Eurasian Academy of Sciences Social Science Journal (International Refereed & Indexed)
Eurasian Academy of Sciences Social Sciences Journal
2021 Volume: 38 S: 27 - 38
Published Online September 2021 (http://socialsciences.eurasianacademy.org)
http://doi.org/10.17740/eas.soc.2021.V38-03

PALLIATIVE CARE SERVICES

Sinem ÇALLI* **Abdulkadir GÜÇLÜ****

* İstanbul Aydın Üniversitesi, Lisansüstü Eğt.Ens., Sağlık Yönetimi ABD, sinemcalli@stu.aydin.edu.tr
**İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Bil. Fak., Sağlık Yönetimi Bölümü, aguclu@aydin.edu.tr, ORCID ID:0000-0001-8005-5367

Received Date: 10.08.2021 Revised Date:29.08.2021 Accepted Date:05.09.2021

Copyright © 2021 Sinem ÇALLI, Abdulkadir GÜÇLÜ. This is an open access article distributed under the Eurasian Academy of Sciences License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT

Human beings face many health problems that can threaten their life from birth to death. The aging of the world population in recent years, the acceleration of technological developments and the developments in the treatment of diseases that negatively affect life, and the prolongation of the life span of the patients have increased the necessity of palliative care. Palliative care is a comprehensive evaluation and treatment of patients' physical, psychosocial and spiritual symptoms, and services aimed at relieving the suffering of patients and their relatives and improving their quality of life. The purpose of our study; to inform the personnel about the issue, which will ensure the provision of services that will reduce the problems that the patients will be exposed to in the last stages of their lives, and to make solutions and suggestions that will enable the patients' relatives to transform their lives into a better quality.

Keywords: Palliative care, Terminal period, Hospice care

PALYATİF BAKIM HİZMETLERİ

ÖZET

İnsanoğlu, doğumundan ölümüne kadar olan süreçte yaşamını tehdit edebilecek birçok sağlık sorunları ile karşılaşmaktadır. Dünya nüfusunun son dönemlerde giderek yaşlanması, teknolojik gelişmelerin hızlanması ve hayatı olumsuz etkileyen hastalıkların tedavisinde meydana gelen gelişmeler ile beraber hastaların yaşam sürelerinin uzaması palyatif bakımın gerekliğini arttırmıştır. Palyatif bakım, hastaların fiziksel, psikososyal ve manevi semptomlarının kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi, tedavisi sayesinde hasta ve hasta yakınlarının acılarını dindirmek ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesine yönelik olarak verilen hizmetlerdir. Çalışmamızdaki amaç; hastaların yaşamlarının son dönemlerinde maruz kalacakları sıkıntıların azaltılmasını sağlayacak hizmetlerin sunulmasını sağlayacak personelini konu hakkında bilgilendirmek ve hasta yakınlarının yaşamlarını daha kaliteli bir hale dönüştürmeyi sağlayacak çözüm ve önerilerde bulunmaktır.

Anahtar Kelimeler: Palyatif bakım, Terminal dönem, Hospis bakım

1.GİRİŞ

Gelişen dünya ile birlikte modern tıp alanındaki birçok hastalığın tanı ve tedavisi kolaylıkla yapılabilmektedir. Ancak bazı hastalıklar hala tedavi edilemiyor durumdadır. Bireylerin yaşama sürelerini azaltan bu hastalıkların hem tedavi süreci hem de tedavi sonrası ölüme kadar olan süreçte hasta ve hasta yakınları için oldukça zor bir süreç oluşturmaktadır.

Terminal dönem bireylerin hem palyatif hem de hospis dönemlerini ele almaktadır. Buradaki süreç hasta için ölümün haftalar veya aylar içinde beklediği süreci kapsamaktadır. Bu dönemde yalnızca hastalar için değil aynı zamanda hasta yakınları içinde profesyonel destek sağlanması gerekmektedir. Öncelikle hastalar; çevresindeki bireylere yük olma düşüncesi, yaşaması gereken birçok şey olduğunu düşünüp yaşamdan erken dönemde ayrılacağı düşüncesi, zihinsel ve fiziksel yetilerinin kaybolmaya başlayacağı düşüncesi gibi kişiyi zorlayıcı semptomlarla karşı karşıya geleceği düşüncesi insanların derinden etkilenmesine yol açmaktadır.

Hospis bakım; profesyonel bir ekip yardımıyla yaşamını etkisi altına alabilen hastalığı olan hastaların ve hasta yakınlarına sağlanan destekleyici bir bakımdır. Bu hastalıkların tedavi süreci olmamaktadır. Hospis dönem içerisinde olan bir bireyin yaşam süresi en fazla altı ay olarak belirlenmektedir. Bu dönem içerisindeki bireylerin ölümleri onuruna yakışacak bir şekilde olması ve hasta yakınlarının bu dönemde destekleyici bir etkisinin bulunduğu dönemi kapsamaktadır.

Gelişmiş ülkelerde yaşamı kısıtlayan ve tedavisi olmayan hastaların içinde bulunduğu zaman diliminde sorunsuz ve kaliteli bakım hizmetleri veren merkezler bulunmaktadır. ABD ve gelişmiş bazı Avrupa ülkelerinde ölmek üzere olan hasta ve hasta yakınlarına sunulan bakım ve destek hizmetleri ülkemizde sunulan hizmetlerden farklılık göstermektedir.

