

Palyatif Kliniklerinde Disiplinlerarası Yaklaşım

Arzu Nurdaş¹

Özet

Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalıklarla mücadele eden bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi gereksinimlerini bütüncül bir yaklaşımla ele almayı amaçlayan bir sağlık hizmetidir. Bu yaklaşımın etkili bir şekilde uygulanabilmesi için farklı sağlık disiplinlerinin birlikte çalışmasını ifade eden disiplinlerarası yaklaşım, palyatif kliniklerde temel bir yapı haline gelmiştir. Hekim, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, fizyoterapist, diyetisyen ve manevi danışman gibi profesyonellerden oluşan ekipler, hastanın yalnızca tıbbi semptomlarını değil, aynı zamanda duygusal, sosyal ve spiritüel ihtiyaçlarını da göz önünde bulundurarak bakım sunar.

Disiplinlerarası yaklaşım, her uzmanlık alanının katkı sunduğu ve ortak karar alma süreçlerinin benimsendiği bir iş birliği modeli oluşturur. Açık iletişim, rol tanımlarının netliği ve ortak hedef bilinci, bu sürecin etkinliğini belirleyen temel unsurlardır. Türkiye’de 2015 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan genelge ile palyatif bakım hizmetlerinin disiplinlerarası yapıda sunulması yasal bir çerçeveye kavuşturulmuş, uygulamalar bu doğrultuda şekillenmiştir.

Son yıllarda geliştirilen ulusal ve uluslararası kılavuzlar da bu yaklaşımın önemini vurgulamakta, kaliteli palyatif bakımın yalnızca entegre ve iş birliğine dayalı ekip çalışmalarıyla mümkün olabileceğini ortaya koymaktadır. Bu nedenle, palyatif kliniklerde disiplinlerarası yaklaşım, hastaların yaşam kalitesini artırmak ve yaşam sonu süreçlerini daha anlamlı kılmak adına vazgeçilmez bir model olarak öne çıkmaktadır.

Giriş

National Consensus Project (2018) palyatif bakımı; hasta, ailesi ve bakım ekibi arasında açık iletişime dayalı, multidisipliner iş birliğini esas alan, konfor ve yaşam kalitesini öncileyen bir yaklaşım olarak tanımlamıştır.

1 Dr. Öğrt. Üyesi, İstanbul Rumeli Üniversitesi, arzu.nurdas@rumeli.edu.tr.
ORCID ID: 0000-0002-1281-0276

Tarihin erken dönemlerinde, özellikle dini kurumlar ve manastırlar, ölümcül hastalara bakım sağlamıştır. Ancak bu, sistematik bir palyatif bakım değil, daha çok manevi destek niteliğindeydi. 1960'lar: Palyatif bakımın modern anlamda temelleri, İngiliz hemşire ve sosyal hizmet uzmanı Dame Cicely Saunders tarafından atılmıştır. Saunders, ölümcül hastaların yalnızca fiziksel değil, psikolojik, sosyal ve ruhsal acılarını da gidermeye yönelik bir yaklaşım geliştirmiştir. 1967: Saunders'ın öncülüğünde Londra'da St. Christopher's Hospice kurulmuştur. Bu merkez, modern palyatif bakımın ilk örneği sayılır. 1980–1990'lar: World Health Organization (WHO), palyatif bakımı tanımlamış ve sağlık sistemlerinin ayrılmaz bir parçası olarak benimsenmesini önermiştir. Kanser hastaları dışında; kalp yetmezliği, ALS, demans ve KOAH gibi kronik hastalıklarda da uygulanmaya başlanmıştır. 1980–1990'lar: WHO, palyatif bakımı tanımlamış ve sağlık sistemlerinin ayrılmaz bir parçası olarak benimsenmesini önermiştir. Kanser hastaları dışında; kalp yetmezliği, ALS, demans ve KOAH gibi kronik hastalıklarda da uygulanmaya başlanmıştır. Günümüzde palyatif bakım, yalnızca ölüm sürecine yönelik değil, hastalıkla mücadele eden bireylerin her aşamasında destek sunan bütüncül bir yaklaşım olarak uygulanmaktadır.

