

Derleme makale

Review article

Çocukluk Çağı Kanserlerinden Sağ Kalanların Yetişkin İzleme Geçiş Bakımı: Gereklikler ve Engeller



Tuba ARPACI¹

ÖZ

Sağ kalanların yetişkinliğe geçişte uygun gelişimsel bakımı alabilmeleri için yetişkin odaklı izleme geçişleri yapılmalıdır. Geçiş bakımı sağ kalanların çocuk merkezli sağlık bakım sistemlerinden yetişkin odaklı sağlık bakım sistemlerine etkili bir şekilde geçişini sağlamak için gerçekleştirilen planlı, koordineli ve multidisipliner bir süreçtir. Geçiş bakımının standart rehberler ve programlar kapsamında yürütülmesi, sağ kalanların geçiş için hazır oluşunun değerlendirilmesi, izlemler konusunda eğitimi ve yetişkin ekip ile iş birliği geçiş bakımının temel gereklilikleri arasında yer almaktadır. Sağ kalanlarla ilgili bireysel durumlar, sağlık sistemi ve sağlık profesyonelleriyle ilişkili durumlar ve aile ve sosyal yaşantıyla ilişkili durumlar geçiş bakımının yürütülmesinde engel oluşturabilmektedir. Amerikan Pediatri Akademisi 14-18 yaş aralığında geçiş bakımı için hazırlığın başlamasını ve 18-21 yaş aralığında yetişkin devrin planlanmasını önermektedir. Gelişmiş ülkelerde çocuk onkoloji merkezlerinde pediatriyen yetişkin izleme geçiş için farklı prosedürler uygulanabilmekle birlikte çoğu merkezde adölesanların yetişkin devri 18 yaşına kadar gerçekleştirilmektedir. Bu derlemede sağ kalanlara ilişkin yetişkin izleme geçiş bakımının özellikleri, geçiş bakımının gereklilikleri, geçiş bakımında engeller, gelişmiş ülkelerde yürütülen geçiş bakımı programları ve geçiş bakımında hemşirenin rolü tartışılacaktır.

Anahtar kelimeler: Çocukluk çağı kanseri, geçiş, hemşirelik, sağ kalanlar, uzun dönem izlem

ABSTRACT

Transition to Adult Follow-up Care of Childhood Cancer Survivors: Requirements and Barriers

Transition to adult-oriented follow-up should be made so survivors can receive appropriate care according to their developmental characteristics. Transition of care is a planned, coordinated, and multidisciplinary process undertaken to ensure the effective transition of survivors from child-centered to adult-centered healthcare systems. Conducting transition of care within the scope of guidelines and programs, evaluating survivors' readiness, educating survivors on follow-ups, and collaborating with the adult team are among the requirements of transitional care. Individual situations related to survivors, situations related to the health care system and health professionals, and situations related to family and social life could be barriers in the conduct of transition of care. The American Academy of Pediatrics recommends starting preparation for transitional care between the ages of 14-18 and planning for transition to adults between 18-21. Although different procedures can be applied for the transition from pediatrics to adult follow-up in pediatric oncology centers in developed countries, in most centers, the transition of adolescents to adult is carried out until the age of 18. In this review, the characteristics of adult follow-up transitional care for survivors, the requirements of transitional care, barriers in transitional care, transitional care programs carried out in developed countries, and the nurse's role in the transition of care will be discussed.

Keywords: Childhood cancer, long-term follow-up, nursing, survivors, transition

¹Dr. Öğr. Üyesi, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, Karaman, Türkiye, E-mail: tubaarpaci25@gmail.com, Tel: 05306401928, ORCID ID: 000-0001-8511-8443

Geliş Tarihi: 25 Mayıs 2023, Kabul Tarihi: 26 Temmuz 2023

Atf/Citation: Arpacı T. Çocukluk Çağı Kanserlerinden Sağ Kalanların Yetişkin İzleme Geçiş Bakımı: Gereklilikler ve Engeller. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2023;10(3):305-312 DOI: 10.31125/hunhemsire.1302328

GİRİŞ

Çocukluk çağı kanserlerinde (ÇÇK) multimodal koruyucu tedavi yaklaşımları ile sağkalım oranlarında iyileşmeler olmuştur¹. Gelişmiş ülkelerde tüm ÇÇK'nde sağkalım yaklaşık %84-86'dır^{1,2}. Gelişmekte olan ülkelerde bu oran nispeten düşük olmakla birlikte son 30 yılda önemli ölçüde artmıştır^{3,4}. Ülkemizde ÇÇK'nde genel sağkalım %72 olarak bildirilmiştir³. Kanser tedavisi gören çocukların dörtte üçünden fazlası yetişkinliğe kadar hayatta kalmakta ve bu sayı artmaya devam etmektedir⁵. Sağ kalan çocukları uzun dönemde bekleyen en önemli sorun tedavi maruziyetine bağlı geç etki riskidir. Sağ kalanlar ikincil kanserler de dahil olmak üzere ciddi veya yaşamı tehdit edici olabilen çok sayıda geç etki yaşayabilir. Avustralya'da yapılan bir çalışmada ÇÇK'nden sağ kalanların %79'unda en az bir geç etki bulunduğu ve en yaygın olarak yorgunluk ve hafıza/öğrenme güçlüğü deneyimledikleri bildirilmiştir⁶. Ülkemizde yürütülen çalışmalarda da sağ kalanların kardiyak sorunlar⁷, endokrin sorunlar⁸ ve çeşitli semptomlar⁹ yaşadığı bildirilmiştir.

Sağ kalanlarda kronik sağlık sorunları kümülatif insidansı uzun dönemde yaşla birlikte artış göstermektedir ve bazı geç etkiler yetişkin döneme kadar belirti vermemektedir¹⁰. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde yürütülen bir kohort araştırmasında yaşla birlikte morbidite ve mortalite riskinin arttığı, kümülatif sağlık sorunları insidansının sağ kalanlarda (%53,6) sağlıklı kardeşlerine göre (%19,8) yüksek olduğu bildirilmiştir¹¹. Çeşitli rehberlerde sağ kalanların riske dayalı uzun dönem izlemin planlanması ve yetişkin dönemde de devam etmesi önerilmektedir¹²⁻¹⁴. Sağkalım oranlarındaki hızlı artış ve sağ kalanları bekleyen kronik sağlık sorunları göz önüne alındığında, uzun dönem izlem (UDİ)'lerde pediatri odaklı bakımdan yetişkin bakımına geçişe odaklanılması önemlidir.