2.PALYATİF BAKIM HİZMETLERİ

Latince “palliare”, İngilizce “palliate” olarak adlandırılan bu kelimeler “hafifleten”, “örten” ya da “gideren” anlamına gelmektedir (Sarman, 2019: 153). Palyatif bakım önceleri “ölüm bakımı” sonraları ise “terminal bakım” ve günümüzde ise “yaşam sonu bakımı”, “hospis bakım” ve “hospis” gibi birçok terimlerle ifade edilmektedir (Topkaya, 2018: 4).

1986 yılında ilk kez Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) palyatif bakımın tanımını gündeme getirerek önemli bir gelişmenin oluşumuna sebep olmuştur. Palyatif bakımın “Tedaviye yanıt veremeyen hastaların bütün bakımlarını kapsamış olup yalnızca ağrı ve oluşabilecek diğer semptomların yanında manevi, sosyal ve psikolojik sorunların kontrolü” olduğu belirtilmiştir (Akyüz, 2014: 6). Bu tanımda net olmayan ve bazı sınırlamalar bulunmaktadır. Bu tanımda ağırlıklı olarak tedavisi mümkün olmayan son evre hastaların bakımları vurgulanmıştır. Oysa kanser tedavisinde meydana gelen gelişmeler sayesinde özellikle toksitesi düşük düzeyde olan kanser ilaçları ile diğer tedavi yöntemlerindeki gelişmeler hastaların yaşam sürelerini uzatmış, ölümcül hastalıklarda birey ve ailesini tanının konulmasından sonra süreçte daha etkili hale getirmiştir. Bundan dolayı palyatif bakımın tanımında yenilikler meydana gelmiştir (Çakıcı, 2010: 5).

1990 yılında Dünya Sağlık Örgütü’nün yapmış olduğu tanımda ise; palyatif bakım “*yaşamı tehdit eden hastalıklarla birlikte görülen ve bu sorunlarla karşı karşıya olan hastalar ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini, fiziksel, psikososyal ve spiritüel boyuttaki*

tüm sorunları erken dönemde belirleyip, eksiksiz bir biçimde değerlendirerek tedavinin sağlandığı bir yaklaşım" olarak ele alınmaktadır (Sarman, 2019: 153).

Palyatif bakım; terminal dönem içerisindeki hastaların acılarını azaltan, sıkıntılarını en aza indiren, hasta ve yakınlarının iyi olmaları için onlara yardımcı olan ve daha kaliteli bir yaşam sürmeleri için çok disiplinli ve bütüncül bir yaklaşımdır. ABD'de sunulan palyatif bakım hizmetleri değerlendirmeye alındığında terminal dönem hastalarının yaşam süresinin normal hastaların yaşam süresinden daha uzun olduğu, hastane yatış sürelerinin kısaldığı, hastane harcamalarının önemli düzeyde düştüğü belirlenmiştir (Kostak ve Akan, 2011: 183).

Palyatif bakım gereksinimi, ortalama yaşam süresinin uzaması, kanser, özellikle kalp-damar ve solunum sisteminin etkisinde olan kronik hastalıkların da çoğalmasıyla artış göstermiştir (Arıkan 2016 s.1). Hastalığın kabul edilerek hastalık ve komplikasyonları ile ilgili bilgilendirmelerin yapılması palyatif bakımın bir parçası olup hem hastalar hem de yakınları için vazgeçilmezdir (Sucaklı ve Koşar, 2014: 35).

Tablo-1'de hastaların hayat kalitesini olumsuz etkileyen fiziki, ruhsal ve sosyal semptomlardan bazıları gösterilmektedir. Bu semptomların en çok görüleni ağrıdır. Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda hastaların yaşamlarının son ayında %56 oranında orta ve şiddetli düzeyde ağrı yaşadıkları tespit edilmiştir.

Tablo-1: Palyatif Bakımda Karşılaşılan Önemli Semptomlar ve Sıklığı.

Semptom	**Yüzde**	**Semptom**	**Yüzde**	**Semptom**	**Yüzde**
Ağrı	84	Kilo kaybı	50	Tat değişikliği	28
Yorgunluk	69	Dispne	50	Ödem	28
Anoreksi	66	Uyku problemleri	49	Kusma	23
Ağızda kuruma	57	Depresyon	41	Konfüzyon	21
Konsitipasyon	52	Öksürük	38	Dispepsi	19
Çabuk doyma hissi	51	Bulantı	36	Baş dönmesi	19

Semptomların oluşmasını azaltmakta en etkili yöntem olan palyatif bakımı disiplinlerarası bir yaklaşım ile vermek gerekmektedir. Palyatif bakım ekibi, aynı amacı gerçekleştirmek için bir araya gelen farklı meslek mensuplarından oluşmaktadır (Kıvanç, 2017: 133).

Palyatif bakım, yaşam ve ölümü normal bir süreç olarak ele almaktadır. Bu süreç içerisinde ölüm hızlandırılmaz veya geciktirilmez. Buradaki amaç yaşamın son zamanlarını daha kolay hale getirmektir. Palyatif bakımda yaşamın sürecinden çok yaşamın kalitesine önem verilmektedir. Ölüm süreci yaklaştıkça hem hastayı hem de aileyi rahatlatmak için gerekli önemler alınır ve hastanın ölümünden sonra da ailenin yas sürecinde desteklenmesine yardımcı olunur (Kabalak vd. 2013: 57).

