Analgesics. *Journal of Peri Anesthesia Nursing,* Vol 25, No 1 (February), 2010: pp 36-99. [CrossRef]

26. Broglio K, Portenoy RK. End of life care: Pain management. www.uptodate.com, version 19.2, last updated: (Erişim Tarihi: Mart 19, 2015).

27. Alimi D, Rubino C, Pichard-Léandri E, Fermand-Brulé S, Dubreuil-Lemaire M-L, & Hill C. Analgesic effect of auricular acupuncture for cancer pain: a randomized, blinded, controlled trial. *Journal of Clinical Oncology,* 2003; 4120-26. [CrossRef]

28. Jacobson JS, Workman SB, Kronenberg F. Research on complementary/alternative medicine for patients with breast cancer: a review of the biomedical literature. *J Clin Oncol,* 2000; 18: 668-83. [CrossRef]

29. Stephenson HL, Weinrich SP, Tavakoli AS. The effects of foot reflexology on anxiety and pain in patients with breast and lung cancer. *Oncol Nurs Forum,* 2000; 27(1): 67-72.

30. Wilkie DA, Kampbell J, Cutshall S, Halabisky H, Harmon H, Johnson LP, et al. Effect of massage on pain intensity, analgesics and quality of life in patients with cancer pain: a pilot study of a randomized clinical trial conducted within hospice care delivery. *Hosp J,* 2000; 15: 31-53. [CrossRef]

31. Beck SL. The therapeutic use of music for cancer-related pain. *Oncol Nurs Forum,* 1991; 18: 1327-37.

32. Guyot DM, Oliver GM. Comlementary Therapies. In, Martinson I.M., Jamieson M., editorso Home Health Care Nursing and The health Care System. Second Edition, W.B. Saunders Company 2002; pp. 180-96.

33. Alvarez JA, Baldonedo RF, Bear IG, Truán N, Pire G, Alvarez P. Presentation, treatment, and multivariate analysis of risk factors for obstructive and perforative colorectal carcinoma. *Am J Surg,* 2005; 190: 376-82. [CrossRef]

34. Ronnekleiv-Kelly SM, Kennedy regory GD. Management of stage IV rectal cancer: Palliative options. *World J Gastroenterol,* 2011; 17(7): 835-47. [CrossRef]

35. Ripamonti C, Twycross R, Baines M, Bozzetti F, Capri S, et al. Clinical-practice recommendations for the management of bowel obstruction in patients with end-stage cancer. *Support Care Cancer,* 2001; 9: 223-33. [CrossRef]

36. Rhondali W, Nguyen L, Palmer L, Kang DH, et al. Self-reported constipation in patients with advanced cancer: a preliminary report. *J Pain Symptom Manage,* 2013; 45: 23-32. [CrossRef]

37. Yıldırım NK, Kaçmaz N, Özkan M. İleri evre kanser hastalarının karşılanmamış bakım gereksinimleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi,* 2013; 4(3): 153-8.

38. Davis MP. Cancer constipation: are opioids really the culprit?. *Support Care Cancer,* 2008; 16(5): 427-9. [CrossRef]

39. Baldwin C, Spiro A, Ahern R, Emery PW. Oral nutritional interventions in malnourished patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. *J Natl Cancer Inst,* 2012; 104(5): 371-85. [CrossRef]

40. Aggarwal G, Glare P, Clarke S, Chapuis P. Palliative and shared care concepts in patients with advanced colorectal cancer. *ANZ J Surgery,* 2006; 76: 175-80. [CrossRef]

41. Can G. (ed) Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Bakım. İstanbul Konsensusu 2010, Nobel Tıp Kitabevleri.

42. Laugsand EA, Kaasa S, Klepstad P. Management of opioid-induced nausea and vomiting in cancer patients: systematic review and evidence-based recommendations. *Palliat Med,* 2011; 25(5): 442-53. [CrossRef]

43. Klein C, Lang U, Bükki J, Sittl R, Ostgathe C. Pain management and symptom-oriented drug therapy in palliative care. *Breast Care (Basel),* 2011; 6: 27-34. [CrossRef]

44. Mansky PJ, Wallerstedt DB. Complementary medicine in palliative care and cancer symptom management. *Cancer J,* 2006; 12: 425-31. [CrossRef]

45. Uğur Ö. Kanser hastasının semptom yönetimi. *Turkish Journal of Oncology/Türk Onkoloji Dergisi,* 2014; 29 (3): 125-35.

46. Ratliff CR, Scarano KA, Donovan AM, Colwell JC. Descriptive study of peristomal complications. *J Wound Ostomy Continence Nurs,* 2005; 32: 33-7. [CrossRef]

47. Persson E, Hellstrom AL. Experiences of Swedish men and women 6 to 12 weeks after ostomy surgery. *J Wound Ostomy Continence Nurs,* 2002; 29: 103-8.

48. Sierko E, Werpachowska MT, Wojtukiewicz MZ. Psychological, physical, and social situation of Polish patients with colorectal cancer undergoing first-line palliative chemotherapy. *Oncology Nursing Forum,* 2011; 38(4): 253-9. [CrossRef]

49. Macvean ML, Victoria M, Pratt VM, Grogan S, Sanson-Fisher R. Reducing the unmet needs of patients with colorectal cancer: a feasibility study of The Pathfinder Volunteer Program. *Supportive Care in Cancer,* 2007; 15(3): 293-9. [CrossRef]

50. White VM, Macvean ML, Grogan S, Este CD, Akkerman D, & Ieropoli S. Can a tailored telephone intervention delivered by volunteers reduce the supportive care needs, anxiety and depression of people with colorectal cancer? *A Randomised Controlled Trial,* 2012; 21(10): 1053-62.

51. Young J, Harrison J, Solomon M, Butow P, Dennis R, Robson D, et al. Development and feasibility assessment of telephone-delivered supportive care to improve outcomes for patients with colorectal cancer: pilot study of the CONNECT intervention. *Supportive Care in Cancer,* 2010; 18(4): 461-70. [CrossRef]

52. Zhang M, Wai-chi S, You L, Wen Y, Peng L, & Liu W. The effectiveness of a self-efficacy-enhancing intervention for Chinese patients with colorectal cancer: A randomized controlled trial with 6-month follow up. *International Journal of Nursing Studies,* 2014; 51(8): 1083-92. [CrossRef]