1. Palyatif Bakım Kavramı

Palyatif bakımı, WHO (2020) yaşamı tehdit eden hastalıklarla mücadele eden bireylerin sadece fiziksel değil; psikolojik, sosyal ve manevi yönden de desteklenmesini amaçlayan bütüncül bir yaklaşım olarak tanımlamıştır. Bu yönüyle, palyatif bakım hizmetleri sadece bir tıp uygulaması değil, çok disiplinli bir ekip çalışmasının ürünüdür. Disiplinlerarası yaklaşım, farklı uzmanlık alanlarından sağlık profesyonellerinin eşit söz hakkına sahip olduğu, iş birliği içinde çalışan bir sistemdir. Özellikle palyatif kliniklerde, bu yaklaşımın etkinliği, hastanın yaşam kalitesini artırma açısından büyük önem taşır. Ayrıca, manevi danışman veya sosyal hizmet uzmanı gibi destekleyici roller de hasta ve ailesinin yaşam sonu süreçlerini daha anlamlı bir biçimde karşılamasını sağlar. Türkiye özelinde bakıldığında, Sağlık Bakanlığı'nın palyatif bakım hizmetleriyle ilgili 2015 tarihli genelgesi, ekiplerin disiplinlerarası yapı içinde çalışmasını zorunlu hale getirmiştir. Bu durum, klinik uygulamalarda rollerin netleşmesini ve bakım sürecinin bütüncül şekilde yapılandırılmasını kolaylaştırmıştır.

Bütüncül hasta bakımı (holistik bakım), hastayı yalnızca fiziksel belirtileriyle değil; fiziksel, ruhsal, duygusal, sosyal, kültürel ve manevi boyutlarıyla bir bütün olarak ele alan bir yaklaşımdır. Bu yaklaşımda, hastanın yaşam kalitesi, bireysel tercihleri ve değerleri ön planda tutulur. Bu durum hasta memnuniyetini ve tedaviye uyumu artırır.

1.1. Bütüncül bakımın temel ilkeleri

Hastanın birey olarak görülmesi (sadece hastalığıyla değil, yaşam öyküsüyle, değerleriyle birlikte ele alınması),

Tedavi sürecine hastanın ve ailesinin aktif katılımının sağlanması,

Fiziksel tedaviyle birlikte psikolojik ve sosyal desteğin sunulması,

Sağlık profesyonelleri arasında disiplinler arası iş birliği yapılması.

Disiplinlerarası ekipler; hekim, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, diyetisyen, fizyoterapist ve manevi danışman gibi farklı profesyonellerden oluşur. Bu ekip, hastanın semptomlarını yönetmenin yanı sıra; bakım planının hazırlanması, hasta ve aileye rehberlik edilmesi, ölüm süreci ile baş etme stratejilerinin geliştirilmesi gibi birçok yönü ele alır. Her uzmanın katkısı, hasta merkezli bir yaklaşımla ortak karar alma süreçlerine entegre edilir.

Klinik uygulamalarda, örneğin ileri evre kanser hastalarında ağrı ve nefes darlığı gibi semptomların yönetimi, sadece medikal tedavi ile değil; hemşirelik bakımı, psikolojik destek ve fizyoterapi gibi yöntemlerle birlikte ele alınmaktadır. Bunun yanında, sosyal hizmet uzmanları, hasta ve ailesinin sosyoekonomik zorluklarına yönelik çözümler geliştirirken, manevi danışmanlar da anlam arayışı ve yaşam sonu kaygılarıyla ilgili destek sunar.

Son yıllarda geliştirilen kılavuzlar, bu disiplinlerarası yapının önemini daha da pekiştirmiştir. Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Palyatif Bakım Koalisyonu (NCHPC) tarafından yayımlanan Klinik Uygulama Kılavuzu, kaliteli palyatif bakımın ancak entegre ekiplerce sağlanabileceğini vurgulamaktadır. Türkiye’de de Sağlık Bakanlığı tarafından 2015 yılında yayımlanan genelgeyle, palyatif bakım hizmetlerinin disiplinlerarası yapı içinde yürütülmesi yasal düzenleme altına alınmıştır.