Palyatif bakım hizmetleri sunumunda evrensel etik kurallar, hasta hakları, yasal düzenlemeler ve mesleki değerler önemli yere sahiptir. Şekil-1'de görülen palyatif bakım süreci, hastaya tanı konulmasından itibaren başlamakta olup ölüm sonrası yas süreci içerisinde aileye verilen destekleyici bir bakımla sona ermektedir (İnci ve Öz, 2012: 135).



Şekil-1: Palyatif Bakım Süreci (Kıvanç, 2017: 135)

Eskiden palyatif bakım, küratif ve palyatif gibi değişik şekillerde uygulanan, tedavi edici yöntemlerin tükendiği terminal dönemde hastalarda uygulamaya konulurken günümüzde; fiziksel ve psikososyal bakımı içine alan bütüncül bir şekilde ele alınmaktadır. Bu durumda küratif yani destekleyici ve tedavi edici bakım birlikte uygulanmaktadır. Palyatif bakım, hastanın tanısının konulmasıyla başlayıp hasta yakınlarının yas dönemlerinin sonuna kadar sürdürülmektedir (Özer, 2017: 8-10).

Palyatif bakımda yas sürecine yönelik yapılan hazırlıklar ve destekler hasta yakınları için oldukça önemli bir yere sahiptir. Palyatif bakımda ölümcül sorunların giderildiği tüm sorunların ele alındığı hizmetlerle ağrıların ve maliyetlerin azaltılması yanında psikolojik ve sosyal her türlü yaşam destekleri sağlanmaktadır (Sucaklı ve Koşar, 2016: 35).

Gelişmiş ülkeler başta olmak üzere dünya nüfusu her geçen yaşlanmakta olup 65 yaş üzerindeki nüfus oranı artış göstermektedir. Son yıllarda nüfus oranlarındaki artış ve tıpta meydana gelen gelişmeler ile ölüm sebeplerinde önemli değişiklikler meydana gelmektedir. Bu değişikliklerde enfeksiyon hastalıklarından ölenlerin oranları azalmış olup onun yerine kronik hastalıklara bağlı ölümlerin oranlarında özellikle ileri yaş grubunda her geçen gün artış göstermiştir (Kaya, 2018: 4).

2.1.Palyatif Bakımın Örgütlenmesi

Palyatif Bakım Üniteleri: yataklı servisler şekilde planlanmıştır. Palyatif bakım hastaları için özel yataklar tercih edilmiş, bu bölümde yüksek eğitim düzeyine sahip disiplinler arası ekipler bulunmaktadır.

Evde Bakım (Home Care): Palyatif bakımın önemli bir bölümüdür. Hastaların burada takip altında olması evde yapılabilecek (sonda değişimi gibi) uygulamaların hastaneye gelmeden klinik problemlerin evde çözülmesidir. Takipleri yapılan hastaların gerçekten sağlık kuruluşuna ihtiyacı olduğu takdirde yönlendirmeler yapılmaktadır.

Hospis (Hospice): Tedaviye yanıt vermeyen terminal dönem içerisindeki hastalar ev ortamı benzeri hastaneden oluşmaktadır. Hospis bakımda hastalar son günlerini huzur, mutluluk, konfor içerisini sağlayıp insan onuruna uygun bir şekilde ölümünü amaçlamaktadır. Bir hastanın hospis dönem içerisinde olduğunu söyleyebilmek için yaşam süresinin 6 aydan az bir süre kalmış olması gerekmektedir. Ülkemizde hospis bakım henüz mevcut değildir.

Gündüz Bakım Üniteleri (Day Care): Hastalara günlük ayaktan hizmet verilen yerlerdir.

Palyatif Bakım Poliklinik Hizmetleri: Hastaların son dönemlerinde ayaktan başvuranlara veya kanser hastalığı süresince palyatif bakım veya semptomatik tedavi gereksinimi sayesinde hizmet veren birimlerden oluşmaktadır (Lüy, 2021: 13-14).

2.2.Palyatif Bakım Hizmetlerinde Etik

Yaşam Sonu Kararları: Yaşam içerisinde en önemli sorunlardan bir tanesi de yaşam sonu kararlarının kim tarafından verilmesi gerektiği yer almaktadır. Karar verirken "kim tarafından yapılmalı", "tedaviyi sonlandırmak tıbbi ve hukuki açıdan doğru mudur?" gibi pek çok sayıda sorular ikileme sebep olmaktadır. Bu sebepten dolayı hastaya saygı duyulmalı ve hasta yakınlarına yaşam sonu kararlarını vermek zorunda bırakmayacak bir ortam ve sürecin oluşturulması gerekmektedir (Karakaya, 2020: 18).

Yaşam sonu kararlarında esas alınan en önemli kavram yaşam kalitesidir. Yaşam kalitesi; kişilerin bedensel, sosyal ve ruhsal fonksiyonlarının yeterli olması ve bireyin yaşamını bağımsız bir şekilde sürdürmesini sağlamaktır. Yaşam kalitesi bireylerin inançları, değerleri, beklentileri ve deneyimlerine göre farklılık göstermektedir. Bu sebepten dolayı palyatif bakım sürecinde sağlık çalışanları hastanın yaşam kalitesini merkeze almalıdır. Tıbbi gerekçelerin açıklanarak hastanın ölüme hazırlanması da önem kazanmaktadır (Demir, 2016: 64).

