

Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Organizasyonuna Yönelik Bir Değerlendirme

An Assessment on the Organization of Palliative Care Services in Turkey

Gülay EKİNCİ¹, Rukiye Pınar BÖLÜKTAŞ²

ÖZ

Amaç: Palyatif bakım; tedavisi olmayan ya da uzun süreli tedaviye ihtiyaç duyulan kronik hastalıklarda, bireyin mevcut hastalıkla uyumunu sağlayarak yaşam kalitesini optimal düzeye çıkarmaya ve/veya optimal düzeyde idamesini sağlamaya dönük çabalar bütünüdür. Bu çalışma ile palyatif bakım ile ilişkili uluslararası düzenlemelerde yer verilen öneriler ile ülkemizde mevcut mevzuat çerçevesince yürütülmeye çalışılan palyatif bakım hizmetlerine ait değerlendirmenin yapılması ve gereksinimler çerçevesince bir model önerisinde bulunulmaya çalışılacaktır.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma ile palyatif bakım hizmetlerine ait mevcut durumun yorumlanması amaçlandığı için nitel araştırma türlerinden durum çalışması ile desenlenmiştir. Araştırmada veri toplama yöntemi olarak doküman analizi kullanılmıştır. Bu araştırmada “Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” ile Dünya Sağlık Örgütü’nün “Palyatif Bakımın ve Semptomların Giderilmesinin Temel Sağlık Hizmetlerine Entegre Edilmesi: Planlayıcılar, Uygulayıcılar ve Yöneticiler İçin Bir Kılavuz” resmi belgeleri kullanılarak değerlendirme yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmaların değerlendirilmesinde kullanılan alt başlıklar politika/yasal düzenlemeler, eğitim, hizmet sunumu, ilaç yönetimi, araç/ekipman yönetimi, insan kaynakları yönetimi, hizmete erişim, yasal yükümlülükler ve çıktılar kapsamında değerlendirilecektir. Bu kapsamda yazar tarafından dokuz ana başlıkta toplamda yirmi dört alt gösterge belirlenmiştir. Belirlenen 24 alt göstergenin %54’üne kısmen ya da tamamen uyum sağlandığı, %25’inde uyumsuz olduğu, %21’inde ise belirsizlik tespit edilmiştir.

Sonuç: Çalışmadan elde edilen sonuçlar ışığında, palyatif bakım hizmetlerinin uluslararası düzenlemelerde önerilen veriler ile mevcut ulusal mevzuatımız değerlendirildiğinde palyatif bakım hizmetlerinin işleyişinin büyük ölçüde önerilen standartlara uygun olmadığı; hizmetin geliştirilmesine yönelik ulusal düzenlemelerin ivedilikle ele alınıp plan ve programların hayata geçirilmesi önerilir.

Anahtar kelimeler: Palyatif Bakım Hizmetleri, Organizasyon, Göstergeler

ABSTRACT

Purpose: Palliative care is a set of efforts aimed at increasing the quality of life to the optimal level and/or ensuring its maintenance at the optimal level by ensuring the adaptation of the individual with the existing disease in chronic diseases that do not have palliative care treatment or that require long-term treatment. With this study, it will be tried to evaluate the palliative care services that are tried to be carried out within the framework of the current legislation in our country, with the recommendations included in the international regulations related to palliative care, and propose a model within the framework of the requirements.

Geliş Tarihi/Received: 05.07.2022 **Kabul Tarihi/Accepted:** 25.10.2022 **Çevrimiçi Yayın Tarihi/Available Online Date:** 28.02.2023

Doi: 10.57224/jhpr.1140949

¹ Assistant Professor, Department of Health Management, Faculty of Health Sciences, Istanbul Sabahattin Zaim University, Istanbul, Turkey, gulay.ekinci@izu.edu.tr ORCID: 0000-0003-4773-4821

²Professor, Department of Health Management, Faculty of Health Sciences, Istanbul Sabahattin Zaim University, Istanbul, Turkey, rukiye.boluktas@izu.edu.tr ORCID: 0000-0002-1281-0276

Sorumlu yazar/Correspondence: Gülay EKİNCİ, gulay.ekinci@izu.edu.tr

Cite this article as: Ekinci G, Bölüktaş RP. An Assessment on the Organization of Palliative Care Services in Turkey. J Health Pro Res 2023;5(1): 19-27.

Method: Since this research aims to interpret the current situation of palliative care services, it was designed with a case study, one of the qualitative research types. Document analysis was used as a data collection method in the research. In this study, an evaluation was made using the official documents of the "Directive on the Practice Procedures and Principles of Palliative Care Services" and the World Health Organization's "Integrating palliative care and symptom relief into primary health care services: a guide for planners, practitioners, and administrators".

Results: The subtitles used in the evaluation of the studies will be evaluated within the scope of policy/legal regulations, education, service delivery, drug management, vehicle/equipment management, human resources management, access to service, legal obligations and outputs. In this context, a total of twenty-four sub-indicators were determined by the authors under nine main headings. It was determined that 54% of the 24 sub-indicators were partially or completely compliant, 25% were inconsistent, and 21% were uncertain.

Conclusion: In the light of the results obtained from the study, when the data suggested in the international regulations and our current national legislation are evaluated, the operation of palliative care services is not in accordance with the recommended standards to a large extent; it is recommended that national regulations for the development of the service be urgently addressed and plans and programs implemented.

