

*Derleme*

## PALYATİF BAKIM HİZMETLERİNDE SOSYAL HİZMET MESLEĞİNİN YERİ VE GELECEĞİ

### The Place and Future of Social Work in Palliative Care Services in Turkey: A Case Analysis

**Prof. Dr. Vedat IŞIKHAN\***

\* Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

#### ÖZET

Günümüzde sağlık hizmetlerinin sunumunda koruma ve tedavi hizmetleri yalnızca hastanelerle sınırlı değildir. Toplum tabanlı sağlık bakımı anlayışı ile hastaneden toplumsal alana doğru genişleyen sağlık hizmeti, sosyal hizmet mesleğinin sağlık bakım alanındaki sorumluluklarını da artırmıştır. Yaşamı sınırlayan, ciddi şekilde ilerlemiş hastalığı olan bireylerin fiziksel ve psikososyal semptomlarının rahatlatılması ile birlikte ailenin desteğini içeren bakımın özel bir tipi olan palyatif bakım ülkemizde uzun yıllar ihmal edilen bir konu olmuştur. Bu durum sosyal hizmet mesleğinin sağlık hizmetlerinin sunumundaki etkinliğini de etkilemiştir. Bu çalışmada, sosyal hizmetin tanımı, sağlık hizmet-

lerinin sunumunda tıbbi sosyal hizmetin yeri ve Türkiye’de palyatif bakım hizmetlerinde sosyal hizmetin mevcut durumu ve geleceği analiz edilmiştir. Ülkemizde 2003 yılından günümüze kadar sosyal hizmet mesleğinin palyatif bakım hizmetlerinde geçirmiş olduğu aşamalar, güçlü ve güçsüz yönleri ve geleceğe yönelik bir durum analizi yapılmıştır. Ülkemizin geçirmiş olduğu bu süreç, kazandığı deneyimler ve bilgi birikiminin günümüzde insan hakları kapsamında değerlendirilen palyatif bakım hizmetlerini yeni yeni uygulamaya başlayan ülkelere önemli katkılar getirebileceği düşünülmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Palyatif bakım, yaşam sonu bakım, tıbbi sosyal hizmet, organizasyon, sosyal hizmet uzmanı.

#### ABSTRACT

Palliative Care, being a special type of care including alleviation of physical and psychosocial symptoms of individuals with life limiting serious diseases, has long been neglected in our country. This has also affected the activity of social workers in the presentation of health services. In the present study, present status of social work in palliative care services in Turkey has been analyzed. It has also attempted to explain the historical place of social work in palliative care services from 2002 on under the guidance of WHO and Ministry of health. In the present study, an analysis of stages social work profession went through in social care services, its strong and weak aspects and its future perspectives is carried out. It is thought that this process which our country went through, experience gained and accumulation of knowledge in this process may make contributions to the countries that have only recently started to implement palliative care services, which are evaluated in the context of human rights at present.

**Keywords:** Palliative care, medical social work, organization, social worker.

## GİRİŞ

Sosyal hizmet, insan davranışı ve sosyal sistem teorilerinden yararlanarak, insanların çevreleriyle etkileşim kurdukları noktalara müdahale eden bir meslektir. Sosyal hizmette insan hakları ilkeleri ve sosyal adalet temeldir. Sosyal hizmet uzmanı (SHU) ise; birey, aile, grup ve toplumun sorun çözme ve başatma kapasitelerini geliştirerek psikososyal işlevselliğin sağlanması, onarılması, korunması ve geliştirilmesi; sosyal değişimin desteklenmesi; sosyal politika ve programların insan ihtiyaçlarının karşılanması amacıyla planlanması ve uygulanmasının sağlanması yönünde insan davranışına ve sosyal sistemlere ilişkin teorilerden yararlanarak sosyal hizmete özgü yöntem ve tekniklerle uygulamalarını yerine getirir. Sosyal hizmete ilişkin tanımlarda güçlendirme, sorun çözme ve sosyal değişim amaçları öne çıkmaktadır.

Sağlık alanı sosyal hizmet mesleğinin en saygın uygulama alanlarından birisidir. Mesleğin otaya çıktığı Yirminci yüzyılın başından itibaren sağlık bakım ortamlarında sosyal hizmet uygulamalarına ilişkin mesleki uzmanlaşma da başlamıştır. SHU, hastanelerde hastalıkların psikososyal ve ekonomik boyutlarıyla ilgili son derece önemli roller ve sorumluluklar üstlenmeyi sürdürmüşlerdir.

Geleneksel sağlık hizmeti, hastalığın bedensel olarak tedavi edilmesi ve tıbbi patolojinin ortadan kaldırılmaya çalışılmasına dayalıdır. Sağlık hizmetinin temeli bu yapıda, hastanelerin ayaktan hasta takibinin ve tedavisinin sağlandığı poliklinik hizmetleri ile yatarak hasta tedavisinin yapıldığı klinik

hizmetlerini içerir. Günümüz sağlık hizmetlerinde ise, kronik hastalıkların sıklığının ve yaygınlığının artması, tıp teknolojisindeki gelişmeler ve ekonomik sistemdeki değişimler gibi nedenlerle yeni eğilimler ortaya çıkmıştır. Klinikte yatarak sürdürülen tedavi yerine toplum tabanlı sağlık bakımı anlayışı yaygınlaşmaya başlamıştır.

Fiziksel hastalıkların sosyal ve duygusal bileşenlerinin tedavisi, tıp alanında büyük gelişmeler olmasına rağmen henüz tam anlamıyla gerçekleşmemiştir. Tıbbi sosyal hizmet, fiziksel hastalıkların neden olduğu sosyal ve duygusal problemlerle ilgilenen ve sağlık kurumlarında yürütülen sosyal hizmetin bir alanıdır. Tıbbi SHU'nun; hastane ortamında hastalığın yaratmış olduğu psikososyal, ekonomik ve manevi sorunların çözümünde müracaatçısına yardım sürecinde tıbbi sosyal hizmetin arka planında ya da kuramsal perspektifinde yer alan yaklaşımlar ve teoriler hakkında bilgi sahibi olması gerekir. Tıbbi SHU, bütüncül yaklaşım doğrultusunda hastanın tedaviden maksimum faydayı elde edebilmesi için gerekli olan tüm yaklaşımları kullanması gerekir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) gelişmişlik düzeyi ne olursa olsun tüm ülkelerde geniş bir örgütlenme ile hizmet verebilecek palyatif bakım merkezlerinin kurulmasını ve geliştirilmesini öngörmektedir (Boyle ve Levin, 2008). Günümüzde insan hakları kapsamında değerlendirilen palyatif bakımın kurulması, işletilmesi ve yönetimi çok ucuz olduğu için de birçok ülke tarafından tercih edilmektedir. Böylece hastanelerin acil servis bölümlerinde hastaların acı çekmesi veya gereksiz tıbbi

müdahaleye maruz kalması da önlenmiş olmaktadır.

Aşağıda onkoloji alanında ve palyatif bakım merkezlerinde etkinliğini gittikçe artıran bir meslek olan sosyal hizmetin tanımı, günümüzde tıbbi sosyal hizmette duyulan gereksinim, palyatif bakım, palyatif bakım ve sosyal hizmet ilişkisi, palyatif bakımda SHU'nun rol ve işlevleri, kronolojik olarak ülkemizde palyatif bakım hizmetlerinin geçirdiği süreç ve geleceğe yönelik yapılabilecek çalışmalar ele alınmıştır.

