

KANSERLİ ÇOCUĞUN TABURCULUĞA HAZIRLANMASI VE EVDE BAKIMINDA HEMŞİRENİN ROLÜ*

Sevim SAVAŞER**

ÖZET

Hastanın hastaneden eve geçişini kolaylaştırmak için uygulanan taburculuk planı sağlık bakım gereksinimlerini belirleme, planlama ve bu gereksinimleri karşılama için yapılan plan ve uygulamayı içerir. Etkili bir taburculuk planlaması disiplinler arası bir yaklaşımla kabul süreci ile birlikte başlamalı; çocuk ve aileyi içine alacak şekilde koordine edilmeli ve onların hastane sonrası gereksinimlerini de karşılamalıdır. Tıp ve teknolojiadaki ilerlemelere paralel olarak özellikle kanser gibi kronik sağlık sorunu olan çocukların yaşam sürelerinin uzaması evde bakımı sürdürülen çocukların sayısını arttırmıştır. Sağlık profesyonelleri evde bakımı sürdürülecek çocuk ve ailesinin sorunları ile başa çıkmalarında, gereksinimlerini karşılamada destek olarak kaliteli bir yaşam sürdürmelerinde katkıda bulunabilirler.

Anahtar Kelimeler: Kanser, taburculuk, evde bakım.

ABSTRACT

THE ROL OF THE NURSE IN THE PREPARATION OF PEDIATRIC CANCER PATIENTS FOR DISCHARGE AND HOME CARE

The discharge plan is designed to ease the transition from hospital to home and includes determination of health care needs, as well as the necessary planning and implementation strategies for meeting those needs. An effective discharge plan should begin with a multi-disciplinary approach shortly after admission to the hospital; should include the child and his family and should meet their needs after discharge. According to the medical and technological improvements, the life period of the children with chronic cancer prolonged and the number of the children which needs home care increased. Health professionals, by helping children and their families to cope with their problems and needs give support for a continuous and qualified home care.

Key Words: Cancer, discharge, home care

TABURCULUK İŞLEMİ

Taburculuk işlemi hastanın bir sağlık kuruluşu ile resmi bağlantısının sonlandırılmasıdır. Hasta kabul süreci ile başlayan taburculuk planlanması, hastanın hastaneden ayrılması ve bakımın evde devam edebilmesi için sistemli bir yaklaşımla hasta ve ailenin hazırlanması işlemidir (Alpar ve ark.1997, Hatipoğlu 1994, Türk 1992). Öncelikle hastanın hastaneden eve geçişini kolaylaştırmak için uygulanan taburculuk planı, sağlık bakım gereksinimlerini belirleme, planlama ve bu gereksinimleri karşılama için yapılan plan ve uygulamayı içerir. Plan;

hemşire, hekim, sosyal hizmet uzmanı ve hastaya bakım veren diğer sağlık bakım profesyonelleri tarafından yapılır. Başka bir deyişle ekip işidir (Alpar ve ark. 1997, Hatipoğlu 1994, Maurano 1994). Hastanın gereksinimlerine temellendirilerek hazırlanan plan, hastane sonrası kullanılabilen hizmetleri de kapsadığından, uygulanması ile hasta merkezli bakımın sürekliliği de sağlanmış olur (Alpar ve ark. 1997, Maurano 1994).

Çocuğun hastaneden taburcu olmasına karar verildiğinde çocuğun bakımından birinci derecede sorumlu olan ebeveynlerin bu sorumluluklarını yerine getirebilmeleri için hastaneye kabulün ilk gününden itibaren onların hazırlanması sorumluluğu büyük oranda hemşirededir (Foster 1989, Maurano 1994).

*1.Ulusal Pediatrik Hematoloji Kongresi, Pediatrik Hematoloji Hemşireliği Bilimsel Programında sunulmuştur (4-6 Ekim 1999 Antalya).

**İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı (Doç. Dr.)

TABURCULUK İŞLEMİ AŞAMALARI

Taburculuk işlemi birbirini izleyen 4 aşamada tamamlanır (Conelius 1997, Hatipoğlu 1994).

- I. Tanılama
- II. Planlama
- III. Uygulama
- IV. Değerlendirme

Tanılama

Hemşire, hastanın gün içindeki fiziksel gücü ve sınırlılıklarını belirleyecek tek kişidir. Çocuk ve ebeveyn ile görüşerek bakım gereksinimlerini belirler. Tanılama aşamasında çocuğun yaşının küçük olması, kanser gibi kronik bir durum varlığı, beslenme durumunda bozukluk, ağrı varlığı, egzersiz ve akitviteye toleranssızlık, kullanılan ilaçlar, tedaviye yanıt, hastalığın prognozu gibi hastalığa ve hastaya özgü özel durumlar da göz önünde bulundurulmalıdır (Alpar ve ark. 1997). Görüşme sırasında çocuk ve ebeveynin;

- Hastalıktan etkilenme düzeyleri,
- Öğrenme ve anlama yetenekleri,
- Hastaneye yatmadan önceki alışkanlıkları,
- Tedaviden beklentileri belirlenir (Alpar ve ark. 1997, Slevin ve Roberts 1987).

Çocuğun taburculuk sonrası evdeki bakımına ilişkin gereksinimleri belirlemek için aşağıdaki sorulara ebeveynlerden yanıt alınır (Foster 1989, Maurano 1994).

- Ailenin, destek sistemleri yeterli mi?
- Ekonomik sorunu var mı?
- Ev ortamı uygun mu?
- Çocuk ve ailenin tedavi planına uyumunda sorun var mı ?
- Çocuk ve ailenin sosyal uyumlarında sorun var mı?
- Çocuk, günlük yaşam aktivitelerini evde güvenli bir şekilde yerine getirebilecek mi?
- Hastalığın tedavisi ile ilgili var olan sorunlar nelerdir?

Bu sıralanan yedi soru yedi ip ucu demektir. Bu doğrultuda çocuk ve ailenin gereksinimleri belirlenerek bireysel taburculuk planlaması yapılır.

Planlama

Sağlık bakımında sorunların sağlıklı çözümü ancak multidisipliner bir yaklaşımla ele alındığında olasıdır. Başka bir deyişle,

planlama ekip çalışmasını gerektirir (Alpar ve ark. 1997, Foster 1989, Maurano 1994). Son yıllarda taburcu olma sürecinde hemşire ve hasta/hasta ailesi için kolaylık sağlayan bir yaklaşım olan METHOD adımları ile planlama yapılmaktadır (Alpar ve ark. 1997, Hatipoğlu 1994).

❖ M (Medicine): İlaç

- Reçete edilen ilaçların; dozu, alınma yolu ve saatleri,
- İlaç verilme nedeni, etki ve yan etkileri,
- Besinler vb. ile ilişkisi açıklanır.

❖ E (Environment): Ortam/çevre

- Gerekli ise ev ortamının yeni duruma nasıl uyarlanacağı,
- Ev ortamındaki engellerin nasıl giderileceği,
- Ev ortamına yardımcı olacak düzenlemelerin nasıl yapılacağı konularında yardımcı olunur.
- Çocuğun ev ortamındaki aktivite düzeyi konusunda; çocuk, aile ve yakınları bilgilendirilir,
- Emosyonel destek, olanak varsa ekonomik destek sağlanır.

❖ T (Treatment): Tedavi

- Tedavinin evde devam etme amacı,
- Kolaylaştırıcı yolların seçimi konularında açıklamalar yapılır,
- ❖ H (Health education): Sağlık eğitimi
- Sağlık durumu hakkında ,
- Hastalık hakkında ,
- Gelişebilecek komplikasyonların belirtileri ve izlenecek yollar hakkında bilgi verilir,
- Evde izlenecek program yazılı olarak verilerek açıklanır.