Keywords: Palliative Care Services, Organization, Indicators

Giriş

İngilizce terminolojide hafifletici, yatıştırıcı, geçici çare anlamında kullanılan “Palliative” sözcüğü kökeni Latinceye dayanan kapsayıcı, koruyucu anlamında kullanılan “Palliate (Palliare)” kelimesine dayanmaktadır (1). Sözcük yapısı itibarıyla “Palyatif” kelimesi “bakım” süreci ile ilişkilendirildiğinde bireyin yaşadığı süregelen bir hastalığın sürecine ait sorunların hafifletilmesi, yatıştırılması anlamına gelmekte; kronik ve uzun süreli bakım ihtiyacı duyulan hastalıkların tamamen tedavi edilip ortadan kaldırılmasından ziyade hastalığa ait sürecin etkin şekilde yönetilmesine işaret eden bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Palyatif bakım; yaşamı tehdit eden ya da sınırlayan, ilerleyici/tedavisi olmayan hastalıkların tanı sürecinden başlayan, bireyin yaşam kalitesini artırmayı, ıstırapı azaltmayı ve/veya dindirmeyi, hastalık sürecinde ortaya çıkabilecek semptomları hafifletme/yönetmeye dönük, fiziksel-psikososyal ve spiritüel boyutları olan, birey ve aile merkezli bir bakımdır (2, 3).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) palyatif bakımı; yaşamı tehdit eden hastalıklarla ilişkili sorunlarla karşı karşıya kalan yetişkin ve çocuk hastaların ve ailelerinin acılarının önlenmesi ve bu acıların giderilmesi olarak tanımlamaktadır (4).

Palyatif Bakım Hizmetlerinin 1850’lerde Fransa’da sunulmaya başladığı, modern anlamda ise İngiltere’de St. Christopher’s Hospis adı altında Cicely

Saunders tarafından Londra’da 1967’de başlatılmış, tarihte ilk palyatif bakım ünitesi Kanada Montreal’de Royal Victoria Hastanesi’nde 1975 yılında hizmete sunulmuştur (5).

Palyatif bakım hizmetleri, 1990 yılı başlarından itibaren İngiltere, Kanada ve İskandinav ülkeleri gibi gelişmiş ülkelerde hızlı bir gelişme sürecine girmiştir (6).

Tarihimizde ilk hospis mantığı ile kurulan kurum; 1896 yılında yaşlı ve yoksullara yönelik hizmet veren Darülaceze olarak kabul edilmektedir (7). Daha sonra 1993-1997 yılları arasında hizmet veren ve Türk Onkoloji Vakfı tarafından kurulan bakımevi modern anlamdaki ilk kurum olarak kabul edilmektedir (8). Sağlık Bakanlığı düzeyinde ilk çalışmalar ise 2009-2015 Ulusal Kanser Kontrol Programında tanımlanan palyatif bakım hizmetleri ise PALLİA-TURK projesi kapsamında palyatif bakım ünitelerinin kurulmasını hızlandırmıştır (9). Akabinde 2014 yılında Palyatif bakım hizmetlerine yönelik mevzuat hazırlanmış ve palyatif bakım hizmetlerinin sosyal güvenlik kapsamına alınması sağlanmıştır.

Ülkemizde palyatif bakım hizmetlerine ait “Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” yayınlanmıştır (10). Bu mevzuat ile palyatif bakım hizmetlerinin sunulması amacıyla palyatif bakım merkezlerinin kurulum ve işleyişi bakımından sahip olması gereken fiziki şartlar, merkezde bulundurulması gereken araç,

gereç ve personelin asgari standardı, hizmette görev alacak personelin görev yetki ve sorumlulukları ile uygulamanın süreçlerine ait denetime ilişkin usul ve esaslar belirlenmiştir.

DSÖ, palyatif bakım hizmetlerini geliştirme hususunda kavramsal model oluşturmuştur. Önerilen model, sağlıkla ilgili ciddi acı çeken kişilere optimal palyatif bakım sağlamak için gereken altı temel bileşeni vurgulamaktadır: (i) palyatif bakımla ilgili sağlam sağlık politikaları; (ii) temel palyatif bakım ilaçlarının kullanımı; (iii) entegre sağlık hizmetleri içinde palyatif bakımın sağlanması; (iv) palyatif bakım sağlayan sağlık çalışanları ve gönüllüler için eğitim ve öğretim; (v) yetkilendirilmiş insanlar ve topluluklar; ve (vi) palyatif bakımla ilgili araştırmalar önerilmiştir (11). Bu mihvalde bu çalışma ile uluslararası bu düzenlemede yer verilen öneriler ile ülkemizde mevcut mevzuat çerçevesince yürütülmeye çalışılan palyatif bakım hizmetlerine ait değerlendirmenin yapılması ve gereksinimler çerçevesince bir model önerisinde bulunulmaya çalışılacaktır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Modeli

Bu araştırma ile palyatif bakım hizmetlerine ait mevcut durumun yorumlanması amaçlandığı için nitel araştırma türlerinden durum çalışması ile desenlenmiş, verilerin toplanmasında doküman analizi yöntemi kullanılmıştır.

Nitel araştırmalar, olay ve olguların gerçekleşme anına ilişkin derin analizler ve araştırmacının özel betimlemelerini sıklıkla içerirler (12). Doküman analizi; araştırma konusu hakkında oluşturulan çeşitli belge, yazı, yapım veya kalıntıların toplanması ve incelenmesi olarak kabul edilmektedir (13).