### **GÜNÜMÜZDE SOSYAL HİZMET VE TIBBİ SOSYAL HİZMETE DUYULAN GEREKSİNİM**

Uluslararası Sosyal Hizmet Okulları Birliği ve Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Federasyonu'nun ortak tanımına göre sosyal hizmet (2014), "sosyal değişme ve kalkınmayı, sosyal içermeyi, insanların güçlenmesi ve özgürleşmesini hedefleyen, uygulama temelli bir meslek ve bir akademik disiplindir. Sosyal adalet, insan hakları, ortak sorumluluk ve farklılıklara saygı sosyal hizmet için temeldir. Sosyal hizmet, sosyal bilimler, insani bilimler, sosyal hizmet ve yerel bilgiyi kullanarak, yaşam mücadelesine işaret etmek ve refahı yükseltmek için insanları ve yapıları bir araya getirir" (IFSW, 2014). Bu tanım ulusal ve/veya bölgesel düzeylerde geliştirilebilir."

Sosyal refah devleti yaklaşımıyla, insanlar hak kavramı ile tanışmış ve sağlık hakkı da temel insan haklarından biri ve en önemlisi olarak tanımlanmıştır. Sağlıkın temel bir insan hakkı olarak tanımlanması ve tüm toplumlarda, sağlık hizmetinin devletin vatandaşlarına sunması gereken temel hizmetlerden

biri olduğunun kabul edilmesi üzerine, günümüzde birçok ülkede sağlık hizmetleri temel hizmet sektörlerinden biri olarak anılmakta ve ülkelerin gelişmişlik göstergeleri ile doğrudan ilişkilendirilmektedir.

İnsanın hastalığının içinde yaşadığı ortamdan kaynaklanıyor ya da etkileniyor oluşu, onun hastanelerde tedavi edilip tekrar aynı ortama gönderilmesinin fazlaca yarar sağlamadığının anlaşılması, kısaca sağlığın toplumsal boyutlarının görülmesi tıbbi sosyal hizmetlerin ortaya çıkışının en önemli nedenidir. İnsan sağlığı, sadece tıp adamlarının değil, psikolog, SHU, öğretmen, çocuk gelişimcisi vb. birçok sosyal bilimci ve meslek grubunun da ilgi alanı içindedir. Nitekim Dünya Sağlık Örgütü tarafından sağlığın; "kişinin bedensel, ruhsal ve sosyal anlamda iyi olma hali" olarak tanımlanmasından beridir, tüm dünyada sağlığa yönelik ilgi, hasta olmamayı temin etmekten başlayarak ele alınır olmuştur. Bu temel yaklaşım; bireyin sağlığının korunması ve sağlıklı yaşamın sürdürülmesinin yanında, hastalığın ortaya çıkmasıyla birlikte üretilen tedavi hizmetlerini ve hastalık sonrası tıbbi bakım ve destekleyici hizmetler ile kronik hastalıklar ve engellilik durumlarındaki rehabilitasyon hizmetlerini de kapsamaktadır.

Sağlık hizmeti ve hastalıklar bakımından son yıllardaki önemli bir gelişme de sosyal ve ekonomik koşulların hastalıklar üzerinde ve ölüm oranlarında önemli bir etkiye sahip olduklarının yaygın olarak kabul edilmesidir. İçinde yaşadığımız modern toplumlarda sağlığımızın, hastalıkların etkilerinden çok olumsuz yaşam koşullarından (düşük gelir düzeyi, beslenme, temiz su, kanalizasyon gibi) olumsuz

yönde etkilendiği söylenebilir (Uncu ve Akman, 2004).

Birçok kaynakta sosyal hizmetin kurumsal bir meslek olarak tanımlanmasının başlangıcı Avrupa ve ABD’de hastanelerde, hastaların evlerinde ziyaret edilmesi şeklinde başlatılan hizmetlerle birleştirilmektedir. Bu şekliyle tıbbi sosyal hizmet, sosyal hizmet mesleğinin en eski ve en köklü alanlarından biridir (Duyan, 1996). Sağlık alanında yaşanan gelişmelerin yanında dünyadaki politik gelişmeler de sosyal hizmetlere bir meslek olarak duyulan gereksinimi pekiştirmiştir. Özellikle sanayileşme ile birlikte ortaya çıkan yoksulluk, işsizlik, göç vb. olgular ile I. ve II. Dünya Savaşlarının sonuçlarından etkilenen geniş halk kitleleri, tüm toplumlarda sosyal hizmetlere gereksinim duyan insan sayısını artırmıştır. 17. ve 19. yüzyıllar arasında, dünyada düşünsel ve politik alanda yaşanan bu gelişmeler, o güne kadar dinsel ve gönüllü etkinlikler ile sürdürülen sosyal hizmetlerin, bu alanda eğitim almış kişiler tarafından yapılmasını bir ihtiyaç olarak ortaya çıkarmıştır. Yine de, sosyal hizmetlerin bir meslek olarak tanımlanması ve bunun devletin görevlerinden biri olarak kabul edilmesi, 19. yüzyılda şekillenen yeni devlet anlayışının; “sosyal refah devleti” oluşumunun bir sonucudur.

Hastanın barınma, bakımla ilgili ve ekonomik sorunlarının giderilmesi insan ihtiyaçlarının evrensel hiyerarşisine göre kuşkusuz önceliklidir. Bunun ardından psikolojik, duygusal ve sosyal ihtiyaçların karşılanması gereklidir. Bu nedenle SHU’ları, ihtiyaçlar hiyerarşisinin sırasını izleyerek, hastaların ilişki ağında bulunan ailesi, yakınları, toplum üyeleri ve örgütleri odak alarak, sağlıklı aile ve sosyal çevre ilişkilerinin ve

toplumsal hizmetlerin oluşmasına katkı verirler.

Geçmişten günümüze kadar yataklı tedavi kurumlarının birincil meslek elemanları olarak hekim ve hemşireler kabul görmektedir. Hastalar öncelikle fiziksel sağlık sorunlarına teşhis koyup tedavi hazırlayan hekimleri ve bu tedaviyi uygulayan hemşireleri yanlarında görmek isterler. Hekimler tedaviyi hazırlar ve hemşireler bu tedaviyi uygularlar. Çoğu zaman hekim ve hemşirelerin hastaların psiko-sosyal ve ekonomik sorunları ile ilgilenen vakitleri yoktur (Tuncay, 2012). İşte bu noktada, genel konusu hastalığın oluşması ve tedavisinde etkili psiko-sosyal faktörler olan, temel prensibi tıbbi tedavinin etkinliğini arttırmak, hastalığın psiko-sosyal ve ekonomik şiddetini ve bırakacağı izleri en aza indirmek olan “*tıbbi sosyal hizmet*” müdahalesinin gerekliliği ortaya çıkmıştır. Sosyal hizmet mesleğinin uygulandığı en önemli alanların başında gelen *Tıbbi Sosyal Hizmet Alanı*, alanın doğası gereği müdahale noktasında tek bir meslek grubunun müdahalesi yetersiz kalmaktadır (Duyan, 2011). Bu yüzden farklı meslek gruplarının müdahale gereği ortaya çıkmakta ve bu farklı meslek grupları da birbirlerinin tamamlayıcısı durumunda olmaktadır.

Bu çerçevede, terminal dönemdeki hastalar sıklıkla; ailelerine yük olmaları, ölümlerinde fiziksel ve duygusal yeteneklerinin kaybolması, dayanılmaz ağrıların yaşanması, önemli yaşam hedeflerini başarmadan erken ölme korkuları yaşayabilmektedir. Hastalar için son dönemlerinde kendilerine etkili bir bakımın sunulması, kendilerine ve ailelerine sosyal destek sağlanması ve geride bırakacakları aile üyelerinin

yaşamlarının yeniden düzenlenmesi konuları son yıllarda daha önemli hale gelmiştir. Hastaların bu sorunlarını ortadan kaldırma veya hafifletmede sosyal hizmet mesleği önemli roller üstlenmektedir (Allison, Gripton ve Rodway, 1983). Palyatif bakımda sosyal hizmet mesleğinin işlevleri büyük oranda hastanın ve ailesinin psikososyal iyilik halini sürdürmesine yardımcı olmakla ilgilidir.