❖ (Outpatient referral): Ayaktan takip

- Tıbbi yardımı kimden, nereden, nasıl alacağı konusunda açıklama yapılır.
- Kontrol için verilen randevunun; yer, tarih ve saati yazılı olarak verilir.

❖ D (Diet): Diyet

- Diyet gerekli ise amacı belirtilir,
- Diyete uygun menü planları yazılı olarak verilir.

Uygulama

Plandaki tüm bilgiler, çocuk ve aileye yapılan eğitim hemşire notuna yazılır. Taburculuk formu doldurulur. Yapılan eğitim

ev ziyaretleri ile pekiştirilirse taburculuk planlaması amacına ulaşmış olur (Cornelius 1997, Griffiths ve Leek 1995). Çocuk ve aileyi eğitmeye amaç, onları destekleyerek öz-bakım eksikliklerinin giderilmesine yardımcı olmaktır (Cornelius 1997, Hiromoto ve Durgan 1997). Hastalık ve tedavi hakkında yeterince bilgilendirilmiş çocuk ve ailelerin stres ve anksiyetelerinin azaldığı çalışmalar ile kanıtlanmıştır (Cornelius 1997). Sağlık bakım ekibinin vazgeçilmez üyelerinden olan hemşireler hastanın eve geçişini ve evde bakımını kolaylaştırmada, onları eğitmeye anahtar kişi olarak rol oynarlar (Cornelius 1997, Dixon ve Park 1990). Her bireyin öğrenme ve kişisel gereksinimlerinin farklı olduğu unutulmamalıdır. Taburculuk zamanı genellikle hummalı bir dönemdir. Bu dönemde yapılacak eğitim istenilen düzeyde etkili olmayabilir (Cornelius 1997, Griffiths ve Leek 1995, Hiromoto ve Durgan 1997). Bu nedenle eğitim, hasta ve ailelerinin anlayabilecekleri düzeyde hazırlanmalı ve uygun zamanda yapılmalıdır. Yapılması gerekenler ve tedaviye ilişkin olası sorunların yanıtlarının bulunduğu yazılı broşürler, kitapçıklar verilmesinde yarar vardır (Dixon ve Park 1990, Foster 1989, Griffiths ve Leek 1995, Hiromoto ve Durgan 1997, Maurano 1994).

Hasta ve ailesi taburcu olurken;

- Bir sonraki randevuya kadar acil bir durum söz konusu olursa kimi arayabileceklerini,
- Beklentilerinin ne olması gerektiğini,
- Hangi durumlarda endişelenmeleri gerektiğini,
- Hangi durumlarda sağlık kuruluşuna başvurmaları gerektiğini,
- Sağlık bakım profesyonellerine nasıl ulaşabileceklerini,
- Mesai saatleri dışında gerekli durumlarda kiminle nasıl bağlantı kurabileceklerini ***bilmek isterler*** (Cornelius 1997, Maurano 1994).

Bu sorular daha da artırılabilir. Taburculuk zamanı, çocuk ve ailenin her sorusu deneyimli hemşireler tarafından yanıtlanmalıdır. Her bir hasta için bu soruların bulunduğu bir form doldurularak hasta ve aile ile konuşularak anksiyeteleri azaltılabilir (Cornelius 1997). Aşağıda bu doğrultuda

hazırlanmış taburculuk formu örneği verilmiştir.

Değerlendirme

Çocuk taburcu olurken hastaneden gidiş şekli değerlendirilir (Maurano 1994). Ülkemizde yataklı kurum ile aile arasında koordine ve planlı ev ziyaretleri yapılmadığından hastanın daha sonraki değerlendirilmesi ancak verilen randevu tarihinde yapılabilir ve böylece taburculuk süreci de tamamlanmış olur.