Bu araştırmada “Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” ile Dünya Sağlık Örgütü’nün “Palyatif Bakımın ve Semptomların Giderilmesinin Temel Sağlık Hizmetlerine Entegre Edilmesi: Planlayıcılar, Uygulayıcılar ve Yöneticiler İçin Bir Kılavuz” resmi belgeleri kullanılarak değerlendirme yapılacaktır (14).

Kodlama Sistemi ve Analiz

Doküman analizi yapılırken; (i) uygun dokümanların bulunması, (ii) dokümanların orijinalliğinin kontrol edilmesi, (iii) kodlanması ve kataloglama konusunda bir sistematik oluşturulması ve (iv) veri analizinin yapılması

(içerik analizi yapılması) sıralamasına uyulur (15). Çalışmada işlem için mevcut yönerge ile DSÖ’nün kılavuzu çerçevesince palyatif bakım hizmetlerinin organizasyonuna yönelik öneriler alt başlıklarda kodlanmıştır ve bu kodlamalar çerçevesince analiz yapılmıştır.

Çalışmaların değerlendirilmesinde 9 (dokuz) alt başlık (kategori) belirlenmiştir. Bu kategoriler; (i) politika/yasal düzenlemeler, (ii) eğitim, (iii) hizmet sunumu, (iv) ilaç yönetimi, (v) araç/ekipman yönetimi, (vi) insan kaynakları yönetimi, (vii) hizmete erişim, (viii) yasal yükümlülükler ve (ix) çıktılar kapsamında değerlendirilecektir. Bu kapsamda yazar tarafından dokuz kategoride toplamda yirmi dört alt gösterge belirlenmiştir. Bu göstergelerin 17’si (onyedi) DSÖ Kılavuzundan, 7’si (yedi) ise yazarlar tarafından önerilmiştir. DSÖ kılavuzu ve yazar tarafından önerilen göstergeler; var, yok, kısmen, belirsiz olarak değerlendirilmiş ve tabloya işlenmiştir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma değerlendirme için belirlenen dokümanlar ile sınırlıdır.

Yayın Etiği Beyanı

Bu çalışmanın tüm süreçlerinde bilimsel ve etik kurallara uyulmuştur. Çalışmada etik kurul onayı gerektirecek şekilde veri toplanmadığından etik kurul onayına ihtiyaç bulunmamaktadır.

Bulgular

Palyatif bakım hizmetlerine ait kategoriler ve her kategoriye ait göstergeler hazırlanmış ve bu göstergeler çerçevesince Palyatif Bakım

Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönergenin içerik değerlendirmesine ait sonuçlar Tablo 1’de gösterilmiştir.

DSÖ kılavuzu ile politika başlığı altında beş gösterge üzerinden yapılan değerlendirmede mevcut yönerge ile yasal düzenlemenin sağlandığı, sosyal güvence teminatının ise hastane/kurumsal düzeyde sağlandığı, ev ortamındaki bakımın teminat dışında olduğu ve opioid ilaç düzenlemesine yer verilmediği anlaşılmaktadır. Ayrıca mevcut mevzuat palyatif bakım hizmetlerinin özel ya da kamu eliyle kurum temelli yapılmasını öngörmekte; toplum temelli yaklaşım aile hekimleri ve evde sağlık merkezleri ile sınırlandırılmaktadır.

Tablo 1. Palyatif Bakım Hizmetlerine Ait Göstergeler

| | Kategori | Göstergeler | DSÖ Klavuzu | Yönerge |
|---|---------------------------|---|-------------|----------|
| 1 | Politika | Stratejik Plan/Program | ✓ | Kısmen |
| | | Yasal düzenleme | ✓ | ✓ |
| | | Sosyal güvence teminatı (hastane) | ✓ | ✓ |
| | | Sosyal güvence teminatı (ev bakımı) | ✓ | Yok |
| | | Opioid reçetesine ait düzenleme | ✓ | Yok |
| 2 | Eğitim | Resmi eğitim politikasının varlığı (Tıp Fakültesi Düzeyinde) | ✓ | Yok |
| | | Resmi eğitim politikasının varlığı (Hemşirelik, eczacılık vd. sağlık profesyonelleri düzeyinde) | ✓ | Yok |
| 3 | Hizmet sunumu | Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında | ✓ | Kısmen |
| | | İkinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında | YTÖ | ✓ |
| | | Üçüncü basamak sağlık hizmetleri kapsamında | YTÖ | ✓ |
| | | Ev ortamı | ✓ | Yok |
| | | Palyatif Bakım Merkezleri | YTÖ | ✓ |
| 4 | İlaç yönetimi | Hastalık başına opioid tüketimi | ✓ | Belirsiz |
| | | DSÖ'nün önerdiği palyatif bakım temel ilaçları | ✓ | Kısmen |
| | | Oral morfin stoğu | ✓ | Belirsiz |
| 5 | Araç/ekipman yönetimi | Nakil araçlarının yönetimi | ✓ | ✓ |
| | | Tıbbi cihazların yönetimi | YTÖ | Belirsiz |
| | | Tıbbi sarf malzemelerin yönetimi | YTÖ | Kısmen |
| 6 | İnsan kaynakları yönetimi | Hizmet kapsamına göre insan kaynakları tanımlanması | ✓ | Kısmen |
| 7 | Hizmete erişim | Hizmete kabul/red kriterlerinin varlığı | YTÖ | Kısmen |
| 8 | Yasal yükümlülükler | Hasta ve yakınlarının hakların ve sorumlulukların tanımlanması | ✓ | Kısmen |
| 9 | Çıktılar | Ölüm anında palyatif bakıma erişimi olan hasta % | ✓ | Belirsiz |
| | | 100.000 kişi başına palyatif bakım alan hasta sayısı | ✓ | Belirsiz |
| | | Hizmet Kalite Standartlarının Varlığı | YTÖ | Yok |

Kaynak: Yazarlar tarafından hazırlanmıştır.
*YTÖ: Yazarlar tarafından önerilmiştir.

