

Palyatif bakıma bakış ve hemşireliğin rolü

Wiew to palliative care and the role of nursing

 Semra Özçelik

Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalite Yönetim Birimi, Çorum, Türkiye

Cite this article as / Bu makaleye atf için: Özçelik S. Palyatif bakıma bakış ve hemşireliğin rolü. J Med Palliat Care 2020; 1(3): 76-82.

ÖZ

Günümüz çağında gelişen bilimsel teknoloji, hayatımızın büyük bir kısmını kolaylaştırmaktadır. Özellikle tıbbi açıdan gelişen teknoloji yaşam süresini uzatmaya yönelik olsa da uygulanan tedaviler, umudun kaybedildiği hastalar için zorlu bir süreç haline gelebilmektedir. Bu süreç, hasta ve hasta yakınlarına en uygun bakımın verilmesi, fiziksel ve psikososyal problemlerin erken bir zaman diliminde belirlenmesi ve yaşam kalitesinin artırılması gibi temel ihtiyaçların hastane ortamlarında ya da özel bakım veren merkezlerde yapılmasını zorunlu kılmaktadır. Hasta ve hasta yakınlarının ihtiyacı olan ve son zamanlarda daha fazla üzerinde durulan “yaşam sonu bakım” ya da “palyatif bakım” insani bir hak olarak da karşımıza çıkmaktadır. Palyatif bakım multidisipliner ekip anlayışıyla hareket eden bir oluşumu karşımıza çıkarmaktadır. Ekibin içinde yer alan sağlık çalışanları, hasta ve hasta yakınlarının ihtiyaçlarını geniş bir şekilde değerlendirebilen kişiler olmakla yükümlüdür. Özellikle bakımın içinde yer alan, hasta ve yakınlarına gerekli bakım ve desteğin sağlanması konusunda bilgi ve becerilerini sürekli gelişime açık tutabilen hemşireler önemli bir role sahiptir. Hemşireler etkili bir iletişim halinde, bakımın önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Hastanın içinde bulunduğu durum nedeniyle, ihtiyaç duyduğu bakım yalnızca hasta yakınları tarafından karşılanamaz. İşte burada hastanın ve hasta yakınlarının fiziksel, psikolojik ve ekonomik olarak yaşadıkları sıkıntılar, tıbbi müdahalenin de içinde olduğu bir savaş haline gelebilmektedir. Hemşireler bu konuda üzerilerine aldıkları sorumluluklar karşısında tam donanımlı olmak yükümlülüğündedir. Karşılaşılabilecek herhangi bir problemin en aza indirilebilmesi, mesleki motivasyonun düşmemesi ve en iyi hizmetin sunulabilmesi adına palyatif bakım eğitimlerine daha fazla ağırlık verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Yaşam sonu bakım, palyatif bakım eğitimi, hemşireler

ABSTRACT

Scientific technology that has been developing in our era facilitates a big part of our life. Although technology which has been developing especially in the field of medicine aims at extending the life span, the treatments can be a challenging process for the hopeless cases. This process requires to provide some basic needs in hospital settings or in private care centres, such as providing the most appropriate care to patients and their relatives, identifying physical and psychosocial problems at an early time, and improving the quality of life. “Palliative care” or “end of life care” in other words which is needed by patients and their relatives and has been highly placed emphasis on more recently, appears as a human right. Palliative care requires to act with a multidisciplinary team approach. The health care professionals in the team are obliged to be able to evaluate the needs of patients and their relatives broadly. Especially, nurses who can keep their knowledge and skills open to continuous improvement in providing necessary care and support to patients and their relatives have an important role. Nurses are an important part of care in effective communication. The care that the patient needs due to the situation he/she is in cannot be met only by the relatives of the patients. At this point, the physical, psychological and economical problems experienced by the patient and their relatives can become a war that includes medical intervention. Nurses are obliged to be fully equipped in the face of the responsibilities imposed on them. Palliative care trainings should be given more attention in order to minimize any problems, to avoid professional motivation and to provide the best service.

Keywords: End of life care, palliative care training, nurses

Corresponding Author / Sorumlu Yazar: Semra Özçelik, Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalite Yönetim Birimi, Çepni, İnönü Cd. No:176, 19040, Merkez, Çorum, Türkiye

E-mail / E-posta: uslusemra_adnan@hotmail.com

Received / Geliş: 25.05.2020 **Accepted / Kabul:** 04.07.2020



GİRİŞ

Her bireyin yaşamının son günlerini belli bir kalitede ve huzur içerisinde geçirmeye hakkı vardır (1). Bu nedenle yaşam sonu bakım hakkı son yıllarda insan hakları arasında kabul edilmektedir (2). Günümüzde yaşam sonu bakım kavramının önemi gittikçe artarak sağlık ve bakım çalışmaları arasında yerini almaya başlamıştır (3). Profesyonel yaşam sonu bakımın, hastanın ve ailesinin yaşamın son dönemi ve yas sürecindeki ihtiyaçlarının belirlenmesi ve karşılanması açısından önemli bir yeri vardır. Yaşam sonu bakımda temel görev ve sorumlulukları üstlenmiş olan sağlık çalışanları hemşirelerdir. Daha çok ağrı ve diğer fiziksel semptomların kontrolünün yanında psikolojik destek, manevi ve sosyal bakımı içermektedir (4). Bu açıdan hemşireler yaşam sonu bakım uygulamalarında önemli bir konuma sahiptir (2).