EVDE BAKIM

Modern tıp ve teknolojinin gelişimine kadar evde hasta bakımı adet ve gelenekler ışığında yakın aile üyeleri tarafından verilmekte idi. Tıp ve teknolojinin ilerlemesi ile hasta çocukların bakımı aileden çıkarak hastaneye taşındı (Benson et al. 1993, Maurano 1994).

Onkoloji alanındaki gelişmeler diğer alanlardaki gelişmeleri geride bırakmıştır (Benson et al. 1993). ABD’de kanser tanısı konulan çocukların % 65’inin 5 yıl ve daha fazla yaşam şansı olduğu bildirilmektedir (Cornelius 1997). Venöz tedavi yollarının açıklığının sürdürülmesi, enteral ve parenteral besleme yöntemlerinin uygulanması, kan ürünleri ve antibiyotik uygulamaları gibi kanser tedavisinin olumsuz etkilerini en aza indiren destekleyici bakım ile ölüm sayısında azalma (Benson et al. 1993), hastalıktan iyileşme oranında giderek artma gözlenmektedir (Cornelius 1997). İyileşmedeki artış; tedavi alanındaki gelişmeler ile çocuklara sağlanan/uygulanan fiziksel ve psikososyal destek yöntemleri ve disiplinlerarası ekip çalışması ile yakından ilişkilidir (Benson et al. 1993, Cornelius 1997)

Günümüzde evde bakımın kapsamı, santral venöz kateter bakımından, ventilatöre bağlı hastanın evde bakımına kadar oldukça genişdir (Campion 1995, Cornelius 1997, Foster 1989, Maurano 1994). Özellikle kanserli çocukların yaşam süresinin uzamasından ötürü evde sağlık bakımından yararlanan çocukların sayısı giderek artmaktadır (Benson et al. 1993, Champion 1995, Maurano 1994). ABD’de hastaların çoğunluğu hastane bakımı yerine evde bakımı tercih etmekte olup son 5 yılda evde bakım alan hasta sayısı beş yıl önceye göre ikiye katlanmıştır (Campion 1995, Cornelius 1997). İngiltere’de St.Mary hastanesinde yapılan, çocukta evde bakımın

önemini ortaya koyan bir araştırmada; sağlık sorunu olan çocuğa yardım etmede esas rolü oynayan ve ona yardım etmekle doyuma ulaşan kişinin anneler olduğu saptanmış ve annelerin

bakım konusunda kendilerine güvenlerinin artırılması için eğitilmeleri gerektiği vurgulanmıştır (Maurano 1994).

TABURCULUK İŞLEM FORMU	
ADI SOYADI:.....	
İLAÇLAR(İsim, Veriliş Yolu, Doz, Sıklık ve Görülebilecek Yan Etkiler):	
•	
•	
•	
•	
DOKTOR / HEMŞİRENİN ARANMASINI GEREKTİREN DURUMLAR	
• Vücut ısısının 38 ⁰ C üstüne çıktığı durumda	
• Devam eden ağrı durumunda	
• 24 saatten fazla süren kusma durumunda	
• 24 saatten fazla süren ishal varsa	
• 48 saatten fazla süredir dışkılama yoksa	
• İdrar yapmada sorun (güçlük, ağrı, yanma, kanama)varsa	
• Diğer:	
ÖNEMLİ TELEFON NUMARALARI	
DOKTOR	:
HEMŞİRE	:
EVDE BAKIM ŞİRKETİ	:
BİR SONRAKİ RANDEVU	:
(tarih, gün saat)	

EVDE BAKIMA YÖNELMEYE NEDEN OLAN ETMENLER

Evde bakıma yönelmeye neden olan etmenler üç ana başlık altında toplanabilir (Benson et.al 1993, Cornelius 1997, Foster 1989, Maurono 1994).

- 1.Bakım maliyetinin sınırlandırılması gereği,
- 2.Evde daha kaliteli bir bakım verilebilir olması,
- 3.Teknolojinin ev ortamında kullanılabilmesi.