Yine yönetim ve organizasyonu sağlamaya dönük sorumluluk ise hekim üzerinden ele alınmaktadır. Hizmet sunumunda yönerge hastane temelli organizasyona işaret ederken; ev temelli bakım hizmetine evde bakım kapsamında ve aile hekimliği düzeyinde kısmen değinilmiştir. Sivil toplum kuruluşları, gönüllü

dernekler gibi oluşumlara yönelik düzenlemelere yer verilmemiştir. İlaç yönetiminde ilaçların sağlık raporu ile temini önerilmiş, ilaçların nev'i konusu açıklanmamıştır. Araç ve ekipman yönetimi açısından hastaların ulaşım ve nakil işlemlerinde kullanılmak üzere araç tahsisine

yer verilmiş; palyatif bakımda ihtiyaç duyulacak tıbbi cihaz ve ekipmanın tarifi kurumsal düzeyler için ele alınmış; ev ortamında bu cihazların kullanımına ve tedarikine yönelik bilgiye yer verilmemiştir.

İnsan kaynakları kapsamında planlamada sorumlu tabip, yönetici ve diğer personel şeklinde değerlendirme yapılmış; hizmet kapsamının gerektirdiği personel özelliklerine detaylı yer verilmemiş; konunun palyatif bakım alanında eğitimin/tecrübenin varlığı dikkate alınmadan sağlık profesyonelleri arasında genel görevlendirmeler ile ekibin oluşturulması önerilmiştir.

Palyatif bakım hizmetlerine kabul/ret kriterlerinin varlığı DSÖ kılavuzunda belirtilmemesine rağmen, mevcut mevzuatta kısmen yer almakta ayrıca palyatif bakım hizmetlerine hasta kabulünde evde bakım hizmetlerinin yönlendirmesine vurgu yapılarak bu konuda net bir açıklama yer almamaktadır.

Yasal yükümlülükler hususunda ise hastaların hak ve sorumluluklarına hasta hakları mevzuatına atıf yapılarak değinilmiştir.

Çıktılar hususunda ise palyatif bakım hizmetlerine ait kayıtların tutulması ve istatistiki değerlendirmelerin yapılması belirtilmiş ancak hizmetin değerlendirmesine yönelik hizmet kalite standartlarına yer verilmemiştir.

Tartışma ve Öneriler

Sağlık hizmetleri; geniş anlamda bireyin yaşam sürecinin tüm evrelerinde (hasta, özürlü, yaşlı, bebeklik, doğum) sağlığı koruma ve geliştirme, lüzum halinde tanı koyma ve tedavi etme amacıyla tıbbi, psiko-sosyo-ekonomik ve rehabilitasyon hizmetlerini içeren, ev ya da kurumsal ortamda ve farklı düzeylerde sunulan çok boyutlu bir kavramdır. Bu mihvalde palyatif bakım hizmetlerini bireyin sahip olunan süregelen bir hastalıkla yaşama uyum sürecini sağlamada ihtiyaca yönelik verilen sağlık hizmetleridir. Palyatif bakım hizmetleri tıbbi, psiko-sosyo-ekonomik ve rehabilitasyon hizmetlerini içermekte ve ev ya da kurumsal ortamda ve farklı düzeylerde sunulan interdisipliner ve multidisipliner bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Palyatif bakım hizmetleri için tanımlanan temel boyutlar 4 başlıkta ele alınır; (i) hastalığa ait semptomların kontrolü, (ii) psikolojik, ruhsal ve duygusal/manevi destek sağlanması, (iii) hastaların aileleri ve yakınları için destek

sağlanması ve (iv) süreç sonundaki yas desteğinin verilmesi. Bu boyutlar çerçevesince palyatif bakım hizmetlerinin hizmet kapsamına göre önerilen sınıflandırma Şekil 1'de gösterilmiştir.