Amaç

Bu derlemede ÇÇK'nden sağ kalanlara ilişkin yetişkin izleme geçiş bakımının özellikleri, geçiş bakımının gereklilikleri, geçiş bakımında engeller, gelişmiş ülkelerde yürütülen geçiş bakımı programları ve geçiş bakımında hemşirenin rolü hakkında bilgi verilmesi amaçlanmıştır.

Yetişkin İzleme Geçiş Bakımı

Sağ kalanların tedavi maruziyetleri ve yaşam boyu sürebilen sağlık sorunları nedeniyle gereksinimleri özelleşmektedir. Bireyselleştirilmiş yetişkin izleme geçiş bakımı ile geç etkilerin önlenmesi, erken dönemde saptanması ve tedavisi ile kronik hastalık yükü azaltılabilecektir¹⁵. Geçiş bakımının amacı adölesan ve/veya genç erişkin dönemde olan sağ kalanlara gelişimsel gereksinimlerine göre bakım sunulması ve uzun dönemde izlemden kayıpların önlenmesidir¹⁶. Peditriden yetişkine geçiş bakımının kapsamı şu şekilde tanımlanmaktadır; "Geçiş bakımı çocukluk çağı ve adölesan kanserlerinden sağ kalanların çocuk merkezli sağlık bakım sistemlerinden yetişkin odaklı sağlık bakım sistemlerine etkili ve uyumlu bir şekilde geçişini sağlamak için gerçekleştirilen aktif, planlı, koordineli, kapsamlı, multidisipliner bir süreçtir. Bakım sürecinin geçişi esnek olmalı, gelişimsel olarak uygun olmalı ve sağ kalanların ve ailelerinin tıbbi, psikososyal, eğitimsel ve mesleki

ihtiyaçlarını dikkate almalı ve sağlıklı bir yaşam tarzını ve kendi kendini yönetmeyi teşvik etmelidir"¹⁷. Artan yaşla birlikte, sağ kalanların kendi sağlıklarının yönetimi için bireysel sorumluluklarını artırmaları gerekir¹⁸. Bunun sağlanabilmesi için multidisipliner bir geçiş programı ile yetişkin odaklı bir klinikte UDİ sağlanmalıdır. Avrupa PANCARE çalışma grubunun yayınladığı raporda sağ kalanların uzun dönem izleminde peditriden yetişkin izleme geçiş bakımı sunulması güçlü bir öneri olarak yer almaktadır¹⁹. Bazı geç etkilerin yetişkin döneme kadar belirti vermemesi özellikle adölesan ve genç yetişkinlerin (AGE) izleme ihtiyaç olmadığı düşüncesi nedeniyle risk almalarına ve uzun dönem izleme devam etmemelerine neden olabilir^{20,21}. İzlemlerde kayıpları önlemek ve yetişkin takibin devamını sağlamak için iyi organize edilmiş bir geçiş süreci gereklidir. Her ne kadar klinik uygulama rehberlerinde düzenli izlem önerilse de sağ kalan erişkinlerin sadece küçük bir kısmının riske dayalı düzenli takip aldığı bildirilmiştir²². Türkiye'de 21 merkezli yürütülen bir çalışmada, merkezlerin %80.9'unda sağ kalanların peditriden yetişkine geçiş sürecinde güçlük yaşadığı bildirilmiştir²³.

Tedavisi tamamlanan çocuklar, çocukluk yıllarında pediatri merkezlerinde düzenli UDİ bakımı olsa da birçok merkezde erişkin yaşa ulaşmış sağ kalanlar için özel bir UDİ bakımı yoktur. Bununla birlikte, sağ kalanları yetişkin sağlık sistemine geçişe hazırlayan bir geçiş programı da bulunmamaktadır. Sağ kalanların ihtiyaçlarını daha iyi karşılamak için UDİ ve yetişkin izleme geçiş bakımını düzenleyen özel rehberlere ve programlara ihtiyaç duyulmaktadır^{17,24}.

Yetişkin İzleme Geçiş Bakımının Gereklilikleri

Normal şartlarda sağlıklı bir bireyin zamanı geldiğinde yetişkin kliniğine gitmesi doğal bir süreçtir ve bireyler için büyük bir anlam taşımayabilir. Ancak ÇÇK'nden sağ kalan AGE gibi uzun süreli izlem gereksinimi olan bireyler için bu stresli bir süreç olabilmektedir^{17,25}. Çocukluktan ergenliğe ve yetişkinliğe geçiş, fizyolojik ve psikolojik büyümenin gözlemlendiği gelişimsel bir süreçtir. Genç erişkinler bağımsız yaşamaya, yakın ilişkilere, öğrenim ve mesleki hedeflere odaklanırlar. Kişisel ve sağlıklı ilgili kararlarda sorumluluk alma ve kendi sağlığını yönetme isteği ön plandadır²⁶. Pediatri odaklı izlemede genç erişkin bireyin gelişimsel gereksinimleri gözden kaçabilir. Aynı zamanda genç erişkin sağ kalanlar pediatrik yaş grubuyla izleme devam etmek istemediğinde izlemlere gelmesi olumsuz etkilenebilecektir. Bu nedenle, geçiş bakımı AGE için hem tıbbi hem de gelişimsel olarak uygun şekilde sağlanmalıdır.

Aktif, planlı, koordineli, kapsamlı ve multidisipliner yaklaşım etkin bir geçiş bakımının temel bileşenlerini oluşturmaktadır¹⁷. Geçiş bakımının güçlendirilmesi için standart geçiş programları hazırlanması (yaş, hazır oluşluk, değerlendirme formları, ekip gibi) ve gerekli koşulların oluşturulması için ilgili birimlerle planlamalar yapılmalıdır. Sağ kalanların geç ergenlik döneminden itibaren uzman ekip tarafından yetişkin izleme geçiş konusunda bilgilendirilmesi gerekmektedir. Yetişkin izleme geçiş için ergen veya genç erişkinin hazır oluşluğu oldukça önemlidir. Hazır oluşluğu değerlendirmek için standart araçlar kullanılabilir^{27,28}. Standart ölçüm araçları sağ kalanların geçiş süreciyle ilgili

bilgi eksikliği (sağlıklarıyla ilgili kişisel sorumlulukları, olası geç etkiler, UDİ bakımının önemi), korkuları veya belirsizliklerinin yanında güçlü yönleri ve algıladıkları desteklerin de saptanmasını sağlamaktadır^{29,30}. Değerlendirme sonucunda bilgi eksikliklerini gidermeye yönelik eğitim materyallerinin geliştirilmesi (örn. kitapçıklar, dijital kaynaklar) ve korku/belirsizliklerin giderilmesine yönelik psikolojik destek sağlanması mümkün olabilecektir. Bu şekilde sağ kalanların izleme devam etme konusunda öz yeterliliği desteklenmiş olacaktır. Çocukluk çağı kanserlerinden sağ kalanların yetişkin izleme geçişe hazır oluşunu değerlendirmeye yönelik geliştirilmiş bazı araçlar Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. Hazır Oluş Değerlendirme Araçları

