



# Kesit Akademi Dergisi

The Journal of Kesit Academy

ISSN: 2149 - 9225

Yıl: 5, Sayı:18, Mart 2019, s. 305-320

**Prof. Dr. Mehmet Zafer DANIŞ**

Sakarya Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, zdanis@sakarya.edu.tr

**Esin ÖZHAN**

Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı  
Yüksek Lisans Öğrencisi, esin.gonuldas1@ogr.sakarya.edu.tr

## **SAĞLIK HİZMETLERİNDE PALYATİF BAKIM, KANSER VE SOSYAL DESTEK: BİR VAKA ÖRNEĞİNDE GÜÇLENDİRME YAKLAŞIMININ UYGULANMASI**

### **Özet**

Kanser, dünyada ve ülkemizde insan hayatını tehdit eden kronik hastalıkların başında gelmektedir. Tanı anından itibaren bireyin hayatında birçok değişimi de beraberinde getirmektedir. Medikal tedavideki olumlu gelişmelere paralel olarak kanser tedavi süreci uzamıştır. Değişen toplumsal ve ekonomik hayat ile birlikte sağlık hizmetlerinde planlamalara gidilmektedir. Bu bağlamda kanser vakalarında meydana gelen artış ve uzun süren tedavi süreçlerinde alternatif bir bakım desteğine duyulan ihtiyaç palyatif bakım hizmetini ortaya çıkarmıştır. Batılı ülkelerde yaygın olan palyatif bakım ülkemizde yeni bir alan olmakla beraber hızla gelişmektedir. Bu makalede terminal dönemde olan hastanın ağrı kontrolünü amaçlayan hasta ve yakınlarının yaşam kalitesini korumayı hedefleyen palyatif bakım, kanser ve sosyal destek kavramları üzerinde durulacaktır. Bu makalede amaç; ülkemizde yeni bir bakım anlayışı olan palyatif bakım kavramını açıklamak ve kanserde sosyal desteğin önemine vurgu yapıp güçlendirme yaklaşımı doğrultusunda sosyal hizmet disiplininin palyatif bakımdaki misyonuna dikkat çekmektir.

**Anahtar Kelimeler:** Palyatif bakım, sosyal destek, sağlık hizmetleri, kanser, güçlendirme

PALLIATIVE CARE IN HEALTH SERVICES, CANCER AND SOCIAL  
SUPPORT: IMPLEMENTATION OF EMPOWERMENT APPROACH IN A  
CASE EXAMPLE

**Abstract**

Cancer is among the leading diseases that threaten human life both in Turkey and in the world. Starting from the diagnosis, the illness brings about radical changes in the life of the individual. The treatment period of cancer has prolonged in parallel with the positive developments in the medical treatment. Along with changing social and economic conditions, health services are also changed and planned accordingly. Within this context, due to the increasing number of cancer cases and the need for an alternative care support in long term treatment processes, palliative care services have emerged. Common in the Western countries, palliative care is a new field in Turkey; however, it has developed rapidly in the recent years. This article focuses on the palliative care which aims to control the pain of the patient and to protect the life qualities of both patient and her/his relatives. The article also focuses on cancer and social support concepts. In this article aims to explain the concept of palliative care, which is a new care understanding in Turkey, it was emphasized the importance of social support in cancer, as well as it was aimed to highlight the mission of social work discipline in the palliative care in accordance with empowerment approach.

**Keywords:** Palliative care, social support, health care, cancer, empowerment.

**1.GİRİŞ**

Dünyada hızla artan ve insan hayatını tehdit eden kronik hastalıkların başında gelen kanser; sınırsız hücre bölünme özelliği gösteren malign bir hücre hastalığıdır (Savcı, 2006). İnsan ömrünün uzadığı demografik değişim sürecinde, hızlı sanayileşmenin de beraberinde getirdiği stres faktörleri kronik hastalıkların insidans ve prevalansını artırmıştır (Duyan,2003). Konjonktürel ivme göz önünde bulundurulduğunda önümüzdeki süreçte daha sanayileşmiş bir dünya ile birlikte artacak olan stres faktörü kanser vakalarını arttıracaktır.

Torre ve arkadaşları (2015: 87)'nin bildirdiği küresel kanser verilerine göre dünyada her yıl 14 milyon hasta kanser tanısı almakta ve hayatını kaybeden hasta sayısı yıllık 8,2 milyonu bulmaktadır. Bugün dünyada yaklaşık 32 milyon kanser vakası ile mücadele eden hasta bulunmakta beraber 2030 yılına gelindiğinde bu rakamın iki katına ulaşması öngörülmektedir. Ülkemiz de ise bir yıl içinde 96.200 erkek, 67.200 kadın olmak üzere yılda 163.500 yeni kanser vakası teşhis edilmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2013).

Dünya'da olduğu gibi ülkemizde de tespit edilen kanser vakalarında artış görülmektedir. Söz konusu bu artış yalnızca hasta olan birey sayısının artışı olarak algılanmamalı, yıllar içerisinde teknolojik ilerlemenin hasta teşhis oranını yükselttiği de göz önünde bulundurulmalıdır. Bunun

yanı sıra toplumda oluşturulmaya çalışılan kanserde erken teşhis bilincinin de bu konuda olumlu etkisi söz konusudur.

Tıp alanındaki gelişmelere rağmen kanser, teşhis edildiği andan, yaşam sonu döneme kadar hasta ve yakınlarını fiziksel, psikososyal ve spiritüel birçok olumsuz durumla karşı karşıya getirmekte ve yaşam kalitelerinde ciddi bozulmalar meydana gelmektedir. Nitekim McMillan ve Small'ın terminal dönemdeki kanser hastalarında yaşam kalitesi ve semptomlara bağlı yaşanan sıkıntı arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında, fiziksel semptomlara bağlı yaşanan sıkıntıların yaşam kalitesini istatistiksel olarak anlamlı derecede etkilediği ve yaşam kalitesindeki bozulmaların %35'inin bu semptomlara bağlı olduğu tespit edilmiştir (McMillan ve Small,2002:1421-1428).

Kanser yalnızca bir hastalık değil, aynı zamanda değişen hayat tarzının da bir yansımasıdır. Birçok hastalıkta yalnızca hastalığın tedavisine yönelik sürece odaklanılırken, kanser hastalarında ise hasta bireyin sosyal çevresinde meydana gelen olumsuz faktörlere değin çok geniş bir alana odaklanması gerekmektedir.

Kanser, hasta ile yaşamı arasındaki bağı ciddi ölçüde kopartan bir hastalıktır. Bu nedenle kanseri sadece fiziksel semptomlara neden olan bir hastalık olarak değerlendirmek yeterli olmayacaktır. Kanser hem hasta hem de yakın çevresinde ağır psiko-sosyal problemleri de beraberinde getirebilmektedir. Bu nedenle kanseri aile hastalığı olarak nitelemek yanlış olmayacaktır. Teşhis alındıktan sonra aile üyeleri de birçok sorunla baş etmek zorunda kalırlar. Örneğin hasta bireyin işten ayrılmak zorunda kalması aileyi ekonomik olarak etkilemekte, aynı zamanda hasta ile ilgilenmek zorunda kalan ailenin sosyal hayatı da zarar görmektedir. Yaşanılan bu sorunlar hasta yakınlarının gelecek kaygısının artmasına, değişen rollerin beraberinde getirdiği sorumlulukların yerine getirilmesinde yaşanan güçlüklerle, yaşam memnuniyetinin azalmasına ve sosyal izolasyona neden olmaktadır. Bu durum da bireylerin depresyon, umutsuzluk, çaresizlik ve anksiyete düzeylerinin artmasına sebebiyet vermektedir (Çam ve Babacan Gümüş 2006: 52-60; Dedeli, Fadiloğlu ve Uslu 2008:132-139).