### PALYATİF BAKIM

Birçok tartışmada, yaşam sonu bakımı ve palyatif bakım aynı şey gibi ele alınmakta, palyatif bakım tüm alanı kapsayan mesleki bir uzmanlık gibi görülmektedir. Ancak aralarında bir fark bulunmaktadır. *Palyatif bakım*; acının ve semptom kontrolünün ölmekte olan kişiyi, ailesini ve çevresindekileri psikolojik, sosyal ve ruhsal açıdan etkilediği durumlarda uygulanan bir bakımdır. Palyatif bakım, kanser ve başka ciddi kronik hastalıkları olan kişilere sağlanan hizmetlerden doğmuştur. Ayrıca, tıbbi ve hemşirelik bakımında çok önemli bir yer tutan kısa süreli bir hizmettir. *Yaşam sonu bakımı* ise, hayatının sonuna yaklaşan kişilere sağlanan bir bakım hizmetidir. Bu bakım yakın zamanda, çoğu insanın her geçen gün daha fazla güçsüzleştiği aynı zamanda pek çok hastalıktan etkilendiği bir dönemde yapılır. Bu durumdaki kişiler, kapsamlı uzmanlık gerektiren tıbbi ve bakım yardımına ihtiyaç duymuyor olabilir. Ancak bu kişilerin aileleri ve yakın çevresi, yaşadıkları toplumdaki sağlık ve sosyal hizmetlere her geçen gün daha fazla ihtiyaç duyar hale gelmektedir (Payne, 2009: 513-514).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) aracılığıyla

geliştirilen uluslararası politikalarda, palyatif bakıma; kronik ağrılar çeken başta çocuklar olmak üzere kanser hastaları için tıbbi bakımın önemli bir parçası olarak yer verildiği görülmektedir (WHO, 2008a). WHO'nun ilk kez 1990 yılında uzman bir çalışma grubu tarafından yaptığı palyatif bakım tanımı bu anlamda politika geliştirmede itici bir güç olmuştur. Bu tanıma göre palyatif bakım; fiziksel, psikososyal ve ruhsal sorunların ve ağrılarının erken tespiti, doğru değerlendirilmesi ve tedavisi yoluyla yaşamı tehdit eden sorunlarla karşılaşan hastaların ve ailelerin yaşam kalitesini geliştirmeyi amaçlayan bakımdır (WHO, 2008b).

Palyatif bakım, kimi zaman uluslararası bir eylem olarak görülmüş ve pek çok ülkede konuya ilgi duyulmuştur ama sadece birkaçında kayda değer bir gelişme kaydedilmiştir. WHO tarafından kaydedilen uluslararası gelişmeler ülkeler üzerinde oldukça sınırlı etki yaratmıştır. Palyatif bakımın uluslararası boyutta gelişmesinde önemli bir yer tutan Avrupa Konseyi, palyatif bakımın neden önemli bir insan hakkı olduğuna dair gerekçeleri belirlemiştir. İnsan hakkı yaklaşımının arkasındaki gerekçeyi açıklayan bildiride aşağıdaki hususlar dile getirilmiştir:

*“Ölümcül bir hastalığı olan veya ölmekte olan kişinin onurunun korunması ve kişiye saygı yükümlülüğü, yaşamın tüm evrelerinde insan onurunun doku-nulmazlığından kaynaklanmaktadır. Bu saygı ve koruma; insanın onurlu ölmesini sağlayan uygun bir ortamın oluşturulmasını gerektirmektedir. Geçmiş ve günümüzdeki tecrübeler, bize şu gerçeği göstermektedir; bu görev bilhassa toplumun en hassas üyelerinin yararı*

*için gerçekleştirilmelidir. Zayıflık ve bağımlılık içinde yaşamına başlayan insan ölürken koruma ve desteğe ihtiyaç duymaktadır” (Avrupa Konseyi, 1999).*

Aynı belgede hastaların psikolojik, sosyal ve ruhsal ihtiyaçların dikkate alınmamasının ve bu doğrultuda yeterli palyatif bakım hizmetlerinin sağlanmamasının da önemli bir insan hakkı ihlali olduğu vurgulanmıştır (Avrupa Konseyi, 1999: 7. Fıkra). Bu yaklaşım, palyatif bakımın önemli bir insan hakkı olduğunu, çok daha fazla müracaatçıya sağlanması gerektiğini ve sosyal bakımın bu hakkın önemli bir yönü olması gerektiğini açıkça göstermektedir. Bu yaklaşımın; sosyal hizmetin de önemli değerlerinden olan “insanın acı ve ızdırap çekmesine izin verilemez söz konusu olduğunda dahi bu durum hafifletilmelidir” ilkesiyle de örtüştüğünü belirtmemiz gerekir.

## **PALYATİF BAKIM VE SOSYAL HİZMET**

Geçmişten bugüne değin ölmekte olan birey ve ailelerine çeşitli ortamlarda sosyal bakım desteği sunan SHU için yaşam sonu bakımı yeni bir çalışma alanı değildir. Yeni olan, yaşam sonu bakımın hak ettiği ilgiyi günümüzde çekiyor olmasıdır. Yaşam sonu bakım, bireyin yaşamının son aşamasında kendisi, ailesi ve toplum için kurumsal bir hizmetin türü bağlamında önem kazanmıştır (Taylor-Brown ve Mary, 2004). Ölen birey ve aileleri için sağlık ve sosyal bakım hizmetlerini ve SHU'larının bu alandaki katkılarını güçlendirmek için 2002 yılında Amerikan Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği (NASW, 2003) SHU'ları için bir rehber niteliği taşıyan *Palyatif Bakım ve*

*Yaşam Sonu Bakımda Sosyal Hizmet Uzmanları için Uygulama Standartları* belgesini hazırlamıştır. Bu standartlar, çeşitli hastalık gruplarında (HIV/AIDS, kanser, organ yetmezliği vb.) palyatif bakım ve yaşam sonu bakımdaki sosyal hizmet uygulamasının temel aşamalarını ele almaktadır. Gelişmiş ülkelerde ölmekte olan hastalara yönelik hizmetlerde SHU'ları aktif olarak çalışmaktadır. Örneğin; Amerika Birleşik Devletleri'nde, Ulusal Kanser Enstitüsü'nün bildirdiğine göre, kanser merkezlerinden hizmet alan hastalara yönelik psikososyal destek çalışmalarının %75'i SHU'ları tarafından yürütülmektedir. SHU, ölüm sürecindeki hastalara kapsamlı tıbbi ve psikososyal destek hizmetleri sunan disiplinlerarası ekipte önemli roller üstlenmektedir (Tuncay, 2013: 145-154).

Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği (NASW, 2002) sosyal hizmet mesleğinin ilkeleri uyarınca, “bireyin göreceği bakım konusunda kendi kararı” ve “bakım konusunda bilgilendirildikten sonra karar vermesi” gerektiğini savunmaktadır. Peki, hayat sonu bakımı ve palyatif bakım konularındaki biyoeetik ilkeler, mesleki uygulamalarla nasıl bağdaştırılabilir?