Geçiş Hazır Oluş Ölçekleri	Hedef yaş grubu	Ölçeğin Kapsamı	Alt Boyutları ve Madde Sayısı	Katılımcı
“Geçiş Ölçekleri”, Kanada ²⁹	AGE 15-26 yaş	Ölçek kanserle ilişkili durumlar (relaps ya da geç etkiler) hakkında kaygı, kendi sağlığını yönetme becerileri ve yetişkin uzun dönem izlem bakımından beklentileri ölçmektedir.	Alt boyutlar; 1) Kanser kaygı ölçeği-6 madde 2) Öz yönetim becerileri ölçeği-15 madde 3) Beklentiler ölçeği-12 madde	AGE öz bildirim
“Geçiş Hazır Oluş Envanteri”, ABD ³⁰	AGE 16-25 yaş	Ölçek geçişe hazır oluşun sosyo-ekolojik bileşenlerini kapsamlı olarak ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir.	Alt ölçekler; Geçiş hazır oluş/ hasta versiyonu-81 madde Geçiş hazır oluş/ ebeveyn versiyonu- 85 madde	AGE öz bildirim Ebeveyn
“Hazır Oluş Soru Formu” İngiltere ^{31,32}	Adölesan 14-18 yaş	“Ready Steady Go: Transition programme”ı kapsamında İngiltere Ulusal Sistemi’ne bağlı hastanelerde adölesanların geçişe hazır oluşunu değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir.	Form bilgi, kendini savunma, sağlık ve yaşam tarzı, günlük yaşantı, Eğitim/iş ve gelecek, boş zaman aktivitesi, duyguları yönetme ve yetişkin bakıma geçiş alt boyutlarını içermekte ve 33 maddeden oluşmaktadır.	Adölesan öz bildirim

AGE = Adölesan ve Genç Erişkinler; ABD= Amerika Birleşik Devletleri

Süreç, AGE’nin psikolojik ve bilişsel olgunluğunu, geç etkilerin karmaşıklığını ve AGE’in değişime hazır olup olmadığını dikkate alacak şekilde planlanmalıdır. Hazır olma durumu hastadan hastaya değişebileceğinden, geçiş zamanlaması esnek olmalıdır. Bunun için geçiş süreci tek seferde taburculuk yerine aşamalı bilgilendirme sonrası gerçekleştirilmelidir. Bunu sağlamak için planlanan tarihten önce (en az 2 izlem öncesinde) gençler bilgilendirilmeli ve yetişkine devredileceği tarih kendisine bildirilmelidir. Yapılan çalışmalarda, bazı adölesanlar yetişkin sağlık hizmetlerine geçişini kopuk ve tek seferlik bir transfer olarak deneyimlediklerini bildirmiştir^{33,34}. Kanada’nın bazı bölgelerindeki kanser merkezlerinde yürütülen bir çalışmada sağ kalanların yetişkin bakımına geçiş için çok az

hazırlık yapıldığı ve geçiş sonrası izlemlerin kesintiye uğradığı saptanmıştır³⁴. İdeal olarak geçiş, genç erişkinin bir yetişkin kliniğine devam edecek olgunluğa erişene kadar veya hastalıklarını ve izlemleri bağımsız olarak yönetecek beceri ve eğitime sahip olana kadar gerçekleşmemelidir.

Bir diğer önemli konu AGE’in yetişkin ekiple etkileşiminin sağlanmasıdır. Adölesan ve genç erişkinler çocuk uzman ekibine hissettikleri bağıllık nedeniyle yetişkin ekibe karşı güvensizlik yaşayabilirler ve yetişkin sağlık hizmetleri için hazırlıksız oldukları hissine kapılabilirler. Bu nedenle pediatri den taburculuk öncesi AGE’in yetişkin ekiple bir araya gelmesi sağlanmalıdır¹⁷. Pediatri ekibi ve yetişkin izlem ekibiyle yetişkin kliniğinde bir araya gelmek sağ kalanların izleme uyumlarını olumlu etkileyecektir^{17,28}.

Geçişe hazırlığın en önemli aşaması sağ kalanların eğitimi ve güçlendirilmesidir¹⁵. Sağ kalan AGE kendi sağlığını yönetebilmek için daha fazla sorumluluk almaya teşvik edilmelidir. Ebeveynler AGE’nin gelişimsel özelliklerinin farkına varmalı ve bu noktada bağımsızlıklarını desteklemelidir. Otth ve ark.’nın sistematik derleme çalışmasında (2021), geçiş bakımının uygulanmasında 1) sağ kalanların eğitimi ve güçlendirilmesi, 2) yetişkin izlem ekibine güven geliştirilmesi, bunun için pediatrik onkolojiden taburculuk öncesi yetişkin ekiple tanışmanın sağlanması 3) pediatri ekibi ile yetişkin ekip, sağ kalanlar ile yetişkin ekip ve ebeveynler ile yetişkin ekip arasında iyi bir iletişimin kurulması ve 4) planlı-yapılandırılmış bireyselleştirilmiş bir geçiş sürecinin sağlanması temel aşamalar olarak sunulmuştur¹⁵.