Palyatif bakım, kanser, organ yetmezlikleri, nörodejeneratif hastalıklar gibi ciddi ve ilerleyici hastalıklarda hastaların: ağrı ve semptomlarını hafifletmek, psikolojik destek sağlamak, yaşam kalitesini artırmak, hasta ve ailesini desteklemek amacıyla verilen bütüncül sağlık hizmetidir.

1.2. Palyatif Bakımın Ana Hedefleri

Ağrı ve Semptomların Etkin Kontrolü: Hastanın ağrı, bulantı, nefes darlığı gibi rahatsız edici belirtilerini gidermek.

Yaşam Kalitesini Artırmak: Hastanın kalan yaşam süresinde mümkün olan en iyi yaşam kalitesini sağlamak.

Psikososyal ve Manevi Destek Sağlamak: Hasta ve yakınlarının duygusal, sosyal ve manevi ihtiyaçlarını karşılamak.

Hasta ve Ailesine Destek Olmak: Hasta yakınlarının bakım sürecinde yaşadığı yükü azaltmak ve onları bilgilendirmek.

Bakım Sürecinde İletişim ve Karar Desteği Sunmak: Hasta, ailesi ve sağlık profesyonelleri arasında açık iletişimi teşvik ederek doğru, etik ve bilinçli kararların alınmasını desteklemek.

Hayatın Son Dönemini Onurlu Kılmak: Ölüm sürecinde hastaya saygı göstererek, huzurlu bir geçiş sağlamak.

Palyatif Bakımın Temel İlkeleri

Bütüncül Yaklaşım: Fiziksel, duygusal, sosyal ve ruhsal boyutların birlikte ele alınması.

Disiplinlerarası Ekip Çalışması: Farklı sağlık disiplinlerinin iş birliği içinde çalışması.

Hasta Merkezli Bakım: Bireyin istek, ihtiyaç ve değerlerine odaklanılması.

Erken Entegrasyon: Palyatif bakımın tanı anından itibaren tedavi sürecine entegre edilmesi.

Aileyi Kapsayıcı Yaklaşım: Ailenin bakım sürecine dahil edilmesi ve desteklenmesi.

İletişime ve Etik İlkelerine Dayalı Karar Verme: Açık, dürüst ve saygılı bir iletişim süreciyle hastanın haklarına saygı gösterilmesi.

2. Disiplinlerarası Yaklaşımın Palyatif Bakımda Yeri

Palyatif kliniklerinde disiplinlerarası yaklaşım, yaşamı tehdit eden hastalıklara sahip bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla farklı sağlık disiplinlerinin bir arada ve uyumlu biçimde çalışmasını ifade eder. Bu yaklaşım, hastanın yalnızca hastalığına değil, insani bütünlüğüne odaklanır.

Disiplinlerarası ekipler, palyatif kliniklerde fiziksel semptom yönetiminin yanı sıra hastaların duygusal ve sosyal ihtiyaçlarını da kapsamlı bir şekilde ele alır. Bu ekipler; hekim, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, fizyoterapist, diyetisyen ve manevi danışmandan oluşabilir. Her üye, hastanın farklı bir yönünü değerlendirerek tedavi sürecine katkı sağlar. Disiplinlerarası yapının özellikle hasta ve aile odaklı karar alma süreçlerinde etkin rol oynadığını ve hasta memnuniyetini artırdığını belirtmektedir. Türkiye’de

de palyatif bakımın gelişimi, Sağlık Bakanlığı'nın 2015 tarihli genelgesi ile kurumsallaşmış ve disiplinlerarası uygulamalar desteklenmiştir.

Etkin bir disiplinlerarası yaklaşım için ekip üyeleri arasında açık iletişim, rol tanımlarının netliği ve ortak hedef bilinci önemlidir. National Coalition for Hospice and Palliative Care (2018), kaliteli palyatif bakımın temelinde bu tür bir iş birliğinin yer aldığını vurgulamaktadır. Ayrıca manevi bakım gibi kültürel yönler de dikkate alınarak bireyin anlam arayışı desteklenmekte, böylece sadece bedensel değil, bütüncül bir iyilik hali hedeflenmektedir.