Bakım Maliyetinin Sınırlandırılması Gereği

Tanı ve tedavi ile ilgili işlemlerin fiyatlarındaki artışa bağlı olarak sağlık bakım giderlerinin artması, maliyetin bakım kalitesini düşürmeden sınırlandırılmasını zorunlu kılmuştur. Zorunluluk nedenlerine;

- Geçmişte hastalar tanı aşamasından tedavinin sonlanmasına kadar hastanede yatarken bugün kanser tedavisindeki ilerlemeler ve gelişen teknoloji

sayesinde, ayaktan veya evde yapılan ilaç tedavisi maliyetinin hastanede yatırılarak yapılabildiğine göre daha düşük olduğunun kanıtlanması (Maurano 1994, Türk 1992),

- Evde bakımın güvenilir ve tercih edilir olması (Maurano 1994),
- Hastanede kısa süreli kalışların hastane enfeksiyonu gelişme olasılığını ve dolayısıyla hastanede kalış süresini ve harcamaları azalttığına çalışmalarla gösterilmesi (Alpar ve ark.1997, Tırk 1992),
- Sağlık bakımının evde sürdürülmesi ile hastanın tekrar hastaneye yatış sayısında azalmalara bağlı olarak; hastalarla ilgilenen profesyonellerin iş yükünün azaldığı, hastanede işlerin daha az sayıda çalışanla yürütüldüğü, dolayısıyla ülke ekonomisine katkı sağlandığına belirlenmesi (Maurano 1994) örnek olarak verilebilir.

Evde Daha Kaliteli Bir Bakım Verilebilir Olması

Hasta bakım kalitesi objektif bir ölçüttür. İzlem ve değerlendirme için planlı yürütülen bir süreç gerektirir (Foster 1989, Maurano 1994). Evde bakımın sürdürülmesi ile çocuğun aile içinde kalması sağlanacak, hastaneden kaynaklanan psikolojik travma önlenecek ve yaşam kalitesi artacaktır. Ayrıca hastalıkla ilgili sorun olup olmadığı yakından izleneceğinden sorunların gözden kaçması söz konusu olmayacak hatta sorunlara daha etkili çözümler üretilebilecektir (Benson et al. 1993, Maurano 1994).

Hemşire çocuğun mümkün olduğunca normal yaşamına erken uyum sağlamasında yardımcı olmalıdır. Çocuk özellikle okul-yaş grubunda ise okul hemşiresine de öncelikli görevler düşmektedir. Bazı hastanelerde çocukların okula dönüşlerini kolaylaştırmak için özel sınıflar açılmaktadır (Foster 1989, Maurano 1994).

Teknolojinin Ev Ortamında Kullanılabilirliği

Yakın zamana kadar yalnız hastanelerde kullanılan gelişen teknolojinin günümüzde evde kullanılabilir hale gelmesi (infüzyon setlerinin kullanımı, parenteral beslenmenin sürdürülmesi, oksijen desteği ve solunuma yardımcı aletlerin kullanılması gibi) evde bakıma yönelmede önemli bir etkidir (Foster 1989, Maurano 1994).

Teknolojinin ev ortamında kullanılması ile kronik sağlık sorunu olan çocuklar akut bakım ortamlarında giderek daha kısa süreli kaldığından daha erken dönemde taburculuk gündeme gelebilir (Maurano 1994).

Sağlık bakım profesyonelleri çocuk ve aileye evde kullanılacak aletlerin kullanımı ve bakımını öğretmelidirler. Günümüzde evde bakım alet ve malzemelerine ilişkin destek hizmetleri sunan şirketlerin sayısı rekabet içinde giderek artmaktadır (Foster 1989, Maurano 1994).