Gerçeğin Söylenmesi ve Kültürel-Ekonomik Faktörler: Hastanın kendi sağlığı hakkındaki bilgilere sahip olması onun en doğal hakkıdır. Hasta hastalığının son dönemlerinde olması durumunda son kararları kendi vermesi ve seçenekler arasında kendi tercih yapması gerekmektedir.

Sağlık personeli bilgi verirken hastaların bulundukları ortamın kültürel yapısını yeterince anlaması gerekmektedir. Hastaya hastalığı hakkında bilgi verirken kültürel yapısını göz önüne alarak bilgi vermesi gerekmektedir (Karakaya, 2020: 19).

Diğer Tarafların Psikososyal Yönden Desteklenmesi: Hasta yakınlarına bu süreçte oldukça büyük iş düşmektedir. Hasta yakınları psikososyal, ekonomik ve ruhsal açıdan birtakım sorunlar yaşamaktadır. Bu nedenle hasta yakınlarına psikososyal yönden destek sağlanması gerekmektedir. Ayrıca hasta yakınlarına palyatif bakım ve hukuki süreçler hakkında eğitimler verilmesi, danışmanlık yapılması gibi hususlar bakımla ilgili önemli bir yere sahiptir (Karakaya, 2020: 20).

2.3.Palyatif Bakım Ekibi

Dünya genelinde palyatif bakım ve hospis bakım hizmetleri olarak adlandırılan hizmetler birbirleriyle benzerlik göstermekle birlikte hospis bakım, palyatif bakım kapsamı içerisinde yer almaktadır. Palyatif bakım, hastalara hastanede bakım hizmeti verirken aynı zamanda hospis ve evde bakım hizmetlerine de destek sağlamaktadır (Kabalak vd., 2012: 123).

Palyatif bakım, disiplinler arasında koordinasyon sağlanması ve iletişim kurulması amacıyla iyi bir ekip çalışmasına yardımcı olunmaktadır. Palyatif bakım ekibinin içerisinde yer alanların palyatif bakım ilkeleri, iletişim biçimleri ve semptomların etkisinin azaltılması konusunda eğitim almaları gerekmektedir (Yılmaz, 2015: 5).

Palyatif bakım ekibi hastane, hospis, evde bakım, acil, günlük veya uzun dönem bakım verilen merkezleri, bakımevleri ve buna benzer çeşitli sağlık bakım alanlarında 7 gün, 24 saat ulaşım sağlanarak hizmet vermektedir (Turgay, 2010: 2).

Hospis bakımda ise hastanın acı çekmesini en aza indirip hem hasta hem de ailesinin yaşam kalitesinin artırılmasına yardımcı olunmaktadır. Bu sebeple hospis bakım hasta merkezli olmayıp bütüncül, birey ve aile merkezli olarak ele alınmıştır. Hospis, süreçte oluşabilecek sorunlara bütüncül bir bakışa açısıyla yaklaşabilecek eğitimli üyelerden oluşmaktadır. Bu ekipte; doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, yas danışmanı, gönüllüler, din adamları ve hasta bakıcılar bulunmaktadır (Enginyurt, 2019: 12).

Batı ülkelerinin bazılarında ekip içerisinde din görevlilerinin de bulunması istenmektedir. Ülkemizde ekip içerisinde din görevlilerinin olmasına yönelik bir zorlama bulunmamaktadır. Bazı batı ülkelerinde hemşire asistanlarının da ekip içerisinde bulunmaları gerekli görülmekte olup Amerika Birleşik Devletleri'nde hospis çalışanı olabilmek için özel sertifikalara sahip olmak gerekmektedir. Ulusal sağlık sigorta planına göre ekip içerisinde gönüllü kişiler de yer almaktadır. Bu gruplar ülkemizde aktif olarak yer almamaktadır (Utlu, 2015: 7).

Palyatif bakım ekip üyeleri içerisinde, hemşire, psikiyatri, sosyal hizmet uzmanı, medikal onkolog, fizik tedavi uzmanı, solunum terapisti, fizyoterapist, diyetisyen, algolog, mesleki terapist, alternatif tedavi yöntemlerinde uzman bireyler, cerrah, anestezi uzmanı, radyasyon onkoloğu, mesleki terapist, eczacı ve gerektiğinde ekip liderlinin öneride bulunduğu başka uzmanlık alanlarından hekimler de ekibe destek olabilmektedirler (Filiz, 2017: 12).