Palyatif bakımın özünde çok boyutlu insan ihtiyaçları vardır:

Tablo 1: Çok Boyutlu İnsan İhtiyaçları ve İlgili Disiplinler

İhtiyaç Türü	İlgili Disiplinler
Fiziksel	Hekim (palyatif uzmanı), hemşire, fizyoterapist
Psikolojik	Psikolog, psikiyatrist
Sosyal	Sosyal hizmet uzmanı, danışman
Manevi	Manevi danışman, din görevlisi
Beslenme	Diyetisyen
İletişim / Destek	Hasta ve ailesi, tüm disiplinler

Bu nedenle palyatif kliniklerde, tek disiplinle çözüm mümkün değildir. Yaşamın son dönemlerinde hasta merkezli ve etik temelli bir hizmet için disiplinlerarası yaklaşım zorunludur.

3. Disiplinlerarası Ekibin Palyatif Bakımda Yapısı

Disiplinlerarası ekip üyeleri, ortak karar verme, iletişim, koordinasyon ve saygı temelli iş birliği ile hasta ve ailesine yönelik bireyselleştirilmiş bir bakım planı geliştirir. Her bir disiplin palyatif bakımın ana hedefleri ve ilkeleri çerçevesinde duyarlılıkla çalışır.

Tablo 2: Palyatif Bakım Kliniklerinde Uzmanlık Alanları ve Sorumlulukları

Uzmanlık Alanı	Görevi
Hekim	Ağrı yönetimi, semptom kontrolü, karar verme süreci
Hemşire	Günlük bakım, ilaç uygulamaları, gözlem, hasta yakını eğitimi
Psikolog	Anksiyete, depresyon, ölüm korkusu gibi duygusal sorunlarla baş etme
Sosyal hizmet uzmanı	Aile desteği, sosyal haklara erişim, bakım planlaması
Manevi danışman	Anlam arayışı, inanç temelli destek
Diyetisyen	Yutma güçlüğü, kilo kaybı, beslenme desteği
Fizyoterapist	Mobilite, konfor artırıcı pozisyonlama

4. Disiplinlerarası Yaklaşımın Özellikleri

Disiplinlerarası yaklaşım, farklı meslek gruplarının uzmanlıklarını bir araya getirerek hasta bakımında kapsamlı, koordineli ve etkili bir hizmet sunmayı amaçlar. Özellikle palyatif bakım alanında bu yaklaşım, bireyin tüm ihtiyaçlarını karşılamayı hedefler. Bu yaklaşımın temel özellikleri şu şekilde detaylandırılabilir:

4.1. Hasta ve Ailesi Merkezli Bakım

Disiplinlerarası ekiplerin odak noktası yalnızca hasta değil, aynı zamanda ailesidir. Hastanın biyolojik, psikolojik, sosyal ve manevi gereksinimleri değerlendirilirken; ailesinin de bilgi, destek ve katılım ihtiyaçları gözötilir. Karar alma süreçlerine hasta ve ailesi aktif biçimde dâhil edilir. Bu, bakım sürecine aidiyet hissi kazandırır ve memnuniyeti artırır.

4.2. Eşit Katılım ve Karar Alma Süreci

Disiplinlerarası ekiplerde hiyerarşik yapı yerine yatay bir organizasyon esastır. Her meslek üyesinin bilgi, gözlem ve değerlendirmesi karar sürecinde eşit düzeyde önem taşır. Bu, yalnızca hekimin değil, hemşirenin, sosyal hizmet uzmanının, psikoloğun, diyetisyenin ve diğer sağlık profesyonellerinin de sürece aktif katılımını sağlar.

4.3. Ortak Sorumluluk ve Karar Birliği

Ekip üyeleri, bireysel olarak kendi alanlarında uzmanlık bilgilerini sunarken; kararlar ortaklaşa alınır. Bu yaklaşım, tedavi ve bakım planlarının bütöncöl olmasını sağlar ve olası hata risklerini azaltır. Her uzmanın katkısıyla daha geniş perspektifli ve bütöncöl bir tedavi planı oluşturulabilir.