Yetişkin izleme geçiş çeşitli izlem modelleri kapsamında gerçekleştirilebilir. Bunlar içerisinde toplum temelli model (aile hekimliği-geç etki riski düşük olanlar için), paylaşımlı model (izlemin onkoloji ekibiyle iş birliği içerisinde aile hekimi tarafından yapıldığı model), pediatrik onkolojiden yetişkin onkolojiye geçiş modeli ve uzmanlaşmış uzun dönem izlem bakımı sunan pediatrik izlemden yetişkin izleme geçiş modeli yer almaktadır^{27,35}. Literatürde geçiş bakımının aşağıdaki unsurları içermesi önerilmektedir^{15,17,27,35-37};

- Geçiş bakımının standart rehberler ve programlarla yürütülmesi
- Geçiş koordinatörüne eden bir sağlık profesyonelinin olması (örn. çocuk onkoloji hemşiresi)
- Erken adölesan dönemde hazırlığın başlaması,
- Geçiş için hazır oluşun değerlendirilmesi
- Sağ kalanların tedavi geçmişi, beklenen geç etkiler, izleme devam ve sağlıklı yaşam alışkanlıkları konusunda bilgilendirilmesi
- Geçiş süreciyle ilgili bilgilendirmenin tekrarlı olarak yapılması,
- Pediatri merkezinden taburculuktan önce yetişkin onkoloji ekibiyle tanışma planlanması,
- Gerekli ise diğer uzmanlarla da ortak konsültasyon sağlanması (örn. Çocuk endokrinoloji)
- Pediatri den taburculuğun ergenin hazır oluşuna göre esnek bir zaman diliminde yapılması,
- Pediatri merkezinden taburculuktan önce yetişkin merkezde randevu oluşturulması,

- Yetişkin izlemde randevuların oluşturulmasında esneklik sağlanması,
- Uzun dönem izlem bakım planının (tedavi özet formu ve geç etki izlem formu) yetişkin onkoloji ekibine devredilmesi
- Sağ kalanların yetişkin izleme devam konusunda desteklenmesi

Yetişkin İzleme Geçişi Bakımında Engeller

Literatürde geçiş bakımı için sıklıkla engel oluşturan durumlar, standart geçiş bakım programlarının olmaması, bireyselleştirilmiş izlem rehberlerine sınırlı erişim, yazılı/dijital bir geçiş planının olmaması, ÇÇK'nde sağkalmı bakımı konusunda deneyimli yetişkin ekibin eksikliği, yetersiz iletişim, zaman yetersizliği, geçiş planlamasından sorumlu belirli bir kişinin olmaması, sağ kalanların ve ebeveynlerin pediatri ekibine bağlanması, sağ kalanlarda bilişsel gelişimde gecikme ve sağ kalanların sosyal statülerindeki değişimler şeklinde bildirilmiştir³⁸⁻⁴¹.

Geçiş bakımının etkili bir şekilde sağlanamamasının en önemli nedeni merkezlerde standart geçiş programlarının olmamasıdır. Avustralya ve Yeni Zelanda'da yapılan bir araştırmada 11 merkezden 10'unda riske dayalı geçiş modeli uygulandığı bildirilmiştir. Tedavi maruziyetine göre düşük risk grubunda olan sağ kalanlar aile hekimliğine devredilirken, yüksek risk grubunda olanların yetişkin izleme geçişi sağlanmaktadır. Merkezler de geçiş prosedürleri değişiklik göstermekle birlikte yalnızca 5 merkezde planlı geçiş prosedürü uygulanmaktadır⁶. Amerika Birleşik Devletleri'nde 97 merkezin %84'ünde sağ kalan pediatrik hastalar için izlem programı olduğu ve bunların yalnızca %39'unda yetişkin izleme geçiş bakımının sunulduğu bildirilmiştir³⁶. Kaliforniya'da yürütülen bir çalışmada sağ kalanların %66'sına geçiş için eğitim verildiği ancak bunun yalnızca %8'inin standart değerlendirmeler ışığında yapıldığı bildirilmiştir³⁸. Birçok merkezde sağ kalanların ve ailelerinin pediatri odaklı bakımdan yetişkin odaklı bakıma başarılı bir şekilde devredilmesini sağlayan resmi bir geçiş programı bulunmadığından izlemler önerilen düzeyde yapılamamaktadır¹⁷. Ayrıca ÇÇK'nden sağ kalanlar konusunda yetişkin uzmanlarının eksikliği sağ kalanların yetişkin devrini güçleştirebilmektedir⁴². Ülkemizde pediatrik onkoloji kliniğinde sağ kalanların izlemi genç erişkin dönemine kadar sürdürülebilmekte daha sonra yetişkin kliniklerine devredilmektedir. Uygulamada gözlenen en önemli sorunlardan biri sağ kalanların yetişkin kliniklerine devrinin etkin bir şekilde yapılamamasıdır. İzlemleri primer onkolojide sınırlı kalan sağ kalanların psikososyal, mesleki ve gelişimsel gereksinimlerinin yeterince karşılanmadığı bildirilmektedir²³.

Nandakumar ve ark.'nın çalışmasında (2018) sağ kalanlar pediatri ekibine bağlılığın yetişkin izleme geçişte engel oluşturduğunu belirtmiştir⁴⁰. Uzun tedavi sürecinde ekiple olan paylaşımlar sağ kalanlar ve ebeveynlerinin ekiple güven ilişkisi geliştirmesini sağlamaktadır. Bu güven ilişkisinin kopmasına ilişkin kaygı yetişkin izleme geçişi zorlaştırabilmektedir⁴¹. Adölesanlar alıştıkları bakım hizmetinden ayrılmak istemeyebilir ve yetişkin ekibin gereksinimlerini anlamayacağını düşünebilir. Bu nedenle özel bakım ihtiyacı olan bir adölesan için yetişkin

hizmetlerine geçiş büyük bir stres yaratabilir⁴³. Pediatri ve yetişkin ekibin iş birliğinde bir geçiş sürecinin planlanması süreci kolaylaştıracaktır.

Adölesanların uzun dönemde geleceğe ilişkin kaygıları geçiş bakımı için bir başka engeldir. Bağımsız yaşamın ve sorumluluk almanın zorlukları ve hastalığın ilerlemesi/olumsuz sonuçlar alma korkusu bunlardan bazılarıdır⁴⁴. Hastalığın tekrarlamasına ilişkin korku bazı adölesanları UDİ'e devam etme konusunda motive ederken bazıları bu sebeple izlemlere devam etmek istemeyebilir¹⁵. Bazı adölesanlar ebeveyninden bağımsız izlemlere gelmeyi isterken bazıları ailesinin desteğinin devam etmesini isteyebilir. Arpacı ve ark.'nın çalışmasında (2022), sağ kalan adölesanlar hala pediatri polikliniğine izleme geliyor olmanın rahatsız edici olduğunu ve yetişkin olarak tek başına kontrole ne zaman gideceklerini merak ettiklerini bildirmiştir⁴⁵. Adölesanların korku ve kaygılarının ele alındığı ve hazır oluşlarının değerlendirildiği planlı bir geçiş bakımı bu engellerin giderilmesine yardımcı olacaktır. Sadak ve ark.'nın ÇÇK'nden sağ kalan AGE'le yürüttükleri nitel çalışmada (2020), geçiş bakımının başarılı uygulanabilmesi için; geçiş bakımı uygulamalarının esnek ve bireyselleştirilmiş olması, etkili iletişim, sağlık profesyonellerinin devamlılığı ve psiko-sosyal gereksinimleri de içeren kapsamlı bir bakım sunulması belirlenen temalar içerisinde yer almıştır³⁶. Literatür incelendiğinde geçiş bakımının uygulanmasında engel oluşturan durumlar 1) Bireysel (sağ kalanlar ve ebeveynleri) nedenlere bağlı engeller, 2) Sağlık sistemi ve sağlık profesyonelleriyle ilişkili engeller, 3) Aile ve sosyal yaşantıyla ilişkili engeller olmak üzere 3 başlık altında toplanabilir (Tablo 2).