Günümüzdeki teknolojik gelişmeler uzun süreli tedavi gerektiren hastalıklardan olan kansere de olumlu katkı sağlamıştır. Tedavi sürecinde elde edilen olumlu gelişmeler, kanseri prognozu ölüm ile neticelenen akut bir hastalıktan ziyade daha çok ev ortamında uzun süreli tedavi gerektiren ve bakıma gereksinim duyulan kronik bir hastalık haline dönüştürmüştür (Atagün vd.,2011:513-552). Tabi ki bu dönüşüm beraberinde birçok denklemi de değiştirmiştir. Hastalar arasındaki sosyo-ekonomik durumun değişim göstermesi ev ortamında sunulan bakımda kalite farklılıklarını da beraberinde getirmiştir. Ayrıca sağlık sistemindeki eksiklikler aile üyelerinin bakım sürecinde daha aktif rol almalarına ve/veya hastaların bakım sorumluluğunu daha fazla üstlenmelerine yol açmıştır (Kitrungröter ve Cohen 2006:625-632;Mystakidou vd., 2007, Karabuğa-Yakar ve Pınar, 2013 Akt. Kaçmaz, Yıldırım ve Özkan 2015: 98-112).

Kültürel birikimimizde bakım sorumluluğu aile üyeleri tarafından paylaşılır. Bakım verici daha çok kadındır (Wells vd, 2005; Ulstein, Wyeller ve Engedal 2007). Fakat günümüz toplumunda geniş ailenin yerini çekirdek ailelerin alması ve kadınların iş hayatında daha aktif rol oynaması

bakım sorumluluğunda profesyonel bir destek alma ihtiyacını doğurmuştur. Özellikle kronik hastalıklar ile kanser insidansındaki artış ve tedavi yöntemlerindeki gelişmelerle birlikte kanser hastalarında yaşamın son dönemlerinde yapılan agresif tedaviler özel bir bakım modeline duyulan gereksinimi ortaya çıkarmıştır. Tanı ve tedavi süreci boyunca işlevsellikleri ve yaşam kaliteleri ciddi şekilde zarar gören kanser hastalarının özel bir bakım gereksinimine ihtiyaç duyduğu fikri beraberinde palyatif bakım anlayışının ortaya çıkmasına zemin hazırlamıştır. Bu bakım anlayışı; yaşamın ve ölümün doğal bir süreç olduğunu, her hastanın yaşamının son günlerini kaliteli ve huzur içerisinde geçirmeye hakkı olduğu ilkesini benimsemekte olup, ana hedef hasta ve yakınlarının acı çekme sürecini en iyi şekilde yönetmektir (Lorenz vd., 2008: 147-159 Akt. Özden ve Özcan 2017).

Bütün bu veriler dikkate alındığında profesyonel palyatif bakıma olan gereksinim yıllar ilerledikçe artmaya devam edecektir. Bu nedenle, dünyada ve ülkemizde yeni yaklaşımlar, yeni yöntemler ile kendini geliştirmeye devam eden profesyonel palyatif bakım kavramının gelecekte daha çok görünür olacağı öngörülmektedir.

## **2.Palyatif Bakım Kavramının Tanımlanması**

Latince kökenli bir kelime olan "Palliate (Palliare)"koruyucu, kapsayıcı anlamına gelmekte İngilizce de ise "Palliative" hafifletici, geçici çare, yatıştırıcı anlamında kullanılmaktadır (Kabalak, Öztürk ve Çağır 2013: 56-70). Türk Dil Kurumu Sözlüğü (2019)'nde ise palyatif kelimesi; geçici ve rahatlatıcı olarak tanımlanmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından ilk kez 1986 yılında palyatif bakım, "Tedaviye yanıt vermeyen hastalığı olan hastaların tüm bakımını" şeklinde tanımlanmıştır. DSÖ tarafından yapılan bu tanım ile birlikte palyatif bakımda büyük bir adım atılmıştır. Ancak tanımda belirsizliklerin olduğu ve daha çok tedaviye yanıt alınamayan son dönem kanser hastalarını içerdiği fark edilmiştir (Ahmedzai vd.,2004: 2192-2200). Bu durum DSÖ'nün 2002 yılında palyatif bakımı "Yaşamı tehdit eden durumlarda sorunlarla karşı karşıya olan hastaların ve ailelerin yaşam kalitesini, ağrıyı ve fiziksel, psikososyal ve spirüel boyuttaki diğer sorunları erken dönemde belirleyip değerlendirerek ve tedavi ederek geliştirilen bir yaklaşım" olarak tanımlanmasına neden olmuştur (DSÖ, 2002). DSÖ tarafından 2002 yılında yapılan bu tanımda hastalığın teşhisinden itibaren palyatif bakımın verilmeye başlanmasının önemine vurgu yapıldığını görmekteyiz (Simkiss, 2003:324-326). Yalnızca hastalığın son döneminde palyatif bakıma ihtiyaç duyulabileceği algısı bu açıklama ile değiştirilmeye çalışılmıştır.

Amerikan Klinik Onkoloji Topluluğu ise (American Society of Clinical Oncology-ASCO) kanser hastalarında palyatif bakımı, hastalar ve aileleri için acı ve sıkıntı verici olan, yaşam kalitesini etkileyen çeşitli durumlara yönelik iyileştirmelerin kanser bakımına entegre edilmesi olarak tanımlamıştır (Smith, Temin ve Alesi 2012: 880 Akt. Şen, Aygün ve Sert 2016: 21-35).

Tüm bu tanımlardan yola çıkarak palyatif bakımı; insan hayatını tehdit eden başta kanser olmak üzere diğer kronik hastalıkların teşhisinden itibaren hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitelerinin korunmasını, hastada oluşan semptomların giderilmesini sağlayarak hastanın

rahat ve onurlu bir ölüm gerçekleştirmesini hedefleyen bir bakım felsefesi olarak tanımlamak mümkündür.

### **3.Palyatif Bakım Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi**

Batı'da ve Amerika'da yaygın olan palyatif bakım hizmetinin temelini modern hospis uygulamaları oluşturmaktadır. İlk palyatif bakım ünitesi 1842 yılında Fransa'da kurulmuştur. Modern hospis uygulamasının ilk adımı 1967 yılında hemşire ve aynı zamanda sosyal hizmet uzmanı olan Cicely Saunders tarafından St. Christopher's Hospis adı altında İngiltere'de atılmıştır (Lorenz vd.,2008:147; Sepulveda, vd., 2002). Böylece Cicely Saunders, palyatif tıp alanında öncü olmuştur (Saunders,2001:791). Cicely Saunders ölmekte olan hastanın ve ailelerinin ihtiyaçlarının nasıl karşılanacağı konusundaki eksikliği saptamış ve yanıt vermiştir. Bu durumda holistik hasta bakım anlayışının ve palyatif bakımın prensiplerinin gelişmesine katkı sağlamıştır (Rice, 2006:456).

