



SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı
Bakanlık Yayın No:963

ULAKBİM TR Dizinde Taranmaktadır

Hakemli Dergi
TSHD
Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi

ISSN: 2149-309X-Biannually
<https://edergi.saglik.gov.tr/>
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/tshd>
Yıl/Year: 2021 Haziran/June
Sayı/Issue: 17

PALYATİF BAKIM MERKEZLERİ KAPSAMINDA VERİLEN PSİKOSOSYAL DESTEK HİZMETLERİ: SOSYAL HİZMET UZMANLARI VE PSİKOLOGLARIN GÖZÜNDEN NİTEL BİR DEĞERLENDİRME *

Gökben KANGALGİL BALTA¹
Seval BEKİROĞLU²

Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type: Araştırma
Geliş Tarihi / Date Received : 03.04.2021
Revizyon Tarihi/Date Revised: 21.05.2021
Kabul Tarihi / Date Accepted : 31.05.2021
Yayın Tarihi / Date Published : 30.06.2021
DOI: <https://doi.org/10.46218/tshd.908861>

Makale Künyesi/To cite this article:

Kangalgil Balta, G. ve Bekiroğlu, S. (2021, Haziran). Palyatif bakım merkezleri kapsamında verilen psikososyal destek hizmetleri: sosyal hizmet uzmanları ve psikologların gözünden nitel bir değerlendirme. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 17, 130-154. Doi: <https://doi.org/10.46218/tshd.908861>

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Gökben KANGALGİL BALTA, Sosyal Hizmet Bilim Uzmanı, gkbnkngl@gmail.com

Öz

Psikososyal destek hizmetleri, sağlığın psikososyal boyutunun bir gereği olarak palyatif bakım alanında önemli bir yer edinmektedir. Bununla birlikte ülkemizde palyatif bakım kapsamında sunulan psikososyal destek hizmetleri özelinde gerçekleştirilen bir çalışmaya rastlanmamaktadır. Bu araştırmanın amacı, yaşamı tehdit eden hastalığa sahip bireylere ve bu bireylerin yakınlarına palyatif bakım merkezleri aracılığıyla sunulan psikososyal destek hizmetlerinin bu hizmetleri sunan sosyal hizmet uzmanları ve psikologların deneyimlerinden yola çıkılarak derinlemesine incelenmesidir. Nitel araştırma yöntemi ile tasarlanan çalışmada, sosyal hizmet uzmanları ve psikologlardan oluşan toplam 18 katılımcı araştırmanın çalışma grubunu oluşturmuştur. Katılımcıların çoğunun palyatif bakım alanında eğitime sahip olmadıkları, palyatif bakım merkezlerinde konsültasyon yolu ile çalıştıkları anlaşılmıştır. Palyatif bakım sürecinde bireylerin yaşadıkları psikososyal sorunlar noktasında sosyal hizmet uzmanlarının bireyleri ihtiyaç duydukları hizmetlerle buluşturma ve bağlantılandırma boyutunda, psikologların ise psikolojik destek boyutunda daha aktif oldukları görülmüştür. Katılımcıların palyatif bakım merkezleri kapsamında hizmet sunarken birçok güçlük yaşadıkları, bu güçlükler karşısında ise çeşitli baş etme yöntemlerine başvurdukları anlaşılmıştır. Katılımcıların belirttikleri görüşlerin palyatif bakım merkezlerinde sunulan psikososyal destek hizmetlerine ilişkin düzenlemelere katkıda bulunacağı ve palyatif bakımda psikososyal destek hizmetlerinin önemini ortaya koyacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Palyatif bakım, Psikososyal destek hizmetleri, Sosyal hizmet uzmanı, Psikolog

PSYCHOSOCIAL SUPPORT SERVICES PROVIDED WITHIN THE SCOPE OF PALLIATIVE CARE CENTERS: A QUALITATIVE ASSESSMENT FROM THE EYES OF SOCIAL WORKERS AND PSYCHOLOGISTS

Abstract

Psychosocial support services are crucial in the field of palliative care as a requirement of the psychosocial dimension of health. However, there is no study conducted specifically for psychosocial support services provided within the scope of palliative care in our country. This situation constitutes the starting point of the research. Based on this, the aim of the study is to examine in-depth the psychosocial support services offered to individuals with life-threatening diseases and their relatives through palliative care centers, based on the experiences of social workers and psychologists who provide these services. The study designed with qualitative research method, a total of 18 participants consisting of social workers and psychologists constituted the working group of the study. It has been understood that most of the participants do not have

*Bu çalışma, sorumlu yazarın yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

¹ Sosyal Hizmet Bilim Uzmanı, ORCID: 0000-0003-3396-8774

² Öğr. Gör. Dr., Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, ORCID : 0000-0003-0712-6653

training in palliative care, and they work in palliative care centers with consultation. It has been observed that social workers are more active in bringing individuals together and connecting them with the services they need, and psychologists are more active in the psychological support dimension at the point of psychosocial problems experienced by individuals in the palliative care process. It has been understood that the participants experience many difficulties while providing services within the scope of palliative care centers and they use various coping methods against these difficulties. It is thought that the opinions expressed by the participants will contribute to the regulations on psychosocial support services provided in palliative care centers and will reveal the importance of psychosocial support services in palliative care.

Keywords: Palliative care, Psychosocial support services, Social worker, Psychologist

1. Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization [WHO], 2020) tarafından yapılan tanıma göre palyatif bakım; yaşamı tehdit eden hastalıklarla ilişkili hayatında çeşitli problemler yaşayan hastaların ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini artırmaya odaklanan bir hizmet yapılmasıdır. Yaşam kalitesini artırmaya yönelik başta ağrı olmak üzere tüm fiziksel, psikososyal ve ruhsal problemlerin erken tespit edilerek ve etkili değerlendirmeler yapılarak önlenmesi veya giderilmesi amaçlanmaktadır. Hastalık sürecinde hastanın deneyimlediği fiziksel semptomların giderilmesi yönündeki tıbbi tedavi ve bakım hizmetlerinin yanı sıra, hem hastaların hem de hasta yakınlarının deneyimlediği psikolojik semptomların ve psikososyal sorunların çözümüne yönelik psikososyal destek hizmetleri palyatif bakım kapsamında sunulan hizmetler arasındadır. Bu yönüyle palyatif bakım, hem hastaların hem de hasta yakınlarının özel ihtiyaçlarına ve biyopsikososyal sağlığının korunmasına yönelik ekip yaklaşımının kullanıldığı bir bakım hizmetidir. Hastalığın tıbbi boyutunda çeşitli tıp dallarından seçilmiş doktorlar, diyetisyenler, fizik tedavi uzmanları ve hemşireler; psikolojik ve sosyal boyutunda ise psikologlar ve sosyal hizmet uzmanları eşliğinde multidisipliner ekip tarafından hizmetler verilmektedir.

Dünyada temelleri 1967'ye dayanan palyatif bakım hizmetlerinin, Türkiye'de ilk olarak 1990'ların başında algoloji kliniklerinin bünyesinde kurulan Palyatif Bakım Birimleri aracılığıyla gerçekleştirilmeye çalışıldığı görülmektedir (Kabalak, 2017). 2014 yılına gelindiğinde ise Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan ve 2015 yılında revize edilen Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge kapsamında yataklı sağlık tesisleri bünyesinde kurulan palyatif bakım merkezleri aracılığıyla daha sistematik bir şekilde verilmeye başlandığı söylenebilir. Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler bünyesinde kurulan merkezlerin ana hedef kitlesini ise yaşamı tehdit eden hastalıklara sahip bireyler ve bu bireylerin yakınları oluşturmaktadır. (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015). Yaşamının sonuna yaklaşmış, hastalığının terminal döneminde (yaşam beklentisinin altı ay veya daha az olduğu) bulunan hastalar ile terminal dönemde olmayıp yaşamı tehdit eden hastalığının tedavi sürecinin içinde bulunan hastalar palyatif bakımdan yararlanabilmektedir (Gamaluddin, Keating, McKenzie ve Kim, 2017).

Palyatif bakım merkezleri aracılığıyla hastaların ve yakınlarının yaşam kalitesini artırmak amaçlanmaktadır. Bu amaca ulaşmak üzere merkezlerde muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin yanı sıra psikososyal destek, ağrı yönetimi ve beslenme desteği gibi hizmetler klinik ortamda

ve poliklinik şartlarında sunulmaktadır. Merkez hizmetleri, sorumlu hekimin denetim ve sorumluluğunda, çeşitli branşlardaki hekim, hemşire, tıbbi sekreter, idari ve teknik personel, temizlik elemanı ile diğer unvanlarda personel ile tam zamanlı yürütülmektedir. Bununla birlikte ekibin önemli üyeleri olan psikolog, sosyal çalışmacı, fizyoterapist veya fizyoterapi teknikeri ve diyetisyen merkezlerde tam zamanlı olarak çalışma zorunluluğu bulunmayan meslekler olarak ihtiyaç halinde hastane içinden veya dışından merkeze çağrılmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015). Türkiye'nin 81 ilinde, Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde, farklı yatak kapasitelerine sahip olmakla birlikte toplam 5.475 yatak kapasiteli 409 palyatif bakım merkezi hizmet vermektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018).

Palyatif bakımın bileşenleri; fiziksel, psikososyal, sosyal, hukuksal ve spiritüel olmak üzere beş boyutta ele alınmaktadır (The Worldwide Hospice Palliative Care Alliance [WHPCA], 2013). Bu yönüyle, yaşamı kısıtlayan ve tehdit eden hastalığın fiziksel olduğu kadar psikolojik ve sosyal birçok sonucu olmaktadır. Süreçte ortaya çıkan kaygı, üzüntü, depresyon, bakım veren yükü, tükenmişlik, işin kaybı, ekonomik zorluklar, aile ilişkilerinde meydana gelen bozulmalar gibi psikososyal sorunlar hem hastaların hem de hasta yakınlarının yaşam kalitelerini önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Bu psikososyal sorunların değerlendirilmesi ve çözümüne yönelik uygulamaları içeren psikososyal destek hizmetleri palyatif bakımın psikososyal bileşeninin bir gereği olarak palyatif bakım felsefesinde önemli bir yer edinmektedir.

Psikososyal destek hizmetleri; bireylerin, ailelerin ve toplumların psikososyal iyi olma halini artırmak amacıyla yürütülen hizmetleri içermektedir (The Inter-Agency Network for Education in Emergencies [INEE], 2016). Bununla birlikte palyatif bakım kapsamında verilen psikososyal destek hizmetleri uluslararası literatürde psikososyal bakım kavramıyla daha çok anılmaktadır. Psikososyal bakım ise benlik saygısı, hastalığa ve hastalığın sonuçlarına adaptasyon, iletişim, sosyal işlevsellik ve sosyal ilişkileri de içeren hastanın ve hasta yakınlarının psikolojik ve duygusal iyi olma hali ile ilgili bakım şeklinde tanımlanmaktadır (The National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services, 1997).