SAĞLIK SORUNU OLAN ÇOCUĞUN EVDE BAKILMASI DURUMUNDA EBEVEYNLERİN GEREKSİNİMLERİ

Sağlık sorunu olan çocukların evde bakılması halinde ebeveynlerinin, hastalık ve/veya hastalıktan kaynaklanan sorunlarla başa çıkma süreçlerinde bir takım gereksinimleri olabilir

(Foster 1989, Maurano 1994). Bu gereksinimler;

1. Güven gereksinimi,
2. Bilgi gereksinimi,
3. Bazı olanakların sağlanmasına ilişkin gereksinimler,
4. Rehberlik ve destek gereksinimi.

Güven Gereksinimi

Güven subjektif bir durumdur. Hemşire; aile ve çocuğun hastalığın tedavisine, yaşama, geleceğe ve kendine güven konularında duygularını açıklamalarına fırsat vermeli, soru sormaları için cesaretlendirilmeli ve içinde buldukları durumu değerlendirmelidir. Geniş ailede yaşayanlarda bile evde bakım konusunda güçlükler yaşandığı çalışmalarla kanıtlanmıştır (Foster 1989, Maurano 1994). Çocukların yanında ebeveynlerin de eğitilmesi onların kendilerine olan özgüvenlerini artırır. Onların çocukları için doğru olan şeyi yapacakları unutulmamalıdır (Benson et al. 1993, Maurano 1994).

Bilgi Gereksinimi

Kanserli çocuğun evde güvenli bir ortamda bulunmasını sağlamak için hemşire, hasta ve ailenin bilgi gereksinimini belirlemelidir (Benson et al. 1993, Maurano 1994). Kanser hastasına bakım veren ailelerin bilgili ve becerili olmasının gerekli olduğu çalışmalarla kanıtlanmıştır (Cornelius 1997, Dixon ve Park 1990, Griffiths ve Leek 1995). Bakımın her aşamasında çocuk ve ebeveyn anlamaya yeteneklerine göre açıklama yapılmalıdır. Ebeveyn; çocuğun tanı, tedavi, komplikasyonlar ve prognoz hakkında bilgilendirilmelidir (Foster 1989, Maurano 1994).

Taburculuk eğitimi kapsamında önce öğretilen beceriler listesi oluşturulur. Eğitimin etkili olabilmesi için, çocuk ve aile ile konuşarak belirlenen listede öncelikler belirlenir ve liste yatak başına asılır. Yapılanların liste üzerinde çek edilmesi kontrolde kolaylık sağlar (Cornelius 1997, Maurano 1994).

Çocuk ve ailenin taburculuk eğitiminden ne anladıkları, söylenenlerin kendi düşünceleri ile aynı olup olmadığının değerlendirilmesi gerekir. Çocuk ve ailenin taburculuk süreci içinde sağlık ekibi üyelerinden birbiri ile ters, çelişkili bilgiler alması onların karmaşa yaşamalarına neden

olabileceği unutulmamalıdır. En etkili taburculuk eğitimi sağlık bakım elemanlarının tümünün hazırlanan eğitim içeriği hakkında fikirbirliği içinde olmaları ile olasıdır (Foster 1989, Maurano 1994).

Bazı Olanakların Sağlanması İlişkin Gereksinimler

Ailenin; fiziksel olanakları, emosyonel destek kaynakları ve ekonomik olanakları değerlendirilmelidir (Foster 1989, Maurano 1994).

Fiziksel olanaklar; evin fiziksel çevresi çocuğun güvenliğini ve tedavinin etkinliğini sağlayacak şekilde olmalıdır. Ebeveynler bu konuda bilgilendirilir. Yakın aile üyelerinden ve toplum destek gruplarından nasıl yardım alabilecekleri konusunda rehberlik yapılır.

Emosyonel destek kaynakları ; aile sorunlarının dinlenmesini ister. Hastalığın başlangıcından itibaren aile üyelerinden, çocuğun arkadaşlarından ve toplum destek gruplarından bu konuda yardım sağlanabilir.