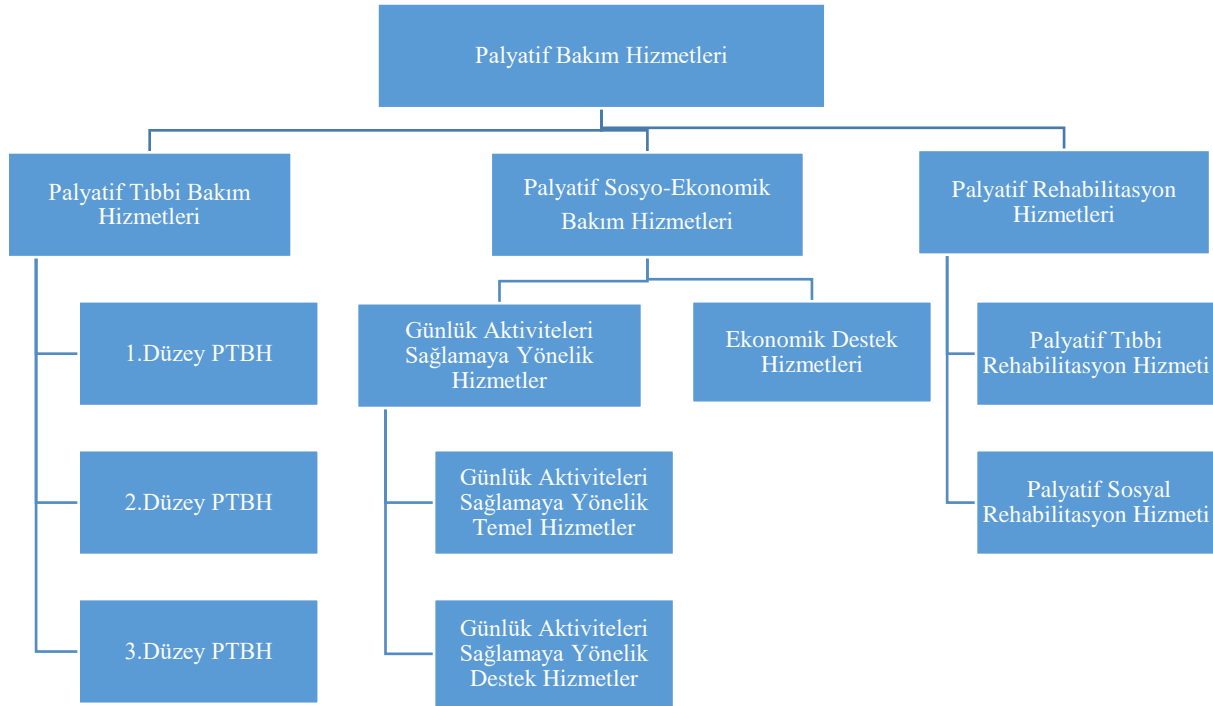
Birinci düzey palyatif tıbbi bakım hizmeti:

Birinci düzey tıbbi bakım hizmeti; bireyin birinci basamak sağlık hizmetleri içindeki teşhis ve tedavisinin sağlandığı, koruyucu sağlık hizmeti odaklı hizmet türüdür (16). Birinci düzey bakım hizmetlerinde, daha düşük düzey teknolojiye ihtiyacın duyulduğu/duyulmadığı, tıbbi bilginin daha az kullanıldığı ve koruyucu sağlık hizmetleri hususunda temel düzeyde eğitim almış tek uzmanlı (hekim, hemşire) ya da uzman olmayan kişilerle (hasta yakını, bakım görevlileri gibi...) yürütülebilen hizmetlerdir (16). Bu hizmetlerin odağında hasta yer almaktadır. AIDS ya da ilaçla tedavisi mümkün olmayan tüberküloz hastalığı tanısı alan bireyin ihtiyacı olan temel düzeydeki sağlık hizmetleri birinci düzey palyatif bakım hizmetlerine örnek verilebilir. Bu aşamada bireye hastalık tanımlanmıştır ve süreç ayaktan takip şeklinde hastalıkla ilgili semptomların kontrolü, hastalığın seyrinin izlenmesi, rutin kontrol ve tahlillerin yapılmasını, reçetelerin düzenlenmesi, beslenmenin desteklenmesi koruyucu önlemlerle bir arada yürütülmektedir. Bu aşamada bireyin ihtiyaç duyacağı psiko-sosyo-ekonomik hizmetler ile rehabilitasyon hizmetleri ile de desteklenmektedir. Literatürde toplum temelli palyatif bakım hizmeti bu düzeye işaret etmektedir.

İkinci düzey palyatif tıbbi bakım hizmeti:

İkinci düzey tıbbi bakım hizmeti; bireyin ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri içindeki teşhis ve tedavisinin profesyonel bir ekip ve hasta yakınlarının katılımı ile ev ya da kurumsal ortamda sağlandığı hizmetlerdir (16). İkinci düzey tıbbi bakım hizmetleri tıbbi bilgi gerektiren ancak teknolojinin daha az kullanıldığı, sunulan bakım hizmetinde uzmanlaşmanın görüldüğü, tek uzmanlı grup çalışması şeklinde yürütülen hizmet türüdür (16). Bu hizmetlerin sunumunda hasta, yakını/yakınları ve sağlık ekibi ön plandadır. Karaciğer kanseri tanısı alan ve nihayetinde organ nakli geçiren bireye ait süreç ikinci düzey palyatif bakım hizmetlerine örnek verilebilir. Bu aşamada bireyin hastalıkla ilgili tedavisi gerçekleştirilmiş; ağrı ve diğer semptomların ailenin katılımı ile profesyonel şekilde ev ile

kurumsal düzeyde (hastane vb.) dönüşümlü şekilde yönetildiği süreçtir.



Şekil 1. Palyatif Bakım Hizmetlerinin Hizmet Kapsamına Göre Sınıflandırması (Yazarlar tarafından “Ekinci ve Sur, 2012. Türkiye’de Evde Bakım Hizmetlerinin Yönetimi ve Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi” başlıklı yayından faydalanarak hazırlanmıştır (15)).

Bu aşamada birey ve ailesinin ihtiyaç duyacağı psiko-sosyo-ekonomik hizmetler ile rehabilitasyon hizmetleri ile de desteklenmektedir.