Palyatif bakım sürecinde sunulan psikososyal destek, kayba ve ölümlle yüz yüze gelmeye ilişkin psikolojik deneyimleri ele almaktadır. Bu deneyimler; manevi inançlar, kültür, değerler, maddi durum, barınma ve günlük yaşantıya ilişkin yardımlar gibi sosyal faktörleri içermektedir. Psikososyal destek, hem hastanın hem de hastanın ailesi, arkadaşları, bakım vereni olmak üzere yakınlarının palyatif bakım sürecindeki yolculuğuna odaklanmaktadır (Jeffrey, 2003). Bu yönüyle palyatif bakımda yaşamı tehdit eden hastalığa sahip bireylerin yalnızca belirli semptomlarına (ağrı yönetimi gibi) odaklanmak yetersiz bir bakım örneği olarak değerlendirilmektedir. Bu süreçte hasta ve hasta yakınlarının fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlarının birbiri ile ilişkili olduğu unutulmadan palyatif bakım felsefesine uygun kapsamlı bakım hizmetlerinin sunulması gerekmektedir. Bu da ancak psikososyal destek hizmetlerinin palyatif bakım kapsamında etkili sunumu ile mümkündür.

WHO başta olmak üzere birçok kurum ve kuruluş tarafından yapılan ve kabul edilen palyatif bakım tanımları, bakımda psikososyal yönlerin ve sorunların palyatif bakımın temel bileşenlerinden olduğunu, psikososyal faktörlerin ele alınmasını ve bu alanlarda bireylere destek sağlanması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bununla birlikte bu hizmetlerin kim tarafından sağlanması gerektiği açıkça tanımlanmamıştır. Örneğin, tıbbi bakım ve hemşirelik bakımının hekim ve hemşireler tarafından sağlandığı açıkça belirtilirken, palyatif bakımda psikolojik ve psikososyal destek açık bir şekilde psikologların görevi olarak tanımlanmamaktadır (Jünger, Payne, Costantini, Kalus ve Werth, 2010; Jünger ve Payne, 2011). Ülkemizde de palyatif bakım hizmetlerinin sunumuna ilişkin ilgili mevzuatta (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015) palyatif bakım hizmetlerinin bir çerçevesi çizilmeye çalışılmıştır. Ancak yönergede psikososyal destek hizmetlerinin kavramsal tanımına yer verilmekle birlikte hizmetlerin içeriği ve hangi meslek elemanı tarafından ne gibi hizmetlerin veya kimler tarafından bu hizmetlerin sunulması gerektiğine ilişkin detaylı bilgi verilmemiştir.

Psikososyal destek hizmetlerinin, bu alanda eğitim almış sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve psikiyatristler aracılığıyla sunulması gereken hizmetler olduğu söylenebilir. Ancak ilgili yönergede sosyal hizmet uzmanı ve psikoloğun merkezde tam zamanlı çalışmadığı, merkez sorumlu hekiminin ihtiyaç duyması halinde merkeze çağrılan meslek elemanları arasında yer aldığı anlaşılmaktadır. Bu durum, bireyler ve yakınları için oldukça önemli olan psikososyal destek hizmetlerinin sunumunda önemli sorunların yaşandığını düşündürmüştür. Uluslararası literatür incelendiğinde, palyatif bakım kapsamında verilen psikososyal destek hizmetlerinin ve bu hizmetlerin sunumunda sosyal hizmet uzmanları ve psikologların deneyimlerinin incelendiği çeşitli çalışmalara (Bosma vd., 2010; Gwyther vd., 2005; Fan, Lin ve Lin, 2014) rastlanmakla birlikte ulusal literatürde bu türde çalışmalara rastlanmamıştır. Ulusal alandaki çalışmaların nicel yöntemlerle tasarlanmış, merkezlerce verilen hizmetleri genel değerlendiren çalışmalardan (Gürel Yavuzdemir, 2019; Saygılı ve Çelik, 2020; Topkaya, 2018) oluştuğu söylenebilir. Bununla birlikte, ülkemizde palyatif bakım kapsamında hizmet alan hasta ve hasta yakınlarının psikososyal gereksinimlerine ve sorunlarına değinen çeşitli çalışmalarda, psikososyal destek hizmetlerine olan ihtiyacın yüksek olduğu bildirilmiştir (Ayraller, Akturan ve Kumru, 2020; Başdınç, 2019; Karakaya ve Işıkhhan, 2020; Özdemir, 2016). Dolayısıyla, yaşamı tehdit eden hastalığa sahip bireylere ve bu bireylerin yakınlarına palyatif bakım merkezleri aracılığıyla sunulan psikososyal destek hizmetlerinin değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Buradan hareketle bu çalışmada, palyatif bakım merkezleri aracılığıyla sunulan psikososyal destek hizmetlerinin bu hizmetleri sunan sosyal hizmet uzmanlarının ve psikologların deneyimlerinden yola çıkılarak derinlemesine incelenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışma ile öncelikle, palyatif bakım hizmetleri kapsamında sunulan psikososyal destek hizmetlerinin içeriğine ve sunumuna ilişkin ulusal literatürdeki bilgi boşluğunun doldurulacağı düşünülmektedir. Meslek elemanlarının bu hizmetlere dair deneyimlerinden yola çıkarak hizmetlerin içeriği, hizmet sunumunda karşılaşılan güçlükler ve hizmetlerin geliştirilmesi gereken noktalarına dair bir kavrayış gelişecektir.

2. Yöntem

Bu çalışmada, palyatif bakım merkezlerinde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının ve psikologların merkezlerde çalışmaya ilişkin bakış açılarını, algılarını ve değerlendirmelerini içeren deneyimlerinin derinlemesine incelenmesine olanak sağlaması yönüyle nitel araştırma yönteminden ve bu yöntemin fenomenolojik (olgubilim) deseninden yararlanılmıştır.

2.1. Katılımcılar

Araştırmanın planlama aşamasında araştırmanın katılımcılarını, amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt örnekleme yöntemi kullanılarak T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğüne bağlı (2019) Ankara’da bulunan, yatak sayısı 15’ten fazla olan 7 palyatif bakım merkezinde psikososyal destek hizmetlerini vermekle görevlendirilen sosyal hizmet uzmanları ve psikologların oluşturması planlanmıştır. Ancak araştırmanın gerçekleştirilmesi için Başkent Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler ve Sanat Araştırma Kurulundan (31.12.2019 tarihli ve 17162298.600-310 sayılı) etik kurul kararı alındıktan sonra, uygulama için izin başvurusunda bulunulan 6 hastane (7 palyatif bakım merkezi) içerisinden sadece 2 tanesinden olumlu yanıt alınmıştır. Araştırma için olumlu dönüşte bulunmuş, Ankara ilindeki bu hastanelerin bünyesinde bulunan 2 palyatif bakım merkezinde psikososyal destek hizmetlerini sunan 13 meslek elemanından 12’si ile yüz yüze görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın gerçekleştirilmesi için gerekli izin yazışmalarının devam ettiği süreçte, tüm dünyayı etkisi altına alan COVID-19 pandemisine dair ilk vakalar ülkemizde de görülmeye başlanmıştır. Bazı hastaneler pandemi nedeni ile araştırmanın gerçekleştirilemeyeceğini belirtirken, bazı hastaneler ise pandemiden sonra tekrar başvuru yapılmasını önermiştir. Çalışmanın zaman sınırlılığının olması ve pandemide umut veren gelişmelerin olmaması nedeni ile çalışmanın diğer katılımcılarına kartopu örnekleme yöntemiyle ulaşılmaya çalışılmıştır. Görüşme gerçekleştirilen meslek elemanlarının önerileriyle elde edilen isimlerin veya durumların tıpkı bir kartopu gibi büyüyerek devam etmesi sonucunda araştırmacının problemine ilişkin zengin bilgi kaynağı olabilecek birey veya durumların saptanmasına olanak sağlayan kartopu örnekleme (Yıldırım ve Şimşek, 2018) yoluyla farklı illerde (Ankara, İstanbul, Ordu) bulunan hastanelerin palyatif bakım merkezlerinde psikososyal destek hizmeti veren sosyal hizmet uzmanları ve psikologlara ulaşılmıştır.

Sonuç olarak onay alınan farklı hastanelerdeki 2 merkezden 12 meslek elemanı ve kartopu örnekleme yöntemiyle ulaşılan 6 meslek elemanı olmak üzere toplam 18 kişi araştırmanın katılımcılarını oluşturmuştur. Katılımcıların 10’u sosyal hizmet uzmanı, 8’i psikologtur. Katılımcıların yaşları 27 ile 55 arasında değişmektedir. 15’i kadın olan katılımcıların 3’ü erkektir. Katılımcıların çoğunluğu (n:11) lisans mezunlarından oluşmakla birlikte, 4’ü yüksek lisans mezunu olup 3’ü ise yüksek lisans eğitimine devam etmektedir. Mesleki deneyim süreleri 2 ile 32 yıl aralığındadır. Palyatif bakım alanında çalışma süreleri en fazla 7 yıl olmakla birlikte çoğunluğu (n:13) 3 yıl ve altı çalışma sürelerine sahiptir. Katılımcılar merkezlerde

tam zamanlı (n:6), yarı zamanlı (n:3) ve konsültasyon yoluyla (n:9) olmak üzere üç farklı biçimde çalışmaktadır.

2.2. Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmanın amacına uygun şekilde literatürden yararlanılarak oluşturulmuş toplam 21 sorudan oluşan yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. İki bölüm olarak oluşturulan görüşme formunun ilk bölümünde, katılımcılara ilişkin tanıtıcı bilgileri elde etmeye yönelik 9 soru; ikinci bölümde ise katılımcıların palyatif bakım merkezlerinde sunulan psikososyal destek hizmetlerine ilişkin değerlendirmelerini açığa çıkarmayı amaçlayan 12 adet soru yer almıştır.

2.3. Veri Toplama Süreci

Bu araştırmanın verilerinin bir kısmı, araştırma sürecinde araştırmacının ele alacağı belirli konu başlıklarının mevcut olduğu ve duruma göre esneme payı barındıran yarı yapılandırılmış görüşme (Buran, 2015) tekniği ile elde edilmiştir. Onay alınan 2 hastanenin palyatif bakım merkezlerinde psikososyal destek hizmeti veren 12 katılımcıyla; COVID-19 tedbirleri kapsamında, onların belirttiği yer ve zamanda, yüz yüze derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Her katılımcı ile bir kez görüşülmüştür. Görüşmeler yaklaşık olarak bir saat sürmüştür. Görüşmelerden önce katılımcılara araştırmanın amacı ve süreci hakkında bilgi verilmiş, rahatsız oldukları anda görüşmeyi sonlandırabilecekleri ifade edilmiştir. Görüşmelerin tamamında katılımcılardan onayı dahilinde ses kaydı alınmıştır. Ses kayıtları görüşmelerin hemen sonrasında bilgisayar ortamına aktarılmıştır.

Araştırmanın verilerinin diğer kısmı ise kartopu örnekleme yöntemiyle kendilerine ulaşılan ve araştırmaya katılmayı kabul eden, ancak COVID-19 pandemisinden kaynaklı bulaş riski nedeni ile yüz yüze görüşmeyi kabul etmeyen katılımcılardan yarı yapılandırılmış görüşme formu aracılığıyla e-posta yoluyla toplanmıştır. Katılımcılara e-posta ile yarı yapılandırılmış görüşme formu iletilmiş, katılımcılar formda yer alan sorulara detaylıca verdikleri cevaplarını yine e-posta ile araştırmacıya ulaştırmıştır. Bu doğrultuda 6 katılımcının deneyimleri e-posta yoluyla elde edilmiştir. Veri toplamada araştırmacı ve katılımcı arasındaki iletişimin uzatılabilmesi, tipik bir yüz yüze görüşmede olduğu gibi bilgi türünün çeşitlenebilmesi, araştırmacının yeni konuları gündeme getirebilmesi, belirli konularda ayrıntı isteyebilmesi ve görüşme formunda istediği zamanda istediği şekilde değişiklikler yapabilmesi, görüşme sorularının aynı anda birden fazla kişiyle paylaşılabilmesi, maliyetinin az olmasına karşın pratiklik ve verimliliğinin fazla olması gibi faktörleri içermesi yönleriyle e-posta tekniği internette nitel araştırma yöntemlerinden sıklıkla kullanılan veri toplama tekniğidir (Meho, 2006; Yıldırım ve Şimşek, 2018).