Tablo 2. Geçiş Bakımının Uygulanmasına İlişkin Engeller^{15,23,38,40,44-48}

Kategoriler	Engeller
Bireysel nedenlere bağlı engeller	<p>Bilgi eksikliği;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hastalık ve tedavi geçmişi - Uzun dönem izlem - Geç etkiler - Sağlığı koruyucu davranışların önemi - Yetişkin izlemin işleyişi - Yetişkin merkezlerin/kliniklerin yapısı ve işleyişi <p>Sosyal-Duygusal-Gelişimsel faktörler;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pediatrik tedavi ve izlem ekibine bağlanma (güven geliştirme) - Ekiple olan ilişkinin sonlandırılmasıyla ilgili endişeler (alıştığı ekipten ayrılmak istememe) - Gelişimsel ve psikososyal açıdan yetişkin bakıma hazır olmama - İzlemlerde olumsuz sonuçlar almayla ilgili endişe (geç etki, relaps gibi) - Sağlığının iyi olduğu ve geç etki gelişmeyeceği düşüncesi (gelişimsel dönem-risk alma davranışı) - Yetişkin izleme geçişin gerekli olmadığını düşünme

Tablo 2. Geçiş Bakımının Uygulanmasına İlişkin Engeller (devam)^{15,23,38,40,44-48}

Kategoriler	Engeller
Sağlık sistemi ve sağlık profesyonelleriyle ilişkili engeller	<p>Sağlık sistemi;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Merkezlerde uzun dönem izlem programının olmaması - Merkezlerde yetişkin izleme geçiş programının olmaması - Merkezlerde planlı bir geçiş sürecinin yürütülmemesi - ÇÇK'ne hakim yetişkin onkoloji uzmanlarının eksikliği - UD'ın kapsamının anlaşılabilmesi - Pediatri ekibi ve yetişkin ekip arasında yeterli iletişimin olmayışı - Pediatri ve yetişkin merkezleri arasında koordinasyonun olmayışı - Yetişkin merkezlerde randevu oluşturmanın güçlüğü - Yetişkin izlem merkezlerine ulaşımın zor olması - Çocuk ve ailenin izlem merkezinin bulunduğu ilin dışında ikamet etmesi - Ekonomik yükün fazla olması (sağlık sigortası olmaması, ulaşım, konaklama, tıbbi harcamalar)
Aile ve sosyal yaşantıyla ilişkili engeller	<p>Ebeveynler;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ebeveynlerin tedavi ekibine bağlanması (güven geliştirmesi) - Ekip ile olan ilişkinin sonlandırılmasıyla ilgili endişeler - Ebeveynlerin koruyucu tutumu - Ebeveynlerin kontrol kaybı ve bilinmezlikle ilgili korkusu <p>Akranlar ve sosyal yaşantı;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Akranlarla yapılan etkinliklerde kısıtlama - Hedeflenen aktivitelere katılmama - Damgalanma - Sosyal yaşantıyla ilgili planlarla çakışma (evlilik, iş gibi)

Yetişkin İzleme Geçiş Bakımı Programları; Gelişmiş Ülke Örnekleri

Geçiş bakımı uygulamaları ülkelerin sağlık bakım sistemlerindeki olanaklara göre farklılaşmaktadır. Geçiş koordinatörleri sağlık profesyoneli, pediatrik-yetişkin izlem ekibi ve yetişkine geçişin zamanı (yaş aralığı) gibi geçiş bakımının prosedürleri değişiklik göstermektedir. Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) 14-18 yaş aralığında geçiş bakımı için hazırlığın başlamasını ve 18-21 yaş aralığında yetişkine devrin planlanmasını önermektedir⁴⁹. Geçiş bakımı uygulanan merkezlerin prosedürleri incelendiğinde 18 yaşa kadar adölesanın hazır oluşu da göz önüne alınarak yetişkine geçişin sağlandığı görülmektedir.

İngiltere'de kronik hastalığı olan çocukların takip edildiği birçok pediatri disiplini, çocuk izlemeden yetişkin izleme geçişin sağlanmasında "Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü (NICE)" tarafından yayınlanmış rehberler kullanılmakta ve bu rehberler ışığında AGE (16-25 yaş) için geçiş klinikleri yürütülmektedir. Uzun dönem izlemi gereken sağ kalan çocuklar geç etki kliniklerinde 2 yıl süreyle izlendikten sonra 16 yaşından itibaren geçişleri planlanmakta bunun için de çocuklar 14 yaşından itibaren bilgilendirilmeye başlanmaktadır. Tedavinin 16 yaşına yakın bir dönemde tamamlanması durumunda adölesanın hazır oluşu değerlendirilerek geçiş geciktirilebilmektedir. Adölesanların öncelikle AGE geç etki kliniklerine devri yapılmakta ve sonrasında yetişkin geç etki kliniklerinde

izlemlerine devam edilmektedir. Uzun dönem izlem ekibi pediatrik onkoloji/hematoloji alanında uzman ve uzun dönem izlem konusunda deneyimli hekim ve hemşirelerden oluşmaktadır. Bununla birlikte diğer uzmanlık alanlarından hekim ve hemşireler de ekipte yer alabilmektedir (örn. Çocuk endokrinoloji). Geçiş kliniklerinde koordinasyon, pediatrik onkoloji ve yetişkin onkoloji alanında uzman hemşireler tarafından sağlanmaktadır²⁸.

Kanada örneğinde ise sağ kalanlar 18 yaşına kadar ya da tedavi bitiminden 10 yıl sonrasına kadar pediatri ekibi tarafından takip edilmektedir. Sağ kalanların geçişine ilişkin kararlar, sağ kalanlar, aileleri ve izlem ekibiyle tartışılarak verilmektedir. Sağ kalanlar risk grubuna göre aile hekimi veya yetişkin izleme devredilmektedir³⁴. İsviçre'de geçiş bakımına ilişkin farklı uygulamalar olmakla birlikte bir merkezde 2014 yılından beri uygulanmakta olan geçiş bakım programı kapsamında ÇÇK'nden sağ kalanların tamamı yetişkin onkolojiye devredilmektedir. Sağ kalanlar 18 yaşına geldiğinde ilki pediatrik onkoloji polikliniğinde ve ikincisi yetişkin onkoloji polikliniğinde olmak üzere pediatri ve yetişkin onkoloji ekibin katılımıyla en az iki ortak izlem düzenlenmektedir. Sonrasında adölesanın hazır oluşuna göre tüm izlemler yetişkin onkolojide devam etmektedir³⁷. Amerika Birleşik Devletleri'nde ÇÇK tanısı olan çocukların takip edildiği önemli merkezlerden biri olan St. Jude Children's Research Hospital'da adölesanın 18 yaş veya 20'li yaşların başında yetişkin izleme geçiş planlanmaktadır. Sağ kalanlar, yetişkin kliniğinden randevu alma, sağ kalım bakım planı ve kendi sağlığını yönetme konularında bilgilendirilmektedir⁵⁰.

Geçiş Bakımında Hemşirenin Rolü

Geçiş bakımı çeşitli pediatri uzmanlık dernekleri tarafından disiplinler arası iş birliği ile yürütülmesi gereken kapsamlı hizmetler olarak tanımlanmaktadır^{14,49,51}. Geçiş bakımının sorunsuz bir şekilde sağlanmasında hemşire koordinatör olarak önemli bir role sahiptir^{52,53}. Hemşire geçiş bakımının sağlanmasında hasta ve ailesinin eğitimi, öz-bakım becerilerinin desteklenmesi, hasta ve ailesini savunma, geçiş bakımını gerçekleştirme (bakım planlarının hazırlanması, gereksinimleri belirleme, ekiple birlikte izlemi gerçekleştirme, ekipler arası iletişimi koordine etme, bakımın devamlılığını sağlama) ve randevuları planlama görevlerini yürütmektedir^{16,54}.

Pediatri hemşireleri birliği uzun süreli izlemi gereken AGE'le çalışan hemşirelerin geçiş sürecini kolaylaştırmada önemli rolleri olduğunu vurgulamıştır⁵¹. Belirlenen standartlardan biri geçiş bakımını organize edecek ve yönlendirecek bir koordinatörün gerekliliğidir. Pediatri hemşiresinin pediatri ve yetişkin sağlık hizmetleri arasındaki bakımı koordine edebileceği vurgulanmaktadır⁵⁵. Koordine edici bakımın AGE'in klinik, psikososyal ve eğitimsel ihtiyaçlarını dikkate alması gerekmektedir^{28,51}. Pediatri hemşiresi AGE'i mevcut izlemin gerekliliği ve sağlığı sürdürmek için gerekli olan öz bakım becerileri konusunda eğitmede kilit rol oynamaktadır. Eğitimin kapsamında da AGE'in gelişimsel özellikleri ve ebeveynlerin birincil bakım verici olarak çocuklarının bakımında değişen rolü de yer almalıdır. Bu eğitimler geçiş sürecinde aşamalı olarak sağlanmalıdır.

Hemşirelerin geçiş bakımının sunulmasında yer alması sağ kalanların tıbbi izlemlerinin yanında psikososyal gereksinimlerinin saptanması ve karşılanmasını da kolaylaştıracaktır⁵⁶. Hemşire tarafından hazırlanan “sağkalım bakım planı” ile AGE’in gelişimsel gereksinimlerini (fertilite, meslek seçimi vb.) de içeren bütüncül bir geçiş bakımı alması sağlanabilmektedir⁵³. Bakım planları AGE’nin tıbbi öyküsü, aldığı tedaviler, beklenen geç etkiler, gerekli taramalar, psikososyal iyilik hali ve yetişkin izleme geçiş planlaması başlıklarını içermelidir^{14,57}. Bakım planı yetişkin izlem ekibine devredilerek bu gereksinimlerin yetişkin dönemde de ele alınması fırsatı sunulabilmektedir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Çocukluk çağı kanserlerinde sağkalım oranları önemli ölçüde artmış olmakla birlikte uzun dönemde geç etkiler nedeniyle morbidite riski artmaktadır. Tedavi maruziyetiyle ilişkili olarak bu risk yaşam boyu devam edebilmektedir. Risklerin erken dönemde saptanması ve sağ kalanların sağlıklı birer yetişkin olarak hayatlarını sürdürebilmesi için nitelikli bir yetişkin izleme geçiş bakımı sunulması gerekmektedir. Geçiş bakımının etkin bir şekilde yürütülebilmesi için ulusal ve uluslararası rehberlerce belirtilen gereklilikler dikkate alınmalıdır.

Etik Kurul Onayı: -

Çıkar Çatışması: Bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yoktur.

Katılımcı Onamı: -

Yazar katkıları:

Araştırma dizaynı: TA

Literatür araştırması: TA

Makale yazımı: TA

Ethics Committee Approval: -

Conflict of Interest: Not reported.

Funding: None.

Exhibitor Consent: -

Author contributions:

Study design: TA

Literature search: TA

Drafting manuscript: TA

KAYNAKLAR

- American Cancer Society [Internet]. Cancer Facts & Figures. 2022 [Erişim Tarihi 25 Şubat 2023]. Erişim adresi: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2022/2022-cancer-facts-and-figures.pdf>
- Cancer Research UK [Internet]. Acute Lymphoblastic Leukaemia incidence statistics. 2016 [Erişim Tarihi 12 Ocak 2023]. Erişim adresi: <https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/childrens-cancers/survival#ref->
- Kutluk MT, Yeşilipek A. Pediatric cancer registry in Turkey 2009-2020. [Turkish Pediatric Oncology Group & Turkish Pediatric Hematology Association]. *J Clin Oncol*. 2021;39:e22519.
- Kebudi R, Alkaya DU. Epidemiology and survival of childhood cancer in Turkey. *Pediatr Blood Cancer*. 2021;8(2):e28754.
- Urquhart-Kelly TL, Wales JK. Transition of childhood cancer survivors. Llahana S, Follin C, Yedinak C, Grossman A. (eds). *Advanced Practice in Endocrinology Nursing*. 1st edition. Switzerland: Springer, Cham; 2019. p.1123-1132.
- Signorelli C, Wakefield CE, McLoone JK, Johnston KA, Mertens AC, Osborn M, et al. Childhood cancer survivors’ reported late effects, motivations for seeking survivorship care, and patterns of attendance. *Oncologist*. (in press). 2023 <http://dx.doi.org/10.1093/oncolo/oyad004>
- Bayram C, Cetin I, Tavil B, Yarali N, Ekici F, Isık P, et al. Evaluation of cardiotoxicity by tissue Doppler imaging in childhood leu-kemia survivors treated with low- dose anthracycline. *Pediatr Cardiol*. 2015;36:862-6.
- Gokcebay DG, Azik F, Bayram C, Erdem AY, Fettaş A, Isık P et al. Evaluation of endocrine and metabolic dysfunctions after hematopoietic stem cell transplantation in children: a study from Turkey. *J Pediatr Endocrinol Metab* 2017;30(6):683-91.
- Arpaci T, Kilicarslan Toruner E. Assessment of problems and symptoms in survivors of childhood acute lymphoblastic leukaemia. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2016;25(6):1034-43.
- Gibson TM, Mostoufi-Moab S, Stratton KL, Leisenring WM, Barnea D, Chow EJ. Temporal patterns in the risk of chronic health conditions in survivors of childhood cancer diagnosed 1970–99: A report from the Childhood Cancer Survivor Study cohort. *Lancet Oncol*. 2018;19(12):1590-601.
- Armstrong GT, Kawashima T, Leisenring W, Stratton K, Stovall M, Hudson MM. Aging and risk of severe, disabling, life-threatening, and fatal events in the childhood cancer survivor study. *J Clin Oncol*. 2014;32(12):1218-27.
- Scottish Intercollegiate Guidelines, SING [Internet]. Long term Follow up of survivors of childhood cancer, Anational clinical Guideline. 2013 [Erişim Tarihi 26 Eylül 2022]. Erişim adresi: <http://www.sign.ac.uk>
- Dutch Childhood Oncology Group. [Internet]. Guidelines for follow-up in survivors of childhood cancer 5 years after diagnosis. Den Haag/Amsterdam: SKION. 2010 [Erişim Tarihi 26 Ocak 2023]. Erişim adresi: https://www.skion.nl/workspace/uploads/vertaling-richtlijn-LATER-versie-final-okt-2014_2.pdf
- Children’s Oncology Group. [Internet]. Longterm Follow-Up Guidelines for Survivors of childhood, adolescent and young adult cancers version 5.0-October 2018. 2018 [Erişim Tarihi 11 Haziran 2022]. Erişim adresi: <http://www.survivorshipguidelines.org/>
- Ott M, Denzler S, Koenig C, Koehler H, Scheinemann K. Transition from pediatric to adult follow-up care in childhood cancer survivors: A systematic review. *J Cancer Surviv*. 2021a;15:151-62.
- Wyngaert KV, Nédée ML, Piessevaux O, De Martelaer T, Van Biesen W, Cocquyt V et al. The role and the composition of a liaison team to facilitate the transition of adolescents and young adults: An umbrella review. *Eur J Pediatr*. 2023;182:1483-94.
- Mulder RL, Van Der Pal HJH, Levitt GA, Skinner R, Kremer LCM, Brown MC. Transition guidelines: an important step in the future care for childhood cancer survivors. A comprehensive definition as groundwork. *Eur J Cancer*. 2016;54:64-68.