Üçüncü düzey palyatif tıbbi bakım hizmeti: Üçüncü düzey tıbbi bakım hizmetleri; bireyin ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri içindeki teşhis, tedavisinin profesyonel bir ekip ile hasta yakınlarının katılımının da sağlanarak ev ya da kurumsal ortamda yürütüldüğü hizmetlerdir (16). Üçüncü düzey tıbbi bakım hizmetinin ikinci düzey tıbbi bakım hizmetinden farkı; uygulamada yoğun bilgi gerektirmesi, tanı ve tedavi süreçlerinde yüksek tıbbi teknolojilerin kullanılması, tedavi ve bakımın çok uzmanlı ekip çalışması şeklinde yürütülmesidir (16). İleri evre kanser tanısı alan hastaya ait bakım süreci örnek verilebilir. Bu aşamada bireyin hastalıkla ilgili tanısı konmuş, tedavi süreci gerçekleştirilmiş ancak hastalığın seyrinin kötü ilerlemesi nedeniyle gelişen ağrı ve semptomların yönetiminin bu alanda

profesyonel eğitim almış sağlık profesyonellerince ve ailenin katılımı ile sağlandığı, yaşam sonu bakım/terminal dönemin ev ya da kurumsal düzeyde (palyatif bakım üniteleri vb.) dönüşümlü şekilde yönetildiği bakım hizmetleridir. Bu aşamada birey ve ailesi, ihtiyaç duyacağı psiko-sosyo-ekonomik hizmetler ile rehabilitasyon hizmetleri ile de desteklenmektedir.

Ev temelli ya da hastane temelli palyatif bakım hizmetleri ikinci ve üçüncü düzey palyatif bakım hizmetleri içinde değerlendirilmektedir. Bu tür hizmetlerde, hasta ve yakınları 24 saat süreyle palyatif bakım desteği alabilmektedir.

Sosyo-ekonomik hizmetler bireyin günlük ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik olarak bireyin yaşam ortamının iyileştirilmesi; birey ve ailesinin yaşam kalitesinin iyileştirilip geliştirilmesi ve lüzum halinde ekonomik destek hizmetlerinin sağlanmasına yönelik faaliyetler bütünüdür (16). Sosyal bakım hizmetleri teknik olarak yemek yeme, banyo,

tuvalet, giyinme, soyunma, hareket etme gibi Günlük Yaşam Aktivitelerini Sağlamaya Yönelik Temel Hizmetler ile günlük ev işlerinin yapılması, yemek hazırlama ve alışveriş gibi Günlük Yaşam Aktivitelerini Sağlamaya Yönelik Yardımcı Hizmet desteğini içermektedir (16, 17).

Palyatif bakımda rehabilitasyon hizmetleri kapsamında bireyin bedenen ya da ruhen başkalarına bağımlı olmadan ya da bağımlılıklarının azaltılması/desteklenerek yaşamlarını sürdürmeleri amacıyla yapılan çalışmalardır. Palyatif bakım hizmetlerinin sosyal bakım hizmetlerini ile tıbbi bakım süreçlerini bir arada buldurması nedeniyle sınıflandırma iki kategoride yapılmıştır. Tıbbi rehabilitasyon hizmetleri bireyin fiziksel ya da ruhsal durumunun tıbbi müdahaleler ile desteklenmesi sürecidir. Bu kapsamda solunum yetmezliği durumunda solunum rehabilitasyonu verilmesi ya da birey ve ailenin hastalık sürecini kabul ve uyum sağlamasını destekleme amacıyla psikoterapi ve aile terapisi vb. uygulamaları içerir. Sosyal rehabilitasyon hizmetleri ise bireyin ihtiyaç duyduğu sosyal faaliyetlerin gerçekleştirilmesine yönelik faaliyetlerdir (16). Örneğin lösemi hastası çocuğun eğitim talebinin yerine getirilmesi için okul hizmetleri, özel uğraşı-hobi hizmetleri ile bireyin desteklenmesi gibi.