2.4.Palyatif Bakım Düzeyleri

DSÖ'nün 2003 yılında kurulmuş olan Dünya Palyatif Bakım Birliği palyatif bakım tanımını açık ve anlaşılır bir hale getirmiştir:

- Palyatif bakım, kronik hastalıklar ve ölümcül hastalıklar için bir ihtiyaçtır,
- Palyatif bakımda bireylerin tanılarına yönelik değil ihtiyaçlarına yönelik yaklaşım belirlenmektedir,
- Bireylerin bakımın her düzeyinde palyatif bakımın etkisi vardır. Palyatif bakım üç farklı düzeyde oluşturulmuştur (Şekil-2). Bunlar ise (Doğan, 2021: 29);

Seviye 1: Palyatif bakım yaklaşımı

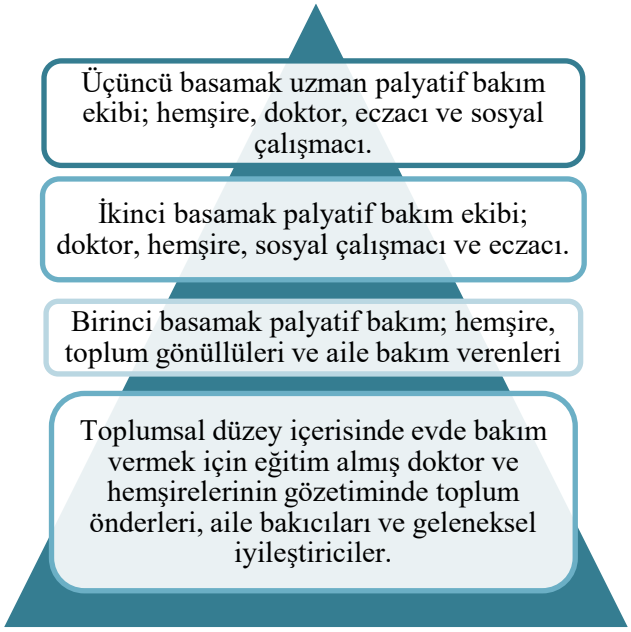
Palyatif bakım deneyimine sahip olmayan branş hekimleri tarafından ve diğer çalışanların palyatif bakım prensipleri uyguladıkları sistemi oluşturmaktadır (Köleoğlu, 2018: 9). Bu sisteme göre kliniklerin palyatif bakım yaklaşım yeteneklerinin bulunması gerekmektedir. Bundan dolayı ağır ve ileri düzey sağlık sorunu olan hastaların bu kliniklere başvurması gerekmektedir (Özdemir, 2016: 9).

Seviye 2: Genel palyatif bakım

Bireyin yaşamını olumsuz etkileyen hastalığı olan bireylerin tedavi edildiği birinci basamak sağlık personeli tarafından verilen temel palyatif bakım hizmetleridir (Kaya, 2018: 5).

Seviye 3: Uzman palyatif bakım

Uzmanlık gerektiren hastalıklar için bu alanda uzmanlaşmış hekim ve diğer sağlık personeli tarafından verilen palyatif bakım uygulamalarını kapsamaktadır. Bu sistem içerisinde hastalar ve bakım verenleri hastane içerisinde veya dışarısında palyatif bakım merkezi ve hospislerde palyatif bakım hizmetleri alabilmektedirler (Köleoğlu, 2018: 9).



Şekil-2: Sağlık bakım düzeylerinde palyatif bakım ekibi (Metin, 2018: 4).

Palyatif bakım hizmeti hastanın bulunduğu her yerde, evde, hastanede ve huzurevlerinde verilmektedir. Sunulan hizmet hastanın evinde verilebilecek şekilde planlandığında, birinci basamak ve profesyonelleşmiş palyatif bakım ekipleri arasında iyi bir şekilde işbirliği sağlanabilmektedir. Hastanın uzman ekiplerin tıbbi acıdan ihtiyaç oluştuğunda veya aile ve diğer bakım koşulları destek sağlamadığı durumlarda özellikle hastanın terminal döneminde evin yerini tutabilecek, aynı şekilde gerekli duygusal spiritüel desteğinin sağlanabilme olasılığı yüksek olan bir yer gereklidir. Bu durumda devreye sosyal hizmetler uzmanı, hemşireler ve gönüllüler girmektedir (Metin, 2018: 4).

2.5.Dünya'da ve Türkiye'de Palyatif Bakım Hizmetleri

Palyatif bakımın gelişme süreci orta çağ dönemine kadar uzanmaktadır. Ortaçağ döneminde "son dönem bakım" (hospis) seyahat eden kişiler veya yolcular için sığınılacak veya korunacak yeri ifade etmek için kullanılmaktaydı. Modern son dönem bakım ve palyatif bakımın esas etkili kişisi olan Dame Cicely Saunders'in sorumluluk, vizyon ve cesareti sayesinde gelişme göstermiştir (Özçelik, 2011: 14).

Palyatif bakım ünitesi ilk olarak Fransa'da 1842 yılında kurulmuştur. Modern anlamda ilk hospis hizmet ise Dr. Cicely Saunders'in 1967 yılında Londra'da kurmasıyla başlamıştır. Hastalığı kötü durumda olan ve terminal dönem içerisinde yaşayan hastalar palyatif tedavi sürecinin başlangıcında temel prensiplerin oluşturulması ile birlikte palyatif bakım ve tedavi sunulan kurumların sayısı artmıştır. Bununla birlikte diğer Avrupa ülkelerinde de hızlı gelişmeler meydana gelmiştir (Bag, 2012: 143).

Dünya'da hızla gelişme gösteren palyatif bakım fikri Kanada'da Royal Victoria Hastanesi'nde 1975, Almanya'da 1983'te Köln'de hizmet vermeye başlamıştır (Yakut, 2019: 3). 1980'li yıllara kadar palyatif bakımın yerine hospis bakım yer almaktayken 1990'lı yıllara gelindiğinde palyatif bakım alanında çeşitli gelişmeler meydana gelmiş olup hospis bakım palyatif bakımın bir parçası olarak gelişme göstermiştir. 1990'lı yıllarda Kanada ve İngiltere gibi İskandinav ülkelerinde palyatif bakım alanında hızlı gelişmeler meydana gelmiştir. 1999 yılında İngiltere'de çok sayıda palyatif bakım merkezi, toplumsal palyatif bakım merkezi, hastane bakım ve destek birimi oluşturulduğu belirtilmektedir (Sever, 2015: 9).

DSÖ tarafından 2002 tarihinde palyatif bakımın tanımlaması yapılmış ve 2004 yılında Ulusal Palyatif Bakım Uzlaşma Rehberi yayınlanmıştır (Kabalak vd., 2013: 57).

2010 yılındaki veriler ele alındığında İngiltere'de 882, Almaya'da 331 ve Fransa'da ise 471 palyatif bakım merkezinde hizmet verilmekteydi (Yakut, 2019: 3-4). Türkiye'de ise 10 palyatif bakım merkezi bulunmaktadır (Saruç, 2013: 196).

Dünya Sağlık Örgütü - Dünya Palyatif Birliği 2014 raporunda, Dünya içerisinde 234 ülke palyatif bakımın gelişim durumuna göre kendi içerisinde 4 grupta sınıflandırılmıştır. Bunlar;

1.Grup: Hospis ve/veya palyatif bakım hizmetleri olmayan ülkeler;

2.Grup: Hospis ve/veya palyatif bakım hizmetlerine hiç başlanmamış veya yetersiz olan ülkeler olup bunların içerisinde Türkiye'de yer almaktadır.

3.Grup: Hospis ve/veya palyatif bakım hizmetleri yerel imkanlarla verilen ülkeler.

4.Grup: Hospis ve/veya palyatif bakım hizmetleri sağlık sistemi içerisinde yaygın bir yere sahip olan ülkeleri kapsamaktadır.

Lynch ve arkadaşları yaptıkları çalışma ile palyatif bakım gruplandırılmasında gelişmeler yapmış ve Grup 3 ve 4'ü alt bölümlere ayırmıştır.

Grup 3a: Palyatif bakım hizmeti olup hizmetlerin desteklenmediği ülkeler;

Grup 3b: Türkiye'nin de içerisinde yer aldığı hizmetlerinin yerel/bölgesel olarak desteklediği ülkeler;

Grup 4a: Sağlık sistemleri içerisinde entegre olmaya yakın ülkeler;

Grup 4b: Sağlık sistemleri içerisinde yaygın olarak entegre olmuş ülkeleri kapsamaktadır (Ulus, 2015: 84).

Ülkemizde palyatif bakımı ilk olarak Sağlık Bakanlığı "Evde Bakım Hizmeti" olarak başlatmıştır (Kabalak s.123). Ülkemizde palyatif bakım seviyelere ayrılmıştır. Bunlar:

Seviye 1: Palyatif bakım deneyimi olmayan, farklı uzmanlık alanlarındaki hekimler ve sağlık personeli tarafından palyatif bakım hizmetinin tüm sağlık kuruluşlarında uygulandığı sistemdir. Bu bölümdeki amaç hastanın fiziksel ve psikososyal yönden iyi olma halini sağlamaktır.

Seviye 2: Bu bölümde palyatif bakım deneyimine sahip bireyler tarafından verilen ve tam zamanlı olmayan palyatif bakım hizmetleridir. Uzmanların disiplinlerarası bir ekip

olması ve sağlık hizmeti verenlerin asgari düzeyde yetkinliğe sahip olması ile palyatif bakımın sunulduğu bir model oluşturulmuştur (Kahvesi ve Gökçınar, 2014).

Seviye 3: Palyatif bakımın bu seviyesinde palyatif bakım eğitimine sahip hekim ve diğer sağlık profesyonelleri tarafından, ajitasyon, ciddi ağrı sendromları, huzursuzluk nedeni ile yüksek düzeyde bakıma ihtiyacı olan bireylere hastanelerde, palyatif bakım birimlerinde ve hospislerde sunulan palyatif bakım hizmetlerini oluşturmaktadır (Bektaş, 2021: 10-9).

Palyatif bakım sayesinde günümüzde yaşam beklentisi yükselmiş, yaşlı nüfus artmış ve bu alandaki teknolojik gelişmeler hızlanmıştır. Bu sayede tedavi gereksinimi ve imkanlarında artış gözlenmiştir. Yoğun bakım ünitelerinin sayısı ve niteliği artış göstermiştir. Yaşanan çeşitli gelişmeler sayesinde palyatif bakıma verilen önem artmıştır. Palyatif bakım gelişmiş ülkelerde tam oturmuş bir sisteme sahip iken gelişmekte olan ülkelerde ise ilkeler belirlenmemiş ve tam oturmamıştır (Karakaya, 2020: 20-21).

Ülkemize en uygun palyatif bakım modeli 2010 yılında Kamu Hastaneleri Kurumu, Halk Sağlığı Kurumu ve Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün katkısı ile "Palya-Türk" projesine başlanmıştır. Proje kapsamında;

- 2-4 yataklı palyatif bakım hizmeti her ilimizdeki hastaneleri kapsaması,
- Ülkemizde 15-20 yataklı multidisipliner kapsamlı palyatif bakım merkezi oluşturulması,
- Terminal dönem hastalarının tedaviye yanıt vermedikleri son dönemlerini geçirdikleri ev atmosferi benzeri hastaneye uzak olmayan hospislerin (sevgi evi) yaygınlaştırılması amaçlanmıştır.

Sağlık Bakanlığı tarafından 2019 yılında Türkiye'de 81 ilde 356 sağlık tesisinde 4718 yatak kapasitesi ile palyatif bakım hizmeti verilmektedir (Algan, 2020: 13-15).

Ülkemizde palyatif bakım merkezi sayısı 397'ye ve bu merkezlerde bulunan yatak sayısı ise 5.717'ye yükselmiştir. Yatak sayısının 5.900'e çıkarılması planlanmaktadır. Palyatif bakım merkezlerinde hastaneye yatış onkolojik hastalıklarda %35, nörolojik hastalıklarda %22 ve kronik akciğer hastalıklarında %11 oranlarında olmaktadır. %25 oranla en sık görülen semptom ağrıdır. Malnütrisyon, dispne, dekübit ülserleri, bulantı-kusma ve ateş diğer semptomlardır (Koç, 2021:162)

3. SONUÇ

Gelişen toplum ile beraber çevre ve insan açısından çok sayıda yenilikler meydana gelmiştir. Bunlardan bir tanesi sağlık alanında oluşan "yaşam sonu bakım" olarak ele alınan palyatif bakımdır. Palyatif bakım insanların yaşamlarına dokunup onların son dönemlerini daha kaliteli bir hayat sürmelerine yardımcı olmaktadır. Palyatif bakım sürecinde yaşam ve ölüm normal bir durum olarak benimsenmektedir. Palyatif bakımın amacı yaşamı ne hızlandırmak ne de yavaşlatmak, "yaşamdan ölüme geçiş" aşamasını daha kolay bir hale getirmektir.

Palyatif bakımın daha etkili ele alınabilmesi için ekip halinde harekete geçilmesi gerekmektedir. Burada bahsedilen hekim, hemşire ve diğer sağlık personelinin özel eğitim almış bireylerden oluşması, bunların arasında etkili ve verimli bir iletişimin olması gerekmektedir. Palyatif dönemde hasta yakınları yas sürecinde desteklenmeli ve uzun

süre çalışanlarla etkili bir iletişimin kurulması, hasta yakınlarının yas süreci ve sonrasında psikolojik destekler sağlanması gerekmektedir.

Palyatif bakım sürecinde "hem hasta hem de hasta yakınlarını" bir bütün olarak ele aldığımızda oluşabilecek fiziksel, sosyal, psikolojik, maddi ve manevi çeşitli etmenleri bir çatı altında toplayıp bireyin "yaşam sonu karar verme, tercih yapma" gibi kararlarda daha etkili ve bilinçli olmasına yardımcı olunmaktadır. Böylece insanların hür düşünceleriyle karar verip hayatına istediği şekilde devam etmesi sağlanır.

Palyatif bakım sürecinde hastaların hastalıklarına "tanı" olarak değil "ihtiyaç" olarak yaklaşılması gerekmektedir. Verilen hizmetlerin içten bir şekilde sağlanması, hastaların alacakları hizmet alanlarının seçiminde bilinçlendirilmesi ve ihtiyaç duymadıkça hastane ortamından uzaklaştırılması gerekmektedir. Böylece hastanelerde kalma süreleri ve maliyetlerin azalmasına yardımcı olunmaktadır. Gelişen bu algı ile beraber insanların yaşam kalitelerinde ve yaşlı nüfus oranlarında artışlar gözlenmiştir. Böylece gelişmişlik düzeyinin yükselmesi ve teknolojik yeniliklerin artması sağlanabilecektir.

REFERENCES

- AKYÜZ, S. "Kanser Hastalarına Uygulanacak Palyatif Bakım Uygulamalarına İlişkin Bir Araştırma" Gazi Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara (2014).
- ALGAN, R. "Acil Servise Başvuran Hastalarda Palyatif Bakım İhtiyacının İncelenmesi", Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, (2020).
- ARIKAN, G.D. "Palyatif Bakım Tanımı ve Felsefesi." Klinik Tıp Aile Hekimliği 8.3: 1-5.
- BAG, B. "Almanya örneğinde sağlık sisteminde palyatif bakım uygulamaları." Turkish Journal of Oncology/Türk Onkoloji Dergisi 27.3 (2012)
- BEKTAŞ, S. "Palyatif Bakım Hastalarının Manevi İyilik Halleri İle Ağrıyla Başa Çıkma Durumları Arasındaki İlişki" Yozgat Bozok Üniversitesi, Kırıkkale Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, (2021).
- ÇAKICI, N.I. "Hekim ve Hemşirelerin Kanserli Çocuklara Yönelik Palyatif Bakım Uygulamaları."
- DEMİR, M. "Palyatif Bakım Etiği." Turkish Journal of Medical & Surgical Intensive Care Medicine/Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakim Dergisi 7.2 (2016).
- DOĞAN, E. "İleri Evre Akciğer Kanseri Hastalarının Palyatif Bakım Gereksinimleri ve Umutsuzluk Düzeylerinin Belirlenmesi" Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, (2021).
- ENGİNYURT, Ö. "Palyatif Servisinde Yatan Hastaların Hastalık Prevelansı."Klinik Tıp Aile Hekimliği 11.1.
- FİLİZ, S. "Palyatif Bakım Kliniğinde Yatan Hastaların Hemşirelik Bakım Memnuniyet Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" Üsküdar Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (2017).
- İNCİ, F. ve ÖZ, F. "Palyatif bakım ve ölüm kaygısı." Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 4.2 (2012): 178-187.

- KABALAK, A. vd. "SB Ulus Devlet Hastanesi'nde Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi Uygulaması." Çağdaş Tıp Dergisi 2.2 (2012): 122-126.
- KABALAK, A, ÖZTÜRK, H. ve ÇAĞIL, H. "Yaşam sonu bakım organizasyonu: Palyatif bakım." Yoğun Bakım Dergisi 11.2 (2013): 56-70.
- KARAKAYA, C. "Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi: Karabük Örneği" Hacettepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara (2020).
- KAYA, H. "Palyatif Bakım Servisinde 1 Yıllık Sürede Yatan Hastalarda Konsültasyon Durumunun Değerlendirilmesi" Adıyaman Üniversitesi, Uzmanlık Tezi, (2018).
- KIVANÇ, M. M. "Türkiye'de palyatif bakım hizmetleri." Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 4.2 (2017): 132-135.
- KOÇ, A. "Türk Tıp Tarihinde Palyatif Bakım" JARSS, 2021;29 (3)
- KOSTAK, M.A. ve AKAN, M. "Terminal dönemdeki çocuğun palyatif bakımı." Türk Onkoloji Dergisi 26.4 (2011): 182-92.
- KÖLEOĞLU, Ş. "Palyatif Bakım Ünitesinde ve Dahiliye Servisinde Yaşlı Hastaya Bakım Verenlerin Deneyimlediği Bakım Verme Yükü ve Baş Etme Stratejileri" Gaziantep Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep (2018).
- LÜY, G. "Acil Servise Başvuran Palyatif Bakım Hastalarının Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi" Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Tokat (2021).
- METİN, S. "Palyatif Bakım Hizmeti Alan Hastalarda Bakım Verenlerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Hasta Bakım Sonuçları Üzerine Etkisi", Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Uzmanlık Tezi, Bursa (2018).
- ÖZÇELİK, H." Kanser Hastasının Palyatif Bakımında Vaka Yönetimi Modelinin Hasta Sonuçlarına Etkisinin İncelenmesi", Ege Üniversitesi, Doktora Tezi, İzmir (2011).
- ÖZDEMİR, F. "Palyatif Bakım Alan Hastaların Yakınlarının Yaşadıkları Psikososyal Sorunlar İle Dini Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" İstanbul Medipol Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (2016).
- ÖZER, H.P. "Yaşam Sonu Bakım Sürecinde Hasta Yakınlarının Yaşadıkları Sorunların Saptanması" Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta (2017).
- SARMAN, A. "Palyatif/Pediatrik Palyatif Bakımın Tarihsel Gelişim Süreci, İlkeleri ve Hemşirelik Bakımı." Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi 8.3: 153-160.
- SARUÇ, S. "Palyatif ve Yaşam Sonu Bakımda Sosyal Hizmet Uzmanının Rolleri ve Sosyal Hizmet Mesleği Standartları." Toplum ve Sosyal Hizmet 24.2: 193-208
- SEVER, A. "Hemşirelerin Palyatif Bakım Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Ölmekte Olan Hasta Bakımına İlişkin Tutumları", Sakarya Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya (2015).

- SUCAKLI, M.H. ve KOŞAR, Y. "Palyatif bakım ve yaşam kalitesi." Klinik Tıp Aile Hekimliği, 8.3 (2014): 34-39.
- TOPKAYA, Ö. "Kanser Hastalarının Palyatif Bakım Gereksinimleri İle Hasta ve Ailelerinin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi ve Beklentilerinin İncelenmesi" Okan Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (2018).
- TURGAY, G. "Sağlık personelinin palyatif bakıma ilişkin görüşleri." Hemşirelik Programı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara, Türkiye (2010): 41-46.
- USLU, F.Ş. ve TERZİOĞLU, F. "Dünyada ve Türkiye'de Palyatif Bakim Eğitimi ve Örgütlenmesi." Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi 4.2 (2015): 81-90.
- UTLU, G. "Kanser Hastalarında Palyatif Bakım ve Destek Servisinde Narkotik Analjezik Kullanımı" İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Uzmanlık Tezi, İzmir (2015).
- WHO 2020 Bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörleri "https://www.who.int/ncds/management/palliative-care/introduction/en/" (erişim: 03.02.2020)
- YAKUT, B. "Palyatif Bakım Merkezinde Yatan Hastalara Bakım Verenlerin Anksiyete, Depresyon ve Bakım Yüklerinin Değerlendirilmesi", Dicle Üniversitesi, Uzmanlık Tezi, Diyarbakır (2019).
- YILMAZ, A. "Palyatif Bakım Biriminde Tedavi Almakta Olan Kanser Hastalarında Semptom Sıklığı ve Palyatif Bakım Tedavisinin Semptom Kontrolündeki Yeri", İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Uzmanlık Tezi, İzmir (2015).