18. Syed IA, Nathan PC, Barr R, Rosenberg-Yunger ZRS, D'Agostino NM, Klassen AF. Examining factors associated with self-management skills in teenage survivors of cancer. *J Cancer Surviv.* 2016;10(4):686–91.
19. Michel G, Mulder RL, van der Pal HJ, Skinner R, Bárdi E, Brown MC, et al. Evidence-based recommendations for the organization of long-term follow-up care for childhood and adolescent cancer survivors: A report from the PanCareSurFup Guidelines Working Group. *J Cancer Surviv.* 2019;13:759-72.
20. Rokitka DA, Curtin C, Heffler JE, Zevon MA, Attwood K, Mahoney MC. Patterns of loss to follow-up care among childhood Cancer survivors. *J Adolesc Young Adult Oncol.* 2017;6(1):67-73.
21. Reppucci ML, Schleien CL, Fish JD. Looking for trouble: adherence to late effects surveillance among childhood cancer survivors. *Pediatr Blood Cancer.* 2017;64(2):353-57
22. Rebholz CE, von der Weid NX, Michel G, Niggli FK, Kuehni CE; Swiss Pediatric Oncology Group (SPOG). Follow-up care amongst long-term childhood cancer survivors: a report from the Swiss Childhood Cancer Survivor Study. *Eur J Cancer* 2011;47:221e9.
23. Özdemir Sİ, Tacyildiz N, Varan A, Kebudi R, Zülfiyar OB, Celkan TT, et al. Cross-sectional Study: Long term follow-up care for pediatric cancer survivors in a developing country, Turkey: current status, challenges, and future perspectives. *Turk J Med Sci.* 2020;50(8):1916-21.
24. Essig S, Skinner R, von der Weid NX, Kuehni CE, Michel G. Follow-up programs for childhood cancer survivors in Europe: A Questionnaire Survey. *PLoS ONE.* 2012;7(12):e53201.
25. Frey E, van der Pal H. Transitional care of a childhood cancer survivor to adult services: facilitating the process of individual access to different models. *Curr Opin Support Palliat Care.* 2013;7(3):309-13.
26. Henderson TO, Friedman DL, Meadows AT. Childhood cancer survivors: transition to adult-focused risk-based care. *Pediatrics.* 2010;126(1):129-36.
27. Otth M, Wechsler P, Denzler S, Koehler H, Scheinemann K. Determining transition readiness in Swiss childhood cancer survivors: A feasibility study. *BMC cancer.* 2021b;21(1):1-7.
28. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). [Internet]. Transition from children's to adults' services for young people using health or social care services NICE guideline [NG43]. 2016 [Erişim Tarihi 15 Ekim 2022]. Erişim adresi: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng43>
29. Klassen AF, Rosenberg-Yunger ZR, D'Agostino NM, Cano SJ, Barr R, Syed I, et al. The development of scales to measure childhood cancer survivors' readiness for transition to long-term follow-up care as adults. *Health Expect.* 2015;18(6):1941-55.
30. Schwartz LA, Hamilton JL, Brumley LD, Barakat LP, Deatrick JA, Szalda DE, et al. Development and content validation of the transition readiness inventory item pool for adolescent and young adult survivors of childhood cancer. *J Pediatr Psychol.* 2017;42(9):983-94.
31. Nagra A, McGinnity PM, Davis N, Salmon AP. Implementing transition: Ready steady go. *Arch Dis Child Educ Pract Ed.* 2015;100(6):313-20.
32. University Hospital Southampton. [Internet]. Ready Steady Go: Transition programme. United Kingdom. 2022 [Erişim Tarihi 07 Nisan 2023]. Erişim adresi: <https://www.uhs.nhs.uk/for-visitors/southampton-childrens-hospital/childrens-services/ready-steady-go-transition-programme>
33. Fergan L, Hall E, Uhrenfeldt L, Aagaard H, Ludvigsen MS. Adolescents' and young adults' transition experiences when transferring from paediatric to adult care: A qualitative metasynthesis. *Int J Nurs Stud.* 2014;51:123e35.
34. Ryan, D, Chafe R, Moorehead, P. Transition from pediatric to adult aftercare for survivors of pediatric cancer in Newfoundland and Labrador: A qualitative study. *CMAJ Open.* 2021;9(2):E309-16.
35. Landier W. [Internet]. Establishing and enhancing services for childhood cancer survivors: long-term follow-up program resource guide. Children's Oncology Group; Arcadia, CA. 2007 [Erişim Tarihi 22 Kasım 2022]. Erişim adresi: <http://www.survivorshipguidelines.org/pdf/ltfuresourceguide.pdf>
36. Sadak KT, Gameda MT, Grafelman M, Neglia JP, Freyer DR, Harwood E, Mikal J. Identifying metrics of success for transitional care practices in childhood cancer survivorship: A qualitative interview study of survivors. *BMC Cancer.* 2020;20(1):1-12.
37. Denzler S, Otth M, Scheinemann K. Aftercare of childhood cancer survivors in Switzerland: Protocol for a prospective multicenter observational study. *JMIR Res Protoc.* 2020;9(8):e18898.
38. Kenney LB, Melvin P, Fishman LN, O'Sullivan-Oliveira J, Sawicki GS, Ziniel S, et al. Transition and transfer of childhood cancer survivors to adult care: A national survey of pediatric oncologists. *Pediatr Blood Cancer.* 2017;64(2):346-52.
39. Marcoux S, Laverdière C. Optimizing childhood oncology care transition from pediatric to adult settings: A survey of primary care physicians' and residents' perspectives. *Clin Invest Med.* 2020;43(2):E14-23.
40. Nandakumar BS, Fardell JE, Wakefield CE, Signorelli C, McLoone JK, Skeen J, et al. Attitudes and experiences of childhood cancer survivors transitioning from pediatric care to adult care. *Support Care Cancer.* 2018;26:2743-50.
41. Li L, Polanski A, Lim A, Strachan PH. Transition to adult care for youth with medical complexity: Assessing needs and setting priorities for a health care improvement initiative. *J Pediatr Nurs.* 2022;62:144-14.
42. Landier W, Skinner R, Wallace WH, Hjorth L, Mulder RL, Wong FL, et al. Surveillance for late effects in childhood cancer survivors. *J Clin Oncol.* 2018;36(21):2216.
43. Campbell F, O'Neill PM, White A, McDonagh J. Interventions to improve transition of care for adolescents from paediatric services to adult services. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;4:1e11
44. Gray WN, Schaefer MR, Resmini-Rawlinson A, Wagoner ST. Barriers to transition from pediatric to adult care: A systematic review. *J Pediatr Psychol* 2018;43:488-502
45. Arpacı T, Altay N, Yozgat AK, Yaralı HN, Özbek NY. 'Trying to catch up with life': The expectations and views of adolescent

survivors of childhood acute lymphoblastic leukaemia about long-term follow-up care: A qualitative research. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2022;31(6):e13667.

46. Quillen J, Bradley H, Calamaro C. Identifying barriers among childhood cancer survivors transitioning to adult health care. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2017;34(1):20-7.
47. Howard AF, Kazanjian A, Pritchard S, Olson R, Hasan H, Newton K, et al. Healthcare system barriers to long-term follow-up for adult survivors of childhood cancer in British Columbia, Canada: A qualitative study. *J Cancer Surviv*. 2018;12:277-90.
48. Frederick NN, Bober SL, Berwick L, Tower M, Kenney LB. Preparing childhood cancer survivors for transition to adult care: the young adult perspective. *Pediatr Blood Cancer*. 2017;64(10):e26544.
49. American Academy of Pediatrics, American Academy of Family Physicians, and American College Physicians. Clinical report: Supporting the health care transition from adolescence to adulthood in the medical home. *Pediatrics*. 2011;128(1):182-200.
50. St. Jude Children's Research Hospital. [Internet]. How to Make the Transition from Pediatric to Adult Health Care. 2019 [Erişim Tarihi Mart 2023]. Erişim adresi: <https://together.stjude.org/en-us/life-after-cancer/post-treatment-and-beyond/transition-to-adult-health-care.html>
51. Betz CL. SPN Position Statement: Transition of pediatric patients into adult care. *J Pediatr Nurs*. 2017;35:160-4.
52. Dinç F, Yıldız D. Kronik Hastalığı Olan Adölesanların Pediatri Servisinden Yetişkin Servise Geçişi: Sağlık Bakım Geçişi ve Hemşiresinin Rolü. *Fenerbahçe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2022;2(3):661-9.
53. Arpacı T, Altay N. Çocukluk çağı kanserlerinden sağ kalanların izlemi ve pediatri hemşiresinin rolü. *DEUHFED*. 2021;14(2):153-64.
54. Betz CL, Mannino JE, Disabato JA. Survey of US pediatric nurses' role in health care transition planning: Focus on assessment of self-management abilities of youth and young adults with long-term conditions. *J Child Health Care*. 2021;25(3):468-80.
55. Joly E. Integrating Transition Theory and Bioecological Theory: A theoretical perspective for nurses supporting the transition to adulthood for young people with medical complexity. *J Adv Nurs*. 2016;72(6):1251-62.
56. Larsen EH, Mellblom AV, Ruud E, Wahl AK, Lie HC. Prepared for survivorship? Multidisciplinary healthcare professionals' experiences with adolescents' transition off cancer treatment: A focus group study. *Eur J Oncol Nurs*. 2022;58:102150.
57. Murphy P, Levine A, Lerma T, Young S, Hwang J, Goldsby R. A portable survivorship care plan: a tool that helps educate and improve knowledge in childhood cancer survivors. *Support Care Cancer*. 2021;29:169-77.