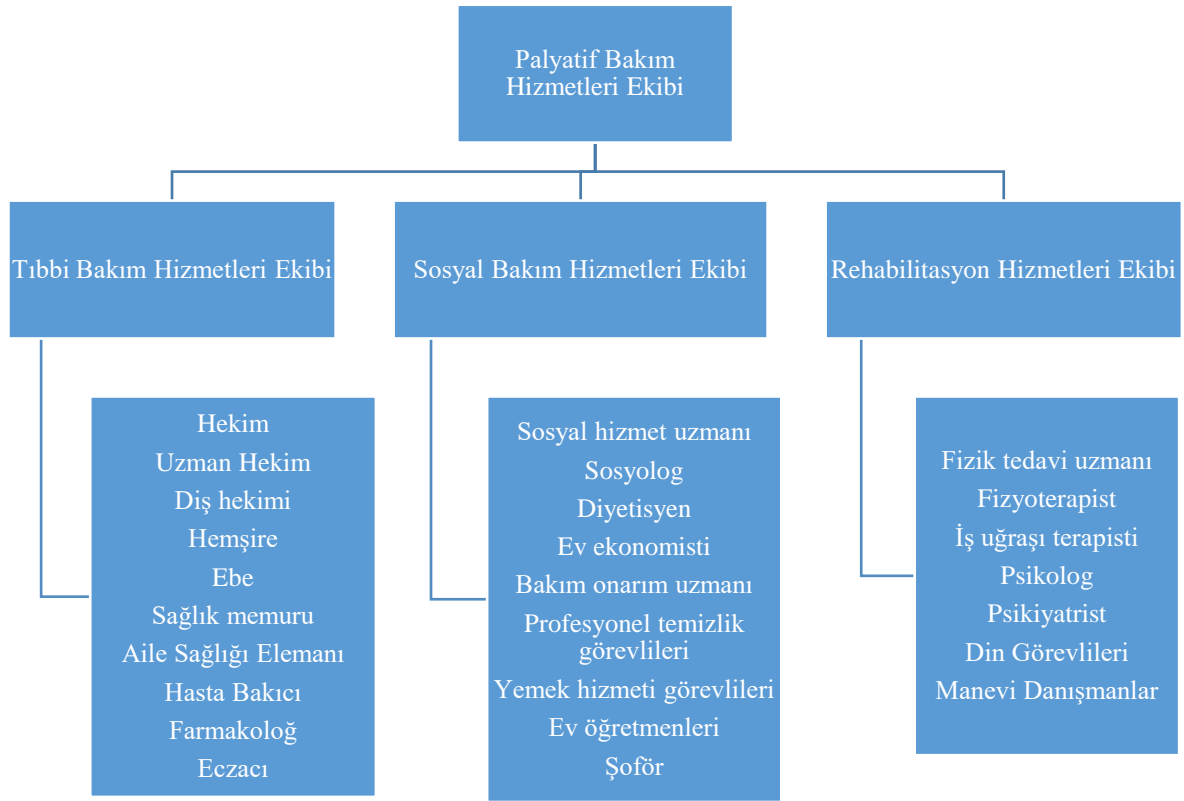
Temel boyutlar itibariyle hizmet kapsamına göre yapılan değerlendirmede ihtiyaç duyulan tıbbi, sosyal, ekonomik ve rehabilite edici hizmetlerin yürütümü farklı sektörlerin katılımını (multidisipliner yaklaşım) ifade eder. Tıbbi hizmetler sağlık otoritelerinin sorumluluğunda iken; sosyo-ekonomik ve rehabilite edici hizmetler belediyeler, sivil toplum kuruluşları, dernek ve vakıf gibi oluşumların katılımını zorunlu kılmaktadır. Bu nedenle palyatif bakım hizmetlerinin organizasyonunda farklı sektörler arası işbirliğinin tek bir merkezden sağlanarak yürütülmesi önem arz etmektedir. Bir palyatif bakım hastasına ait bakım sürecinde hastaya ait tüm bilgilerin palyatif bakıma özgü oluşturulacak bir yazılım üzerinden yürütülmesi, hastaya ait ihtiyaçların yönetiminde etkinliği sağlayacaktır. Yapılan değerlendirmeler sonucunda ülkemizde palyatif bakım hizmetlerinin toplum temelli inşasının sağlanmasında Aile Sağlığı Merkezlerinde oluşturulacak Palyatif Bakım Hizmetleri Birimlerinde palyatif bakıma konu hastanın tıbbi ve sosyal ihtiyaçlarına ait süreçlerinin

koordinasyonunun bu alanda eğitim almış bir sağlık profesyoneli (sağlık yönetimi uzmanı vb.) tarafından yürütülmesi önerilebilir. Aile sağlığı merkezinde aile hekimliği birimlerine kayıtlı palyatif bakım hastalarının takibinin bu birimin koordinasyonunda diğer sektörler ile işbirliğinin sağlanarak entegre şekilde yönetilmesi hizmetin sunumunda etkinliği sağlayabileceği gibi, hizmetin kalitesinin artması ve maliyetlerin azalmasında da etkili olabileceğine literatürde yer almaktadır (18,19).

Altmış Yedinci Dünya Sağlık Asamblesinde “palyatif bakımın sağlık sistemlerinin etik bir sorumluluğu olduğunu” ve palyatif bakımın halk sağlığı sistemlerine entegrasyonunun Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi 3.8’de evrensel sağlık kapsamına ulaşılması için gerekli olduğunu belirtmekte; bu nedenle palyatif bakım bir seçenek değil, sağlık sisteminin tüm seviyelerinde ihtiyacı olan herkes tarafından erişilebilir olması gereken tıbbi ve etik bir zorunluluk olarak değerlendirilmektedir (14). Aynı kararda “hastalık veya durumun tedavi edilip edilemeyeceğine bakılmaksızın, fiziksel, psikososyal veya ruhsal olsun, acı ve ıstırapı hafifletmek sağlık çalışanlarının etik görevidir...” kararı verilmiştir. Palyatif bakım hizmetleri sunumunda görevli insan kaynaklarının hizmet kapsamına göre dağılımı ise Şekil 2’de gösterilmiştir.

Yapılan bir çalışmada Türkiye’de hemşirelik alanı lisans ve lisansüstü eğitimde palyatif bakım müfredatına yer verildiği tespit edilmekle birlikte derslerin kapsam ve içeriğinde bir standardizasyon olmadığı vurgulanmıştır (20). Bu nedenle palyatif bakım konusunu içeren müfredatın, uluslararası standartlar çerçevesince toplumun ihtiyacına uygun olacak şekilde geliştirilerek sağlık bilimleri fakültelerinde (tıp, eczacılık, hemşirelik, rehabilitasyon hizmetleri, acil hizmetler, sağlık yönetimi vb.) uygulanması ve yaygınlaştırılması önerilir.

Eğitim açısından değerlendirdiğimizde palyatif bakım hizmetlerinde uzmanlaşmanın sağlanması için sağlık profesyonelleri yetiştiren programlara palyatif bakım konulu müfredatın eklenmesi; mevcut hizmette görevli personelin ise DSÖ kılavuzunda belirtildiği üzere görev alacak sağlık profesyonellerine yönelik temel-orta düzey eğitimlerin verilmesi öncelikle önerilmektedir (21).