Ölüm bireyler için büyük bir olay olsa da hem onlar için hem de aile ve yakın çevresi için sosyal bir deneyimdir (Reith ve Payne, 2009). Zira ölmekte olan kişi dışındaki herkes ölüme hazırdır. Bunun sebebi de aile ve arkadaşlarının ölmesi beklenen kişinin başucunda olmaları veya meslek elemanlarının şiddetli ölüm gerçekleştiğinde orada hazır bulunmalarıdır. Diğer insanların ölen kişiyle ilişkileri ve sosyal ağları ölümle bölünmektedir. Hastane ve palyatif bakım merkezlerinde, ölenin ziyaret

edilmesi, cenaze, anma etkinlikleri ve ölümle meydana gelen sosyal süreçler gibi özel sosyal olgular yaşanmaktadır. Ölüm olayı okul, toplumsal örgütler, işyeri ve huzurevi gibi pek çok sosyal kurum ve ölmüş veya ölmekte olan kişi ve ailesine ilişkin ritüelleri etkiler.

Mevcut durumda, ölüm genelde sosyal yaşamda gizlenmiştir ancak sağlık kurumlarında tıbbi hale getirilmiştir. Böylece pek çok insan kendisini bekleyen ölüm konusunu gündeme bile getirememektedir. Ölecek kişinin yakınları ve ailelerini buna hazırlamak veya yaşlı kişilere yardım etmek bu süreçte çok daha zordur. Gelişmiş ülkelerde yaşanan nüfus arttıkça bu konu daha da önemli bir hale gelecektir (Payne, 2009: 513-524).

Sosyal hizmet ve palyatif bakım konusundaki kapsamlı literatür taramasında Small (2001: 961-971) sosyal değişim odaklı bir uygulama sürecinde sosyal hizmetin palyatif bakıma 3 önemli katkı yaptığını vurgulamaktadır. Bunlar:

- Klinik uygulamada sosyal hizmet çoğu zaman kayıpla ilgilidir ve dolayısıyla ölüm sosyal hizmetin uygulama sürecinde yer alan önemli bir alandır.
- Sosyal hizmet, ölüme bütüncül bir sistem yaklaşımı getirmektedir. Bu yaklaşım doğal olarak aile, toplum ve kültürel perspektiflerin ülkele- rin sağlık sistemine etki yaptığını göstermektedir.
- Sosyal hizmet, değişimin pratik ve sosyal etkilerinin iyileştirici yönüyle ilgilenebilir.

Dinle ilgili kuruluşlar, polis ve yerel kurumlar, kamu veya özel hizmetler ölüm

veya ölüm sonrası süreçle ilgilenebilir. Buna ek olarak, kanser, HIV/AIDS gibi ölüme sebebiyet veren pek çok sosyal koşul ve hastalık halkta endişe yaratarak ve gündeme gelebilmektedir. Bu konuların, ciddi hastalığı olan ve ölmekte olan kişilere sağlanan hizmetlerin planlanmasında yaşanan güçlüklerin aşılmasında politik ilgi çekebileceği anlamına gelmektedir. Ötenazinin veya doktor veya aile tarafından ölüme yardım konusu pek çok adli tartışmaya neden olabilmektedir. Dolayısıyla, hem Batı'da hem de gelişmekte olan ülkelerde, ölmekte olan kişilere yönelik politika ve hizmetler geliştirme pek çok toplumda ciddi bir sorun gibi durmaktadır.

Sağlık bakımında hizmetlerin henüz tam gelişmediği ülkelerde WHO, sosyal gelişimin bir parçası olarak, ilerlemiş hastalıklar ve kronik ağrılarla başetmede palyatif bakımın önemine işaret etmektedir. Ancak, yakın zamanda görülen palyatif bakımı tıbbileştirme ve sağlık bakımının odağına alma çabaları ayrıca sosyal hizmetin bu konuda yaşadığı tecrübe ve kaynak eksikliği nedeniyle de sosyal hizmet perspektifinin arka plana itildiği görülmüştür. Örneğin; Orta ve Doğu Avrupa ve Orta Asya'da Sovyetler Birliği'nin dağılmasıyla ortaya çıkan geçiş devletlerinde palyatif bakımın gelişimine ilişkin yapılan araştırma pek çok yerde hizmetlerin geliştiğini ortaya koymaktadır. Ancak bu gelişimde, sosyal hizmetin katkı ve müdahalesinin çok az yer aldığı saptanmıştır (Clark ve Wright, 2003).

Kellehear (2005)'in sosyal hizmetin palyatif bakımla ilgili politika önerileri arasında; toplum eğitiminin, işyeri, okul ve yaşlı bakım merkezlerinde destek mekanizmalarının, ölüme ve kayba

ilişkin etkili tepkilere yönelik toplumun anlayışı, yaşlanan, ölmekte olan ve yakınlarını kaybeden kişilerin özel gereksinimlerine yönelik olumlu bir bakışın desteklenmesi konuları yer almaktadır. Tüm toplumlarda yaşamlarının sonuna yaklaşan insanların ihtiyaçlarına yönelik toplumun müdahalesini hedefleyen makro düzeyde çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Toplum ve kuruluş yöneticileri uzun süre hastalıklarla yaşayan ve yaşamlarının sonuna geldiklerinin farkında olan insanların her geçen gün artan kırılganlığına duyarlı olmalıdır. İnsanların ölüm, ölüm süreci ve yakını kaybetme hakkında açıkça konuşmak için SHU etkin iletişim yöntemlerini kullanmalıdır. Palyatif bakım merkezlerindeki uygulayıcıların hizmet anlayışını artırmak için; bilgilendirme günü, ölmekte olan veya yakını kaybeden kişilerin karşılaştığı sorunlara ilişkin eğitim, ölmekte olan veya yakını kaybeden kişiler için grup çalışmaları yapmaları önerilebilir.

### **PALYATİF BAKIMDA SHU'LARININ ROL VE SORUMLULUKLARI**

SHU'ları, altı aydan daha kısa ömrü kaldığı tahmin edilen ve artık iyileştirici bir tedavi uygulanamayan hasta ve ailelerine yönelik psikososyal müdahaleler yaparak yaşam kalitelerinin artmasına katkı vermektedir. Yaşamsal değişikliklere rehberlik etme, hasta ve ailesinin potansiyel güçlerini ve kaynaklarını kullanmalarını mümkün kılarak uyum sorunlarının çözülmesini sağlama gibi işlevler üstlenmektedir. SHU, özellikle terminal dönem hastalarının yaygın olarak yaşadığı yalnızlık, yalıtılmışlık, depresyon, anksiyete ve kaygı gibi duyguların ve süreçlerin tanınmasını ve hastanın bu sorunlarla başatmasına destek olmaktadır (NASW, 2003).

Hastalığın tanı sürecinden, ölüm gerçekleşene dek geçen sürede ailenin de gereksinimleri değişebilmekte ve farklı biçimler alabilmektedir. Bu nedenle aile bireyleri enerjilerini dengeli kullanmak ve onlara en çok gerek duyulan anda işe yaramaz hale gelecek kadar kendilerini tüketmemek zorundadır. Ailenin kaygılarını, isteklerini ve gereksinimlerini dinleme konusunda, kendini bu duruma duygusal olarak hazırlamış olan yaşam sonu bakım ekibinin üyesi olan SHU ailelere yardımcı olmaktadır (Işıkhah, 2008: 34-38).

SHU'ları ve sağlık alanında çalışan diğer meslek elemanları, hayat sonu bakımı ve palyatif bakım konularındaki politikaların geliştirilmesinde savunucu rolünü üstlenmelidirler. Bu gelişmeler, hayat sonu ve palyatif bakım ünitelerinde çalışan tüm sağlık meslek elemanlarını etkilemektedir. Politikalar ve uygulamaları arasındaki ilişkiyi daha iyi anlamak ve hasta bakımında gelişmeler kaydedebilmek için şu kavramlara dikkat edilmelidir (Roff, 2001; Institute of Medicine, 2003): yasalar, etik ve politikalar; savunuculuk, hak mahrumiyetleri ve sağlıktaki eşitsizlikler.

Roff (2001), nitelikli hayat sonu bakımının sunumundaki eksikliklerin tanımlanmasında, SHU'larının, etik ikilemleri kavrayabilmek için güncel siyasi ve sosyal yapıyı iyi analiz etmeleri gerektiğini vurgulamaktadır. SHU'larının, palyatif bakımı sağlık sisteminin tümüne entegre edebilmek için savunucu rolüne soyunmaları, bakış açılarını genişleterek yasa yapıcıları etkilemeleri gerekmektedir.

SHU'larının, tedaviyi reddetme, hastanın vasilerinin karar sürecine dahil olması, tedavinin kısıtlanması veya durdurulması, suni teneffüs cihazının



kapatılması ve doktor destekli intihar gibi karmaşık biyoetik değerlere ve yasal düzenlemelere aşına olmaları beklenmektedir. Tüm bu düzenlemelerin, SHU'larının yüzyılı aşkın süredir devam eden, hastalara ve topluma yönelik hizmetlere adanmış çalışmalarına ve bireylerin kendi kaderlerini tayin hakkı ve sosyal adalet ilkeleri bağlamında yürüttükleri çalışmalara yansımaları görülmektedir.

Landau (2000)'nun çalışmasının sonuçlarına göre, SHU'ları hasta ve aileleri için savunuculuk ve arabuluculuk yaparak, etik ikilemlerin çözümüne yardımcı olmaktadır. Ayrıca, SHU'nın mesleklerine özgü olarak sahip oldukları bilgi, beceri ve tecrübelerinin diğer ekip arkadaşları üzerinde etkili olduğu görülmektedir. Ancak, bu etki, SHU'nın ekip içerisinde dinlenmesiyle doğru orantılıdır. Landau (2000)'ya göre, SHU'nın, etik ikilemler konusunda, ekibi etkileyebilmesi için, ekip arkadaşlarını kendi mesleğine özgü rolleri konusunda bilinçlendirmeli ve etik karar alma aşamasında ekip içerisinde daha aktif olmalıdır. Ayrıca, çoklu disiplinlerin bir arada çalıştığı ekiplerde, SHU'nın iletişim becerileri konusunda eğitilmiş olmaları önemli bir artı olarak göze çarpmaktadır.

Meier ve Beresford (2008) Amerika'daki SHU'larının temel değerleri arasında; danışma, aile sistemlerini anlama ve ailelerle çalışma, toplum kaynaklarını kullanma ve anlama ve hastayı ve aileyi sağlık bakımında psikososyal açıdan değerlendirme vb. konuların olduğunu belirtmektedir. Özetle, SHU'larının ailelerin sosyal sorunlarına duyarlılığı palyatif bakım uygulaması için bir değer olsa da, temelde değer verilen konu ölmekte olan veya yakınına kaybeden kişi ve aile sorunlarına

duydukları bireysel kaygıdır.

Sheldon (2000: 493; Akt. Saruç, 2013: 199-200) palyatif bakım merkezlerinde çalışan SHU ile yapmış olduğu çalışmada, palyatif bakımda çalışan SHU'larının rollerini 6 kategoride tanımlamıştır. Bunlar:

- **Aile odağı:** Aile ilişkilerine odaklanma, aile iletişimini etkinleştirme, ebeveynlik dersleri, geçmiş, bugünü ve geleceği bağlama ve gelecek için planlama yapmak.
- **Çevreyi etkileme:** Tavsiye ve bilgi verme, finans planlaması, önleyici çalışmalar, diğer kurumlardaki meslektaşlarıyla bağlantı kurma ve bu meslektaşları desteklemek.
- **Ekip üyesi olma:** Ekipte rol almak, ekiple bağlantı kurma, ekipteki anlaşmazlıkları ele alma, gizlilik ve ekip ile paylaşma arasındaki gerginliği yönetme ve ekibe model olmak.
- **Anksiyeteyi yönetme:** Ailelerin anksiyetesini yönetme, palyatif bakımdaki profesyonellerin anksiyetesini yönetme, risk yönetimi, yaşanan stresin yönetimi, öz farkındalık ve geçmiş deneyimleri kullanmak.
- **Değerler ve değer verme:** Yargılayıcı olmamak, müracaatçıyı onaylamak, kendi kaderini tayini teşvik etmek, gizlilik, empati, normalleştirme ve ayrımcılığa meydan okumak.
- **Bilme ve Sınırlar Çerçevesinde Çalışma:** Değerlendirme, müdahaleye odaklanma, geri çekilme, sınırları ayarlama, öfke ile çalışma, müracaatçılar için güvenliği sağlama ve açık tartışmaları teşvik etmektir.

## TÜRKİYE'DE PALYATİF BAKIMDA SOSYAL HİZMETİN YERİ

Kanserde palyatif bakım ve destek tedavileriyle ilgili çalışmalar, ülkemizde 3 Kasım 2003 tarihinde S.B. Kanser Savaş Dairesi Başkanlığı'nın öncülüğünde başlamıştır. Kanserde psikososyal destek gibi konuların 2003 yılından sonra Kanser Dairesi Başkanlığı'nın dikkatini çekmiş ve böylece kanserde bütüncül yaklaşımın gereği olarak psikososyal destek alt kurulu oluşturulmuştur. *Ulusal Kanser Danışma Kurulu (National Cancer Advisory Board of Turkey) Sosyal Destek Eğitim ve Psikososyal Alt Kurulunda* kurul üyelerinin bu çerçevede öncelikle görev ve fonksiyonları tanımlanmış ve o yıllarda gündemde olan ve önemli görülen aşağıdaki konular tartışılmıştır (S.B. Kanser Savaş Dairesi Başkanlığı Sosyal Destek Eğitim ve Psikososyal Alt Kurulu Raporu, 2003):

### Sosyal Destek Eğitim ve Psikososyal Alt Kurulunun 2003 Yılındaki Çalışmaları

Türkiye'de alanında uzman kişilerin bir araya geldiği ve kanserde psikososyal destek konularının tartışıldığı Sosyal Destek Eğitim ve Psikososyal Alt Kurulu'nun bu bağlamdaki sosyal hizmet odaklı görevleri şu şekilde belirlenmiştir:

- Toplumdaki kanser insidansını azaltmak için önleyici ve koruyucu çalışmaları planlamak, uygulamak ve gerekli organizasyonu sağlamak,
- Ülkemizde kanser hastalığının en önemli nedenlerinden olan sigara ve beslenme konuları üzerinde çalışmalarını başlatmak, risk gruplarını belirlemek ve bu alanda eğitim

çalışmalarını ve gerekli organizasyonları gerçekleştirmek,

- Kanser hastası ve yakınlarının yaşamış olduğu ekonomik, sosyal ve psikolojik sorunlar ne yazık ki ihmal edilir bir düzeydedir. Hastaların yaşadığı, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlar yanında, hasta doktor ilişkisi, iletişim, kanser hastalığının tedavi sürecinde yaşanan sorunlar, kansere özgü sorunlar (ağrı ve kontrolü vb.), ulaşım, barınma, ilaç temini, sevk zinciri, cenaze ve matem döneminde de çeşitli sorunlar da yaşanabilmektedir. Kanser hastalarının yaşadığı bu sorunların çözümüne yönelik toplumda yer alan sosyal destek kaynakları hakkında kanser hastası, hasta yakınları ve sağlık personelinin bilgilendirilmesi konusunda gerekli çalışmalarda bulunmak, gerekli organizasyonları yapmak veya yaptırmak,
- Hastaların yaşadığı bu sorunların kontrol altına alınması ve gerekli yardımın sağlanması aşamasında ilgili sağlık personeline yönelik duyarlılık (farkındalık) eğitimlerini planlamak ve sunmak, sunulmasını sağlamak,
- Kanserli hasta ile çalışan sağlık personelinin çalışmalarını bir biyopsikososyal ekip çalışması anlayışında gerçekleştirmesi konusunda çalışmalarda bulunmak ve bu konuda gerekli organizasyonları yapmaktır.

Görüldüğü gibi bu kurulda, kanserle savaşta gerekli olan koruyucu hizmetlerin toplumun risk altında bulunan gruplarına sunulması önemli olduğu ve koruyucu hizmetlerin planlanması ve organizasyonunda, kanser tanı öncesi ve kanser hastalığının her aşamasında

başta eğitim çalışmaları olmak üzere sosyal hizmetin önemli roller üstlendiği görülmektedir.

### **Sosyal Destek Eğitim ve Psikososyal Alt Kurulunun 2009 Yılı Çalışmaları**

Sağlık Bakanlığı ile WHO'nun Avrupa Bölge Ofisi ile yapılan İki Yıllık İşbirliği Anlaşması (BCA) 2008-2009 çerçevesinde 2008 yılı içinde "Ulusal Kanser Kontrol Programı"nın geliştirilmesine dair eylem planlarının hazırlanmasını amaçlayan üç büyük çalıştay gerçekleştirilmiştir. Çalıştaylarda oluşturulan programlardan bir tanesi de "Türkiye'de Palyatif Bakım Hizmetleri"nin geliştirilmesine dair eylem planı hazırlamaktır.

"26- 28 Nisan 2009 tarihleri arasında yapılan bu çalıştayda sosyal hizmetler açısından önemli konu başlıkları da yer almış ve bütüncül bir yaklaşımla sosyal hizmetin taşıdığı önem vurgulanmıştır. Bu çalıştayda, palyatif bakım programlarının hedefinin; kanser hastalarının ve yakınlarının sadece terminal dönemde değil tedavinin devam ettiği süre boyunca da yaşam kalitelerini arttırmak olduğu vurgulanmış bu doğrultudaki en önemli stratejilerin; sağlık çalışanları ve halk arasında palyatif bakım bilincini geliştirmek, palyatif bakım hizmet birimlerini tüm yurтта yaygınlaştırmak ve palyatif bakım ihtiyacı duyan tüm kanser hastalarının bu hizmeti almasını sağlamak olduğu" ifade edilmiştir (Babek, 2009).

Palyatif bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılmasında, toplumun yaşadığı sorunların belirlenmesi, çözümlenmesi ve toplumun refahının artırılmasını amaçlayan sosyal hizmetin toplumla çalışma yönteminin ayrı bir yer tuttuğu

görülmektedir. Toplum eğitimi, danışmanlık, toplum kaynaklarının belirlenmesi ve hasta ve ailesi yararına harekete geçirilmesi, halk sağlığı konusunda duyarlılık, halkın katılımı, sağlığın korunması ve geliştirilmesi, toplum organizasyonu ve gelişimi bu faaliyetlerde dikkat edilmesi gereken önemli başlıklar olarak dikkat çekmiştir.

Palyatif bakımda hasta ve ailesine yönelik ihtiyaçlar olarak; hastanın ve ailesinin psikososyal açıdan desteklenmesi, palyatif bakım hastasına birinci derecede bakım veren aile üyelerine sosyal yardım (aynı nakdi yardım, ücretli izinler, vb.) ve hastalara haklarının anlatılması, yaşamın son dönemi içinde yapılacak işler hakkında (vasiyet, ölüm yeri, defin şekli, dini istekleri vb.) destek ve yardım sağlanmasının önemli olduğu görülmektedir (Babek, 2009).

### **Ulusal Kanser Danışma Kurulu Palyatif Bakım Alt Kurulu'nun 2014 Yılı Çalışmaları**

2014 yılında toplanan Ulusal Kanser Danışma Kurulu Palyatif Bakım Alt Kurulu'nda sosyal hizmet açısından da önemli olan konu başlıkları şu şekilde belirtilmiştir:

- Palyatif bakım kavramının sağlık çalışanları ve toplumca doğru kavranabilmesi, bu hizmetlerin amacına uygun hizmet verebilmesi için farkındalık ve eğitim çalışmaları bir an önce başlatılması gerektiği,
- Dünya Sağlık Örgütü'nün 23 Ocak 2014 yılında kabul ettiği; hastalık ya da durumun iyileştirilebilir olup olmamasından bağımsız olarak, hastanın fiziksel, psikososyal ve manevi yakınmalarının azaltılması

konularının sağlık çalışanlarının ahlaki sorumluluğunda olduğu,

- Palyatif bakım paydaşları arasında mutlak koordinasyonun sağlanması gerektiği ve bu amaçla en az yönetmelik seviyesinde bir düzenlemeye gidilmesi gerektiği,
- Palyatif bakımın toplumun genelindeki Yoğun Bakım olarak yanlış algısının düzeltilmesi yönünde çalışılması gerektiği,
- Palyatif bakım hizmetlerinin sürekliliğinin sağlanabilmesi için evde sağlık hizmetleri ile sıkı bir işbirliği yapılması gerektiği ve bu yönde düzenlemelere gereksinim olduğu,
- Palyatif bakımın ekip hizmeti olduğu bilinci ile doktor dışında ekipte görev alan hemşire, psikolog, fizyoterapist, SHU, manevi bakım/din psikolojisi uzmanı gibi tüm çalışanların aktif katılımı sağlanması gerektiğine vurgu yapılmıştır.

Ülkemizde palyatif bakım hizmetlerinin hasta ve hasta yakınlarına sağlanması, organizasyonunun planlanması ve hizmet sunumunun etkin bir şekilde yapılabilmesi için bu yıllarda yürürlüğe giren Yönergeler, sosyal hizmet mesleğinin palyatif bakım hizmetlerinde önemli bir yer tuttuğunu göstermiştir.

### **Palyatif Bakım Hizmetlerine Ait Yönerge (07.07.2015)**

Yataklı sağlık tesisleri bünyesinde sunulmakta olan palyatif bakım hizmetlerinin yeniden yapılandırılması ve hizmet sunumunun etkin bir şekilde sağlanabilmesi amacıyla; "Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" 07/07/2015

tarihinde yürürlüğe girmiştir (www.hizmetstandartlari.saglik.gov.tr), Mezkur Yönerge ile birlikte 09.10.2014 tarihli ve 640 sayılı "Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" yürürlükten kaldırılmıştır.

Bu Yönergenin amacı, "yaşamı tehdit eden hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkan sorunlarla karşılaşan hastalarda ağrı ve diğer semptomları erken tanımlamak ve değerlendirmek, bu kişilere ve aile bireylerine tıbbi, psikolojik, sosyal ve manevi destek vererek acılarını hafifletmek veya önlemek, yaşam kalitesini geliştirmek için faaliyet göstermek üzere palyatif bakım merkezleri kurmaktır". Hizmetin kapsamı adli maddede (Madde 12) bu merkezlerde sunulacak hizmetlerle ilgili olarak, SHU'larının psikososyal destek ve psikososyal değerlendirmeler (sıkıntı, anksiyete, depresyon, umut, kayıp, yas, keder ve kendine bakmak) yapılabileceği ifade edilmiştir. Ülkemizde palyatif bakımda sosyal hizmetlerin önemli roller üstlendiğini göstermesi açısından bu yönetmeliğin çıkmış olmasını önemle vurgulamak gerekir.

### **Ülkemizdeki Palyatif Bakım Merkezlerinin Mevcut Durumu**

Uluslararası Palyatif Bakım İzleme Birimine göre (Wright ve Diğ. 2006) Dünya'da 234 ülke tarafından kaydedilen palyatif bakım gelişmeleri şu şekildedir:

- Ülkelerin yüzde 33'ünde (n=78) yani dünya nüfusunun yüzde 4'ünde palyatif bakım açısından en ufak bir gelişme olmamıştır.
- Ülkelerin yüzde 18'inde (n=41) dünya nüfusunun yüzde 9'unda kısmen

kapasite geliştirme çalışmaları mevcuttur.

- Ülkelerin yüzde 34'ünde (n=80) yani Çin ve Hindistan da dâhil dünya nüfusunun yüzde 78'inde bazı yerlerde bu hizmet sağlanmaktadır.
- Ülkelerin sadece yüzde 15'inde (n=35) yani dünya nüfusunun yüzde 18'inde palyatif bakım ülkelerin ana sağlık sistemine entegre olmaya yakındır.

Dolayısıyla bazı istisnaları olmakla birlikte, dünyada palyatif bakımın bu yıllarda pek gelişmediği görülmektedir.

Gültekin ve Arkadaşları (2010: 1-6) tarafından Türkiye'de palyatif bakım hizmetlerinin mevcut durumunu incelediği çalışmada; palyatif bakımın Türkiye'de kanser ile mücadelenin yapıtaşı olduğu, bu bakımda medikal yaklaşımın benimsendiği ve ağrı üniteleri yoluyla palyatif bakım hizmetlerinin sunulduğunu ifade etmiştir. 2010 yılında gerçekleştirilen çalışmada, **2009 yılı** itibariyle ülkemizde hizmet veren Sağlık Bakanlığı (2), Üniversite (7), Özel Hastaneler (1) olmak üzere toplam 10 adet palyatif bakım merkezinin ve bu merkezlerin büyük bir bölümü üniversite hastanelerinde (8/10) bulunduğu ifade edilmiştir.

Ülkemizde palyatif bakım konusunda ağırlıklı olarak hizmet veren birimler ağrı üniteleridir. Ülkemizde 33 ilde hizmet veren toplam 72 adet ağrı bölümü bulunmaktadır. Bu merkezlerin 35'i devlet hastanelerinde, 31'i üniversite hastanelerinde ve kalan 6'sı da özel sektör içerisinde hizmet vermektedir. Bu merkezlerde çalışan toplam personel sayısı 334 olup bunların 254'ü tıp doktorudur. 28 merkez Ankara ve İstanbul'da iken, 56 merkez

Batı ve Orta Anadolu'da yer almaktadır. Türkiye'de palyatif bakım ekibinde din görevlisi ve palyatif bakım alanında sertifikalı hemşireler ve gönüllüler yer almamaktadır (2009 yılı). Ayrıca ülkemizde hospis bulunmamaktadır.

Sağlık Bakanlığı'nın 2015 Faaliyet Raporu incelendiğinde ülkemizde 2015 yılı itibariyle toplamda 389 yatağa sahip 31 tescilli Palyatif Bakım Merkezi bulunmaktadır. Şu an müracaat aşamasında olan 38 merkezin tescilden sonra açabileceği ve şu anki toplam yatak sayısının 373 olduğu saptanmıştır. Sonuçta palyatif bakım merkezlerindeki toplam yatak sayısının 2015 yılı sonu itibariyle 762 olacağı düşünülmektedir.

## TÜRKİYE'DE PALYATİF BAKIM UYGULAMALARINDA YAŞANAN SORUNLAR

2014 yılındaki Ulusal Kanser Danışma Kurulu Palyatif Bakım Alt Kurulu Raporuna göre; palyatif bakım hizmetlerinin sunumunda aşağıdaki sorunlar ifade edilmiştir:

- Toplumun ölüm konusunu konuşmaması ve bundan kaçınması,
- Bu alanda çalışan personelin dinleme, konuşma, soru sorma becerilerinin eksik olması (etkili iletişim teknikleri),
- Öfkeli hasta/yakını ile iletişimden çekinme,
- Kaliteli bakım vermedeki yetersizlikler,
- Sağlık çalışanlarının iş yükünün fazlalığı-personel eksikliği,
- Hasta yoğunluğu ve bürokratik yazışmaların fazlalığı nedeniyle

personelin iş stresi, bıkkınlık, mobbing ve tükenmişlik gibi duyguları yoğun yaşaması,

- Sağlık personelinin hastanın ne zaman palyatif bakıma ne zaman yaşam sonu bakıma ihtiyacı olduğunu anlayamaması,
- Hasta ve yakınlarının hastalık ve prognoz hakkındaki bilgilerinin yeterli olmaması,
- Yaşam süresini uzatmaya yönelik tedavi ile destek tedavisinin ayrı tutulması,
- Tüm sağlık personelinin ölmekte olan hastanın bakımı ile ilgili olarak okulda bir eğitim almaması ve konuyu bilmemesi,
- Ölüm karşısında yaşanan çaresizlik duygusu,
- Hiyerarşi sorununun ekip olmaya engel olması (Ulusal Kansere Danışma Kurulu Palyatif Bakım Alt Kurulu, 2015).

Yaşam sonu bakım konusunda hasta ve hasta yakınlarının yapılacak girişimler konusunda bilgilendirilmesi ve yaşamı uzatmayacağı bilinen yararsız, *hastaya eziyet olarak değerlendirilebilecek girişimlerin* hasta ve hasta yakınları ile özel olarak görüşülmesi ve hasta ve hasta yakınlarının onayı ile bu tür girişimlerin yapılması gerektiği raporda ifade edilmiştir.

## SONUÇ VE GELECEĞE YÖNELİK İPUÇLARI

Nüfusu gittikçe yaşlanan, kanser ve diğer kronik hastalıkların sürekli artış gösterdiği ülkemizde palyatif bakım hizmetleri ne yazık ki yıllarca ihmal

edilen konular arasında yer almıştır. Bunun nedenleri arasında sahip olduğumuz geleneksel (ataerkil) aile yapısının önemli bir yer tuttuğu söylenebilir. Sadece kanserli hasta değil kronik ve gittikçe güçsüzleşen hastalar da aileleri tarafından çaresizliğe itilmemektedir. Bu kültürel özellik her ne kadar kentleşmenin getirdiği ekonomik ve sosyal uyum sorunları gibi nedenlerle sarsılsa da bugün hastaların büyük bir kısmı ya ev ortamında ekonomik yönden desteklenerek (evde bakım) ya da yeni yeni kurulan palyatif bakım merkezlerinden hizmet almaktadır. Ülkemizde gelecekte bizleri bekleyen en önemli sorun palyatif bakım alanında nitelikli sağlık personelinin yetiştirilememesi ya da sınırlı sayıda yetişmesidir. Bu konudaki planlamanın ve profesyonel bir örgütlenmenin bir an evvel gerçekleştirilmesi zorunludur.

Kanser gibi önemli psikososyal ve ekonomik sorunlara yol açan kronik bir hastalık karşısında özellikle tanıdan sonra ölüm ve yas sürecine kadar onkoloji hasta ve hasta yakınlarında ortaya çıkan psikolojik, sosyal, ekonomik ve manevi ihtiyaçların karşılanması SHU'larının önemli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır (Tuncay, 2013). Gelişmiş ülkelerde, yaşam sonu dönemlerde bireyin ve ailesinin yaşam kalitesinin iyileştirilmesine ilişkin hizmet politikaları siyasi ve sosyal olarak her geçen gün daha önemli hale gelmektedir. Yaşam sonu bakım stratejilerinin amacı; her geçen gün daha fazla sorunlar yaşayan ve ölüme adım adım yaklaşan hastaların psikolojik, sosyal, ekonomik ve manevi ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik hizmetleri sunmak olmalıdır. İnsanların ölüm, ölüm süreci ve yakınına kaybetme hakkında açıkça

konuşması için sosyal hizmete ihtiyaç vardır.

Palyatif bakımın sosyal hizmet boyutundaki geleceğine yönelik aşağıdaki konulara önem verilmesi gerekmektedir:

- Palyatif bakım merkezlerinde çalışacak personelin nicelik ve niteliği şimdiden belirlenmelidir. Geleceğe yönelik projeksiyonlar yapılarak, merkezlerde çalışacak doktor, hemşire, SHU, psikolog ve diğer mesleklerin kadroları bugünden planlanmalı ve palyatif bakım merkezlerinin standartları, fiziksel donanımları belirlenmeli ve gelecek 10-15 yılı düşünerek bu yönde düzenlemeler yapılmalıdır.
- En son yönetmeliğe göre SHU'ları palyatif bakım merkezlerinde kısmi zamanlı (part time) ya da ihtiyaç halinde çalışmaları öngörülmüştür. Palyatif bakım merkezlerinde hasta ve ailesine yönelik psikososyal ve mesleki çalışmalar yapılabilmesi için görevli hekim ya da hemşirenin SHU talep etmesi veya vakayı ona yönlendirmesi önemlidir. Ancak sürekli hasta ve hasta yakınlarıyla birebir iletişimde bulunması ve mesleki uygulamalarını gerçekleştirebilmesi için SHU'larının bu merkezlerde sürekli kadroda görevlendirilmesi gerekir.
- Palyatif bakımın amacı olan hasta ve yakınlarının yaşam kalitelerinin artırılması sürecinde ülkemizde sivil toplum örgütlerinin sınırlı etki yarattığı görülmektedir. Hasta ve yakınlarının kurmuş olduğu dernek ve sivil toplum örgütleri, palyatif bakımda girişimci rolünü üstlenmeli ve bu doğrultuda Sağlık Bakanlığı'na öneriler sunulmalıdır.

- Tüm bu gelişmelerin ışığında sosyal hizmet, toplumun ve toplulukların ölüm ve yas gibi sosyal sorunlarla baş etmeleriyle ilgilenen bir meslek olarak sosyal ağlar ve mesleklerin kapasitesini artıracak müdahaleleri düşünmek zorundadır.
- Bu çalışmada ülkemizde palyatif bakım hizmetlerinin sunumunda sosyal hizmetlerin yeri ve önemi analiz edilmeye çalışılmıştır. Bu merkezlerde çalışan SHU'larının yaptığı çalışmalar, hizmet sunumunda karşılaştıkları sorunlar, ekip içi uyum sorunları vb. gerek nicel gerek nitel tarzda araştırmaların planlanması gerekmektedir. Bugün ülkemizdeki mevcut uygulamada klinik anlamda palyatif bakım odaklı sosyal hizmet müdahalelerine yönelik çalışmaların sınırlı düzeyde olduğu görülmektedir. Palyatif bakımda ülkemize özgü klinik odaklı uygulamaları içeren daha geniş bir sosyal hizmet modeli geliştirilmelidir. Palyatif bakımda hasta ve ailelerin yaşamış olduğu sorunların belirleneceği araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

#### KAYNAKÇA

- Allison, H., J. Gripton ve M. Rodway. (1983) Social work services as a component of palliative care with terminal cancer patients. *Soc Work Health Care*, ss. 29-44.
- Avrupa Konseyi, [Council of Europe]. (1999). Recommendation 1418: protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying. [http:// assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/Adopted-Text/ta99/EREC1418.htm](http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/Adopted-Text/ta99/EREC1418.htm) (Erişim, 2 Ekim 2015).
- Babek, S. (2009). Ülkemizdeki palyatif bakım uygulamalarının durumu: Ne yapmalı?

- www.palyatifbakim.org/ppt/sevil\_babek.pdf, (Erişim, 4 Ağustos, 2015).
- Boyle, P., and Levin, B. (2008). *World cancer report 2008*, World Health Organization, International Agency for Research on Cancer.
- Clark, D. and M. Wright (2003). *Transitions in end of life care: hospice and related developments in eastern europe and central asia*. Buckingham: Open University Press.
- Duyan, V. (1996). *Tıbbi sosyal hizmet*, Ankara.
- Duyan, V. (2011). *Sosyal hizmet, temelleri, yaklaşımları, müdahale yöntemleri*, Ankara, Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Yayını.
- Gültekin, M., Özgül, N., Olcayto, E., Tuncer, M. (2010). Türkiye'de palyatif bakım hizmetlerinin mevcut durumu. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 1, 1-6.
- Institute of Medicine .(2003). *When children die: improving palliative and end-of-life care for children and their families*. Washington, D.C. National Academies Press.
- Işıkhan, V. (2008). Terminal dönemdeki kanser hastalarının ölüm yeri tercihleri. *Türk Onkoloji Dergisi*, 23(1), 34-44.
- Kellehear, A. (2005). *Compassionate cities: public health and end-of-life care*. New York: Routledge.
- Landau, R. (2000). Ethical dilemmas in general hospitals: social workers' contributions to ethical decision-making. *Social Work in Health Care*, 32; 75-92.
- Meier, D.E., and L. Beresford. (2008). Social workers advocate for a seat at the palliative care table, *Journal of Palliative Medicine*. 11(1), 10-14.
- National Association of Social Workers [NASW] (2002). *Client self-determination in end-of-life decisions. social work speaks: NASW Policy Statements*, 2003-2006, 6th ed.
- National Association of Social Workers [NASW]. (2003). *Standards for social work practice in palliative and end of life care*. Washington, DC: NASW.
- Payne, M. (2009). Developments in end-of-life and palliative care social work. *International Social Work*. 52(4), 513-524.
- Reith, M. and Payne, P. (2009). *Social work in end-of-life and palliative care*. Chicago: Lyceum.
- Roff, S. (2001). Analyzing end-of-life care legislation: A social work perspective. *Social Work Health Care*, 33, 51-68.
- Sağlık Bakanlığı. (2003). *Kanser Savaş Dairesi Başkanlığı Sosyal Destek, Eğitim ve Psikososyal Alt Kurul Yayınlanmamış Rapor*, Ankara.
- Saruç, S. (2013). Palyatif ve yaşam sonu bakımında sosyal hizmet uzmanının rolleri ve sosyal hizmet mesleği standartları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 24(2), 193-207.
- Small, N. (2001) Social work and palliative care. *British Journal of Social Work*, 31(6), 961-71.
- Taylor-Brown, S., and S Mary. (2004). End-of-life care. *Health & Social Work*, 29(1),3-5.
- Tuncay, T. (2012). Kardiyak rehabilitasyonun psikososyal yönleri ve sosyal hizmet müdahaleleri, *Türkiye Klinikleri Kardiyak Rehabilitasyon Özel Sayısı*, 5(2), 33-39
- Tuncay, T. (2013). Yaşam sonu bakımında sosyal hizmet uzmanının rolleri, *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 24(2), 145-154.
- Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği [IFSW]. (2014). Sosyal hizmetin evrensel tanımı, Erişim; <http://ifsw.org/sosyal-hizmet-nedir/>, Mayıs, 2016.
- Uncu, Y. ve Akman M. (2004). *Sağlığa biyopsikososyal yaklaşım*. T.C. Sağlık Bakanlığı Aile Doktorları İçin Kurs Notları. Ankara, 73-78.
- WHO.(2008a). *Palliative care*. Geneva: WHO. <http://www.who.int/cancer/palliative/en/> (Erişim, 30 Ekim 2015).



WHO. (2008b). *WHO definition of palliative care*. Geneva: WHO. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (Erişim, 30 Ekim 2015).

Wright, M., J. Wood, T. Lynch., D. Clark (2006). *Mapping levels of palliative care development: a global view*. Lancaster: International Observatory on End of Life Care. [http://www.eolc-observatory.net/global/pdf/world\\_map.pdf](http://www.eolc-observatory.net/global/pdf/world_map.pdf) (Erişim, 3 Nisan 2015).