Ekonomik olanaklarının değerlendirilmesi; ebeveynlerin sosyal güvencelerinin olması onları biraz rahatlatır. Ancak çalışan aile üyelerinin işini bırakmak zorunda kalması durumunda ekonomik güçlükler ortaya çıkabilir. Olması gereken bu durumda sosyal hizmet uzmanlarının devreye girmesidir. Ancak,

günümüz ülkemiz koşullarında bu olanaksızdır. Ebeveynlerin sosyal yardım kuruluşları, çocuğun hastalığı ile ilişkili dernek, vakıf gibi benzeri kuruluşlar ile işbirliği içine girmesine yardımcı olunabilir.

Rehberlik ve Destek Gereksinimi

Evde bakım kavramının hemen hemen tümünü rehberlik ve destek alma oluşturur. Günün 24 saati aileye rehberlik yapılması, destek verilmesi ve ailenin bu yardıma nasıl ulaşabileceği önem taşır. Bu nedenle; öncelikle ailenin telefonu olup olmadığı, herhangi bir sorun olduğunda hemşireye ulaşabilme durumu, çocuğun sağlık kuruluşuna götürülebilme durumu, evde bakım veren kuruluşlara gereksinimi olanların bunu karşılayabilme durumlarının belirlenmesi gerekir (Maurano 1994).

Evde bakımın başarılı olabilmesi öncelikle aile ve profesyonel destek ekibinin taburculuk ve evde bakım konusunda bilgi sahibi olmaları, aileyi bu konuda eğitmeleri ile olasıdır (Foster 1989, Maurano 1994). Sağlık bakım profesyonelleri, kronik sağlık sorunu olan çocuğun bakımı konusunda çocuk ve ailesini eğiterek destek olarak kaliteli bir yaşam sürdürmelerini sağlayabilir ve kısa zamanda üretken bir yaşam kazanmalarına yardımcı olabilirler.

KAYNAKLAR

- Alpar ŞE ve ark. (1997). Hastanın hastaneden taburcu edilmesinde hemşirenin rolünün değerlendirilmesine ilişkin bir çalışma. *Şişli Etfal Hastanesi Hemşirelik Derg* 1(3-4) :83-88.
- Benson P et al. (1993). Home and hospice care for the child or adolescent with cancer. Ed.: Foley GV, Fochman D, Mooney KH. *Nursing Care of the Child With Cancer*. Second Edition, W.B. Saunders Company, Philadelphia.
- Campion EW (1995). New hope for home care? *N Engl J Med* 333 (18): 1213.
- Cornelius PH (1997). Home care alternative care settings and cancer resources. Ed.: Otto SE, *Oncology Nursing*. Third Edition, Mosby, St.Louis.
- Dixon E, Park R (1990). Do patients understand written health information? *Nurs Outlook* 38(6):278.
- Foster RL (1989). Principles and strategies of home care. Ed.: Foster RL, Hunsberger MM, Anderson JT, *Family-Centered Nursing Care of Children*. W.B. Saunders Company, Philadelphia.

- Griffiths M, Leek C (1991). Patient education needs: opinions of oncology nurses and their patients. *Oncol Nurs Forum* 22(1):16.
- Hiromoto BM, Dungan J (1997). Contract learning for self-care activities. *Cancer Nurs* 14 (3):148.
- Hatipoğlu S (1994). Hasta kabulü ve taburcu edilmesi. Editör: İnanç N, Hatipoğlu S, Yurt V, Avcı E, Akbayrak N, Bekiroğlu M, Öztürk E, *Hemşirelik Esasları*. GATA Hemşirelik Yüksekokulu, Yayın No.5, GATA Basımevi, Ankara.
- Maurano LW (1994). Community and home care. Ed.: Betz CL, Hunsberger MM, Wright S, Maurano LW, *Family-Centered Nursing Care of Children*. Second Edition, W.B. Saunders Company, Philadelphia.
- Slevin AP, Roberts AS (1987). Discharge planning: a tool for decision making. *Nurs Manage* 18 (12):47.
- Türk JE (1992). Determining discharge priorities. *Nursing* 92, 22:55.