4.4. Süreklilik Gösteren ve Etkin İletişim

Disiplinlerarası ekiplerin başarısında iletişim kalitesi belirleyici rol oynar. Yazılı, sözlü ya da elektronik yollarla bilgi paylaşımı düzenli olarak yapılmalı; hastayla ilgili gelişmeler tüm ekip üyelerine zamanında aktarılmalıdır. Bu sayede bakımın sürekliliği, koordinasyonu ve hasta güvenliği sağlanır.

4.5. Etik ve Manevi Boyutun Gözetilmesi

Disiplinlerarası yaklaşım, yalnızca tıbbi değil, aynı zamanda etik, kültürel ve manevi yönleri de önemser. Özellikle yaşam sonu bakımında, hastanın manevi gereksinimlerine duyarlılık gösterilmesi, bakımın kalitesini artırır. Hasta ve ailesinin değerlerine uygun bir hizmet sunulması temel ilkelerdendir.

5. Disiplinlerarası Yaklaşımın Avantajları

Palyatif bakımda disiplinlerarası ekip çalışmasının birçok önemli avantajı bulunmaktadır. Bu yaklaşım hem hastaların hem de sağlık hizmeti sunan profesyonellerin deneyimini olumlu yönde etkiler:

Yaşam Kalitesini Artırır: Disiplinlerarası ekipler, hastanın fiziksel semptomlarının yanı sıra psikolojik, sosyal ve manevi ihtiyaçlarını da ele alarak kapsamlı bir bakım sunar. Bu bütüncül yaklaşım, hastanın yaşam kalitesini belirgin şekilde yükseltir.

Gereksiz Müdahaleleri Önler: Ekip içinde düzenli iletişim ve ortak karar alma süreçleri sayesinde, hastanın durumuna uygun olmayan ya da tekrarlayan tıbbi girişimlerin önüne geçilir. Bu durum hem hasta güvenliğini artırır hem de sağlık kaynaklarının etkin kullanımını sağlar.

Hasta ve Ailesine Psikososyal Destek Sağlar: Psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve hemşire gibi farklı mesleklerin iş birliği sayesinde hasta ve ailesine duygusal, sosyal ve maddi destek sunulur. Böylece hasta yalnız hissetmez ve aile sürece aktif olarak katılır.

Bakım Sürecini İnsancıl Hale Getirir: Disiplinlerarası yaklaşım, hastayı sadece bir “tanı” olarak değil, değerleri, inançları ve duyguları olan bir birey olarak ele alır. Bu sayede empati temelli, onurlu ve insancıl bir bakım süreci sağlanır.

Ekip İçi Dayanışmayı Güçlendirir: Ortak hedef doğrultusunda çalışan ekip üyeleri arasında güven ve saygıya dayalı ilişkiler gelişir. Bu da iş tatminini artırır ve tükenmişlik riskini azaltır.

6. Disiplinlerarası Yaklaşımında Karşılaşılan Zorluklar

Her ne kadar birçok avantajı olsa da, disiplinlerarası çalışma modelinde bazı yapısal ve iletişimsel engellerle karşılaşılabilir:

Rol Belirsizliği: Ekip üyelerinin görev ve sorumluluk alanları net olarak tanımlanmadığında, yetki karmaşası ve çatışmalar ortaya çıkabilir.

Meslekler Arası Güç Dengesizlikleri: Özellikle hekim merkezli hiyerarşik sistemlerde, diğer meslek gruplarının karar alma sürecine yeterince dâhil edilmemesi sorun yaratabilir.

Yetersiz İletişim: Bilgi paylaşımının eksik ya da gecikmeli olması, ekip içinde koordinasyon sorunlarına neden olabilir ve hasta güvenliğini riske atabilir.

Zaman Baskısı: Klinik yoğunluk ve iş yükü, ekip üyelerinin birlikte değerlendirme yapmasına ve karar almasına zaman ayırmalarını zorlaştırabilir.

Eğitim Eksikliği: Disiplinlerarası çalışmaya dair bilgi ve becerilerin sağlık profesyonellerine yeterince kazandırılmaması, etkili iş birliğini engelleyebilir.