2.4. Verilerin Analizi

Araştırmada derinlemesine yüz yüze görüşme ve e-posta yoluyla elde edilen veriler tematik analize tabi tutulmuştur. Öncelikle yapılan görüşmelerin ses kayıtları araştırmacı tarafından metne dökülerek deşifre edilmiştir. Tüm veriler baştan sona ve birkaç defa okunarak her bir görüşmedeki benzer anlamlara sahip

ifadelerle kodlar oluşturulmuş, bu kodların kategorize edilmesi ile de temalar belirlenmiştir. Son aşamada ise ortaya çıkan bulgular yorumlanarak araştırmada sunulmuştur. Araştırmada elde edilen verilerden oluşturulan temalar ve alt temalar Tablo 1’de belirtilmiştir:

Tablo 1. Psikososyal destek hizmetlerine ilişkin temalar

Merkezlerce sunulan psikososyal destek hizmetlerinin içeriği	Hizmet sunumunda yaşanan güçlükler	Güçlüklerle baş etme yöntemleri	Hizmetlere ilişkin öneriler
<ul style="list-style-type: none">• Tedavi ve bakım sürecinde sunulan hizmetler• Taburculuk sürecinde sunulan hizmetler• Personele yönelik hizmetler	<ul style="list-style-type: none">• Prosedür/bürokratik işlemlere ilişkin güçlükler• Merkezlerin fiziki özelliklerine ve çalışma sistemine ilişkin güçlükler• Bilgi gereksinimi• Mesleki standartların bulunmaması/tanınırlık sorunu• Etik güçlükler• Vaka yönetiminde zorlanma• Tükenmişlik	<ul style="list-style-type: none">• Örgütsel yöntemler• Mesleki yöntemler• Kişisel yöntemler	<ul style="list-style-type: none">• Mesleki standartların oluşturulmasına ve tanınırlığın artırılmasına dair öneriler• Bilgi gereksinime dair öneriler• Palyatif bakım merkezlerine dair öneriler

3. Bulgular

Araştırma kapsamında elde edilen bulgular; merkezlerce sunulan psikososyal destek hizmetlerinin içeriği, hizmet sunumunda yaşanan güçlükler, güçlüklerle baş etme yöntemleri ve hizmetlere ilişkin öneriler olmak üzere dört temada incelenmiştir.

3.1. Merkezlerce sunulan psikososyal destek hizmetlerinin içeriği

Katılımcılar tarafından palyatif bakım merkezlerinde sunulan psikososyal destek hizmetleri; tedavi ve bakım sürecinde sunulan hizmetler, taburculuk sürecinde sunulan hizmetler ve personele yönelik hizmetler başlıkları altında irdelenmiştir.

3.1.1. Tedavi ve bakım sürecinde sunulan hizmetler

Hastanın palyatif bakım merkezine yatışıyla birlikte sosyal hizmet uzmanları ve psikologlar mesleki uygulamalarına göre öncelikle ön değerlendirme gerçekleştirerek bireylerin ihtiyaçlarını ve sorunlarını belirlemeye çalışmaktadır. Bu doğrultuda sosyal hizmet uzmanları öncelikle palyatif bakım merkezinde tedavi gören hastanın bakımını kimin, nasıl gerçekleştireceği konusu üzerinde durmaktadır. Sonrasında ise bireylerin sosyoekonomik durumlarının ve aile ilişkilerinin incelenerek ihtiyaçlarının belirlendiği anlaşılmaktadır. Psikologların ise ön değerlendirme kapsamında, hasta ve yakınlarının psikolojik ihtiyaçlarını belirlemeye ve onların bu ihtiyaçlarını fark etmelerine yönelik duygu değerlendirmeleri yaptığı anlaşılmıştır:

“Ailesini, ilişkileri anlamaya çalışıyoruz yani aile hastaya bakımı nasıl, ortak beraber yapabiliyor mu, bakabiliyor mu, tek kişiye mi görev verilmiş? Yani aile içi problemleri veya aile içi bağları, ilişkileri anlamaya çalışıyoruz. Sonra sosyoekonomik durumunu ilk başta tespit etmeye çalışıyoruz. İhtiyaçlarını belirlemeye çalışıyoruz...” (K2, SHU)

“Yani ihtiyaçlarını önce fark etmeleri gerekiyor. Bunun için tabii ki önce duygularını fark etmeleri gerekiyor hastaların ve hasta yakınlarının...” (K8, Psikolog)

Sosyal hizmet uzmanları, hasta ve hasta yakınlarının gereksinimlerini değerlendirdikten sonra aracı rolü çerçevesinde, gereksinimlerini karşılamaya ilişkin Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlükleri, Sosyal Dayanışma ve Yardımlaşma Vakıfları, sivil toplum kuruluşları, belediyeler, dernekler ve özel bakımevleri gibi kurum ve kuruluşlara yönlendirme yapmaktadır. Bununla birlikte sosyal hizmet uzmanlarının bireylerin aynı ve nakdi ihtiyaçlarının bazılarını herhangi bir yönlendirme yapmadan, çalıştıkları hastanelerin imkanları dahilinde (daha çok bağışlar vasıtasıyla) gidermeye çalıştıkları görülmektedir:

“...Kızılay ile irtibata geçiyoruz genelde, hijyen paketleri-hijyen malzemeleri alıyoruz. Kılık kıyafet ihtiyacı varsa Pursaklar Belediyesinin Tebessüm Çarşısı var, orayla iletişime geçerek kıyafet temininde bulunuyoruz. Yani işte çeşitli derneklerle, belediyelerle bunları yapıyoruz.” (K1, SHU)

“... ekonomik olarak desteklenmeye ihtiyacı olan insanlar mutlaka oluyor. Burada da öyle bağış şeklinde gelen şeyler oluyor hani para getiriliyor, pijama temin ediyoruz mesela tutanakla.” (K6, SHU)

Sosyal hizmet uzmanları eğitici rolü çerçevesinde hizmetlere dair hasta ve yakınlarını bilgilendirmektedir. Öyle ki merkezlerde gerçekleştirilen grup çalışmalarının da çoğunlukla hizmetlere ilişkin bilgilendirme amaçlı olduğu anlaşılmaktadır. Bilgilendirme konularını ise evde sağlık hizmeti, evde bakım ücreti, evde temizlik hizmeti, engelli raporu, hasta bezi raporu ve 2022 aylıkları oluşturmaktadır:

“Genel olarak hizmetler hakkında bilgi veriyoruz, hem Sağlık Bakanlığının hem belediyelerin hem sosyal hizmetlerin. İşte neler bunlar? Evde sağlık hizmetleri, evde bakım ücreti... Yıllardır yatalak olan hastası için evde sağlık hizmetini bilmeyen o kadar çok hasta var ki...” (K2, SHU)

“Sosyal hizmet modellerini insanlar bilmiyor. Nasıl yararlanabilirler, nerelere başvurabilirler? ... İnanın grup çalışmalarında bunu daha iyi gördük... Bu grup çalışmalarında özellikle bunların üzerinde durarak bilgilendirmelerini yapıyoruz.” (K3, SHU)

Hasta ve yakınlarının psikolojik destek ihtiyaçlarında daha çok psikologların aktif olduğu söylenebilir. Psikologlar, bireysel görüşme ve grup çalışması yoluyla hasta ve yakınlarına psikolojik destek sağlamaktadır. Psikolojik görüşmelerde ve grup çalışmalarında duygu paylaşımı yoluyla bireyin duygularını ifade etmesinin ve duygu boşalımının sağlanmasıyla birlikte bastırılmış duyguların açığa çıktığı, bireyin bu duygularla yüzleşebildiği, böylece hem fiziksel hem de psikososyal sağlığını etkileyebilecek olumsuz duygularla baş edebilmesinin sağlandığı anlaşılmaktadır:

“Biz hem bireysel görüşmeler yapıyoruz hem de grup çalışması olarak çalışmalar da yürütüyoruz hasta yakınlarıyla... haftalık toplantı yapıyorum. Yani duygu paylaşımı üzerine oluyor o daha çok, duygu odaklı bir toplantı oluyor.” (K8, Psikolog)

“... o duyguları paylaşma, işte keşkeleri, yani işte konuştuğumuz şeyler ‘keşke şu da olmasaydı’, hani bastırmadan ziyade işte yakınına ilişkin duygularını hani o ortamda paylaşmasını sağlamak... Önemli olan onu anlayıp geri bildirim verip hastanın duygu boşalmasını sağlamak.” (K4, Psikolog)

Bununla birlikte psikologlar, her birey için değil, sadece kendilerinden istendiğinde bireylerin psikolojik durumlarını değerlendirmeye yönelik psikolojik testler uygulamaktadır:

“Bazen hastalara mini mental test uygulayabiliyorum ama bunu her zaman yapmıyorum. Doktorlar benden talep ettiğinde uyguluyorum.” (K8, Psikolog)

Bu çalışmanın katılımcıları olan sosyal hizmet uzmanları ve psikologlar, psikososyal destek hizmetlerini işbirliği içinde sunmakla birlikte hasta ve yakınlarının ihtiyaçları doğrultusunda diğer meslek elemanlarına da yönlendirme yapmaktadır:

“Sosyal hizmet uzmanı ile görüşmelerimiz yoğunlukta oluyor. Psikososyal destek çalışmalarımız ve görüşmelerimiz hemen hemen aynı şekilde yürütülmekte olduğu için irtibat daha fazla olmaktadır.” (K15, Psikolog)

“... psikolog arkadaşlarımızla kesinlikle yani her gruptan sonra psikolog arkadaşımıza bir vaka yönlendiriliyor. En az bir vaka.” (K9, SHU)

Katılımcıların psikososyal destek hizmetlerinin sunumunda en çok arabuluculuk rolünü üstlendiği söylenebilir. Çoğunlukla hasta ile aile bireyleri arasında; özellikle hastalık sürecinde bozulmuş aile ilişkilerinin düzeltilmesi, hastaya sosyal destek sağlanması ve hastanın bakımını gerçekleştirebilecek aile bireyleri ile iletişime geçilmesi arabuluculuk kapsamında atılan adımları oluşturmaktadır:

“... aile ilişkileri bozursa mutlaka hani çocuğu, eşi ya da ona bakım verebilecek kimse varsa ondan destek istiyoruz. Hani birazcık arabuluculuk gibi oluyor aslında burada.” (K10, SHU)

“Birimdeki hizmet kapsamı içeriğinde, yatan hastalardan sosyal destek kaynağı eksik olan hastaların yanı sıra hasta yakınları ile iletişime geçmek, hastaya destek olmaları yönünde görüşmeler yapmak.” (K16, Psikolog)