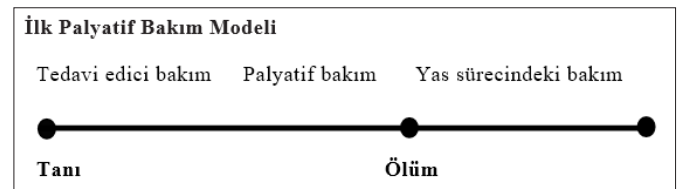
HOSPİS BAKIM

Hospis (son dönem bakım), orta çağ döneminde, seyahat eden yolcular için “korunulacak ya da sığınılacak bir yeri” tanımlamak amacıyla kullanılıyordu. Hospis ve palyatif bakım hizmetleri, ağır hasta veya ölmek üzere olan insanları hayatının son döneminde, hasta yakınlarıyla birlikte destekleyen farklı kuruluşların, kişilerin sunduğu hizmetler ve destekleri kapsamaktadır. Hospis bakım ile palyatif bakım arasında anlayış bakımından farklılıklar vardır. Kısaca değinecek olursak; hospis bakımı, son dönemdeki hastalara hizmet ve bakım vermeyi kendine görev edinir (5). Daha çok yaşamın sonuna giden sürecin kalitesini artırmayı ve ölüm anında en iyi bakımı vermeyi amaç edinmiştir (6). Hospis bakım düşüncesinde, semptom kontrolü ile bireyin huzur içinde ölmesi sağlanır ve ölüm yaşamın bir parçası olarak kabul edilir (7). Bu kavram geliştirilerek birçok ülkede son dönem hasta yakınlarını da içine alan, yetişmiş özel personel, teknik ve destek birimleri yönetiminde, bir tedavi şekli planlanmıştır. Kurulan özel bakım merkezleri sayesinde, hastaların tedavileri klasik yoğun bakım ve hastane servisleri içinden ayrılmıştır. Son dönemde olan hastaların bakım verildiği kurumlar haline gelen hospisler, daha çok ağrı ve semptomların başlamadan önlenmesine yönelik çalışmaktadır. Bu kurumların, ev ortamına uygun şekilde düzenlenmesine, tedavisi mümkün olmayan, ölümcül hastalık tanısı konmuş olan hastaların kabul edilmiş olmasına özen gösterilmiştir. Ev ortamı koşulları sağlanan hastaların aldıkları bakım sayesinde son dönemlerini daha kaliteli, ağrısız ve huzurlu bir şekilde geçirmeleri sağlanmıştır (8,9). Palyatif bakım, hospis bakımı da içine almaktadır. Yer ve kültürden bağımsız olarak, hospis düşüncesini yaşama geçirmenin yöntemidir. Palyatif bakım kavramı, 1980 ortalarına kadar hospis bakımın yerine kullanılmıştır (10). Palyatif bakım

hasta ve ailesinin teşhis konduğu andan itibaren hastalık süresince almayı hak ettiği bir hizmettir (11). Fransa'da 1842 tarihinde ilk palyatif bakım ünitesi kurulmuştur. Modern anlamda sayılabilecek ilk hospis hizmeti ise hemşire ve aynı zamanda sosyal hizmetler uzmanı olarak görev yapan Cicely Saunders (12) tarafından 1967'de Londra'da Christopher's Hospis adı altında başlatılmıştır. Saunders, hospislerin kurulması dışında palyatif bakım disiplin ve kültürünün oluşmasında da önemli rol oynamıştır. Dr.Saunders'in ardından “Palyatif Bakımın Babası” olarak kabul edilen Balfour Mount'un palyatif bakım ile ilişkisinin başlaması, 1974'de Saunders'ın ekibine katılmasıyla olmuştur. Montreal'deki yatan hasta birimi olarak kurulacak hospis için araştırma yaparken, Balfour (13), bu terimin palyatif bakım için de kullanıldığını ve bir kavram karmaşasının olduğunu fark etmiştir. Kendisi, 1974'ün sonlarına doğru Kanada'ya döndükten sonra, ilk palyatif bakım birimini Montreal'de Royal Victoria Hastanesi'nde hizmete açmıştır. Balfour, yaşamı boyunca yaptığı palyatif bakımla ilgili çalışmaları nedeniyle Kanada Hospis Palyatif Bakım Derneği tarafından “2008 Liderlik” ödülüne layık görülmüştür (14). Günümüze kadar palyatif bakım hizmeti, çalışmalar sayesinde dünya genelinde hızlı bir şekilde yayılmış ve kısa bir sürede palyatif bakım servislerinde kayda değer bir artış görülmüştür (15).