SONUÇ

Palyatif kliniklerde disiplinlerarası yaklaşım, modern sağlık sistemlerinin insancıl ve bütüncül bakım anlayışını somutlaştıran önemli bir modeldir. Hastaların semptomlarını hafifletmenin ötesine geçerek, onların duygusal, sosyal ve manevi ihtiyaçlarını karşılamayı hedefler. Bu yaklaşım, sadece hasta için değil, ailesi için de destekleyici bir bakım ortamı sağlar. Etkin bir ekip çalışması, iyi tanımlanmış roller ve sürekli iletişimle mümkündür. Sağlık politikalarında disiplinlerarası yaklaşımın desteklenmesi, palyatif bakımın kalitesini doğrudan etkileyen bir unsurdur.

Kaynakça

- Cherny, N. I., Fallon, M., Kaasa, S., Portenoy, R. K., & Currow, D. C. (Eds.). (2015). *Oxford textbook of palliative medicine* (5th ed.). Oxford University Press.
- Donovan, A. L., Aldrich, J. M., Gross, A. K., Barchas, D. M., Thornton, K. C., Schell-Chaple, H. M., & Gropper, M. A. (2018). Interprofessional collaboration in the intensive care unit: How to define it, measure it, and improve it. *Critical Care Medicine*, 46(6), 980–987. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003082>
- Dossey, B. M., & Keegan, L. (2021). *Holistic nursing: A handbook for practice* (8th ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Ferrell, B. R., & Coyle, N. (Eds.). (2015). *Oxford textbook of palliative nursing* (4th ed.). Oxford University Press.
- Fadıloğlu, Ç., & Yıldırım, Y. (Eds.). (2018). *Palyatif bakım: Semptom yönetimi ve yaşam sonu bakım*. Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.tercihkitavebi.com+3
- Ferrell, B. R., Twaddle, M. L., Melnick, A., & Meier, D. E. (2018). National Consensus Project Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care Guidelines, 4th edition. *Journal of Palliative Medicine*, 21(12), 1684–1689. <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0431>
- Gonzalo, J. D., Himes, J., McGillen, B., & Lehman, E. (2016). Interprofessional collaborative care characteristics and the occurrence of bedside interprofessional rounds: A cross-sectional analysis. *BMC Health Services Research*, 16, 459. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1714-x>
- Hui, D., & Bruera, E. (2017). Models of palliative care delivery for patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 35(9), 885–893. <https://doi.org/10.1200/JCO.2016.70.7540>
- National Coalition for Hospice and Palliative Care. (2018). *Clinical practice guidelines for quality palliative care* (4th ed.). National Consensus Project. <https://www.nationalcoalitionhpc.org/ncp/>
- Palliative care fundamental principles and interdisciplinary approaches. (2024). *Revista de Gestão Social e Ambiental*, 18(8), e07174. <https://doi.org/10.24857/rgsa.v18n8.07174>
- Palliative care knowledge following an interdisciplinary palliative seminar. (2023). *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 40(2), 123–130. <https://doi.org/10.1177/10499091231184623>
- Rassouli, M., & Sajjadi, M. (2023). Adaptation of interdisciplinary clinical practice guidelines to provide palliative care for patients with heart failure in Iran. *Indian Journal of Palliative Care*, 29(2), 123–130. https://doi.org/10.25259/IJPC_46_2022

- Reville, B., & Foxwell, A. M. (2020). The role of the interdisciplinary team in palliative care. *Journal of Oncology Practice*, 16(4), 209–213. <https://doi.org/10.1200/JOP.19.00657>
- Smith, T. J., & Cassel, J. B. (2020). Palliative care: An interdisciplinary approach. *The New England Journal of Medicine*, 383(12), 1148–1156. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1910037>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2015). *Palyatif bakım hizmetlerinin geliştirilmesi ve koordinasyonu hakkında genelge*. <https://shgm.saglik.gov.tr>
- World Health Organization. (2018). *Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: A WHO guide for planners, implementers and managers*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565550>
- World Health Organization. (2020). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Yıldırım, A., & Akan, B. (2020). Palyatif bakımda multidisipliner yaklaşım. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(4), 587–596. <https://doi.org/10.9779/gsb.2020.9.4.587>
- Yılmaz, F., & Özdemir, S. (2019). Palyatif bakımda disiplinlerarası ekip çalışması. *Turkish Journal of Palliative Care*, 12(3), 145–153. <https://doi.org/10.5152/tjpc.2019.133>