3.1.2. Taburculuk sürecinde sunulan hizmetler

Taburculuk sürecinde sosyal hizmet uzmanlarının daha aktif olduğu söylenebilir. Sosyal hizmet uzmanları taburculuk sürecinde; çeşitli hizmetlere ve ilaçlara erişimi mümkün kılacak engelli raporu, ilaç raporu gibi raporların alınması için gerekli işlemleri gerçekleştirmekte, engelli aylıkları, evde bakım ücreti, barınma ve bakım konularına ilişkin hizmetlerle ilgili bilgilendirme ve yönlendirmeler yapmaktadır. Bu süreçte verilen hizmetlerin hasta ve yakınlarının ruh sağlığı üzerindeki olumlu etkisi vurgulanmıştır:

"... taburcu olmadan önce mutlaka hepsinin engelli raporunu ve diğer ilaç raporlarını, birçok ilaçların raporlarını çıkartıyoruz... taburcu olmadan önce yapılacak tüm işlemleri yapıyoruz, taburculuktan sonra onların yapması gereken, hastaneye götürmesi gereken bir durum kalmıyor." (K2, SHU)

"... hastaların evde gittikleri zaman 'ben ne yapacağım işte hasta olursam ne olacak ya da hastamı hastaneye nasıl götüreceğim neyle götüreceğim' gibi soru işaretlerini kafalarından kaldırdığımız için hasta yakınları psikolojik olarak da rahatlanmış, desteklenmiş ve yalnızlıklarını unutmuş oluyorlar bir nebze." (K1, SHU)

Bu sürece dair psikologlardan sadece birisi hasta ve yakınlarıyla görüşmeler yaptığını, ihtiyaç duyulması halinde taburculuk sonrasında da görüşmelere devam ettiğini belirtmiştir:

"Taburculuk sırasında hastanın yanı sıra hasta yakını veya refakatçisi ile görüşülmekte sonrasında gerek görülürse ayaktan psikoloji birimimizde hastanın takibi yapılmaktadır." (K16, Psikolog)

3.1.3. Personele yönelik hizmetler

Katılımcılardan çoğunlukla psikologların palyatif bakım merkezlerinde çalışan diğer sağlık personeline (ekip üyeleri) yönelik bireysel görüşmeler, toplantılar, eğitimler ve moral-motivasyon günleri şeklinde psikososyal destek hizmetleri sunduğu anlaşılmaktadır. Hasta ve yakınıyla iletişim, iş yükü, tükenmişlik, merhamet yorgunluğu, hiyerarşik problemler ve nöbet düzenlemelerine ilişkin problemler ekip üyelerine yönelik çalışmaların temelini oluşturmaktadır:

"Biz hemşirelerle toplanıyoruz zaman zaman. Onların ihtiyaçlarına yönelik yine tekrar görüşmeler yapıyoruz. Bazen böyle onların arasında çatışmalar oluyor koşullardan dolayı. Çünkü palyatifte çalışmak biraz yüklü, psikolojik olarak da. Bir de sayıları zaman zaman yetersiz oluyor, o yüzden iş yükleri biraz fazla oluyor... (Tükenmişlik durumları olabiliyordur muhtemelen?). Evet evet. Biraz da hiyerarşik problemler olabiliyor. Ya da nöbetlerde bazen sorunlar olabiliyor. Ya da hasta veya hasta yakınlarıyla iletişimlerinde bazen sorun yaşayabiliyorlar. Onlarla ilgili görüşüyoruz... İşte kahve günlerimiz oluyor, kahvaltı yapıyoruz. Güzel oluyor." (K8, Psikolog)

3.2. Hizmet sunumunda yaşanan güçlükler

Katılımcıların palyatif bakım merkezlerinde psikososyal destek hizmetlerini yürütürken karşılaştıkları güçlükler; prosedür/bürokratik işlemlere ilişkin güçlükler, merkezlerin fiziki özelliklerine ve çalışma sistemine ilişkin güçlükler, bilgi gereksinimi, mesleki standartların bulunmaması/tanınırlık sorunu, etik güçlükler, vaka yönetiminde zorlanma ve tükenmişlik başlıkları altında ele alınmıştır.

3.2.1. Prosedür/bürokratik işlemlere ilişkin güçlükler

Prosedür/bürokratik işlemlere ilişkin güçlükleri daha çok sosyal hizmet uzmanlarının yaşadıkları söylenebilir. Özellikle prosedür/bürokratik işlemlerin (hasta kabul, kayıt, evrak vb.) birçok noktada sürecin uzamasına neden olduğu anlaşılmaktadır:

“Bizim ülkemizde maalesef birçok kanunlar, hizmetler de, prosedürler de çok yavaş işliyor. Yani mesela bir tane refakatçisi yoksa hastanın yalnızsa, biz sosyal hizmetleri hemen arıyoruz hemen bulunuyormuş gibi algılanıyor ama olmuyor öyle bir şey.” (K2, SHU)

“... Aile Bakanlığının da belli bir prosedürü ve uygulaması var. Hani atıyorum sen hastayı bugün yazdın bakımevi için bir ay sonra çıkabiliyor yani hemen bugün yazdın bugün gitme şansı yok.” (K6, SHU)

Kaynak yetersizliğinin yanı sıra sosyal hizmetlerin sunumundaki aksaklıklar, hasta ve hasta yakınlarının ihtiyaçlarının zamanında ve etkili bir şekilde karşılanması noktasında sosyal hizmet uzmanlarını zor durumda bırakmaktadır:

“... yeterince onların istediği ölçüde destek-maddi destek sağlayamıyor olabiliriz. Çünkü bu maddi destek de hani imkanlar ölçüsünde oluyor. Ya da valiliğin sunduğu miktarlar açısından olabiliyor.” (K10, SHU)

“Bir de bizim ülkemizde sosyal hizmet altyapısı tam oturmamış. Hani biz bunun sıkıntısını çok yaşıyoruz... Yani kurum bakımı, kurum bakımında çok zorlanıyoruz mesela o kadar çok uzun sıralar bekletiliyor ki, işlemler çok uzun sürüyor. Onun için insanlar hani o altyapının eksikliğinden dolayı diyor ki bana ne vereceksin, niye görüştün? Hani onun için biz biraz daha geri planda durmak durumunda kalıyoruz.” (K7, SHU)

3.2.2. Merkezlerin fiziki özelliklerine ve çalışma sistemine ilişkin güçlükler

Merkezlerin özellikleriyle ilgili olarak mekan yetersizliği, katılımcıların palyatif bakım merkezlerinde hizmet verirken yaşadıkları güçlükler noktasında en çok üzerinde durdukları konu olmuştur. Birçok katılımcı palyatif bakım merkezlerinde mesleki görüşmelerini gerçekleştirecekleri odalara sahip olmadıklarını ifade etmiştir. Görüşme odası olsa bile oda şartlarının profesyonel bir görüşme yapmak için yeterince uygun olmaması, görüşmeyi hasta odasında diğer kişilerin yanında yapıyor olmak, diğer sağlık çalışanları tarafından görüşmelerin sıklıkla bölünmesi profesyonel görüşme yapmalarının önündeki büyük engeller olmakla birlikte gizlilik ilkesine de aykırı durumlar olarak belirtmiştir:

“Bence en büyük sorun işte mekan sorunu, oda sorunu...” (K4, Psikolog)

“Şu an bir psikolog odası mevcut değil... Bu konuda zorluk çekiyoruz. Görüşmelerimiz için bir oda oluşturulmuştu ancak yan odaya sesin çok fazla gidiyor olmasından dolayı bu odayı kullanmadım... Hasta yakınlarının yanında görüşmeyi yapmak da oldukça zor. O oda diğer ekip arkadaşlarımız tarafından yoğun olarak tedavi sürecinde kullanılıyor.” (K18, Psikolog)

“...orada bir odamızın olması gerekiyor. Çünkü hastalarla görüşmelerimizi biz hasta odasında yapıyoruz, bu da birçok kez bölünüyor, içeriye giren çıkan hasta yakını, hemşire, doktor vs. eksik kalıyor.” (K2, SHU)

Mekan yetersizliği, bireyler için önemli bir rehabilitasyon aracı olan grup çalışmalarının da gerçekleştirilmesini engellemektedir:

“Şimdi mesela biz hasta yakınlarıyla toplandığımızda bir taraftan telefon çalıyor, bir taraftan hasta yakınları geliyor... O yüzden palyatif 1’de yapmamaya başladım böyle toplu çalışma.” (K8, Psikolog)

Merkezlerde ekip çalışmasının yetersizliği palyatif bakım kapsamında çalışırken yaşanan güçlüklerden biri olarak belirtilmiştir. Merkez çalışanları arasında iş birliği az, iletişim eksikliği fazladır:

“Bizim en büyük eksikliğimiz ekip çalışmasının olmaması, beraber birlikte hastaların değerlendirilmemesi...” (K2, SHU)

“Yatan hastaların stabil durumu hakkında hem bizim birimizin hem de hastaların bilgilendirilmesi eksik. Diğer birimler ile iletişim eksikliği var.” (K16, Psikolog)

Ekip çalışmasının yetersiz olmasının (aslında nedeni veya sonucu da olabilir) yanı sıra bu çalışmanın katılımcıları ile diğer ekip üyeleri arasında (geç bilgilendirme/bildirimde bulunmama gibi) ve meslektaşlık ilişkilerinde (engelleme, hırs gibi) olmak üzere farklı ilişki sorunları/çatışma senaryoları yaşanmaktadır:

“O zaman servisle bizim aramızda problem çıkıyor. Hani niye bu hasta hala daha burada? ” (K10, SHU)

Bir de kendi meslektaşlarıyla alakalı tabi ki, meslektaşın sana taş koyabiliyor...” (K9, SHU)

Bahsedilen durumun palyatif bakım merkezinde tedavi gören ve psikososyal destek hizmetine ihtiyaç duyan bireylerin sosyal hizmet uzmanları ve psikologlara bildirimini diğer merkez çalışanları tarafından geç yapılmasına neden olduğu söylenebilir. Bunun sonucunda da katılımcıların mesleki çalışmalarında aksaklıklar meydana geldiği anlaşılmaktadır:

“... hasta tam böyle taburcu olacak ya da taburcu olmak istemiyor hop bizi çağırıyorlar. Yani bu hasta yeni mi bu hale geldi? ... Bununla ilgili de bize yönlendirmeleri lazım ama en son noktada bize başvuruyorlar.” (K8, Psikolog)

“Taburculuk sorunu olan hasta ya da kurum bakımı olan hasta taburcu edileceği zaman fark ediliyor. Bu defa nasıl bir şey oluyor, çünkü kurum bakımı bir süreç gerektiriyor... Şimdi en büyük sıkıntı bundan kaynaklanıyor.” (K10, SHU)

Katılımcıların merkezlerde tam zamanlı çalışmaması, konsültasyon yolu ile çalışması; hastaların ve yakınlarının bilgilerine, ihtiyaçlarına ve sorunlarına tam anlamıyla hakim olamamalarına neden olmakta, dolayısıyla gerçekleştirilen müdahalelerin etkililiğini de olumsuz etkilemektedir. Merkezlerde tam zamanlı çalışmama, konsültasyon yolu ile çalışma katılımcıların palyatif bakım alanına ve ekibine olan aidiyet duygusunu ve vaka yönetimini olumsuz etkilemektedir:

“Ama dışarıdan seni aradıkları zaman, orada olmadığın zaman aradıklarında işte şöyle bir hasta var, ya sen hastanın geçmişini bilmiyorsun, gelme sürecini bilmiyorsun, sonraki tedavi takibi ne şekilde olacak, ne zaman taburcu olacak, bir sürü soru işaretiyle gittiğin zaman biraz havada kalıyorsun.” (K6, SHU)

“Her yerin bir sosyal hizmet uzmanı olmalı, her yerin bir psikoloğu olmalı, hani o ekibin içinde dahil olmalı, sadece oraya ait olmalı ve oraya gelen her hastayı bilmeli... Sen de kendini daha ait hissedersin. Öbür türlü çok aitmiş gibi de hissetmiyorsun zaten.” (K4, Psikolog)

Bu çalışmanın katılımcıları olan sosyal hizmet uzmanları (hasta hakları, çalışan hakları, tıbbi sosyal hizmet birimi) ve psikologlar (hasta hakları, çalışan hakları gibi) palyatif bakım merkezlerinde olduğu gibi hastanelerde aynı anda çeşitli birimlerde görevlendirilerek ihtiyaç halinde çağrılan meslek elemanlarıdır. Hastanenin farklı birimlerinde çalışmanın iş yükünü artırdığı ve çalışmaların detaylı gerçekleştirilmesini engellediği katılımcılar tarafından ifade edilmiştir. Palyatif bakım merkezinde bireylerle her gün görüşebilmek ve etkili çalışmalar yapabilmek adına orada kendilerine ait bir odanın bulunmasının ve tam zamanlı çalışmanın gerekliliği vurgulanmıştır:

“...mesela ben palyatife bakarken aynı zamanda acile de bakıyorum, farklı birimlere de bakıyorum. Bence orada tam zamanlı olarak çalışmamız gerekiyor... tam zamanlı çalışırsak hem hasta yakınlarının bizi daha iyi tanıyacağı hem bizim onların sorunlarını gözden kaçırmayacağımız bir ortam oluşmuş olur.” (K1, SHU)

“Hastanemiz bünyesinde bulunan palyatif bakım merkezi çalışanları psikososyal desteğin önemli olduğunu düşünmekte. Ancak sistem bir psikoloğun orda düzenli çalışmasına müsaade etmemekte. Yönetimsel açıdan diğer poliklinik işlemleri palyatif bakım merkezinden daha acil ve önemlilik sıralamasında görülüyor.” (K18, Psikolog)

3.2.3. Bilgi gereksinimi

Katılımcıların çoğu palyatif bakım alanına ilişkin herhangi bir sertifikasyon eğitimine sahip değildir. Eğitime sahip sadece iki katılımcı bulunmakta olup ikisi de psikologtur. Eğitime sahip katılımcılar, Sağlık Bakanlığı tarafından kısa süreli, psikososyal destek hizmetlerini detaylandıran eğitimlerden çok palyatif bakım hizmetlerine ilişkin hizmet veren bütün meslek elemanlarına yönelik gerçekleştirilen genel bir eğitim almıştır:

“... Üç-dört günlük bir eğitim vardı. Bu hemşireler, doktorlar ve psikologlar için yapılan Ankara’da bir eğitim olmuştu. Yani palyatifte görevli olduğum için beni de göndermişlerdi. Kapsamlı bir eğitimdi, içinde psikolojik, sosyal ihtiyaçlara yönelik eğitim de vardı. Biraz daha tıbbi eğitim de vardı, hani bizim çok alanımıza girmeyen eğitim de vardı. Ama yine de faydalandım. Sertifikalıydı.” (K8, Psikolog)

Palyatif bakım alanında çalışmaya ilişkin bilgi gereksiniminin katılımcıların uygulamalarında eksikliklere, karışıklıklara ve kendine güvensizlik ve yetersizlik gibi olumsuz duyguların oluşmasına neden olduğu görülmüştür. Özellikle palyatif bakımda karşılaşılan ani ölümlerin katılımcıları oldukça etkilediği, yaşamının sonuna yaklaşmış bireylerle çalışırken mesleki hata yapmaya ilişkin korku ve tedirginlik duygularının kendini gösterdiği anlaşılmaktadır:

“Ama bir gün önce gördüğün insanı ertesi gün görememek mesela yıllar geçtiği halde bu benim içimde hep kalmıştır. Hani buna yönelik bir psikolojik hazırlık süreci ya da ‘böyle bir şeyle de karşılaşabilirsiniz’ denilseydi daha hazır olurum diye düşünüyorum.” (K6, SHU)

“Eksik hissediyorum ben. Bunun eğitimini ben okulda almadım... Ağzınızdan çıkan yanlış bir kelime o kişide yıkıcı etki yaratabilir. O yüzden böyle bir tedirginlik var. O yüzden palyatiften korkuyorum zaten.” (K11, SHU)

Palyatif bakım merkezlerinde görevli çalışanların alana ilişkin özel eğitimler alması gerekliliği vurgulanmıştır:

“Palyatif bakım merkezi benim spesifik olarak eğitimini aldığım bir alan değil... Bu konuda hizmet veren kişiler yetkin kişilerden oluşmalıdır. Alana yeni meslek gruplarının alana dahil edilmesinden daha çok mevcut çalışanların yetkinliği artırılmalıdır.” (K18, Psikolog)

3.2.4. Mesleki standartların bulunmaması/tanınırlık sorunu

Bu çalışmanın katılımcılarının yürüttüğü uygulamalar açısından ulusal düzeyde mesleki standartların bulunmaması, çalışmalarını kendi bildikleri ve çabalarıyla gerçekleştirmeye çalışmalarına neden olmaktadır. Öte yandan mevzuat eksikliğiyle ilgili olarak uygulamalara yönelik ayrıntılı yönerge ve yönetmeliklerin bulunmaması meslek elemanlarının iş yaşamında kendilerini güvende hissetmemelerine neden olan bir faktör olarak belirtilmiştir:

“... bizim böyle genel bir şeyimiz yok ortak bir uygulamamız yok Sağlık Bakanlığında. Herkes sen a yolundan gidiyorsun, ben b yolundan gidiyorum. Ortak bir uygulama yok.” (K1, SHU)

“... prosedürün resmi anlamda hani bir donanımlı, genişletilmiş bir yönetmelik yönerge olmaması, bazı şeyleri kendi çabanla yapıyor olman, ((K8,Psikolog): ‘meslek yaşamız yok’) evet en başta o yani kendimizi güvende hissetmiyoruz, yaptığımız her şeyi ‘acaba legal mi’ diye düşünerek yapıyoruz.” (K9, SHU)

Sosyal hizmet ve psikoloji mesleklerinin tanınırlık sorunu olduğu, sosyal hizmet uzmanlarının ve psikologların görevlerinin diğer sağlık çalışanları tarafından çoğunlukla bilinmediği ve bu mesleklere verilen önemin azlığı katılımcıların dile getirdikleri güçlüklerdendir:

“...mesleğimizin insanlar tarafından kabul edilebilirliği, sonradan girmişiz, hani tedavi deyince ilk aklınıza gelen doktor ve hemşire oluyor... En çok bu konuda biz sıkıntı yaşıyoruz. Kendimizi ifade etme, kendimizi tanıtmaya açısından. Birincil çalışan olarak görülmediğimiz için.” (K2, SHU)

“... bazen palyatif sanki belli başlı meslek gruplarının tekelinde gibi hissetmelerimiz oluyor. Benim desteğime yeterince başvurulduğunu düşünüyorum. Ama bunun için uzun bir süre geçmesi gerekti. Yeni kurulan bir palyatif bakım merkezinde bu sorunlar çok daha yoğun.” (K18, Psikolog)

3.2.5. Etik güçlükler

Palyatif bakımda etik ilkelerin belirsizliğinin katılımcıların terminal dönemdeki hastalarla görüşmelerini etkilediği ve bu noktada etik sorunların yaşanan güçlüklerden biri olduğu görülmektedir:

“Görüşme içerikleri, patolojik yas, etik ilkelerin belirsizliği konularında zorlandığım oluyor. Örneğin son dönem hastası olduğunu bilmeyen bir palyatif bakım hastası etik açıdan bu konuda bilgi sahibi olmazsa benim son döneminde onun ile görüşmem oldukça yüzeysel kalıyor.” (K18, Psikolog)

Palyatif bakım merkezlerinde sosyal hizmet uzmanları ve psikologların mesleki görüşmelerini gerçekleştirebilecekleri görüşme odalarına sahip olmamaları nedeniyle görüşmelerin profesyonel anlamda gerçekleştirilemediği anlaşılmaktadır. Hasta ve hasta yakınının mahremiyetinin korunamadığı, dolayısıyla gizlilik ilkesinin sağlanamadığı söylenebilir:

“...orada bir odamızın olması gerekiyor. Çünkü hastalarla görüşmelerimizi biz hasta odasında yapıyoruz, bu da birçok kez bölünüyor, içeriye giren çıkan hasta yakını, hemşire, doktor vs. eksik kalıyor.” (K2, SHU)

“Hasta yakınlarının yanında görüşmeyi yapmak da oldukça zor. O oda diğer ekip arkadaşlarımız tarafından yoğun olarak tedavi sürecinde kullanılıyor. Daha sessiz bir ortamda görüşmeler daha iyi olurdu.” (K18, Psikolog)

Hastaların kendi kaderini tayin hakkı çerçevesinde etik ikilemlerin yaşandığı anlaşılmaktadır:

“... hastayı doktorlar taburcu etmekten yana, hasta yakınları olmamaktan yana. En çok çatışma bu alanda çıkıyor bizim açıkçası. Yani arayış bulmakta bazen zorlanıyorum.” (K5, Psikolog)

3.2.6. Vaka yönetiminde zorlanma

Palyatif bakımda kayıp ve yas olguları etrafında gelişen bakım sürecinde hastaların ve hasta yakınlarının bu yönde gösterdikleri tepkiler neticesinde katılımcıların zaman zaman vaka yönetiminde zorlandıkları anlaşılmaktadır:

“Bazı hasta yakınları, hastalarının çok ağır durumda olması ve uzun süre hastane ortamında kalmaları nedeni ile görüşme esnasında olumsuz tepkiler verebilmektedir.” (K13, SHU)

“Psikolojik tedavi polikliniğinde yas sürecinde olan kişiler ile psikoterapi görüşmeleri yapıyoruz. Ancak o sırada hem vefat etmiş hem de üzerinden belirli bir zaman geçmiş oluyor. Palyatif bakım merkezinde ise olay o an yaşanıyor ve bu durumunun yönetilmesi daha güç olabiliyor.” (K18, Psikolog)

3.2.7. Tükenmişlik

Palyatif bakım kapsamında genellikle terminal dönem hastalarına hizmet veriyor olmaktan dolayı hastanın iyileştiğinin görülmemesi ve ölüm sürecine tanıklık edilmesi katılımcıları tükenmişliğe sürükleyen bir durum olarak belirtilmiştir. Uzun süreli bakım sürecinde geliştirilen duygusal bağ ve ölüm sürecindeki hastadan etkilenme katılımcılarda duygusal tükenmeye neden olan faktörler olarak belirlemiştir:

“Uzun süre palyatif bakımda çalıştığınızda bir psikolog olarak tükenmişlik sendromu gösterebilirsiniz... Çünkü verdiğiniz emeğin karşılığı şey değil hani iyileştiğini görmüyorsunuz hastanın yani. Daha iyi olduğunu görmüyorsunuz. Yaşamı sonlandırma planı gibi.” (K5, Psikolog)

“Çünkü bir duygu bağımız da oluyor hastayı gördüğümüz için... İşte o kayıplar yani insanı aslında baya yıpratıyor.” (K4, Psikolog)

Mesleki deformasyonun da tükenmişlik bağlamında yaşanan güçlüklerden biri olduğu anlaşılmaktadır:

“... mesleki hani deformasyon böyle şey artık bir şey çözümsüz olduğu zaman çok da fazla artık onunla bir daha ilgilenmek ya da savaşmak istemiyorsun.” (K9, SHU)

3.3. Güçlüklerle baş etme yöntemleri

Katılımcıların palyatif bakım merkezlerinde psikososyal destek hizmetlerini yürütürken karşılaştıkları güçlüklerle çeşitli baş etme yöntemleri bulunmaktadır. Baş etme yöntemleri; örgütsel yöntemler, mesleki yöntemler ve kişisel yöntemler başlıkları altında ele alınmıştır.

3.3.1. Örgütsel yöntemler

Palyatif bakım kapsamında hizmet verirken yaşanan güçlükler noktasında birim sorumlusu, hastane yönetimi, ilgili bakanlık gibi üst makamlarla görüşmek ve yaşanan sorunları ileterek çözüm arayışında bulunmak en çok başvurulan baş etme yöntemi olarak ortaya çıkmıştır:

“Tabi yönetimle gidip görüşülüyor. İşte yapacağımız çalışmalarını mesela anlatıyoruz ‘şunu yapabiliriz, bunu yapabiliriz’. İdare fena değil ya yine burası da şey ılımlı yani çok bizi zorlayan bir şeyle gelmiyorlar.” (K6, SHU)

“Biz direkt Bakanlığa yazı yazıyoruz. Evet çünkü sözle hiçbir şey olmuyor. Biz direkt yazıyoruz.” (K1, SHU)

3.3.2. Mesleki yöntemler

Deneyim/mesleki olgunluk, süpervizyon almak, empati, mesleğini ve uygulamalarını diğer sağlık çalışanlarına anlatmak, mesleğini iyi şekilde yapmaya çalışmak, profesyonel görüşme için mekan yaratmak ve mesleki gelişime yönelik faaliyetlerde bulunmak katılımcıların başvurduğu mesleki baş etme yöntemlerindedir:

“Aslında psikolojik olgunlukla alakalı olduğunu düşünüyorum, bunu da mesleki olgunluğa böyle devşiriyorum. Çünkü diyorum ki ‘altı yıl önce böyle düşünmüyordum’. Altı yıl önce daha az saygı duyuyordum hani daha sinirleniyordum, daha öfkeleniyordum.” (K9, SHU)

“... Bunun için de süpervizyon aldım... O beni rahatlattı bireysel olarak.” (K8, Psikolog)

“... kendimi tanıtmaya çalışıyorum, işimi anlatmaya çalışıyorum... kendileriyle de paylaşıyoruz... ama daha çok işimizi yaparak var olmaya çalışarak atlatmaya çalışıyoruz.” (K2, SHU)

“Psikolojik görüşmeleri yapabilmek için boş olan hasta odalarını değerlendirmeye çalışıyorduk.” (K15, Psikolog)

3.3.3. Kişisel yöntemler

Paylaşım, mizah, profesyonel destek almak, özel hayata ilişkin düzenlemeler, tatile gitmek, hobilerle ilgilenmek, sosyal aktiviteler, molalar, öz şefkat, meditasyon ve dua katılımcıların kişisel baş etme yöntemlerindedir:

“... o zaman özel hayatımla ilgili birtakım düzenlemeler yapıyorum. Tatile gidiyorum, ne bileyim sevdiğim işlerle uğraşıyorum falan.” (K5, Psikolog)

“Tükenmişlik sendromu yaşayabiliyoruz, o zaman da destek alıyoruz.” (K12, Psikolog)

“Bu konuda çalışma arkadaşlarım ile ilişkiler kurmak çok yararlı oluyor. Palyatif bakım hemşire odası düşünülenin aksine kahkahaların, hikayelerin, planların bol olduğu bir yer. Sanırım karşıt tepki geliştirip o havayı dağıtıyoruz hep birlikte. Mizah çok etkili bir baş etme benim için.” (K18, Psikolog)

3.4. Hizmetlere ilişkin öneriler

Palyatif bakım kapsamında verilen psikososyal destek hizmetlerinin daha kaliteli hale getirilmesi, iyileştirilmesi, geliştirilmesi ve etkili sunumunun sağlanması yönünde katılımcılar çeşitli öneriler dile getirmişlerdir. Sunulan önerilerin katılımcıların palyatif bakım alanında çalışırken yaşadıkları güçlüklerle ilişkili olduğu anlaşılmıştır.

3.4.1. Meslek standartlarının oluşturulmasına ve tanınırlığın artırılmasına dair öneriler

Psikososyal destek hizmetlerine ilişkin uygulamalar noktasında standartların geliştirilmesi, sosyal hizmetlerin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi, özlük haklarının iyileştirilmesi, mesleki birlik oluşturulması, yetkili merciler tarafından sistemsiz değişiklikler yapılması gerekliliği katılımcılar tarafından dile getirilen önerilerdendir:

“Hani biz meslek grupları açısından lisans mezunlarının inşallah daha özlük haklarının daha iyi olduğu günler görürüz bundan sonra. (Gülüyor). Hem hakkımız olsun hem yetkimiz olsun hem de işte bir şeyler yapıyoruz, yapılanlar görülsün takdir edilsin istiyoruz yani. Bu sosyal hizmet uzmanı arkadaşlarım açısından da böyle...” (K5, Psikolog)

“Kişisel merak, ilgi ve akademik araştırmalar ile kişisel gelişim yerine kökten bir sistem ile psikososyal desteklerin çeşitlenmesi ve gelişmesi gerekiyor... Çoğunlukla kişisel çabalar ile sistem yürürken bunların yetkili merciler ile ele alınması önemli.” (K18, Psikolog)

Psikososyal destek hizmetlerine ilişkin tanıtımlar ve bilgilendirmelerle görünürlüğün artırılması ve diğer meslek elemanlarının psikososyal destek hizmetlerine ve bu hizmetleri sunan sosyal hizmet uzmanları ve psikologların görevlerine ilişkin eğitilmesi gerektiği vurgulanmıştır:

“Yani bizim de tanıtmanız lazım ne iş yaptığımızı. Belki bunu tabi uygulayarak da göstermemiz lazım.” (K8, Psikolog)

“... personelin kesinlikle sosyal hizmet uzmanı-psikolog ne yapar, ne iş yapar, eğitilmiş olması ve hani deneyimli olması lazım palyatifte özellikle.” (K9, SHU)

3.4.2. Bilgi gereksinimine dair öneriler

Palyatif bakım alanına ilişkin sosyal hizmet uzmanları ve psikologlara yönelik eğitimlerin verilmesi ve süpervizyon sağlanması gerekliliği vurgulanmıştır:

“Ayrıca psikologların doğuştan palyatif bakım merkezi hakkında bilgilerle doğduğunu düşünmek yerine eğitime ve süpervizyona ihtiyacın olduğu kabul edilmelidir.” (K18, Psikolog)

“Okulda palyatif eğitimi versinler. Özellikle terminal dönem hastalara nasıl yaklaşacağız? Birebir bunun eğitimi alınsa çok daha iyi olur.” (K11, SHU)

Palyatif bakım alanıyla ilgili akademik çalışmalara ağırlık verilmesi gerektiği de belirtilmiştir:

“Palyatif bakım eğitimi sadece hemşirelerin sertifikalandığı bir sistemde sağlık bakanlığı tarafından veriliyor. Bunca yılda sadece bir psikolog bu eğitimi almak istedi. Alan olarak psikologlar bu alanla daha az ilgili. Bu alanın daha görünür yapılmasını sağlamak üniversitelerin akademisyenlerin sorumluluğundadır.” (K18, Psikolog)

3.4.3. Palyatif bakım merkezlerine dair öneriler

Ekip çalışmasının geliştirilmesi ve diğer meslek elemanlarıyla iş birliğinin sağlanması gerektiği belirtilmiştir. Özellikle sosyal hizmet uzmanları ve psikologların palyatif bakım ekibine dahil edilmeleri üzerinde durulmuştur:

“Her yerin bir sosyal hizmet uzmanı olmalı, her yerin bir psikoloğu olmalı, hani o ekibin içinde dahil olmalı, sadece oraya ait olmalı ve oraya gelen her hastayı bilmeli.” (K4, Psikolog)

“Sağlıklı bir ekip çalışması ve ekibi yönlendirebilecek iyi bir lider.” (K3, SHU)

“... bu konuda diğer elemanlarla dediğim gibi iş birliği yapmamız lazım.” (K8, Psikolog)

Yetkili merciler tarafından sistemsiz değişiklikler yapılması ve bu noktada kurumlar arası işbirliğinin sağlanması gerekliliği katılımcılar tarafından dile getirilen önerilerdendir:

“Yani ihtiyaçlarımız işte özellikle bu altyapı, mesela Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı arasında bir protokol imzalanabilir. Kurum bakımına yerleştirme konusunda. Sosyal yardımlaşma mesela.” (K7, SHU)

4. Tartışma

Bu çalışmada, palyatif bakım merkezleri aracılığıyla sunulan psikososyal destek hizmetlerinin bu hizmetleri sunan sosyal hizmet uzmanları ve psikologların deneyimlerinden yola çıkılarak derinlemesine incelenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmanın bulgularına göre; katılımcılar mesleki sorumlulukları dahilinde psikososyal destek hizmetlerini sunmakla birlikte sosyal hizmet uzmanları bireyleri ihtiyaç duydukları hizmetlerle buluşturma ve bağlantılandırma boyutunda, psikologlar ise psikolojik destek boyutunda daha aktiftir. Bu çalışmanın bulguları ile benzer şekilde Fan vd. (2014) de çalışmalarında, palyatif bakım kapsamında psikologların öncelikle klinik görüşmeler ve standart ölçümler ile yaptıkları değerlendirmelerle bireylerin ihtiyaçlarını ve sorunlarını anlamaya çalıştıklarını, değerlendirme ışığında uygun bakım ve müdahale planı

oluşturduklarını ve son olarak uygulanan bakım ve müdahale planının sonuçlarını değerlendirdiklerini bildirmiştir. Öte yandan sosyal hizmet uzmanlarının palyatif bakım merkezlerinde sadece hasta ve yakınlarını hizmetlerle buluşturma ve bağlantılandırma noktasında hizmet vermeleri sosyal hizmet disiplininin uygulama alanının sınırlı kaldığını düşündürmüştür. Nitekim literatürdeki yaşam sonu bakım ihtiyaçları kapsamında sosyal hizmet uzmanlarının rollerinin incelediği çalışmalarda (Kramer, 2013); temel ihtiyaçları karşılama, anlamlı bakım ilişkisi sağlama, gelecek ve ölüm için hazırlama, savunuculuk yapma, manevi ve kültürel ihtiyaçları ele alma, duygusal destek sağlama, bilgi sağlama, aile üyelerinin yükünü hafifletme, aile çatışmalarını ve zor durumları ele alma, ilişkileri inşa etme gibi daha geniş çerçevede birçok müdahalenin sosyal hizmet uzmanları tarafından yerine getirildiği görülmektedir. 2002 yılında gerçekleştirilen Palyatif ve Yaşam Sonu Bakımda Sosyal Hizmet Liderlik Zirvesi (Social Work Leadership Summit on Palliative and End-of-Life Care) sonrasında bir araya gelen Gwyther vd. (2005), palyatif ve yaşam sonu bakımda sosyal hizmet uzmanlarının; bireysel danışmanlık ve bütünleyici terapiler (Gestalt terapi, kısa çözüm odaklı terapi, stres yönetimi gibi), bilişsel yeniden yapılandırma, aile danışmanlığı ve terapisi, aile toplantıları, risk yönetimi, krize müdahale, savunuculuk, yas ve yasla ilgili klinik müdahaleler gerçekleştirebileceklerini belirtmişlerdir.

Katılımcılar palyatif bakım merkezlerinde tam zamanlı, yarı zamanlı ve konsültasyon yoluyla olmak üzere üç farklı şekilde çalışmaktadır. Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge'nin (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015) üçüncü bölümünde, merkezlerdeki personelin görevlendirilmesi ile ilgili olarak *"Psikolog, sosyal çalışmacı, fizyoterapist veya fizyoterapi teknikeri ve diyetisyenin merkezde tam zamanlı olarak çalışma zorunluluğu bulunmamakta olup ihtiyaç halinde hastane içinden veya dışından karşılanır."* ifadeleri yer almaktadır. Bu ifade, palyatif bakım merkezlerinde görevlendirilen sosyal hizmet uzmanları ve psikologlar için standart çalışma sistemlerinin bulunmamasının nedeni olarak gösterilebilir. Bununla birlikte katılımcıların palyatif bakım merkezlerinde tam zamanlı çalışmaması, mesleki müdahalelerini sınırlandırmaktadır. Katılımcıların tam zamanlı merkezlerde çalışmadığı için etkili mesleki müdahaleler gerçekleştiremedikleri, hasta ve hasta yakınlarının süreçte ortaya çıkan ihtiyaçlarını gidermede yetersiz kaldıkları görülmüştür. Yine merkezlerde tam zamanlı çalışmama, katılımcıların palyatif bakım ekibinin daimi üyeleri arasında yer almamasına, ekip ruhunun oluşmasını engelleyen bir faktör olarak ekip çalışmasının yetersiz olmasına ve ekip içerisinde ilişki sorunlarına/çatışmalara neden olmaktadır. Katılımcıların belirttiği üzere sosyal hizmet uzmanlarının ve psikologların görevlerinin diğer sağlık çalışanları tarafından tam olarak bilinmemesi ve bu meslek gruplarına yeterince önem verilmemesinin bu durumlara neden olduğu da söylenebilir. Bununla birlikte literatürde özellikle sosyal hizmet uzmanlarının diğer sağlık çalışanları tarafından bilinmediğini ve mesleğe gerekli önemin verilmediğini ortaya koyan çalışmalardan (Çüm ve Köroğlu, 2021; Özbesler ve İçağasıoğlu Çoban, 2010; Yavuz, Çakın, Çalgı, Doğan ve Özüçelik, 2020) hareketle

tanınırlık sorununun sadece palyatif bakım merkezleri ile sınırlı olmadığı, sağlık sisteminin geneli için geçerli olduğu söylenebilir.

Hem tam zamanlı çalışmama hem de merkezlerdeki ekip yaklaşımının yetersiz olması, katılımcıların hasta ve hasta yakınlarının palyatif bakım sürecine ve bilgilerine tam anlamıyla hakim olamamalarına, uygulamalarda eksikliklerin ve karışıklıkların yaşanmasına ve bu sebeplerle gerçekleştirilen müdahalelerin etkililiğinin azalmasına neden olmaktadır. Multidisipliner ekip çalışması yaklaşımıyla sunulması gereken palyatif bakım hizmetleri kapsamında etkili psikososyal destek hizmetlerinin sunulabilmesi için sosyal hizmet uzmanları ve psikologların ihtiyaç duyulduğunda merkezlere çağırılan meslek elemanları olarak değil, palyatif bakım ekibinin daimi birer üyesi ve tam zamanlı olarak merkezlerde görevlendirilmelerinin oldukça önemli bir gereklilik olduğu düşünülmektedir.

Psikososyal destek hizmetlerinin sunumunda katılımcıların yaşadıkları güçlüklerden biri mesleki standartların olmaması/tanınilık sorunudur. Sosyal hizmet uzmanları ve psikologların yürüttüğü uygulamalar açısından ulusal düzeyde mesleki standartların bulunmaması ve mevzuat eksikliğiyle ilgili olarak uygulamalara yönelik ayrıntılı yönerge ve yönetmeliklerin bulunmaması, her uzmanın çalışmalarını kendi bildikleri ve çabalarıyla gerçekleştirmeye çalışmasının yanı sıra iş yaşamında kendilerini güvende hissetmemelerine neden olmaktadır. Bu bulgularla benzer şekilde, Nogario vd. (2020) 'nin çalışmasında da, mevzuatlardaki boşlukların, meslek elemanlarında ceza alma gibi korkulara, meslek elemanlarının kendi bildikleri gibi hareket etmelerine neden olarak uygulama standartlarının oluşmamasına neden olduğu bildirilmiştir. Çüm ve Köroğlu (2021), devlet hastaneleri de dahil olmak üzere sosyal hizmet uzmanlarının çalışma yaşamlarında karşılaştıkları sorunlarla ilgili yaptıkları çalışmada, mevzuattan kaynaklı sorunların en çok karşılaşılan sorunlardan biri olduğunu belirtmişlerdir.

Bu çalışmada katılımcıların hastane içerisinde aslen kendi alanlarına ilişkin birimlerde olmak üzere aynı anda birçok birimde çalışmalarının, iş yüklerini önemli derecede artıran bir faktör olduğu görülmüştür. Literatürde de bu çalışmanın bulguları ile benzer şekilde sosyal hizmet uzmanlarının hastane bünyesinde birçok birimde görevli olduklarını ve bu nedenle iş yüklerinin yüksek olduğunu belirten çalışmalara rastlanmaktadır (Kol, 2009; Özblesler ve İçağasıoğlu Çoban, 2010). Bu durum katılımcıların yaşadıkları bir diğer güçlüğü, kendi mesleki çalışmalarını yürütecekleri özel alanlarının olmaması sorununu gündeme getirmektedir. Nitekim literatürde, psikologların ve sosyal hizmet uzmanlarının mesleki müdahalelerini gerçekleştirebilecekleri özel alanların olmadığını belirten çalışmalar bulunmaktadır (Fan vd., 2014).

Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge'nin (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015) altıncı bölümünde; "*Merkezde görevlendirilen personel, bu Yönergede belirlenen görev ve sorumluluklarının gerektirdiği bilgi, beceri ve tutumların kazandırılması, palyatif bakım hizmetleri alanındaki yeniliklerin takip edilmesi, personel arasında bilgi ve uygulama birlikteliğinin sağlanması amacıyla hizmet içi eğitime tabi tutulur.*" ifadesi yer almaktadır. Ancak bu çalışmanın katılımcılarının çoğunluğu (n:16) palyatif bakım

alanında eğitim almamıştır. Ülkemizde palyatif bakım merkezlerinde görevli personelin büyük çoğunluğunun alana ilişkin bilgi düzeyi ve eğitim yetersizliği yapılan bazı çalışmalarda da vurgulanmıştır (Miniksar, Korkmaz Dişli, Tunç, Acun Delen ve Honca, 2020; Temelli, 2018; Turgay, 2010). Bu bağlamda, bu merkezlerde çalışan personele yönelik hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi ve personelin katılımı konusunda aksaklıkların olduğu söylenebilir. Bu durumun ortaya çıkmasında palyatif bakımda uzmanlaşmaya yönelik eğitim seçeneklerinin kısıtlı olmasının da etkili olduğu düşünülmektedir.

Literatürde, palyatif bakım alanında çalışmada lisans eğitiminin yetersiz olduğu, yaşam sonu bakıma ilişkin yüksek lisans düzeyinde veya çeşitli sertifika programları çerçevesinde eğitim almanın gerekliliği vurgulanmaktadır (Berzoff vd., 2014; Jünger vd., 2010). Amerika'da sosyal hizmet uzmanlarının palyatif bakım hastalarına ve yakınlarına sağladığı bakımın kalitesini iyileştirmek, ileri düzeyde uygulamaya yönelik bilgi, değer ve becerilerini geliştirmek, disiplinler arası işbirliğini teşvik etmek amacıyla sosyal hizmet uzmanlarına yönelik yaşam sonu bakıma ilişkin ilk yüksek lisans sertifika programı 2000 yılında oluşturulmuştur (Berzoff vd., 2014). Avrupa Palyatif Bakım Derneği (European Association for Palliative Care), palyatif bakımda çalışan psikologların rolü ve görevleri için ortak bir temel oluşturmak ve eğitimleri konusunda Avrupa rehberliği geliştirmek amacıyla 2009 yılında Palyatif Bakımda Psikologlar için Eğitim Görev Gücü'nün kurulmasını onaylamıştır. Yaşam sonu bakımda klinik psikologların temel yeterliliklerini artırmaya yönelik; palyatif bakımın temelleri, psikolojik değerlendirme, danışmanlık ve psikoterapi, süpervizyon, kültürel duyarlılık, savunuculuk, etik, öz farkındalık ve öz bakım konularını içeren eğitim programları düzenlenmiştir (Jünger vd., 2010). Ülkemizde ise palyatif bakım alanında çalışacak hemşirelere yönelik sadece palyatif bakım hemşireliği sertifika programları bulunmakta, hemşireler palyatif bakım hemşiresi unvanını edinebilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015). Palyatif bakım merkezlerinde görevli sosyal hizmet uzmanları ve psikologlar için ülkemizde bu nitelikte bir eğitim sistemi bulunmamaktadır. Bu yönüyle ülkemizde hemşirelere yönelik olduğu gibi palyatif bakım alanında hizmet veren sosyal hizmet uzmanları ve psikologlara yönelik sertifikalı ve özel eğitimlerin verilmesine önemli ihtiyaç vardır.

Bir bakım türünden daha çok bir bakım felsefesi olan palyatif bakımın bireylerin yaşam kalitelerinin artırılmasına yönelik evrensel ilkeleri, prensipleri ve hedefleri bulunmaktadır. Bu noktada palyatif bakımın içeriğini oluşturan her bir hizmet alanı palyatif bakım felsefesine uygun şekilde gerçekleştirilmeli ve geliştirilmelidir. Fakat katılımcıların ifadeleri doğrultusunda oluşturulan araştırmanın sonuçlarında da görüldüğü üzere ülkemizde palyatif bakım hizmetleri kapsamında yer alan psikososyal destek hizmetlerine ilişkin belirsizlikler ve çeşitli aksaklıklar mevcuttur. Ülkemizde palyatif bakım hizmetlerine yön veren Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge'nin psikososyal destek hizmetlerine yönelik ayrıntılı bilgi içermemesinin hizmet sunumu noktasında belirsizliklerin ve aksaklıkların yaşanmasında etkili olduğu söylenebilir. Ülkemizde kaliteli palyatif bakımdan söz etmek için palyatif bakımın önemli bileşenlerinden biri olan psikososyal destek hizmetlerinin de tam ve kaliteli sunumu gereklidir. Araştırma

kapsamında; hizmetlerin içeriği, hizmet sunumunda karşılaşılan güçlükler ve hizmetlerin geliştirilmesi gereken noktalarına ilişkin katılımcıların belirttikleri görüşlerin palyatif bakım merkezlerinde sunulan psikososyal destek hizmetlerine ilişkin düzenlemelere katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

5. Sonuç ve öneriler

Sosyal hizmet uzmanları ve psikologlar, psikososyal destek hizmetlerinin sunucuları olarak palyatif bakım alanının önemli meslek elemanlarıdır. Bu araştırmanın sonuçları, sosyal hizmet uzmanları ve psikologların palyatif bakım merkezlerinde çoğunlukla konsültasyon yolu ile çalıştıklarını, çalışmalarını gerçekleştirirken çeşitli güçlükler yaşadıklarını ve hem çalışma sistemlerinin hem de bu güçlüklerin çalışmalarını olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir. Palyatif bakım sürecinde sosyal hizmet uzmanlarının bireyleri ihtiyaç duydukları hizmetlerle buluşturma ve bağlantılandırma boyutunda, psikologların ise psikolojik destek boyutunda daha aktif oldukları görülmektedir. Prosedür/bürokratik işlemlere ilişkin güçlükler, merkezlerin fiziki özelliklerine ve çalışma sistemine ilişkin güçlükler, bilgi gereksinimi, mesleki standartların bulunmaması/tanınırlık sorunu, etik güçlükler, vaka yönetiminde zorlanma ve tükenmişlik katılımcıların hizmet verirken yaşadıkları güçlükleri içermektedir. Katılımcıların palyatif bakımda etkili psikososyal destek hizmetlerine yönelik dile getirdiği öneriler de yaşadıkları güçlüklerle ilgilidir.

Katılımcıların da önerilerinden hareketle, sosyal hizmet uzmanları ve psikologların çalışma sistemlerinin standartlaştırılarak tam zamanlı ve ekibin daimi birer üyesi olarak palyatif bakım merkezlerinde çalışmaları hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitelerinin artırılmasında önem arz etmektedir. Alana ilişkin eğitim eksikliğinin giderilmesi noktasında hizmet içi eğitimler geliştirilmeli, sertifikalı eğitimler oluşturulmalı ve meslek elemanlarının süpervizyon almaları sağlanmalıdır. Sosyal hizmet ve psikoloji mesleklerinin ve bu mesleklerin elemanları olarak sosyal hizmet uzmanları ve psikologların tanınırlığını artırma yönünde sağlık tesisleri başta olmak üzere kamu kurum ve kuruluşlarına, sonrasında ise topluma yönelik bilgilendirici faaliyetler düzenlenmelidir. Palyatif bakım merkezlerinde ekip yaklaşımının geliştirilmesi sağlanmalıdır. Bu yönde ekip liderlerinin çalışmaları önemlidir. Hasta ve hasta yakınlarının erişebileceği sosyal hizmetlerin çeşitliliği sağlanmalı, var olan hizmetlerden yararlanabilmeleri noktasında ise oluşturulacak kurumlar arası işbirliği ile bürokratik işlem ve engeller aşılmaya çalışılmalıdır. Tüm bu önerilerin gerçeğe dönüşmesinde büyük payı olacak olan sosyal hizmet uzmanlarının ve psikologların sayısı artırılmalı, eğitim olanakları güçlendirilmeli ve çalışma koşulları iyileştirilmelidir. Son olarak Türkiye’de palyatif bakım hizmetleri kapsamında verilen psikososyal destek hizmetlerini ele alan bilimsel çalışmaların artırılması önerilmektedir.

Kaynakça

- Ayraller, A., Akturan, S. & Kumlu, G. (2020). Onkolojik Palyatif Bakım Servisi'nde Yatan Hastaların Bakımını Üstlenen Bireylerin Algılanan Stres Düzeyleri ve Strese Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi: Kesitsel Bir Çalışma. *Konuralp Tıp Dergisi*, 12(2), 227-235. doi:10.18521/kt.638711
- Başdınç, Ş. E. (2019). *Palyatif Bakımda Yatan Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yükü ve Psikososyal Gereksinimleri*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Berzoff, J., Lucas, G., Deluca, D., Gerbino, S., Browning, D., Foster, Z., & Chatchkes, E. (2006). Clinical Social Work Education in Palliative and End-of-Life Care. *Journal of Social Work in End-Of-Life & Palliative Care*, 2(2), 45–63. doi:10.1300/j457v02n02_04
- Bosma, H., Johnston, M., Cadell, S., Wainwright, W., Abernethy, N., Feron, A., ... & Nelson, F. (2010). Creating social work competencies for practice in hospice palliative care. *Palliative Medicine*, 24(1), 79-87. doi: 10.1177/0269216309346596
- Buran, A. (2015). Nitel Araştırmada Veri Toplama. F. N. Seggie & Y. Bayyurt (Ed.) içinde, *Nitel Araştırma Yöntem, Teknik, Analiz ve Yaklaşımları* (1. Baskı) (s. 43-59). Ankara: Anı Yayıncılık.
- Çüm, B. & Köroğlu, C.Z. (2021). Sosyal Hizmet Uzmanlarının Çalışma Yaşamlarında Karşılaştıkları Sorunlar: Burdur İli Örneği. *Optimum Ekonomi ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 8(1), 165-182. doi:10.17541/optimum772700
- Fan, S. Y., Lin, W. C., & Lin, I. M. (2014). Psychosocial Care and the Role of Clinical Psychologists in Palliative Care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®, 32(8), 861–868. doi:10.1177/1049909114543492
- Gamaluddin, S. A., Keating, S. S., McKenzie, R. R. & Kim, K. Y. (2017). Palliative Care For Persons With Severe Mental Illness. M. Silbermann (Ed.) içinde, *Palliative Care : Perspectives, Practices and Impact on Quality of Life, a Global View* (s. 3-21).
- Gürel Yavuzdemir, H. (2019). *Bir palyatif bakım merkezi örneğinin yatan hasta özellikleri, kullanıcı memnuniyeti, bakım hizmetinin niteliği ve maliyet boyutlarıyla değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak.
- Gwyther, L. P., Altilio, T., Blacker, S., Christ, G., Csikai, E. L., Hooyman, N., ... Howe, J. (2005). Social Work Competencies in Palliative and End-of-Life Care. *Journal of Social Work in End-Of-Life & Palliative Care*, 1(1), 87–120. doi:10.1300/j457v01n01_06
- Jeffrey, D. (2003). What Do We Mean By Psychosocial Care in Palliative Care? M. Lloyd-Williams (Ed.) içinde, *Psychosocial Issues in Palliative Care* (s. 1-13). New York: Oxford University Press.
- Jünger S. & Payne S. (2011). Guidance on postgraduate education for psychologists involved in palliative care. *Eur J Palliat Care*, 18(5), 238-252.
- Jünger S., Payne S., Costantini A., Kalus C. & Werth JL. (2010). The EAPC task force on education for psychologists in palliative care. *Eur J Palliat Care*, 17(2), 84-87.
- Kabalak, A. A. (2017). Türkiye'de Palyatif Bakım Çalışmaları. *Türkiye Klinikleri Anesthesiology Reanimation-Special Topics*, 10(1), 7-12.

- Karakaya, C. & Işıkkhan, V. (2020). Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinde Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(4), 1437-1458.
- Kol, E. (2009). *Türkiye’de sağlık işletmelerinde sosyal hizmet uygulamaları*. Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir.
- Kramer, B. J. (2013). Social Workers’ Roles in Addressing the Complex End-Of-Life Care Needs of Elders with Advanced Chronic Disease. *Journal of Social Work in End-Of-Life & Palliative Care*, 9(4), 308–330. doi:10.1080/15524256.2013.846887
- Meho, L. (2006). E-Mail Interviewing in Qualitative Research: A Methodological Discussion. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 57(10), 1284–1295. doi: 10.1002/asi.20416
- Miniksar, Ö.H., Korkmaz Dişli, Z., Tunç Z., Acun Delen, L. & Honca, M. (2020). Yoğun Bakım ve Palyatif Bakım Ünitelerinde Çalışanların Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi ve Görüşlerinin Belirlenmesi: Anket Çalışması. *J Tradit Complem Med*, 3(1), 61-8. doi: 10.5336/jtracom.2019-72380
- National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services (1997). *Feeling better: psychosocial care in specialist palliative care*. London: National Council for Hospice and Specialist Palliative Care. Occasional Paper No. 13.
- Nogario, A. C. D., Barlem, E. L. D., Tomaschewski-Barlem, J. G., Silveira, R. S. D., Cogo, S. B. & Carvalho, D. P. D. (2020). Implementation of early will directives: facilities and difficulties experienced by palliative care teams. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190399>
- Özbesler, C. & İcağasıoğlu Çoban, A. (2010). Hastane Ortamında Sosyal Hizmet Uygulamaları: Ankara Örneği. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 21(2), 31-46.
- Özdemir, F. (2016). *Palyatif Bakım Alan Hastaların Yakınlarının Yaşadıkları Psikososyal Sorunlar İle Dini Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Saygılı, M. & Çelik, Y. (2020). Kanser tanılı hastalarda palyatif bakım hizmetlerinin etkisinin değerlendirilmesi: Semptom düzeyi ve bakım memnuniyeti açısından bir karşılaştırma. *Agri*, 32(2), 61–71. doi: 10.14744/agri.2019.95770
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2015). *Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge*. Erişim Tarihi: 13.03.2021, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/2817,palyatif-bakim-hizmetleri-yonergesipdf.pdf?0>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2015). *Sağlık Alanı Sertifikalı Eğitim Standartları Palyatif Bakım Hemşireliği*. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Eğitim ve Sertifikasyon Hizmetleri Daire Başkanlığı, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2018). *Palyatif Bakım Hizmetleri*. Erişim Tarihi: 01.01.2020, <https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/palyatif.php>
- Temelli, G. (2018). *Palyatif Bakım Veren Hemşirelerin Ölüme İlişkin Algısı ve Palyatif Bakım Uygulamaları*. Yüksek Lisans Tezi, Bolu.
- The Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. (2013). *WHPCA Policy statement on defining palliative care*. Erişim Tarihi: 10.03.2021, <http://www.thewhpca.org/images/resources/policy-statements/WPCA%20policy%20defining%20palliative%20care%202011.pdf>
- The Inter-Agency Network for Education in Emergencies. (2016). *Psychosocial Support and Social and Emotional Learning for Children and Youth in Emergency Settings*. Erişim Tarihi: 11.03.2021, <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/INEE.pdf>
-

Topkaya, Ö. (2018). *Kanser Hastalarının Palyatif Bakım Gereksinimleri ile Hasta ve Ailelerinin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi ve Beklentilerinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Turgay, G. (2010). *Sağlık Personelinin Palyatif Bakıma İlişkin Görüşleri*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

World Health Organization. (2020). *Palliative Care*. Erişim Tarihi: 10.03.2021, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Yavuz, B., Çakın, E., Çalgı, B., Doğan, S. & Özüçelik, D.N. (2020). Hastanede Sosyal Hizmet Uzmanı ve Tıbbi Sosyal Hizmet Farkındalığının Değerlendirilmesi. *Journal of ADEM*, 1(3), 23-38.

Yıldırım, A. & Şimşek, H. (2018). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.