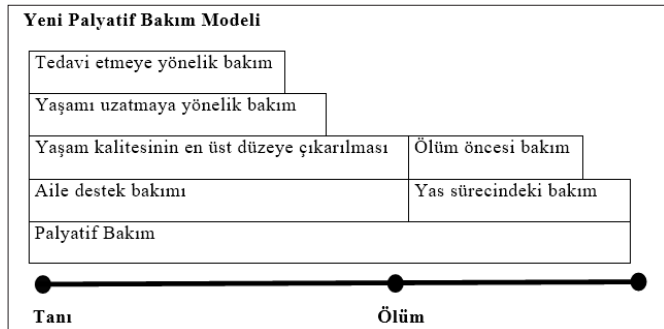
PALYATİF BAKIMIN TANIMI

‘Palliate (Palliare)’kökeni Latinceye dayanan bir sözcük olup, kapsayıcı, koruyucu anlamlarını içermektedir. İngilizce terim bilimde ‘Palliative’ geçici, hafifletici, yatıştırıcı, çare manasında kullanılmaktadır. Palyatif sözcüğünün tanımına bakıldığında; “rahatlatmak, dindirmek, yatıştırmak, koruyucu, kapsayıcı, pelerin gibi örtmek” anlamlarını içerdiği görülür (16). ‘Palyatif’ sözcüğünün Türk Dil Kurumu Sözlüğü'nde iki tanımı vardır. Birinci tanımı “tamamen iyileştirmeyen, yatıştırıcı olan, tesiri geçici olan ilaç veya tedavi” şeklinde iken, ikinci tanımı “esaslı olmayan, kesin çözüm sağlamayan, geçici ve kısa süreli” şeklindedir (17). İlk palyatif bakım tanımını, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1986 yılında yaparak bu alanda büyük bir gelişme kaydetmiştir (18). Yapılan ilk tanımda tedavi edici bakım ve palyatif bakım iki farklı boyut olarak ele alınmış, birinin bittiği yerde diğeri başlamıştır. Bireyin hastalığının tedavisinin olmadığına karar verildiğinde palyatif bakım verilmeye başlanmıştır (Şekil 1) (19).



Şekil 1. İlk palyatif bakım modelinin tanımı

2006'da DSÖ'nün palyatif bakımla ilgili yaptığı tanımlamada, "yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan problemlerle karşılaşan hasta ve ailede; ağrının ve diğer semptomların, erken tanılama ve kusursuz bir değerlendirme ile fiziksel, psikososyal ve spiritüel gereksinimlerin karşılanması yoluyla acı çekmenin önlenmesi ve hafifletilmesine yönelik uygulamaların yer aldığı ve yaşam kalitesini geliştirmenin amaçlandığı bir yaklaşım" olarak ifade edilmiştir (20). Hastalığın erken döneminde palyatif bakımın verilmeye başlanmasının önemi DSÖ bu yeni tanımla, en etkili biçimde vurgulamıştır (Şekil 2) (20).



Şekil 2. Yeni palyatif bakım modelinin tanımı

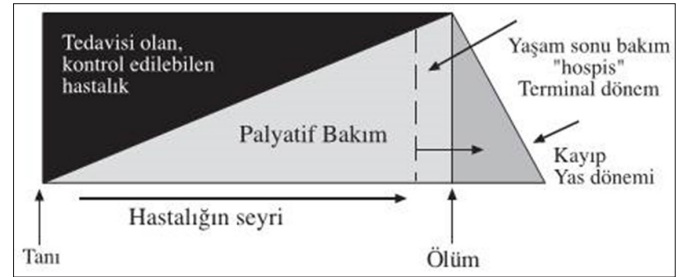
Palyatif bakıma geniş bir bakış açısıyla bakacak olursak (20-22),

- Yaşamı desteklemekle beraber, ölümü normal bir süreç olarak karşılar.
- Ölümü çabuklaştırma veya erteleme niyetinde değildir.
- Ağrı ve diğer stres oluşturan semptomlara yönelik bir rahatlama sağlar.
- Hasta bakımının psikolojik ve manevi yönlerini entegre eder.
- Hastaların ölüm anına değin mümkün olduğunca aktif olarak yaşamasına yardımcı bir destek sistemi sunar.
- Aile bireylerine hastalıklar ve yas süreciyle başa çıkma konusunda bir destek sistemi sunar.
- Yas süreci danışmanlığının yanında, ekip çalışmasını, hastalar ve aile bireylerinin ihtiyaçlarına cevap verebilmek için tercih eder.
- Yaşamın bir nevi değerini yükseltmeyi hedefler ve beraberinde hastalığın gidişatının olumlu bir şekilde değişmesine sebebiyet verebilir.
- Acı veren klinik komplikasyonların idaresi ve daha iyi anlaşılabilmesi için gerekli araştırmalar da dâhil olmak üzere, tedavinin erken dönemlerinde, ilaçla tedavi, ışınlama gibi yaşam süresini uzatmayı hedefleyen tedavilerle birlikte uygulanabilir.

Palyatif Bakımın Amacı

Palyatif bakımdaki amaç; hasta ve hasta yakınlarını, hastanın yaşamı boyunca ve ölümünden sonra yas sürecinde ortaya çıkabilecek fiziksel ve duygusal

problemler açısından desteklemektir. Devam etmekte olan yaşamı ne uzatmak, ne de kaçınılmaz son olan ölümü hızlandırmaktır. Tam tersine, kabul edilmiş ölümü normal sürecinde götürmek ve son nefese kadar olan sürede yaşam kalitesini artırmaktır. Hastalıktan ziyade semptom odaklı, yaşam kalitesinin yükseltilmesidir. Palyatif bakımda odaklanılan konu sıkıntı veren belirtilerin ortadan kaldırılmasıdır. Örneğin, solunum güçlüğü çeken bir hastanın yaşadığı acı ister kanserden kaynaklı olsun, ister anjin gibi başka bir rahatsızlıktan dolayı olsun palyatif bakım rahatsızlığı aynı şekilde ele alıp sıkıntı veren belirtileri gidermeye çalışır (Şekil 3) (23,24).



Şekil 3. Palyatifi en iyi anlatan diyagram

Palyatif bakım gerektiren hastalıklarla ilgili örnekler **Tablo 1**'de verilmiştir (23,24).

Tablo 1. Palyatif bakım gerektiren hastalıklar*
Motor nöron hastalıkları ve ilerleyici nörolojik hastalıklar (Alzheimer, ALS)
İleri dönem organ yetmezlikleri (kalp, akciğer, böbrek, karaciğer, beyin)
Tedaviye yanıtız kanserler
HIV/AIDS
Çocuklarda genetik / konjenital, ilerleyici hastalıklar

Palyatif bakımda temel prensipler **Tablo 2**'de tanımlanmıştır (24,26).

Tablo 2. Palyatif bakımda temel prensipler
1.Hastalığa ait sorunlarla baş etme
Fiziksel sorunlar
Psikiyatrik sorunlar
Manevi sorunlar
Sosyal sorunlar
Ekonomik sorunlar
Yaşam sonu ihtiyaçlar
Yas dönemi
2. Bakım süreci
Semptomların değerlendirilmesi
Hasta odaklı bakımın planlanması
Hasta ve ailesinin bilgilendirilmesi
Planlanan bakımın uygulanması
Bakım sonuçlarının değerlendirilmesi
Tedavi devamlılığının sağlanması
Maliyet-etkinlik değerlendirmesi

Palyatif bakım nerede yapılır? Palyatif bakım ekibi kimlerden oluşur?

Hastanelerde palyatif bakım ünitelerinde, hastanın ev ortamında ya da ev benzeri özelliklere sahip hastane ortamlarında palyatif bakım hizmeti verilebilir. Yataklı palyatif bakım servislerinin oluşturulması, palyatif bakım ruhuna uygun bir yaklaşımın sağlanması adına önemlidir. Böylece daha etkin bir tedavi kontrolü sağlanmış olur (25). Bu kadar etkin olan palyatif bakım multidisipliner bir ekiple, interdisipliner bir anlayışla yapılabilir. Ekipte yer alması gereken kişiler; doktor, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, fizyoterapist, diyetisyen, uğraşı terapistleri, manevi destek uzmanı, gönüllüler ve hasta yakınlarıdır. İçeriğinin genişlemesi sonucu birçok uzmanlık alanını içine almaktadır. Bu kapsamda palyatif bakım ekibi: anesteziyoloji ve reanimasyon, algoloji, medikal onkoloji, radyasyon onkolojisi, psikiyatri, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, göğüs hastalıkları, aile hekimliği, dahiliye gibi dahili ve cerrahi branşlardan hekim ve hemşirelerin aktif katılımları ile oluşmuştur. Sağlık ve sosyal bakım veren profesyonellerin çeşitliliği palyatif bakım veren organizasyonların daha verimli olmasını sağlar (25).

Ülkemizde Palyatif Bakım Hizmetlerinin Durumu

Türkiye’de palyatif bakımın ilk adımı olarak “Evde Bakım Hizmeti”ni T.C. Sağlık Bakanlığı başlatmıştır. İlk “Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi”, erişkin hastalara ait, Sağlık Bakanlığı Ulus Devlet Hastanesi’nde açılmıştır. Ülke ihtiyaçlarına göre farklı bir yapılanma ile hastanede hizmet sunumu oluşturulmuştur (27). Türkiye’de palyatif bakım sağlık sistemimiz içerisine entegre edilmeye çalışılmakta ve palyatif bakım aktiviteleri desteklenmektedir. “PALLIA-TURK” adında hazırlanan projede, Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi’nce palyatif bakım konusunda yaşanan sıkıntıları gidermek amacıyla hemşire temelli, toplumu da içine alan bir proje gerçekleştirilmesi amaçlanarak girişimde bulunulmuştur (28). Bu proje kapsamında, 2013-2018 Ulusal Kansere Kontrol Planı’nda belirtildiğine göre, ülkemizin hemen her ilinde bulunan hastanelerde 2-4 yataklı palyatif bakım merkezleri kurulması, ülke genelinde 15-20 yataklı, çok sayıda farklı disiplinin bir arada çalışacağı, kapsamlı palyatif bakım hizmeti sunacak onkoloji merkezleri kurulması, tedaviye yanıt veremeyen hastaların son dönemlerini ev atmosferine benzer, hastane kampüsüne çok uzak olmayan, 30 özel yataklı hospis (şefkat evi, sevgi evi) yapılması planlanmıştır (29). Gelişmiş ülkelerde palyatif ve hospis bakımı yerleşik olmasına rağmen, ülkemizde gelişmeye devam eden bir alandır (29). Palyatif bakım henüz ayrı bir uzmanlık alanı olarak kabul edilmemektedir (30). Sağlık Bakanlığı’nın 2010 yılında evde sağlık bakım uygulamalarına yönelik düzenlemeleri palyatif bakım hizmeti için önemli bir adım olmuştur. Ülkemizde yoğun bakım ünitesinde yatırılarak izlenen

terminal dönem hastaları üzerinde yapılan çalışmalarda, terminal dönem hastalarının yoğun bakım üniteleri gibi akut bakım merkezlerinde bakılmasının maliyetinin oldukça yüksek olduğu, hasta, hasta yakını ve sağlık personellerinin memnuniyetinin düşük olduğu ve ülkemizde bu hastalar için en kısa sürede palyatif bakım sisteminin geliştirilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır. Yoğun bakım yatakları kısıtlı, kaynakları sınırlı, bakım verilen üniteler özellikli ve pahalıdır (31). Ülkemizde yasal düzenlemeler kapsamında 09.10.2014 tarih ve 640 sayılı “Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yürürlüğe konulmuştur. 07.07.2015 tarihinde yataklı sağlık tesislerinde sunulmakta olan palyatif bakım hizmetlerinin yeniden yapılandırılması amacıyla palyatif bakım merkezlerinin fiziki şartları, personel, donanım özellikleri ve hizmet kıstaslarını düzenleyen yeni bir yönetmelik yayımlanmıştır (32). 2010-2015 Ulusal Kansere Kontrol Programı’nın en önemli yapı taşlarından biri olarak kabul edilen palyatif bakım hizmetlerinin tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de layık olduğu konuma gelebilmesi için çalışmalar hızlı bir şekilde devam etmektedir (3).

Ülkemizde Palyatif Bakım Eğitimi

Hastaneler ve üniversitelerin iş birliği ile hemşirelere yönelik palyatif bakım konusunu içeren eğitimler düzenlenmektedir. Ne yazık ki bu eğitimler uygulama olmadan sadece teorik eğitimle kısıtlı kalmaktadır. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Hizmetleri Koordinatörlüğü tarafından palyatif bakım hastasına bakım veren hemşirelere görevlerinin gerektirdiği yeterlilikleri kazandırabilecek bilgi, beceri ve tutumlarının kazandırılması amacıyla, hem teorik hem de klinik eğitimi kapsayan “Palyatif Bakım Hemşireliği Sertifika Programı” Sağlık Bakanlığı’na teklif edilmiş (2014) ve Bakanlık tarafından kabul edilmiştir. 2015/2016 yılları içerisinde ülkemizde hizmet içi eğitimle toplamda 482 sağlık personeline eğitim verilmiştir. Sağlık Bakanlığı palyatif bakım sertifikalı eğitim programından 150 kişi sertifikalı eğitim almıştır. Bakanlık sertifika eğitimleri ile ülke genelinde çalışan, palyatif bakım hizmeti veren tüm hemşirelere ulaşmayı hedeflemiştir (33).

Palyatif Bakımda Hemşireliğin Yeri ve Önemi

Her hastanın ırkı, cinsi, rengi, yaşı, dili, inancı, tanısı, yetersizliği, maddi durumu ne olursa olsun yaşamının son anlarını huzurlu ve onurlu bir şekilde geçirmeye, nitelikli bir bakım almaya hem ihtiyacı hem de hakkı vardır. Palyatif bakımda hastaların temel fiziksel, sosyal ve psikososyal ihtiyaçlarını karşılayan multidisipliner ekibin en önemli paydaşlarından birinin hemşireler olduğunu söyleyebiliriz (2). Hemşirelerin, hastaya uygulanan fiziksel bakım ve duyu durumuna göre

yardımcı olma, hastanın hastalığıyla birlikte yaşadığı belirtilerin yönetimi, hastanın içinde bulunduğu ortamın kontrol kaybını azaltma, hasta ve aile eğitimi, hastanın yanında ailesini sağlık bakım hizmetleri ve diğer disiplinlere yönlendirebilme gibi önemli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır (34,35). Yaşam sonu bakım hemşiresi, yaşam ve ölümün doğal bir süreç olduğunu ve her insanın kendine özgü içsel bir değeri olduğunu kabul eder. Hasta ve ailesiyle tedaviye yönelik yakın ilişkiler kurarak, destek olmaya çalışır. Hasta ve ailesini güçlendirerek bakım sağlar. Kendisinin, hasta bireyin ve ailesinin bütünlüğünü korumaya çalışırken, onlara hastalık deneyimlerinin anlamını bulmalarına yardım eder (35). Yaşam sonu bakımda temel görev ve sorumlulukları üstlenen sağlık çalışanları, hastasının sadece hastalığı ile değil kişilik özellikleri, yaşam tarzı ve seçimi, çevresi, ailesi, arkadaşlarıyla ilişkisini, rol ve görevlerini takip eden ve yaşamın her alanında etkin olan insanlardır (36). Yaşam sonu bakımda hastanın ailesinin de desteklenmesi son derece önemlidir (37). İhtiyacı olan hasta ve ailelerinin gereksinimlerinin karşılanması, ortak bir felsefe geliştiren ve grup olarak bakımın sorumluluğunu paylaşan disiplinlerarası bir yaklaşım gerektirmektedir (38).

Palyatif Bakım Hemşiresinin Karşılaştığı Sorunlar

Yaşamın son anlarını hastanın kendisi ve yakınları ile paylaşmak, bakım vermenin yanında hasta ve ailesiyle bir bağ kurup yanlarında olabilmek ve en önemlisi de empati kurabilmek oldukça ağır, bir o kadar da zor bir deneyimdir. Şüphesiz ölüm gerçeği ile yüzleşmek hasta ve ailesi için ne kadar zorlu bir süreç ise sağlık çalışanları için de bir o kadar travmatik olabilmektedir (39,40). Yaşamın son anına gelmiş olan hastanın bakımını üstlenen hemşireler, hasta ve ailesi gibi endişe, korku, öfke, yok sayma, suçluluk, depresyon ve çaresizlik gibi duygular yaşayabilirler. Bakım sırasında bağ kurduğu, bakım verdiği hastanın kaybı ile hemşireler başarısızlık ve yetersizlik duygularını yaşayabilirler (1). Oysa ki, yaşam sonu bakımda önemli olan hastanın daha az acı çekmesini sağlamak, yaşam kalitesini en üst seviyeye çıkarmaktır (34). Okçin ve ark. (41)'nin yaptığı bir çalışmada günümüzde birçok hemşirenin palyatif bakım konusunda çok az eğitime sahip olduğu ya da hiç eğitim almadığı belirtilmiştir. Yaşam sonu bakım konusunda eğitim alan hemşirelerin bireysel farkındalığın arttığı ve ölüme karşı kaygılarının azaldığı tespit edilmiştir.

Palyatif Bakımda Hemşireliğin Savunuculuk Rolü

Hemşirenin öğretici, bakım veren, organize eden rollerinin yanında savunucu rolüne de değinmek gerekir. Hemşirenin gelişen çağdaş rollerinden ve kalitesini açıkça ortaya koyan en önemli özelliklerinden birisi de hasta haklarını savunucu rolüdür (42). Bu rolünün temelini hasta-hemşire ilişkisi oluşturmaktadır (43). Hastanın her

an yanında olan ve en kısa sürede ulaşabilen ekip üyesi hemşirelerdir. Hastayla sürekli iletişim halinde olan, ihtiyaçlarını bilen ve onu haksızlıklardan koruyabilecek meslek grubundan biri de hemşirelerdir (44). Ardahan (45) makalesinde, savunuculuk kavramını; “hastanın problemleriyle baş etmeyi, sağlık ekibine kendi durumu ile ilgili soru sormasını ve ekip üyelerine de hastaya zaman ayırma konusunda uyarıda bulunmayı öğretme” şeklinde tanımlamıştır. Hemşireliğin savunuculuk rolü, kaynağını insan haklarından ve hasta haklarından alır. Sağlık sistemi içinde hastanın haklarını nasıl kullanacağını ve hakkını aramada yetersiz kaldığı durumlarda hakkını nasıl savunacağını öğretir (46). Gücsüz, yardıma muhtaç, bağımlı, konuşamayan, hassas ve kontrolü kaybetme gibi özelliklere sahip olan hastalar savunmaya ihtiyacı olan hastalardır (47). Hemşirelerin yaşam sonu bakımı verirken hastalarının hastalık deneyimlerini ve karar verme süreçlerinin bakıma etkisini değerlendirerek savunuculuk rollerini yerine getirmeleri önerilmektedir (48). Burada hemşirelere düşen görev ise, hasta ve ailesinin haklarını korumak, yararı olmayacak ve gereksiz işlemlerin yapılmasına izin vermemektir. Ailenin yasal süreçler hakkında bilgilendirilmesinde hemşirelerin rolü büyüktür. Hasta ve ailesine tüm kaynaklardan ve desteklerden fayda sağlayabilmesi için danışmanlık yapmalıdır. Bakım planlanmasının içinde hasta ve ailesinin bulunması için desteklemeli ve cesaretlendirmelidir. Hastanın yaşamını en iyi şekilde geçirmesi için hastayı güçlendirmelidir. Ağrısız bir süreç geçirmek ve onurlu bir şekilde yaşama veda etmek gibi hakları olduğunu hastaya bildirmeli ve bunu sağlayabilmek için gerekli bakım ve koordinasyon planlamasını yapabilmelidir (49).

SONUÇ

Palyatif bakım hizmetlerinin gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde her geçen gün önemi artmaktadır. Kronik ölümcül hastalıklarla mücadele eden hasta yakınlarının bekledikleri desteğin sağlanabilmesi, yaşam süresinin uzadığı toplumlarda üzerinde dikkatli çalışılması gereken bir toplum sağlığı sorunu, hatta insan hakkı olarak karşımıza çıkmaktadır. Palyatif bakım bir yaşamın son buluşunu en iyi kalitede sağlamak, hastanın bu dönemde kendini ve iç huzurunu rahata erdirmesi, son anlarını yaşadığı hayatta kendini değerli biri olarak görmesini sağlamada etkilidir. Gerekli eğitimleri almış olan kişiler, palyatif bakımı anlama, uygulama ve sonucunda duygusal açıdan bilinçli hareket etme konusunda daha başarılıdır. Yaşamın sonu yaklaştıkça hasta ve ailelerine bakım veren hemşirelere manevi olarak çok büyük görevler düşmektedir. Bu açıdan baktığımızda palyatif bakımın en önemli unsurlarından biri de hemşirelerdir. Palyatif bakım birimlerinde görev yapıyor olmak, devam eden bir ölüm olgusuyla yüz yüze gelmek hemşire için

zor ve meşakkatli bir yoldur. İnsanın yaşam enerjisinin zamanla yok olması, mesleki motivasyonunun düşmesi şüphesiz ki insanın manevi bir yorgunluk yaşamasını kaçınılmaz kılar. Hemşirenin yaşadığı ruhsal durum ve mesleki doyum dediğimiz profesyonelleşme ancak alınan eğitimler sayesinde gerçekleşecektir. Yaşam sonu konusunda eğitim alan hemşirelerin bireysel farkındalığının artması ve ölüme karşı kaygılarının azalması daha bilinçli hareket etmesi bu görüşü doğrulamaktadır. Hemşire eğitiminde yaşam sonuna yönelik çalışmalara olanak sağlanmalı ve palyatif bakım konusuna da lisans eğitiminde daha fazla yer verilmelidir. Hemşireliğin, palyatif bakım üzerindeki rolü azımsanmayacak derecededir ve verilecek olan eğitimlerle yaşam sonu bakım en üst seviyeye taşınabilecektir.

Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan palyatif bakım sorumlusu Arzu Hanım'dan bu makaleyi destekleyecek bir hatırayı paylaşalım. Arzu Hanım'ın görevi sırasında bir hasta yakınından aldığı mektup, palyatif bakımın etkisini, hasta yakınının hissettiği duygu yükünü, hemşirelerin yaşam sonu bakım sürecindeki etkisini ve asıl önemini bizlere anlatıyor. Kalbine dokunduğu insanların emeklerine müteşekkik olması, işini severek yapan bir hemşirenin meslek hayatı boyunca alabileceği en kıymetli hediyedir. Arzu Hanım'ın yaşadığı ve bizlere yaşattığı gurur, hemşirelerin palyatif bakımdaki rolünün en büyük kanıtıdır.

'Ben terminal dönem hastası olan bir babanın kızıyım. Bu öyle bir süreç ki yaşamayan bilmez. Düşünün ki babanız sağ, acılar içinde. Onun acılarını birazcık dindirebilmek için ne yapabilirim diye sürekli çırpınıyorsunuz ve bu soğuk süreçte Yüce Allah'ın artık bir an önce Azrail'e emir vermesi ve canını alması için dua ediyorsunuz. Bu çok uzun ve meşakkatli süreçte hasta yakını olarak bir yandan hastanızın acılarına şahit olmak bir yandan çaresizlik ve bir yandan da gecesi gündüzü belli olmayan bir kısır döngünün içinde debelenip dururken doğal olarak psikolojiniz altüst oluyor ve etraftan, hastane çalışanlarından gelecek en ufak desteğe ve şefkate ihtiyaç duyuyorsunuz.

Ben bu süreçte bütün bu ilgi, şefkat ve yardımlarını esirgemeyen Palyatif Bakım Servis Sorumlu Hemşiresi Sn: Arzu Köseoğlu'nu yürekten minnet ve teşekkürlerimi sunuyorum. Böyle bir yerde böyle bir hemşirenin olması biz hasta yakınları için büyük bir şanstır. Kendisinin diğer çalışanlara da örnek olmasını diliyorum ve saygılarımı sunuyorum.' (Ayfer Karakuş - Mustafa Karakuş'un Kızı / ÇORUM)

Paylaşılan anıda adı geçen kişilerin rızası alınmıştır.

Teşekkür

Hasta yakınından almış olduğu mektubu tüm içtenliği ve samimiyeti ile paylaşan Hitit Üniversitesi Palyatif Birimi Sorumlu Hemşiresi Arzu Köseoğlu'na çok teşekkür ederiz.

ETİK BEYANLAR

Hakem Değerlendirme Süreci: Harici çift-kör hakem değerlendirmesi.

Çıkar Çatışması Durumu: Yazarlar, bu çalışmada herhangi bir çıkarıya dayalı ilişki olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar, bu çalışmada finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Yazar Katkıları: Yazarların tümü; makalenin tasarımına, yürütülmesine, analizine katıldıklarını ve son sürümünü onayladıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Çimete G. Yaşam Sonu Bakım: Ölümcül Hastalarda Bütüncül Bakım. İstanbul, Nobel Kitabevi, 2002.
2. Filiz NY, Dikmen Y. Yaşam sonu bakım uygulamalarında hasta savunuculuğu. J Hum Rhythm 2017; 3: 95-100.
3. Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer M, Türkiye'de palyatif bakım hizmetlerinin mevcut durumu. Türk Jinekolojik Onkoloji Derg 2010; 1: 1-6.
4. Fleming J, Morag F, Carol B, Stephen B. Death and the oldest old: attitudes and preferences for end-of-life care - qualitative research within a population based cohort study. PLoS One 2016; 11: 1-26.
5. Kuebler KK, Lynn J, Von Rohen J. Perspectives in palliative care. Seminars in Oncology Nursing 2005; 21: 2-10.
6. Watson M, Lucas C, Hoy A. Adult palliative care guidance South West London, 2nd Edition, 2006, p.21
7. Batchelor NH. Palliative or hospice care? Understanding the similarities and differences. Rehabilitation Nurs 2010; 35: 60-4.
8. By Mayo Clinic. Hospice Care: An Option for People with Terminal Illness, <http://www.mayoclinic.com/health/hospice-care> Erişim tarihi: 06.04.2020
9. Thompson, G, McClement, S. Defining and determining quality in end-of-life care. Int J Palliat Nurs 2002; 8: 288-93.
10. Meghani, S.H.A Concept analysis of palliative care in the United States. J Advanced Nurs 2003;46: 152-61.
11. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care National Consensus Project for Quality Palliative Care Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, Second Edition, United States of America, 2009. www.nationalconsensusproject.org.
12. Kabalak AA, Öztürk H, Erdem AT, Akın S. S.B. Ulus Devlet Hastanesi'nde kapsamlı palyatif bakım merkezi uygulaması. Çağdaş Tıp Derg 2012;2: 122-6.
13. Radbruch L, Payne SH. White paper on standards and norms of hospice and palliative care in Europe. The Board Directors of the European Association of Palliative Care (EAPC): Part 1, Eur J Palliat Care 2009; 16: 278-89.
14. <http://www.chpca.net/about-us/awards/leadership-award/balfourmount.aspx>, Erişim Tarihi: 20.04.2020
15. Twycross RG. Hospice care-redressing the balance in medicine. JR Soc Med 1980; 73: 475-81
16. Kabalak AA, Öztürk AA, Çağıl H. Yaşam sonu bakım organizasyonu. Palyatif Bakım. Yoğun Bakım Derg 2013; 11: 56-70
17. Türk Dil Kurum Sözlüğü. <https://tr.wiktionary.org/wiki/palyatif>. Erişim tarihi: 20.04.2020
18. Graham F, Clark D. WHO definition of palliative care. Medicine 2008; 2: 64-6.

19. Michelson K, Steinhorn DM. Pediatric end-of-life issues and palliative care. *Clin Pediatr Emerg Med* 2007; 8: 212-9.
20. WHO definition of palliative care. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Erişim tarihi: 12.04.2020
21. Sucaklı MH. Palyatif bakım ve yaşam kalitesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics* 2014; 5: 109-13.
22. Aydoğan F, Uygun K. Kanser hastalarında palyatif tedaviler. *Klinik Gelişim* 2011; 24: 4-9.
23. McKee DD, Chappel JN. Spirituality and medical practice. *J Fam Pract* 1992; 35: 201-8.
24. Borasio GD. Translating the World Health Organization definition of palliative care into scientific practice. *Palliative and Supportive Care* 2011; 9: 1-2.
25. <http://www.palyatifbakim.org/bulten/palyatif-bakim-dernegi-bulten>. Palyatif Bakım Derneği web sayfası. Erişim tarihi: 20.04.2020
26. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24: 91-6.
27. Kabalak A. Türkiye'de palyatif bakım; güncel gelişmeler, gereksinimler. *Anestezi Derg* 2014; 22: 121-3
28. Uslu FŞ, Terzioğlu F. Palliative care education and organization in the World and Turkey. *Cumhuriyet Hemşirelik Derg* 2015; 4: 81-90.
29. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. 2013-2018 Ulusal Kanser Kontrol Planı.
30. Yılmaz O, Bahat G. Yaşlıda hastane temelli palyatif bakım ve hospis. Naharcı Mİ, editör. Yaşlının Hastanedeki Serüveni. 1.Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri 2019. p.32-44.
31. Aslan Y. Türkiye'de ve Dünya'da palyatif modellerine genel bakış. *Anadolu Güncel Tıp Derg* 2020; 2: 19-27.
32. T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge 07.07.2015. Erişim tarihi: 20.04.2020
33. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-44143/palyatif-bakim-hemsireligi-sertifikaliegitim-programi.html>. Sağlık Bakanlığı (2020) Palyatif Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı Standartları Hakkında Duyuru. Erişim: 17.04.2020.
34. Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği, 8. Baskı. Ankara, Sistem Ofset, 2004.
35. Özçelik H, Fadiloğlu Ç, Karabulut B ve ark. Kanser hastasının palyatif bakımında vaka yönetimine dayalı multidisipliner bakım protokolü. *Ağrı* 2014; 26: 47-56.
36. Hanks RG. Advocate role. *Nursing Forum* 2010; 97-108.
37. Iacono MV. Nurses: trusted patient advocates. *J Perianesthesia Nurs* 2010; 25: 330-4.
38. Institute for Clinical Systems Improvement 2020; Meier 2011; National Consensus Project 2013; National Institute for Health and Care Excellence 2020; WHO 2020; Worldwide Palliative Care Alliance 2020; 21: 3-20.
39. Kalischuk RG. Nurses' perception of death education (Master's thesis). Lehigh, Alberta, University of Lethbridge, 1992.
40. Cherlin E, Schulman-Green D, McCorkle R, Johnson-Hurzeler R, Bradley E. Family perceptions of clinicians' outstanding practices in end-of-life care. *J Palliat Care* 2004; 20: 113-6.
41. Okçin F. Onkoloji palyatif bakım hemşirelerinin mesleki yaşam deneyimlerinin incelenmesi. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü *Derg* 2019; 6: 234-46.
42. Baldwin MA. Patient advocacy: a concept analysis: *Nursing Standard* 2003; 17: 33-9.
43. Hebert K, Harold M, Joan R. The nurse advocate in end-of-life care. *Ochsner J* 2011; 11: 325-9.
44. Ulmer BC. Professional Advocacy: *AORN J* 2000; 1-3.
45. Ardahan M. Hemşirelerin savunuculuk rolü. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Derg* 2003; 7: 23-7.
46. Bayık A, Türkistanlı E. Hastaların hasta haklarını bilme, bu haklardan yararlanma durumları ve karşılaştıkları riskler. III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı. Sivas. Esnaf Ofset Matbaacılık, 1992, s.778-783.
47. Thacker K. Nurses' advocacy behaviors in end-of-life nursing care. *Nurs Ethics* 2008; 15: 174-85.
48. Cruz O, Dulce M, Talamantes M, Sanchez-Reilly S. What evidence is available on end-of-life (EOL) care and latino elders? A Literature Review. *Am J Hospice Palliat Care* 2014; 31: 87-97.
49. Baryluk M, Coulson K, Hycha D, Lundy M, McQuinn PA, O'Brien LA. The Canadian Hospice Palliative Care Association Nursing Standards Committee. *Hospice Palliative Care Nursing Standards Of Practice*, 2002.