Daha sonra sırasıyla 1973 yılında Kanada'da Royal Victoria, 1987 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde, Hotwitz Center ile devam etmiş, 1990'lı yıllarda ise Yeni Zelanda, Avustralya, Japonya'daki kuruluşlarla dünya geneline yayılmıştır (Özkan,2011: 69-74).

1990'lı yıllara gelindiğinde, "palyatif bakım" kavramı Amerika'da kanser nedeniyle ölmek üzere olan hastalar için kullanılmıştır. Palyatif bakımda, ölümün yaşamın doğal bir akışı olduğunun, bakımın, fiziksel, sosyal ve psikolojik yönlere de entegre edilerek yaşam kalitesinin artırılması, uzman bir ekibin olması, hasta ve hasta yakınlarının bu süreçte desteklenmesi ve ihtiyaçlarının karşılanması görüşü hakimdir (Turgay, 2010). Palyatif bakım aslında hastaların bakımı ve bakım vericilerin yas sürecine hazırlanmalarını hedefleyen multidisipliner ekip çalışmasıdır (Meghani,2004:152-161).

Multidisipliner bir anlayışa sahip olan palyatif bakım ekibini ortak amaç etrafında hizmet vermekte olan farklı profesyoneller oluşturur (Özden ve Özcan 2017). Doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, din görevlisi, gereksinime göre çeşitli terapistlerden ve gönüllü çalışanlardan oluşan bu ekibin farklı meslek gruplarından oluşması, çok boyutlu bakım hizmetinin ve maksimum faydasının sağlanması açısından oldukça önemlidir.

Palyatif süreçte amaç, bakım kavramını fiziksel, toplumsal, düşünsel olarak bir bütünü oluşturacak şekilde birleştirerek hastanın hayat kalitesinin artırılmasıdır. Aynı zamanda ölümün de yaşamın bir parçası olduğu bilincinin oluşturulmasıdır. Palyatif bakım merkezlerinin kurulma fikrinin temelini hospis uygulamalarının oluşturduğunu söylemek yanlış olmayacaktır.

**Hospis:** Modern hospis anlayışının 1960'lı yıllarda yaygınlaşması ile birlikte palyatif bakım dünya genelinde farklı boyutlarda kendisini göstermiş ve hospis anlayışı palyatif bakım hizmetlerinin alt yapısını oluşturmuştur (Meghani,2004:152-161). Latince de hospis, misafir, misafirperverlik, yabancı ve otelci olarak bilinen "hopes" ve misafirperverlik, iyi ağırlama ve misafirhaneye karşılık gelen "hospitium" sözcüğünden türemiştir (Bağ, 2012a:142-149). Hospis hizmeti, hastanın kendini evinde hissedebileceği yeterlilikteki kurumlarda terminal dönem hastalarına yönelik sunulan bir bakım hizmetidir (Işıkhan, 2008: 34). Hospis bakım yaklaşımına

önemli katkıda bulunan Jeanne Gamier, hospisi “yaşamın son dönemini yaşayan hastaların bakımı ve hastalara eşlik etme” şeklinde bugünkü anlamda ilk kez tanımlayan kişidir (Faguet, 2005).

Hospis, tıbben yapılacak herhangi bir müdahalenin kalmadığı, terminal dönemde olan hastalarda oluşan fiziksel semptomların giderilmesini, hastanın yaşam kalitesinin korunmasını hedefleyen, kurumsal bir bünye içerisinde palyatif bakım felsefesi ile sunulan bir bakım hizmetidir (Mavi,2017:6).

Literatüre de bakıldığında hospis bakım yaklaşımında; tıbbi tüm tedavi yöntemlerinin denenip yanıt alınmaması sonucunda hastanın olası durumunda iyileşme olamayacağı kanaatine varılıp hastada oluşan semptomların giderilmesini, hastanın ıstırabının azaltmasını hedefleyen uygulamaların yer aldığını söyleyebiliriz. Hospis tarzı bakım; hasta bireyin yaşam kalitesini mümkün olan en yüksek seviyede tutarak, hayatının son dönemlerini ev ortamındaymış gibi geçirmesini sağlayan kurumsal bir bakım hizmetidir (Bağ, 2012b:120-125).

#### **4.Dünya'da ve Ülkemizde Palyatif Bakım Uygulamaları**

Terminal dönemde olan hastaların ağrı kontrolünü sağlamak amacıyla ilk palyatif bakım servisi 1975 yılında Kanada Montreal'de Royal Victoria Hastanesi'nde kurulmuştur. İlerleyen süreçlerde başta İngiltere'de olmak üzere diğer Avrupa ülkelerinde dinamik bir gelişme göstermiştir (Utlü,2015:4). İngiltere'de 1999 yılında hastanedeki palyatif bakım merkezleri ve hospislerle birlikte 236 palyatif bakım kurumu, 400 toplumsal palyatif bakım hizmet merkezi,138 hastane bakım destek hizmet birimi ve 209 hastane palyatif bakım ve destek ekibi olduğu bildirilmiştir (Jackson ve Eve 1999:23).

Almanya da ise palyatif bakımın sağlık hizmetlerine entegre süreci İngiltere'ye göre daha geç başlamış olup ilk palyatif bakım servisi 1983 yılında Köln Üniversitesi cerrahi servisine bağlı olarak kurulmuştur. 1991-1996 yıllarında Almanya Sağlık Bakanlığının yürüttüğü palyatif tedavi için model çalışmalar neticesinde çok kısa bir sürede palyatif bakım servislerinin sayısı artmıştır. 2010 yılına kadar 220 hastanede palyatif servis açılmış ve 170 hospis merkezi kurulmuştur (Bağ, 2012a: 142-149). Günümüzde ise palyatif bakım hizmetlerinin en çok gelişme gösterdiği bölgeler içerisinde Amerika'nın San Diego şehri ile İspanya'nın Katalan bölgesinin başı çektiği söylenebilir. Bu bölgelerde neredeyse her türlü palyatif bakım hizmet modelinin olduğu bildirilmektedir (Kaya ,2015).

Palyatif bakım merkezlerinin dünyadaki durumu değerlendirildiğinde ülkelerin gelişmişlik seviyelerine koşut olarak gelişme gösterdiği görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde palyatif bakım merkezlerinin yapılanma aşamasında olduğu araştırma sonuçlarındandır. 2007 yılında 52 Avrupa ülkesinde palyatif bakımın gelişimine dair yapılan araştırma neticesinde ilk sırada 882 merkez ile İngiltere'nin yer aldığı bunu sırasıyla; 471 merkez ile Fransa, 362 merkez ile Polonya ve 331 merkezle Almanya'nın takip ettiği kayıt altına alınmıştır (Centeno vd., 2007:468).