Şekil-2. Palyatif Bakım Hizmetleri Ekibi

Sonuç

Araştırmada “Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” ile Dünya Sağlık Örgütü’nün “Palyatif Bakımın ve Semptomların Giderilmesinin Temel Sağlık Hizmetlerine Entegre Edilmesi: Planlayıcılar, Uygulayıcılar ve Yöneticiler İçin Bir Kılavuz” resmi belgeleri kullanılarak yazarlar tarafından dokuz ana başlıkta toplamda yirmi dört alt gösterge belirlenmiştir. Yazarlar tarafından belirlenen göstergeler çerçevesince “Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge”sine yönelik yapılan değerlendirmede mevcut mevzuatın (yönerge) belirlenen göstergelerin %54’üne kısmen ya da tamamen uyum sağladığı, %25’inde uyumsuz olduğu, %21’inde ise belirsizlik tespit edilmiştir. Çalışmadan elde edilen sonuçlar ışığında, palyatif bakım hizmetlerinin uluslararası düzenlemelerde önerilen veriler ile mevcut ulusal mevzuatımız değerlendirildiğinde palyatif bakım hizmetleri işleyişinin büyük ölçüde önerilen standartlara uygun olmadığı; hizmetin geliştirilmesine

yönelik ulusal düzenlemelerin ivedilikle ele alınıp toplumsal ihtiyaca yönelik plan ve programların hayata geçirilmesi önerilir.

Araştırmacıların Katkı Oranı

Çalışmanın yazarları literatür taraması ve makalenin tüm yazım aşamalarında birlikte çalışmıştır.

Çatışma Beyanı

Araştırmanın yazarı herhangi bir çıkar/çatışma beyanı olmadığını ifade eder.

Kaynaklar

1. Kabalak AA, Öztürk H, Çağıl H. Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu; Palyatif Bakım. Yoğun Bakım Dergisi 2013;11(2):56-70.
2. Fadiloğlu Ç. Palyatif Bakım. In: Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç (eds) Palyatif bakım: Semptom Yönetimi ve Yaşam Sonu Bakım. Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri; 2018:1-26.

3. Mastroianni C, Ramon Codina M, D'Angelo D, Petitti T, Latina R, et al. Palliative Care Education in Undergraduate Nursing Curriculum in Italy. *J Hosp Palliat Nurs*. 2019;21:96-103.
4. WHO Definition of palliative care/WHO Definition of palliative care for children. Geneva: World Health Organization; 2002 (<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>, accessed 17 March 2018).
5. Twycross RG. Hospice Care-Redressing The Balance In Medicine. *JR Soc Med*. 1980;73(7):475-481.
6. Klaschik E. Palliativmedizin. *Palliativmedizin. Praktische Einführung in Schmerztherapie, Symptomkontrolle, Ethik und Kommunikation 'de*. Eds. Husebø, Stein and Klaschik E. Berlin. Springer 2000:1-33.
7. Güngör S. Osmanlı'dan Türkiye Cumhuriyeti'ne Bir Hayır Örgütü: İstanbul Darülaceze Müessesesi. *Türk İdare Dergisi* 2009;163-164:157-81.
8. Erbaycu AE. Terminal Hastalar ve Destek Tedavisi. <http://ghs.asyod.org/konular/2013-3-15.pdf>. Erişim tarihi: 03.04.2017.
9. Şahan Fu, Terzioğlu F. Dünyada Ve Türkiye'de Palyatif Bakım Eğitimi ve Örgütlenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi* 2015;4(2):81-90.
10. 07.07.2015-253 sayılı Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, Sağlık Bakanlığı.
11. Assessing the development of palliative care worldwide: a set of actionable indicators. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. ISBN 978-92-4-003335-1
12. Golafshani N. Understanding reliability and validity in qualitative research. *The qualitative report*. 2003; 8(4), 597-606.
13. Seyidoğlu H. Bilimsel araştırma ve yazma el kitabı. Güzem Can Yayınları.2016.
14. World Health Organization 2018, Integrating Palliative Care And Symptom Relief Into Primary Health Care: A WHO Guide For Planners, Implementers And Managers. Geneva: World Health Organization;2018.Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. ISBN 978-92-4-151447-7
15. Merriam, SB. Qualitative research: A guide to design and implementation. Jossey-Bass. 2009.
16. Ekinci G, Sur H. Türkiye'de Evde Bakım Hizmetlerinin Yönetimi ve Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi. *Sağlıkta Düşünce ve Tıp Kültürü Dergisi*. 2012; (24): 68-72.
17. Hasta ve Yaşlı Hizmetleri Aktivite ve Uğraş Terapisi , Milli Eğitim Bakanlığı, Ankara, 2016.
18. Center to Advance Palliative Care. The Case For Hospital Palliative Care:Improving Quality. 2012. http://www.capc.org/capc-resources/capc_publications/making-the-case.pdf (erişim: 3 Aralık 2015).
19. Santa-Emma P, Roach R, Gill M, et al. Development and implementation of an inpatient acute palliative care service. *J Palliat Med*, 2002; 5(1): 93–100
20. Kudubeş AA, Özkan S, Semerci R. Hemşirelik Lisans ve Lisansüstü Programlarında Palyatif Bakım Dersinin Yeri: Türkiye Uygulaması. *J Pediatr Emerg Intensive Care Med*. 2022; 9:17-26.
21. Resolution WHA67.19. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. In: Sixty-seventh World Health Assembly, Geneva, 19–24 May 2014 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf).