

Palyatif Bakım Tanımı ve Felsefesi ***Definition and Philosophy of Palliative Care***

Özet

“Palyatif” sözcüğü, kısa bir tanım ile “rahatlatmak, dindirmek” anlamına gelmektedir. Latince “Palliate”den köken alan “Palyatif” sözcüğü, aynı zamanda “pelerin ile örtülü” olarak da tanımlanmaktadır. Yapılan tanımlamalara bakıldığında; palyatif bakım, Hospis bakımı, terminal dönem hasta bakımı, yaşam sonu bakım gibi kavramların birinin yerine kullanıldığı görülür. Palyatif bakım gereksinimi, dünya nüfusunun giderek yaşlanması, başta kanser olmak üzere, özellikle kardiyovasküler ve respiratuar sistemi etkileyen, diğer bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların da çoğalmasıyla, küresel olarak artmıştır. Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Hospis Palyatif Bakım Birliği, ortaklaşa oluşturduğu Küresel Palyatif Bakım Atlası’nda bu konuyu vurgulamıştır. Bu derleme, palyatif bakım çeşitli tanım ve özelliklerini gözden geçirmek, palyatif bakım kavramının farklı boyutlarını ele almak ve palyatif bakım felsefesini, aile hekimliği disipliniyle örtüşen yönlerini vurgulayarak açıklamak amacıyla hazırlanmıştır.

Abstract

“Palliative” as a brief definition, means “relieve, alleviate”. “Palliative” origin of “Palliate” in Latin, also means “cloaked”. Looking up the definitions; it is seen that some concepts such as palliative care, hospice care, terminal stage patient care, end-of life care are used instead of each other. The need for palliative care increases globally by aging of world population, increasing the other non-communicable diseases mainly cancer, which affects especially cardiovascular and respiratory systems. World Health Organization and Worldwide Hospice Palliative Care Alliance emphasizes this issue in the Global Atlas of Palliative Care which prepared together. This review is prepared on the purpose of revise different definitions and features of palliative care, discussing the different dimensions of palliative care and explaining the philosophy of palliative care through emphasizing the aspects matched up with family medicine disciplinary.

Giriş

Palyatif sözcüğünün tanımına bakıldığında; “rahatlatmak, dindirmek, yatıştırmak, koruyucu, kapsayıcı, pelerin gibi örtmek” anlamlarını içerdiği görülür (1,2). Basılı ve çevrimiçi tıp sözlüklerini, sık kullanılan arama motorlarını, palyatif bakımla ilgili sıklıkla okunan kitapları ve makaleleri inceleyen bir araştırma, “palyatif” sözcüğü yerine farklı kalıp ve sözcüklerin kullanıldığını ortaya koymuştur (3).

Palyatif bakım gereksinimi, dünya nüfusunun giderek yaşlanması, başta kanser olmak üzere, özellikle kardiyovasküler ve respiratuar sistemi etkileyen, diğer bulaşıcı ol-

Yrd. Doç. Dr. Güliz DİRİMEN ARIKAN
Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi

Yazışma Adresleri /Address for
Correspondence:

Yeditepe Üniversitesi 26 Ağustos
Yerleşimi İnönü Mah. Kayışdağı Cad.
34755 Ataşehir / İstanbul

Tel/phone: +90 543 583 81 30

E-mail: gulizdirimen@yahoo.co.uk

Anahtar Kelimeler:

Palyatif Bakım, Ağır
Hasta Bakımı, Felsefe,
Tıbbi, Aile Hekimliği

Keywords:

Palliative Care, Hospice
Care, Philosophy, Medi-
cal, Family Practice

Geliş Tarihi - Received
11/03/2016

Kabul Tarihi - Accepted
13/04/2016

Tablo 1. DSÖ'nün değişen "Palyatif Bakım" tanımları (4,5)

1986: "Palyatif Bakım hastalığı küratif tedaviye yanıt veremeyen hastanın aktif total bakımınıdır. Ağrının, diğer belirtilerin ve psikolojik, sosyal ve tinsel (spiritüel) sorunların kontrolü başlıca konulardır. Palyatif bakımın amacı hastalar ve aileleri için olası en iyi yaşam kalitesinin sağlanmasıdır (4).

2002: "Palyatif Bakım, yaşamı tehdit eden bir hastalıkla ilişkili sorunla karşılaşan hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini, acılarının erken saptanması ve kusursuz bir değerlendirme ile önlenmesi ve dindirilmesi ve ağrının, fiziksel, psiko-sosyal ve manevi diğer sorunlarının tedavisi yoluyla geliştiren bir yaklaşımdır" (5).

Palyatif bakım:

- Ağrı ve diğer acı veren belirtilerden rahatlamayı sağlar;
- Yaşamı olumlu ve ölümü normal bir süreç olarak kabul eder;
- Ölümü ne hızlandırmayı, ne de geciktirmeyi amaçlar;
- Hasta bakımının psikolojik ve tinsel yönlerini bütünleştirir;
- Ölüme dek hastaların mümkün olduğunca aktif bir şekilde yaşamalarına yardım edecek destek sistemi sağlar;
- Hastanın hastalığı boyunca ve kendi yas dönemlerinde ailenin durumu başatmasına yardım edecek destek sistemi sağlar;
- Hastanın ve gerektiğinde yas danışmanlığını da içeren, ailenin gereksinimlerini belirleyecek ekip yaklaşımını kullanır;
- Yaşam kalitesini artıracaktır ve aynı zamanda hastalık seyrini olumlu yönde etkileyebilir;
- hastalığın erken döneminde yaşamı uzatmayı amaçlayan kemoterapi veya radyasyon tedavisi gibi diğer tedavilerle birlikte uygulanabilir ve acı verici klinik komplikasyonların daha iyi anlaşılması ve yönetilmesi için gereken araştırmaları içerir (5).

Tablo 2. DSÖ çocuklar için palyatif bakım tanımı (5)

Çocuklar için palyatif bakım, erişkin palyatif bakımı ile benzer, ilişkili bir alan olmasına rağmen, özellik gösterir. DSÖ'nün çocuklar ve aileleri için uygun palyatif bakım tanımı aşağıdadır; ilkeler diğer pediatrik kronik rahatsızlıklara uygulanabilir (DSÖ, 1998a):

- Çocuklar için palyatif bakım çocuğun vücut, zihin ve ruhunun aktif bütünsel bakımınıdır ve aynı zamanda aileye desteği de içerir;
- Hastalık tanısı konduğu anda başlar ve çocuğun doprudan hastalığa yönelik tedavi alıp almamasına bakılmaksızın devam eder;
- Sağlık hizmetini verenler çocuğun fiziksel, psikolojik ve sosyal sıkıntılarını değerlendirmeli ve azaltmalıdır;
- Etkin palyatif bakım aileyi içeren geniş bir multidisipliner yaklaşım gerektirir ve mevcut toplum kaynaklarını kullanır; kaynaklar sınırlı olduğunda bile başarılı bir şekilde uygulanabilir;
- Toplum sağlığı merkezlerinde ve hatta çocukların evlerinde üçüncül bakım kolaylıkları sağlayabilir;

mayan kronik hastalıkların da çoğalmasıyla, küresel olarak artmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO, DSÖ), Dünya Hospis Palyatif Bakım Birliği (WPCA) ile ortaklaşa oluşturduğu Küresel Palyatif Bakım Atlası'nda bu konuyu vurgulamıştır (6).

DSÖ'nün güncellenmiş Ocak 2015 verilerine göre; başlıca olmayan hastalıklar (BOH) her yıl 38 milyon kişinin ölümüne yol açmaktadır (7). Yine aynı veriler BOH arasın-

da kardiyovasküler hastalıkların (17,5 milyon) en sık ölüm nedeni olduğunu, ardından kanser (8,2 milyon), solunum yolu hastalıkları (4 milyon) ve diyabetin (1,5 milyon) geldiğini ortaya koymaktadır. Bu dört grup hastalık, tüm BOH'dan ölümlerin %82'sinden sorumludur (7).

DSÖ, Palyatif Bakım ile ilgili çok kapsamlı bir infografik hazırlamıştır (8). Bu infografikte palyatif bakımın farklı alanları, konuyla ilgili sorunlar ve çözümleri ele alınmıştır: Buna göre; her yıl dünyada 40 milyon kişi palyatif bakıma gereksinim duymakta, bunların ise;

- %39'unda kardiyovasküler hastalık,
- %34'ünde kanser,
- %10'unda kronik akciğer hastalığı,
- %6'sında Human Immunodeficiency Virus (HIV)/ Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS) ve
- %5'inde diyabet bulunmaktadır (8).

Bu veriler, palyatif bakımın sadece kanser ağrısı ve terminal dönemdeki hastalar için gerekli olmadığını birer kanıttır.

DSÖ'nün hazırladığı infografikte vurgulanan bazı noktalar, palyatif bakım konusundaki eksikliklere dikkat çekmekte ve aşılması gereken engelleri ortaya koymaktadır:

- Palyatif bakıma gereksinim duyanların %86'sı bu bakıma ulaşmamaktadır,
- Dünya nüfusunun %83'ü ağrıyı dindiren girişimlerden yoksundur,
- Palyatif bakıma gereksinim duyan çocukların %98'i düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır (8).

Özellikle bu son madde, palyatif bakım gibi maliyet etkin bir yaklaşımın önemine ve yaygınlaşmasının gerekliliğine dikkat çekmektedir.

Palyatif Bakımın Tarihsel Gelişimi:19. yüzyılda ve 20.yüzyılın başlarında, palyatif bakım başlıca dini hizmetlerde çalışanlar ile bazı idealist sağlık profesyonellerinin rehberliğindeki gönüllüler tarafından sağlanıyordu (9). Yaşamı tehdit eden hastalığı olan kişi ve yakınlarının "acılarını pelelerin gibi örten" palyatif bakım modern anlamda Dame Cicely Saunders ile anılmaya başlanır. 1941 yılında koğuş hemşiresi olarak St. Thomas Hastanesi'nde başladığı eğitimini 1944 yılında tamamlayan Saunders, aynı hastaneye tıbbi sosyal çalışmacı olarak geri döner (10). 1948 yılında terminal dönem kanser hastalarına bakım veren evlerde haftada birkaç kez gönüllü hemşire olarak çalışmaya başlayan Saunders, 1957 yılında tıp eğitimini tamamlar. St. Mary Hastanesi Tıp Fakültesi Farmakoloji Bölümü'nde terminal dönem hastalardaki ağrı ve bu ağrının iyileştirilmesi üzerine klinik araştırmacı olarak çalışma olanağı bulur. Kişisel terapötik yolculuğunu kaleme aldığı makalesinde Dr. Saunders, "öğrenimi sırasında, hastalarının ve ailelerinin konduğu oldukları öğretisiyle yetiştiklerini" dile getirmiştir (10). Bu bakış açısı, palyatif bakım felsefesine ışık tutar. Zorlu savaş yıllarında, kısıtlı tedavi olanaklarıyla özellikle terminal dönem hastalara adanmış bakım hizmeti sunan Dr. Saunders, 2004 yılında DSÖ'nün palyatif bakım ile ilgili bir yayınının önsözünde şu açıklamaya yer vermiştir: "Palyatif bakım, her bireyin kendine özgü öyküsü, ilişkileri ve kültürü

olduğu ve bireyin eşsiz bir varlık olarak saygı görmeye değer olduğu anlayışıyla başlar”. Dr. Saunders’ın bu sözleri, palyatif bakım felsefesini yalın bir şekilde özetlemiştir (11).



Resim 1. St Joseph's Hospice, 1960 (Kaynak:A personal therapeutic journey, Saunders C., BMJ, Vol.313, 1996, pp:1599-1601)

Palyatif bakım ve Hospis hareketi, önce İngiltere, ardından Kanada’da başlamış ve sonrasında diğer ülkelere yayılmıştır (12). Modern Hospis hareketi, St. Christopher Hospisi’ nin Dr. Cicely Saunders tarafından 1967 yılında Londra’da açılmasıyla başlamıştır (10,12,13). Dr.Saunders’ın ardından “Palyatif Bakımın Babası” olarak kabul edilen Balfour Mount, 1974’de Saunders’ın ekibine katılmış ve palyatif bakım ile ilişkisi başlamıştır. Montreal’deki yatan hasta birimi olarak kurulacak Hospis için araştırma yaparken, Balfour, bu terimin palyatif bakım için de kullanıldığını ve bir kavram karmaşasının olduğunu fark etmiştir (14). Kendisi, 1974’ün sonlarına doğru Kanada’ya döndükten sonra, bir kuzey Amerika hastanesinde ilk palyatif bakım birimini kurmuştur. Balfour, yaşamı boyunca yaptığı palyatif bakımla ilgili çalışmaları nedeniyle Kanada Hospis Palyatif Bakım Derneği tarafından 2008 Liderlik ödülüne layık görülmüştür (15).

Palyatif Bakımın Özellikleri:Kanada Hospis Palyatif Bakım Birliği, 2002 yılında ulusal bir Hospis palyatif bakım modeli geliştirmiş ve hastalık ve yas ile ilişkili temel konuları belirtmiştir. Bu modelde; hasta ve ailesinin özellikleri merkezde yer alırken, çevresinde ise hastalığın yönetimi, fiziksel, psikolojik, sosyal ve tinsel gereksinimler, kayıp ve yas, yaşam sonu bakımı ve ölümlerle başa çıkma gibi konular yer almaktadır (16).

Palyatif bakımın amaçları sıralandığında, en önemli bileşenlerden birinin hastaların yaşam kalitesinin iyileştirilmesi olduğu görülür. İleri evre kanser hastalarıyla yapılan bir çalışmada; tinsel destek alan ve tinselgereksinimleri karşılanan hastaların yaşam kalitesi skorlarının, bu gereksinimleri karşılanmayan hastalara göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir (17).

Kültür ve tinsellik insan deneyimini, değerlerini, davranışlarını ve hastalık kalıplarını yapılandıran en önemli etken-

ler arasındadır. Kişi terminal bir hastalık tanısı aldığı anda, kimlik değişimi başlar. Kültürel ayinler, hastalık ve geçiş süresi boyunca hastaları ve ailelerini destekleyen gizli öğeler sağlar (18). Tinsellik, çöküntü zamanlarında hayati bir rol oynar ve kişinin kendisiyle, diğerleriyle, doğave Tanrı ile bağlantı kurduğunu hissetmesini sağlar. Bu, aynı zamanda kayıp, yas ve ölüm ile başa çıkmak anlamına gelir (18).

Palyatif bakım, hastanın olduğu her yerde verilebilir. Hastanın evinde verilecek şekilde planlandığında, birinci basamak ve özelleşmiş palyatif bakım ekipleri arasında çok iyi bir işbirliği olmalıdır (19).Aileve/veya diğer bakım verenler yeterli destek sağlayamadığı ya da hasta uzman ekiplerin tıbbi bakımına gereksinim duyduğunda, özellikle de hastalığının terminal döneminde, evin yerini tutacak, aynı zamanda gerekli duygusal ve spiritüel desteğin sağlanabileceği bir mekân gereklidir. Burada hemşireler, sosyal destek çalışanları ve gönüllüler yer alır. Hospis, tüm bu seçeneklerin karşılandığı, terminal dönemdeki hastalara bakım veren özel bir merkezdir (19). Hospis, özel bir yer, bina veya hizmet değil, başlıca bakım kavramı olarak tanımlanır. Hospis felsefesi ve hareketi, palyatif bakımın tüm dünyada ilerlemesine ve bakım standartlarının gelişmesine katkıda bulunmuştur (9).Hospis’in başlangıcı Fabiola’ya kadar uzanır. Fabiola, evini yoksullara, yolculara, aç, susamış ve hasta kişilere açmıştır. O zamanlar Hospis, hem ev sahibi, hem de konuk anlamına geliyordu ve hospitium, konukseverliğin sunulduğu yer idi (9).

Ölüm ve Hospis kavramları, literatürde farklı dinlerin bakış açılarıyla ele alınmıştır. Örneğin Budizm’de ölümün kaçınılmazlığı vurgulanırken, ruhsal açıdan ölüm sükûnet ve onurla kabullenilir (20).

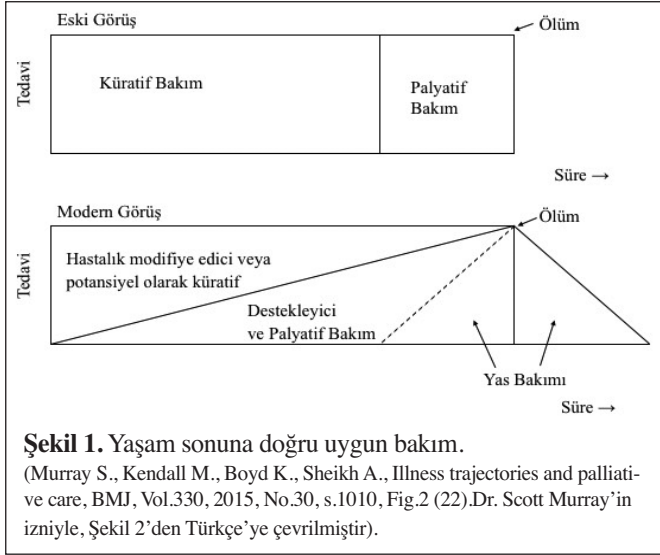
Yaşam sonuna doğru, varoluşsal ve tinsel acı deneyimi keşfedilir. Bu özellikle, umutsuzluk, başkalarına yük olma, onurunu kaybetmiş olma hissi ve ölüm isteği ya da yaşama-ya karşı isteksizlik şeklinde kendini gösterir (21) .

Hastalara ve ailelerine palyatif bakım verilirken, şu ilkeleri hatırlamak önemlidir:

- Herkesin tinsel bir yanı vardır.
- Hastalık ve ölüm, tinsel gelişim için fırsatlar olabilir.
- Tinsel bakım, dini veya kültürel geçmişine bağlı olarak her birey için farklı olabilir.
- Tinsellik, formal ve dini ve din dışı uygulamalar, semboller, ayinler, sanat formları, dua ve meditasyon gibi, informal yollarla desteklenir.
- Bakım, dini ve tinsel uygulama gereksinimiyle uyumlu olacak şekilde verilmelidir (18) .

Palyatif Bakım Modelleri:Palyatif bakım ilk gündeme geldiğinde sadece ölüme yaklaşan hastalara verilen bakım olarak düşünülürken, daha sonraları hastanın tanı alma döneminde başlayan ve ölümden sonra hastanın ailesi ve yakınlarına yas desteği olarak devam eden bakım olarak şekillenmiştir.

Multidisipliner yaklaşımın vurgulandığı güncellenmiş palyatif bakımda 3 ayrı faz tanımlanmıştır: 1-Hastalık odaklı palyasyon: Hastalığın iyileşmesi artık sözkonusu değilse, hastalığın ilerlemesinden kaynaklanan belirtilere veya tedavinin



istenmeyen etkilerine yönelik palyasyon 2-Semptom odaklı palyasyon: Hastalık odaklı tedavinin yarardan çok zarar getireceği durumlarda uygulanır. Bu aşamada palyatif bakım, yaşam kalitesini korumak amacıyla semptom kontrolüne odaklanır. 3-Terminal (veya yaşam-sonu) bakımı: Bu faz boyunca hasta, temel yaşam işlevleri için bakıma bağımlıdır. Palyatif bakım yaşam kalitesini sağlamanın yanında, iyi kaliteli bir ölüme yardımcı olmayı amaçlar. İyi bir palyatif bakım, hastanın ölümüyle son bulmaz, hastaya ve yakınlarına yas döneminde yardımcı olur (19).

Literatüre bakıldığında, yas reaksiyonu olarak adlandırılan durumda hasta yakınlarına gerektiğinde bir yıla kadar destek verilmesi önerilmektedir (23).

Yukarıda belirtilen fazların dışında Avrupa Onkoloji Okulu 2 ayrı düzeyde palyatif bakım ileri sürmüştür: 1-Temel palyatif bakım; tüm sağlık profesyonelleri tarafından birinci veya ikinci basamakta sağlanabilecek bakımı kapsar. 2-Özelleşmiş palyatif bakım ise; çok sayıda uzman sağlık profesyoneli ekibinin sağladığı bakımdır (19).

Palyatif Bakım Felsefesi: Dr. Saunders çalışma dönemi boyunca hastalarını, onların hastalık ve acı çekme öykülerini dikkatle dinleyerek "total ağrı" kavramını geliştirdi (9). Ağrı oldukça öznel bir deneyimdir ve bireyin gelişimsel evresi, duygusal durumu, kültürel geçmişi, aile işlevselliği ve var olan organik hastalık süreci gibi çok sayıda faktöre bağlıdır (24).

Palyatif bakımın uygulandığıAvrupaülkelerinde palyatif bakım uzmanları bir dizi ortak değer kabul edilir. Bu değerler; hastanın özerkliği ve onuru, bireysel planlama ve karar alma gereksinimi ve bütüncül yaklaşımıdır (14). Palyatif bakım uygulamasında etik tartışmalar yaşanabilmesine rağmen, yukarıda sayılan özerklik, insan onuru gibi temel değerler etik ilkelerle birbir örtüşmektedir. Palyatif bakımda her birey özerk ve eşsiz kabul edilir ve ona saygı duyulur. Bakım, sadece hasta ve/veya ailesi onu kabul etmeye hazır olduğunda verilir (14). Bu noktada etik tartışmalar gündeme gelmektedir. Özerklik ve koruyucu bakım arasındaki denge kültürden etkilenmektedir ve bu durumbazı ülkelerde, karar alma mekanizmalarının hastadan bakım veren yönüne değişmesine neden olmaktadır.Palyatif bakımın, insan onuruna saygılı, açık, kişisel, kül-

türel ve dini değerlere, inançlara ve her ülkenin kendi yasaları doğrultusunda uygulamalara duyarlı bir şekilde verilmesi gerektiği kabul edilir (14).

Palyatif bakım ve tıbbi tedavinin kavramsal olarak ayrıldığı noktalar, palyatif bakımın etik boyutunda ele alınmaktadır. Konuyla ilgili literatüre bakıldığında; tıbbi tedavilerin kişiye ve duruma göre değişebileceği, seçeneğe bağlı olduğu belirtilirken, bakımın ise her zaman bir gereksinim olduğu vurgulanmaktadır (25). Palyatif bakıma bu açıdan yaklaşmak, uygulama ve karar alma aşamasında etik kaygılardan korunmaya yardımcı olabilecektir.

Palyatif Bakım ve Aile Hekimliği:Palyatif bakım, sadece bir felsefe ya da birkaç ayrıcalıklı hasta ve sağlık profesyonelinin uygulaması değildir. Palyatif bakım, etkin bir sağlık bakımının bütüncül parçasıdır (25). Özellikle yaşam sonu bakımda bütüncül yaklaşım, hasta deneyiminin psiko-sosyal, varoluşsal ve tinsel yönlerini kapsar (21). Bundan dolayı, palyatif bakımın etkin bir sağlık bakımının içinde yer almalıdır ve parasal kaynağı kamu veya özel sektör olsun, sağlık hizmetinin ödeme kapsamında olmalıdır (25).

Hasta ile sağlık profesyonellerinin ilişkisi, iletişim becerileri, halkın eğitimi ve disiplinler arası yaklaşım da palyatif bakımın ve aile hekimliğinin ortak özelliklerini oluşturur. Kanser hastalarının bakımı üzerine yapılan bir çalışmada; aile hekimlerinin ilgili uzmanlar ile iletişimin sürdürülmesindeki önemi belirtilerek, özellikle hastaneden çıktıktan sonraki süreçte aile hekimlerinin rolü vurgulanmıştır (26).

Aile Hekimliği Disiplininin temel özelliklerinden biri, bütüncül yaklaşımdır.Biyopsikososyal sistem yaklaşımını temel alan aile odaklı sağlık bakımında öncelik, aile ortamındaki hastanıdır (27). Yaşamı tehdit eden hastalık tanısı konulmuş bir kişi, modern tıbbi süreçlerin gereği olarak çok sayıda uzman hekimle karşı karşıya gelebilir. Aile hekimleri, bu sistem içinde hastaya uygun sağlık bakımının düzenlenmesinde merkezi bir role sahiptir (28). Literatürde bu görüşleri destekleyen ve aile hekimlerinin palyatif bakımda yetkin ve yeterli olacağı kanısıyla, palyatif bakımın ayrı bir uzmanlık dalı olmasının gerekli olmadığı görüşü dahi savunulmuştur (29).

Palyatif Bakımda Sorunlar ve Çözümleri:Kalp yetmezliği olan hastaların palyatif bakıma yönlendirilmesine ilişkin yapılan bir araştırma, çarpıcı veriler sunmuştur. Sağlık profesyonellerinin bilgi yetersizliği ve palyatif bakımın sadece ölümü yaklaşan hastalar için olduğu inancı, kalp yetmezliği hastalarının gerekli palyatif bakıma ulaşamamalarındaki önemli engeller olarak saptanmıştır (30).

DSÖ, palyatif bakıma erişimdeki engelleri;

- Palyatif bakımın ne şekilde yararlı olacağına dair halkın yetersiz farkındalığı;
- Ağrı ve ölümlle ilişkili inançlar gibi kültürel-sosyal engeller;
- Sağlık çalışanlarının yetersiz beceri ve kapasiteleri ve
- Ağrı tedavisinde opioidlerle ilgili düzenlemeler, şeklindeki sıralamıştır (8).

Bu engellerin aşılmasında ülkelere düşen görevler de yine DSÖ tarafından ortaya konulmuştur. DSÖ, ülkelere Dünya Sağlık Kurulu'nun 2014 yılında palyatif bakımla ilgili aldığı kararları uygulaması çağrısında bulunmuş ve bunun için palyatif bakımın ulusal sağlık politikalarıyla bütünleştirilmesi gerektiğini vurgulamıştır. Bu amaçla, yapılması gerekenleri:

- Ağrı kesici opioidlere erişimin iyileştirilmesi için kanunların ve süreçlerin gözden geçirilmesi;
- Sağlık çalışanlarının eğitimine palyatif bakımın dahil edilmesi;
- Birinci basamak sağlık merkezleri ve evleri aracılığıyla palyatif bakım hizmetlerinin sağlanması, şeklinde sıralamıştır (8).

Kanser hastalarının yaşamlarının son döneminde acil servislere başvurma nedenlerinin araştırıldığı bir çalışmada; hastaların %85'inin yaşamlarının son iki haftasında bir kez acil servise başvurduğu saptanmıştır. Acile başvurunun en sık nedeni olarak hastalar veya aileleri "artık evde durumla başa çıkamadıklarını" dile getirmişlerdir (31).

Her birey yaşamının son dönemini sevdikleriyle huzurlu bir şekilde geçirme, onuruyla ölme hakkına sahiptir. Gereksiz hastane başvurularının en aza indirilmesi, yaşamlarının son dönemlerinde hastaların ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında hırpalanmadan hak ettikleri sona kavuşabilmeleri için palyatif bakım felsefesinin küresel olarak hayata geçirilmesi uygun olacaktır.

Kaynaklar:

1. <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/palliative>, (Erişim tarihi: 22.01.2016)
2. Kabalak A.A., Öztürk A.A., Çağır H., Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu: Palyatif Bakım, Yoğun Bakım Dergisi, Cilt 11, 2013, Sayı 2, s.56-70
3. Hui D., De La Cruz M., Mori M., Parsons H.A., Kwon J.H., Terres-Vigil I. et al, Concepts and definitions for "supportive care", "best supportive care", "palliative care", and "hospice care" in the published literature, dictionaries and textbooks, Support Care Cancer, Vol. 21, 2013, No.3, pp: 659-685.
4. Report of a World Health Organization (WHO) Expert Committee, WHO Technical Report Series 804, Cancer pain relief, Geneva: WHO, 1990, p.11.
5. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>, Erişim tarihi: 22.01.2016
6. <http://www.ncdalliance.org/news/whowpca-global-atlas-palliative-care>, Erişim tarihi: 23.01.2016
7. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>, Erişim tarihi: 22.01.2016
8. World Health Organization (WHO), Improving Access to Palliative Care, WHO/NMH/NVI/15.5, https://www.cfhi.org/sites/files/files/infographic_palliative_care_en.pdf, Erişim tarihi: 30.01.2016
9. Milicevic N., The hospice movement: History and current worldwide situation, Archive of Oncology, Vol.10, 2002, No.1, pp.:29-32
10. Saunders C. A., A personal therapeutic journey, BMJ, Vol.313, 1996, No.7072, pp. 1599-1601
11. Davies E., Higginson I.J., WHO Europe, The Solid Facts Palliative Care, 2004, p.7
12. Saunders C. A., A personal therapeutic journey, BMJ, Vol.313, 1996, No.7072, pp. 1599-601'den aktaran Ferris FD, Balfour HM, Bowen K, Farley J, Hardwick M, Lamontagne C et al, A Model to Guide Hospice Palliative Care, Canadian Hospice Palliative Care Association, 2002, p.17
13. Elçigil A., Palyatif Bakım Hemşireliği, Gülhane Tıp Dergisi, Vol.54, 2012, s.329-334
14. Radbruch L., Payne SH. And the Board Directors of the European Association of Palliative Care (EAPC) White Paper on Standards and norms of hospice and palliative care in Europe: Part 1, European Journal of Palliative Care, Vol.16, 2009, No:6, pp.278-289
15. <http://www.chpca.net/about-us/awards/leadership-award/balfour-mount.aspx>, Erişim tarihi: 06.02.2016
16. Ferris FD, Balfour HM, Bowen K, Farley J, Hardwick M, Lamontagne C et al, A Model to Guide Hospice Palliative Care, Canadian Hospice Palliative Care Association, 2002, p.15
17. Kelly A.S., Morrison R.S., Palliative Care for the Seriously Ill, The New England Journal of Medicine (NJEM), Vol.373, 2015, No.8, pp.747-755
18. Editors: Matzo M., Witt Sherman D., Chapter Editor: Witt Sherman D., Palliative Care Nursing (Quality Care to the End of Life), Third Edition, Springer Publishing Company, 2010, p.4,14-15
19. Vissers K.C.P., Van den Brand M.W.M., Jacobs J., Groot M., Veldhoven C., Verhagen C. et al., Palliative Medicine Update: A Multidisciplinary Approach, Pain Practice, Vol.13, 2013, No.7, pp.576-588
20. Keown D., End-of life: the Buddhist view, Lancet, Vol.366, 2005, pp.952-955
21. Chochinov H.M., Dying, Dignity and New Horizons in Palliative End-of Lie Care, CA Cancer Journal for Clinicians, Vol.56, 2006, pp.84-103
22. Murray S., Kendall M., Boyd K., Sheikh A., Illness trajectories and palliative care, British Medical Journal (BMJ), Vol.330, 2015, No.30, pp.1007-1011
23. Sucaklı M.H., Ölmekte Olan Hasta ve Yaşam Sonu Bakım, Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care (TJFMPC), Vo.7, 2013, No.3, s.52-57
24. Michelson K.N., Steinhorn D.M., Pediatric End of Life Issues and Palliative Care, Clinical Pediatric Emergency Medicine, Vol.8, 2007, pp.212-219
25. Randall F., Downie R.S., Palliative Care Ethics, Second Edition, New York, Oxford University Press, 1999 (reprinted 2001, 2002, 2003), p.16, 164
26. Norman A., Sisler J., Hack T., Harlos M., Family Physicians and cancer care, Canadian Family Physician, Vol.47, 2001, pp.2009-2016
27. McDaniel S.H., Campbell T.L., Hepworth J., Lorenz A., Family-Oriented Primary Care, Second Edition, Springer Science + Business Media, 2005 Çeviri ve Bölüm Editörü: Yaman, H., Aile Yönelimli Birincil Bakım, İkinci Basım, Yüce Reklam Yayımları/Dağıtım a.ş., 2005, s.3 ve 5.
28. McDaniel S.H., Campbell T.L., Hepworth J., Lorenz A., Family-Oriented Primary Care, Second Edition, Springer Science + Business Media, 2005 Çeviri Editörü: Yaman, H., Bölüm Editörü: Ünlüoğlu İ., Aile Yönelimli Birincil Bakım, İkinci Basım, Yüce Reklam Yayımları/Dağıtım a.ş., 2005, s.264
29. Vinay P, Should palliative care be a specialty? Canadian Family Physician, Vol. 54, 2008, pp:841-843
30. Dio Kavalieratos D., Mitchell E.M., Carey T.S., Dev S., Biddle A.K. et al, Not the Grim Reaper Service: An Assessment of Provider Knowledge, Attitudes, and Perceptions Regarding Palliative Care Referral Barriers in Heart Failure, J Am Heart Assoc., Vol.3, 2014, e000544
31. Barbera L., Taylor C., Dudgeon D., Why do patients with cancer visit the emergency department near the end-of life? Journal of Canadian Medical Association (CMAJ), Vol.182, 2010, No.6, pp.563-568