Ülkemizde palyatif bakım anlayışı yeni olmakla beraber hızlı bir ivme yakalamıştır. Toplumsal alanda meydana gelen değişimler genellikle hastasının bakımını evde sağlayan Türk toplumu-

nu da dönüştürmüştür. Özellikle kanser hastalığının uzun süreli tedavi gerektirmesi ve bu sürecin hastada oluşturduğu semptomların aile üyeleri tarafından evde giderilemeyecek derecede olması alternatif bir bakım anlayışını da gerekli kılmıştır.

Ülkemizde palyatif bakım hizmetine en yakın kuruluş Türk Onkoloji Vakfı tarafından İstanbul Yeşilköy’de hizmete sunulan “Kanser Bakımevidir”. 1993-1997 yılları arasında hizmet veren kuruluş hastalara sosyal güvenlik kurumu tarafından geri ödeme yapılmaması, hasta ve yakınları tarafından kuruluşun bilinirliğinin az olması ve finansal nedenler ile kapanmıştır. Hospis bakım anlayışına hizmet etmeyi amaçlayan ikinci girişim ise Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı tarafından 2006 yılında tarihi bir Ankara Evi’nin 12 odalı bir hospise dönüştürülmesi ile gerçekleşmiştir. Fakat bu adım da yasal zeminin olmayışı nedeniyle sürdürülebilir kılınamamıştır. Bu merkez daha sonra “Hacettepe Umut Evi” adını almış ve il dışından tedavi amaçlı gelen kanser hastası ve yakınlarının güvenli ve temiz konaklama ihtiyacını karşılamak için kullanılmıştır (Kıvanç, 2017:133; Bağ, 2012b: 120).

Palyatif bakımın hastane ayağına yönelik ilk faaliyet Ankara’da bulunan Ulus Devlet Hastanesinde açılan palyatif bakım merkezidir. Bu merkez, yoğun bakımdan taburcu edilen ve kronik bakım ihtiyacı devam eden hastaları kabul etmiştir (Kabalak,2014).

Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından Pallia-Türk projesi olarak “2009-2015, Ulusal Kanser Kontrol Programı’nda palyatif bakım programı tanımlanmıştır. Ülkemizde palyatif merkezlerin gelişimine bakıldığında 2010 yılında üniversite hastaneleri içerisinde yer alan 10 merkezin bulunduğu ve Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan çalışmaların 2012-2013 arasında hızla arttığını görmekteyiz (Kıvanç,2017). 2015 yılına gelindiğinde “Yeni Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” yürürlüğe girmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. 07.07.2015). Yönergenin içeriğini merkezlerin fiziki şartları, personel görevlendirilmesi ve sorumlulukları, hizmetin kapsamı ve diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliği oluşturmaktadır.

2018 yılı itibariyle Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Palyatif Bakım Hizmetini toplam 81 ilde 4752 yataklı, 358 sağlık tesisi ile sunmaktadır (<https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/palyatif.php>).

Türkiye’deki palyatif bakım merkezlerinin açılmasında yaşanan gecikmenin öncelikli nedenini ülkemizin kültürel değerleri ile açıklamak mümkün olacaktır. Hasta ve yaşlı bakımının “ailenin görev ve sorumluluğunda” olduğuna dair inanç hastanın bakım sorumluluğunu aile üyelerinin üstlenmelerine neden olmuştur. Ancak günümüzde toplumsal, kültürel ve sosyo-ekonomik alanda yaşanan değişiklikler aile üyelerini bu bakım sorumluluğunun üstesinden gelebilmeleri noktasında zorlamaktadır. Bugün gelinen noktada ülkemizde palyatif bakım merkezlerinde bulunan yaklaşık 5000 yatak sayısı ile Avrupa Palyatif Bakım Birliği’nin önerdiği yatak sayısının yarısına ulaşılmış durumdadır. Elbette mevcut durum ihtiyaçları karşılama noktasında henüz yeterli değildir.

## 5.Kanserde Psikososyal Destek

Sosyal destek tanımlanması zor olan çok yönlü bir kavramdır (Çiçek, 2012). Cobb (1976) sosyal desteği, kişiye toplumda sevilen ve saygı duyulan birisi olduğuna ilişkin inanç veren ve bireyde çevresindeki iletişim ağının bir parçası olduğu hissini uyandıran bir duygulanım süreci olarak tanımlamıştır. Barker (1999)'a göre ise sosyal destek, toplumsal hayatın sürdürülmesinde bireyin gereksinimlerinin giderilmesini sağlayan resmi ve gayri resmi ilişki ve etkileşimlerdir.

Kanser tanısı alan bireyin mutlak iyileşme sürecini tamamlamasında görmüş olduğu medikal tedavinin yanında (kemoterapi, radyoterapi vb.) psikososyal iyilik halini de kazanması ve bunu sürdürebilmesi önem arz etmektedir. Kanserin tedavi süresi uzun ve ağır olabilmektedir. Bireyin tedavi sürecindeki bu yolculuğunda psikososyal iyilik halinin sağlanmasında sosyal destek önemli bir araçtır. Sosyal destek ekibinin üyelerini sırasıyla hasta bireyin ailesi, akrabaları, arkadaşları ve sağlık profesyonelleri (hekim, hemşire, sosyal hizmet uzmanı) olarak sıralamak mümkündür. Sosyal destek ihtiyacını karşılayan hasta kanserle baş etme stratejisinde de olumlu bir kazanım elde etmiş olacaktır (Tuncay, 2010).

Genel anlamda sosyal destek, bireyin yaşantısında karşısına çıkan ve çıkabilecek olan sorunlarla yüzleşmesinde ve başa çıkabilmesinde etkilidir. Sosyal destek, hayatın olumsuz etkilerine karşı bireyi koruyan önemli bir destektir. Aynı zamanda bireyin yaşantısında pozitif yönlü bir etkisi de söz konusudur (Baltaş, 2000; Mahon, Yarcheski ve Yarcheski, 1998).

Bireyin karşılaşılabileceği sorunların çözümünde aile bireylerinden ve özellikle yakın arkadaş çevresinden gördüğü sosyal destek önemlidir (Kaşıkçı vd.,2009:159). Örneğin meme kanseri teşhisi konulan kadınlar üzerinde sosyal desteğin etkilerinin araştırıldığı çalışmada sosyal destek görmeyen hastaların korku ve gelecek kaygısı taşıdığı saptanmıştır. Hasta bireyler sosyal destek kaynaklarının öncelikli olarak ailelerinin ve arkadaşlarının olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca aile ve yakın çevreden sağlanan duygusal sosyal desteğin bireyin hastalıkla baş etmesinde tampon görevi gördüğü ve hastaların benlik algısını da kuvvetlendirdiği bildirilmiştir (Dedeli,2008: 132).

İnsan doğası gereği hayatının geri kalanında birlikte olduğu, güvendiği, güzel anları birlikte yaşadığı kişilerden gelecek olan desteğe diğer kişilerden gelebilecek destekten çok daha fazla önem vermektedir. Bu oldukça doğal bir durumdur. Bu nedenledir ki kanser hastalarına destek verebilecek en güçlü kaynak ailesi ve yakın çevresidir. Bu yüzden kanser hastalarının tedavi süreçlerine aileler de imkanları el verdikçe dahil olmalıdır. Bu yalnızca hastaya bir motivasyon sağlamakla kalmayacak, hastanın sosyal çevresinin bir kısmını da sürece dahil ederek bireyin sosyal destek mekanizmaları ile hastalığa uyumunu kolaylaştıracaktır.

Rokach ve arkadaşları (2012) kanserli birey ve bakım sorumluluğunu üstlenen bireyin yalnızlıkla mücadele etme kapasitelerine ilişkin yaptıkları çalışmada; sosyal destek ihtiyacı karşılanan hasta ve bakım verici bireyin yalnızlık düzeyinin düşük olduğunu ortaya koymuştur. Crothers, Tomter ve Garske (2005) kanserli bireyin sosyal destek ve umut ilişkisini inceledikleri çalışmalarında hastaların görmüş olduğu sosyal desteğin umut düzeyini de olumlu yönde etkilediği,



sosyal destek düzeyi yüksek olan hastaların geleceğe ilişkin daha umutlu olduklarını bildirmişlerdir.

Kanser, bireyin fiziksel, bilişsel ve duygusal alanlarında değişime neden olur. Bireyin bu süreçle baş etmesinde savunma mekanizmaları başlı başına yeterli olamamaktadır. Bu bakımdan hastanın aile üyeleri ile hastalık seyrini paylaşabilmesi, tepkilerinin anlayışla karşılanması, zor günlerinde yalnız olmadığını hissedebilmesi kanserle savaşta büyük önem taşımaktadır. Nitekim bu durum bireyin hastalığa uyum sağlamasını da kolaylaştıran bir faktördür (Kızılcı, 1997: 3-5). Ayrıca sosyal destek, kanser hastaları için gerektiğinde sağkalm sürelerini uzatan önemli bir kaynaktır (Işıkhan, 2007: 27).

House, Landis ve Umberson (1988) Sosyal desteği bireylerin sosyal ilişkilerinin sonucu olarak tanımlamışlardır. Buna göre sosyal desteğin 4 formda olduğu belirtilmektedir;

- 1-Duygusal Destek: Dinlemek, ilgilenmek, güvenilmek şeklinde kendini göstermektedir.
- 2-Değer Desteği: Söylediklerini dikkate almak ve geri bildirim sağlamak şeklindedir.
- 3-Bilgi Desteği: Bireye bilimsel destek, tavsiye ve önerilerde bulunmak şeklindedir.
- 4-Araçsal Destek: Parasal destek, iş bulmak vb. destekleme eylemlerini içermektedir.

Literatürde sağlıkla ilişkili 2 kavramsal sosyal destek modeli açıklanmıştır (Duyan,2003). Doğrudan etki modeli sosyal desteğin bireyin benlik saygısını arttırdığı ve sağlık durumunu geliştirdiği şeklindedir. Diğer yandan ise strese karşı bir savunma mekanizması olarak kabul edilir. Kişi kendisini risk altında değerlendirdiği zaman sosyal desteğin devreye girdiği ve kişinin iyilik halinin artırılmasına katkı sağladığı yönündedir.

Aile, akraba ve arkadaşlar bireyin doğal sosyal destek sistemini oluşturur. Kanseri teşhisi ile birlikte değişen aile içi roller, ekonomik koşullar, kaygı ve stres düzeyleri hastanın sosyal destek sistemlerinin işlevselliğinde kısıtlamalar yaşanmasına yol açabilir (Tuncay, 2010).

Aile üyelerinden birinin kanser teşhisi alması ailedeki tüm üyelerin yaşam akışının değişimine neden olmaktadır. Tüm aileyi derinden etkileyen bu hastalığın tedavisinde uzun bir zamana ihtiyaç duyulması, bireyin hayatını tehdit eder özellikte olması, alışlagelen tüm yaşam döngüsünde değişime neden olmaktadır. Kanseri teşhisi konulan hastanın aile üyelerinde çaresizlik, tükenmişlik, gelecek korkusu ve depresyon baş göstermektedir. Aile üyeleri hastalıktan sonra değişen yaşam tarzıyla birlikte gündelik rolleri dışında farklı roller ve sorumluluklar üstlenebilmektedirler. Bu durum hasta yakınlarının yoğun bir duygusal yük altına girmesine neden olmaktadır (Hudson ve Paynem 2009).

Sağlık; DSÖ tarafından fiziksel, ruhsal ve sosyal yönlerden tam bir iyilik hali ve herhangi bir hastalığın veya sakatlığın bulunmayışı biçiminde tanımlanmıştır (WHO 1978 Akt. Cowles, 2003). Bu tanımda vurgulanan bir unsurun da bireyin sosyal boyutu olduğu görülmektedir. Sosyal hizmet disiplini bireyin sadece ruhsal ve fiziksel bir varlık olmadığını, aynı zamanda sosyal bir varlık olduğunu, bu nedenle tam bir iyilik halinin oluşmasında yaşadığı sosyal çevrenin de bütüncül bir yaklaşım ile değerlendirilmesi gerektiğini savunan bir bilim ve meslektir.

## **6.-Palyatif Bakım Merkezlerinde Vaka Örneğinde Güçlendirme Yaklaşımının Uygulanması**

Güçlendirme, sosyal hizmet uygulamalarında yaygın kullanılan yaklaşımlardan birisidir. Güçlendirme yaklaşımının en çok dezavantajlı kişi ve gruplarla çalışan sosyal hizmet uzmanları tarafından tercih edildiği söylenebilir. Yaygın kullanılmasının sebebi uygulayıcılar açısından hem kişisel hem de sosyal bir bakış açısını aynı anda sunmasından kaynaklanmaktadır. Güçlendirme yaklaşımı, bireyin güçlülüğü ve potansiyeli üzerinde sağlıkla ilişkili sorunların çözümüne dair bireyi destekleyici bir bakış açısı sunmaktadır (Danış, Karataş ve Şahin, 2008). Bu yaklaşımın odak noktası, insanoğlunun içsel iyilik halini ortaya koymak üzerine inşa edilmiştir. Şahin (2001), sosyal hizmette güçlendirmenin önemini insanların olumlu kapasitelerinin takdir edilmesi ve bireyin sosyal kaynaklarını geliştirici potansiyele olan inancın artırılması şeklinde ifade etmiştir.

Kronik hastalık sahibi bireylerde güçlendirme yaklaşımının odak noktası, bireylere problem çözmede gerekli becerilerin kazandırılmasıdır. Bu bağlamda hasta ve ailelerinin karşılaştığı problemlerin çözümünde sorumluluk alması, sosyal hayata aktif olarak katılmaları ve sosyal hizmet kaynaklarının kullanılması oldukça önemlidir (Danış, Karataş ve Şahin, 2008). Güçlendirme yaklaşımı temelinde, sosyal hizmet uygulamaları beş farklı boyutta kendini göstermektedir. Bunlar kişisel, sosyal, eğitsel, ekonomik ve politik boyutlardır (Wilson ve Anderson 1997: 348 Akt. Danış ve Sülü, 2016:215). Aşağıda, bu beş farklı boyut kapsamında uygulanabilecek sosyal hizmet müdahaleleri vaka örneği kapsamında değerlendirilerek açıklanmaya çalışılacaktır. Öncelikle belirtilmesi gereken konu yaşam sonu dönemde yapılan sosyal hizmet müdahalesindeki amaç müracaatçının huzurla hayata veda etmesini sağlamak olup, yapılan müdahale planının asıl yararı aile üyelerinin gelecek yaşamı üzerinde olumlu sonuçlar doğurmasıdır (Tuncay, 2009).

### **Vaka:**

Esra Hanım (37), 35 yaşında meme kanseri teşhisi almıştır. Kanseri teşhisinden sonra işinden ayrılmak zorunda kalmıştır. Tıbbi tedavisi yapılmış kemoterapi görmüştür. Fakat daha sonra akciğere metastaz yapmış ve terminal döneme giren hasta palyatif bakım merkezinde yaklaşık bir aydır kalmaktadır. Esra Hanım evli ve 2 kız çocuk annesidir. Kızları, 8 ve 12 yaşlarında olan müracaatçıya tedavi süreci boyunca eşi Mehmet Bey destek olmuştur. Mehmet Bey, eşinin sağlık durumunun kötüleşmesi ile birlikte sürekli bakım desteği ihtiyacına karşılık işçi pozisyonunda çalıştığı fabrikadan ayrılmıştır. Aile uzun ve yüksek maliyetli tedaviyi karşılama noktasında sorun yaşamış ve borçlanmıştır. Ailelerinin şehir dışında yaşaması nedeniyle çift bu süreçte, yeterince ailevi sosyal destek görememiştir. Ayrıca kızları anne ile daha çok vakit geçirmek istemekte, bu nedenle de eğitimlerine düzenli devam sağlayamamaktadırlar. Bu durum çocukların ders ve okul başarılarını da olumsuz yönde etkilemektedir.

### **Vaka Örneğinin Güçlendirme Yaklaşımının Boyutları Açısından Değerlendirilmesi**

**Kişisel Güçlendirme:** Güçlendirme yaklaşımının kişisel boyutunda, sosyal hizmet uzmanları hasta ve aile üyelerinin güçlü olduğu yönleri vurgular ve kendilerini gerçekleştirebileceği yeni

alanları pekiştirerek, onların hayata dair umutlarının tükenmesini engellemeye çalışır. Bu boyutta, sosyal hizmet uzmanının rolleri; arabuluculuk, öğreticilik, sorun çözme becerilerini geliştirmek, kaynak danışmanlığı ve savunuculuktur (Stromwall ve Hurdle, 2003:210 Akt. Danış ve Sülü, 2016:215). Güçlendirme yaklaşımı doğrultusunda Esra hanımın güçlü yanlarına vurgu yapılmıştır. Eşi ve çocukları ile arasındaki duygusal bağın kuvvetine dikkat çekilmiştir. Aile üyeleri arasındaki sevgi bağının ve sosyal desteğin Esra Hanım'ın tedavi süreci boyunca onda bıraktığı olumlu etkinin kendisi tarafından da fark edilmesi sağlanmıştır.

**Sosyal Güçlendirme:** Güçlendirme perspektifinin sosyal güçlendirme ayağında sosyal hizmet uzmanları, hasta ve ailesine ortaya çıkan sorunlarla baş etme motivasyonu kazandırmak amacıyla onları yönlendirmeye (Stromwall ve Hurdle, 2003: 210 Akt. Danış ve Sülü, 2016:215), toplum ve sosyal destek kaynaklarını harekete geçirmeye katkıda bulunurlar. Esra Hanım ve eşinin sosyal destek sistemlerinin zayıf olduğu, ailelerinin şehir dışında yaşamaları nedeniyle yeterince destek olmadıklarının ifade edilmesi üzerine aile üyeleri ile iletişime geçilmiştir. Maddi yetersizlik nedeniyle gelemedikleri öğrenilen aile üyelerine Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı aracılığı ile gerekli maddi destek sağlanmıştır. Bu sayede Esra Hanım'ın annesinin ve babasının palyatif bakım merkezine gelmesi sağlanmıştır. Aile üyelerini karşısında gören Esra Hanım oldukça duygulanmış ve kendisini değerli hissetmiştir. Terminal dönemde olan hasta için sevdikleri ile birlikte vakit geçirmek, değerli olduğunu hissedebilmek oldukça önemlidir. Ayrıca müracaatçının eşi vasıtasıyla yakın arkadaşlarına ulaşılmış ve palyatif bakım merkezinde müracaatçıya ziyaret yapılması planlanmıştır.

**Eğitsel Güçlendirme:** Eğitsel güçlendirme, birey ve ailenin sorunları hakkında bilgilendirilmeleri, çeşitli nedenlerle eğitime ara vermek zorunda kalmış aile üyelerinin, eğitim hayatına tekrar devam edebilmeleri gibi konuları odağında barındırmaktadır. Bu bağlamda Esra Hanım'ın kızlarının annelerinin tedavi süreci boyunca okula düzenli devam sağlayamadıkları bu durumun da ders başarılarını etkilediği öğrenilmiştir. Çocukların eğitim giderlerinin karşılanması noktasında Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü'ne, görevli sosyal hizmet uzmanı tarafından hazırlanan "Durum Tespit Raporu" gönderilmiştir. İl Müdürlüğünde görevli sosyal hizmet uzmanı ile iletişime geçilmiş ve görevlendirilen meslek elemanı tarafından ailenin sosyal incelemesi yapılmıştır. Sosyal ve ekonomik destek hizmetlerine dair yönetmeliğin" 6.maddesi uyarınca 1 yıl süreli nakdi yardım sağlanmıştır. Aynı zamanda çocukların anne ile geçireceği vakitler düzenlenmiş ve çocukların okula düzenli gitmesi hususunda Esra Hanım'ın annesinden destek alınmıştır.

**Ekonomik Güçlendirme:** Öncelikli olarak palyatif bakım merkezinde görevli sosyal hizmet uzmanı tarafından Esra Hanım ile gerçekleştirilen mesleki görüşmeler neticesinde kapsamlı bir müdahale planı hazırlanmıştır. Ailenin gereksinimleri insani ihtiyaçlar hiyerarşisine göre, kategorik olarak sınıflandırılmıştır. Müracaatçının kanser teşhisinin ardından, eşinin ise kendisine bakım desteği verebilmek için işlerinden ayrılmak zorunda kalmaları aileyi ekonomik olarak etkilemiştir. Bu nedenle yaşadıkları konutun kira bedelini 4 aydır ödeyemedikleri öğrenilmiştir. Sosyal hizmet uzmanı tarafından Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı ile görüşülmüştür. Ailenin durumu hakkında ayrıntılı sosyal inceleme raporu Vakıfa iletilmiştir. Aileye sağlanan

kira yardımı ile Mehmet Bey'in ailenin maddi durumuna dair kaygılarının da bir nebze olsun azaltılması hedeflenmiştir. Tuncay (2013)'ın da, ifade ettiği gibi "Sosyal hizmet uzmanları sorun çözücü profesyonellerdir ve aynı zamanda aileleri güçlendirirler."

**Politik Güçlendirme:** Sosyal politika, eğitime, sağlığa, sosyal hizmete ve sosyal yardımlara tahsis edilecek kaynakları belirler (Ashman ve Hull 1999:18). Sosyal sorunların belirlenip çözümüne ilişkin politikalar üretilmesinde sosyal hizmet uzmanları aktif rol almaktadır (Denney 1998: 36-37). Sosyal hizmet uzmanı ele aldığı vakada müdahale planı oluştururken yararlanabileceği kaynaklara mevzuattaki sosyal politikaları takip ederek ulaşabilir (Danış, 2007). Bu vaka örneğinde Esra Hanım'ın yüksek yararını sağlamak amacıyla yürürlükte olan sosyal politikalarla yararlanılmıştır. Örneğin kızlarının eğitim giderlerinin karşılanmasında yürürlükte olan "Sosyal ve Ekonomik Destek Hizmetleri Hakkında Yönetmelik" kapsamında müracaatçının durumu değerlendirilmiş ve ailenin ekonomik koşulları düzelene kadar süreli sosyal ve ekonomik destek verilmesi sosyal hizmet uzmanı tarafından uygun bulunmuştur.

## 7.SONUÇ VE ÖNERİLER

Giderek yaygınlaşan kanser, birey ve yakınlarının hayatlarında fiziksel sosyal spiritüel birçok probleme neden olan bir hastalıktır. Tanı anından yaşam sonu döneme kadar hasta ve yakınlarının yaşam kalitelerinde ciddi şekilde bozulmalara neden olmaktadır. Kanser, özellikle medikal tedavide yaşanan olumlu gelişmeler ile birlikte uzun süreli tedavi gerektiren bir hastalık haline almıştır. Kanserin prognozu ölümle neticelenen bir hastalıktan ziyade evde bakım gerektiren kronik bir hastalık haline alması, sağlık hizmetlerindeki eksiklikler nedeniyle hasta yakınlarının bakım sorumlulukları daha da artmıştır. Kanserin tedavi süreci tamamlandıktan ve tıbbi yapılacak herhangi bir müdahale kalınmadığı durumlarda hastanın acılarını dindirmek, ağrı kontrolünü sağlamak ve yaşam kalitesini korumak amacıyla alternatif bir bakım modeline duyulan ihtiyaç palyatif bakım anlayışının ülkemizde de gündeme gelmesine neden olmuştur. Bu ihtiyaç günümüzde sosyal yapıdaki değişikliklerle daha da hissedilir bir hal almıştır. Ülkemizde özellikle 1990'lı yıllarda palyatif bakımın bir ihtiyaç olduğunun farkına varılması ile o tarihten bugüne destekleyici politikalar üretilmiştir. Özellikle hastaların ağrılarının giderilmesinin yanında hasta yakınlarının da psiko-sosyal esenliklerinin karşılanmasına önem verilmektedir. Bu bağlamda palyatif bakımın multidisipliner bir alan olduğu ve sosyal hizmet uzmanlarının da hasta ve yakınlarının psiko-sosyal iyilik hallerinin korunmasında aktif bir profesyonel olduğu unutulmamalıdır. Hastalık sürecinde değişen rol ve sorumlulukların yerine getirilmesinde karşılaşılan sorunların sosyal hizmet uzmanları tarafından tespit edilip çözümüne ilişkin müdahale planı hazırlanmalı ve toplumsal kaynaklar harekete geçirilmelidir. Palyatif bakımda uygulanacak sosyal hizmet müdahalesi, hastanın daha huzurlu bir şekilde hayata veda etmesini ve diğer aile üyelerinin gelecekte karşı karşıya kalması muhtemel sosyal risklerin ortadan kaldırılmasına hizmet etmektedir.

Ele alınan vaka örneğinden de anlaşılacağı üzere sosyal hizmet uzmanları palyatif bakımda yaşamın son döneminde olan hasta ve aile ilişkilerini düzenlemede sosyal destek sistemlerini aktifleştirmeye, ekonomik sorunların çözümüne ve ailenin bu süreçte karşı karşıya kalabileceği

riskleri belirleyip, çözümü konusunda ilgili kurum ve kuruluşlar ile iş birliğine gidilmesi noktasında oldukça önemli bir konuma sahiptirler.

Günümüzde hastalık seyri belli olmayan kanser hastalarının ve aile üyelerinin sağlık bakım ihtiyaçlarının giderilmesinde bütüncül yaklaşımlara gerek duyulduğu bir gerçektir. Bu bağlamda ülkemizde yeni gelişmekte olan palyatif bakım kavramının ve uygulamalarının toplum tarafından bilinir bir hal alması, palyatif bakımın desteklenmesi oldukça önemlidir. Bunun için gerekli yasal düzenlemelerin etkinleştirilmesi, toplumda farkındalık kazandıracak eğitimlere ağırlık verilmesi elzemdir. Palyatif bakım ekibinin aktif bir üyesi olan sosyal hizmet uzmanlarının palyatif bakımdaki görev ve sorumluluklarının neler olduğuna dair hizmet içi eğitimler düzenlenmesi büyük önem taşımaktadır.

#### KAYNAKLAR

- Ahmedzai ,S. H. vd. (2004). A New International Framework for Palliative Care. *European Journal of Cancer*. 40 (15), 2192-2200.
- Ashman, K. K. ve Hull, G. H. (1999) *Understanding Generalist Practice*, Chicago, Nelson Hall Publishers.
- Atagün, M. İ. vd., (2011). Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3 (3), 513-552.
- Bağ, B. (2012a). Almanya Örneğinde Sağlık Sisteminde Palyatif Bakım Uygulamaları. *Türk Onkoloji Dergisi*, 27 (3), 142-149.
- Bağ, B. (2012b). Hospis ve Hospiste Ölüme Hazırlanma. *Akademik Geriatri Dergisi*,4 (3),120-125.
- Baltaş, Z. (2000). Sağlık Psikolojisi: Halk Sağlığında Davranış Bilimleri. *Remzi Kitabevi*, İstanbul, 133-165.
- Barker, R. (1999). *Social Work Dictionary (3rd Edition)*, Washington DC: NASW Press.
- Centeno, C., vd. (2007). Facts and Indicators on Palliative Care Development In 52 Countries of the Who European Region: Results of an EAPC Task Force. *Palliat Med*. 21(6),463-471.
- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38 (5), 300-314.
- Cowles, L. A. (2003). *Social Work in the Health Field - A Care Perspective*. New York: Routledge.
- Crothers, M. K., Tomter, H. D. ve Garske, J. P. (2005). The Relationships Between Satisfaction with Social Support, Affect Balance, and Hope in Cancer Patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 23 (4), 103- 118.
- Çam, O. ve Babacan Gümüş, A. (2006). Meme Kanserli Kadınlar için Duygusal Destek Odaklı Hemşirelik Girişimleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10 (3), 52-60.

- Çiçek, Z. (2012). Parkinson Hastası Bireye Bakım Verenlerin Algıladıkları Sosyal Destek ile Bakım Yükünün İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir.
- Danış, M. Z. (2007). Sosyal Hizmet Mesleği ve Disiplininde Sosyal Politikanın Yeri ve Önemi. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 18 (2), 51-64.
- Danış, M. Z. ,Karataş, K. ve Şahin, M. C. (2008). Reflections of Neo-Liberal Policies on Health Care Field and Social Work Practices Directed Towards the Empowerment of Person with Chronic Illness and His/Her Family in the Globalization Process. *World Applied Sciences Journal*, 5 (2),224-235.
- Danış, M. Z. ve Sülü, C. (2016). Modernleşme Sürecinde Aile ve Sosyal Hizmet: Güçlendirme Yaklaşımını Perspektifinden Yapısal Bir Analiz. *Tarih Okulu Dergisi*, 25 (9), 215-230.
- Dedeli, Ö., Fadiloğlu, Ç. ve Uslu, R. (2008). Kanserli Bireylerin Fonksiyonel Durumları ve Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 23 (3), 132-139.
- Denney, D. (1998) *Social Policy and Social Work*, New York, Oxford University Press.
- DSÖ. (2019). Definition of Palliative Care 2002. Erişim adresi <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Erişim tarihi:17.01.2019
- Duyan, V. (2003). Hastaların Karşılaştığı Sorunlar ve Çözümleri Odağında Tıbbi Sosyal Hizmet. *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 25 (4), 39- 44.
- Faguet, G. B. (2005). *The War on Cancer: An Anatomy of Failure, A Blue Print For The Future*. Netherlands: Springer.
- House, J. S., Landis, K. R. ve Umberson, D. (1988). Social Relationships and Health. *Science*, 29 (241), 540-545.
- Hudson, P. ve Paynem, S. (2009).The Future of Family Caregiving: Research, Social Policy and Clinical Practice. (In: Hudson, P., Payne, S., Editors). *Family Carers In Palliative Care: A Guide for Health and Social Care Professionals*. Oxford: Oxford University Press, 277-303.
- Işıkhan, V.(2007). Kanser ve Sosyal Destek. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, (18)1, 15-29.
- Işıkhan, V.(2008). Terminal Dönemdeki Kanser Hastalarının Ölüm Yeri Tercihleri. *Türk Onkoloji Dergisi*, (23)1, 34-44.
- Jackson, A., Eve, A., (1999). Hospice and Palliative Care Services In The United Kingdom and Republic of Ireland. *Hospice Information Service At St. Christophers*, 21-26.
- Kabalak, A. A., Öztürk, H., ve Çağlı, H.(2013).Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu; Palyatif Bakım. *Yoğun Bakım Dergisi*, 11 (2), 56-70.
- Kabalak, A. A. (2014).Türkiye’de Palyatif Bakım; Güncel Gelişmeler, Gereksinimler. *Anestezi Dergisi*, 22(3), 121-123.)

- Kaçmaz, N., Yıldırım, N. ve Özkan, M.(2015). Kanser Hastalarının Yakınları/Bakım Vericileri: Yaşadıkları ve Gereksinimleri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 31(2), 98-112.
- Kaşıkçı, M., Çoban, G., Ünsal, A., Avşar, G.(2009).Üniversite Son Sınıf Öğrencilerinde Aileden ve Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek ve Benlik Saygısı. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 17(3),158-165.
- Kaya, A.(2015).Türkiye’de ve Dünya’da Palyatif Bakım. Acıbadem Hemşirelik Dergisi, 82.
- Kıvanç, M. M. (2017).Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetleri. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 4(2),132-135.
- Kızılcı, S. (1997). Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, 3-5.
- Lorenz, K. A. vd.(2008). Evidence for Improving Palliative Care at the End of Life: A Systematic Review. Ann Intern Med, 148 (2), 147-159.
- Mahon, N. E., Yarcheski, A. ve Yarcheski, T. J. (1998). Social Support and Positive Health Practices In Young Adults: Loneliness as a Mediating Variable. Clinical Nursing Research, 7(3), 292-308.
- Mavi, K. (2017). Palyatif Bakım Sürecinde Verilen Hizmetin Hasta Yakınları Tarafından Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı, Trabzon, Türkiye.
- McMillan, S. C. ve Small, B. J. (2002). Symptom Distress and Quality of Life in Patients with Cancer Newly Admitted to Hospice Home Care. Oncol Nurs Forum. 29 (10), 1421-1428.
- Meghani, S. H.(2004). A Concept Analysis of Palliative Care in the United States. J.Adv.Nurs. 46 (2), 152-161.
- Özden, S. ve Özcan, E. (2017). Tıbbi Sosyal Hizmet, Ankara, Nobel Yayıncılık.
- Özkan, S. (2011).Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı’nda Palyatif ve Yaşam Sonu Bakımı. Selçuk Tıp Dergisi. 28 (1), 69-74.
- Rice, R.(2006). Home Care Nursing Practice: Concepts and Application. USA, Elsevier Press.
- Rokach, A., Findler, L., Chin, J., Lev, S. ve Kollender, Y. (2012). Cancer Patients, Their Caregivers and Coping with Loneliness. Psychology, Health & Medicine, 18 (2), 135- 144.
- Saunders, D. C. (2001). Social Work and Palliative Care-The Early History. British Journal of Social Work 31 (5), 791-799.
- Savcı, A. B. (2006). Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesini ve Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Erzurum.

- Sepulveda, C., Marlin, A., Yoshida, T., Ulrich, A. (2002). Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective. *J Pain Symptom Manage*, 24 (2), 91-96.
- Simkiss, D. (2003). Palliative Care For Children. *Journal of Tropical Pediatrics*, 49 (6), 324-325.
- Şahin, F. (2001). Sosyal Hizmette Güçler Perspektifi ve Çözüm Odaklı Mülakat. *Aile ve Toplum Dergisi*, 1 (4), 59-73.
- Şen, S., Aygin, D. ve Sert, H.(2016).Palyatif Onkolojik Tedaviler ve Bakım.Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(1),21-35.
- Torre, L. A. vd. (2015). Global Cancer Statistics, 2012. *Ca Cancer J Clin*, 65 (2), 87-108.
- Tuncay, T. (2009). Genç Kanseri Hastalarının Hastalık Anlatılarının Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 20(2), 69-87.
- Tuncay, T. (2010). Kanseriyle Baş Etmede Destek Grupları. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 21(1), 59-71.
- Tuncay, T. (2013). Yaşam Sonu Bakımda Sosyal Hizmet Uzmanının Rollerini. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, (24)2, 145-153.
- Turgay, G. (2010). Sağlık Personelinin Palyatif Bakıma İlişkin Görüşleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Türk Dil Kurumu Sözlüğü (2019). Erişim adresi  
[http://tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_karsilik&arama=kelime&guid=TDK.GTS.557053d4d9](http://tdk.gov.tr/index.php?option=com_karsilik&arama=kelime&guid=TDK.GTS.557053d4d9)
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2013, Nisan 16 ). Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2010, 2011 ve 2012. Erişim Adresi:<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15847> Erişim tarihi:17.01.2019.
- Ulstein, I., Wyller, T. B. ve Engedal, K. (2007). High Score on the Relative Stress Scale, a Marker of Possible Psychiatric Disorder in Family Carers of Patients with Dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22 (3), 195-202.
- Utlı, G. (2015). Kanseri Hastalarında Palyatif Bakım ve Destek Servisinde Narkotik Analjezik Kullanımı. Tıpta Uzmanlık Tezi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, İzmir.
- Wells, R., Dywan, J. ve Dumas, J. (2005). Life Satisfaction and Distress In Family Caregivers as Related to Specific Behavioural Changes After Traumatic Brain Injury, *Brain Injury* 19 (13), 1105-1115.