



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: 2024 Aralık/ December Sayı/Issue:24

PALYATİF BAKIM DENEYİMİ BULUNAN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SOSYAL HİZMET UZMANLARINA YÖNELİK DEĞERLENDİRMELERİ

Berra CANSIZ KÖSESÖY¹
Merve Nur OKTAR²

Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type: Araştırma Makalesi
Geliş Tarihi / Date Received: 23.02.2024
Kabul Tarihi / Date Accepted:26.07.2024
Yayın Tarihi / Date Published: 03.01.2025
DOI: 10.46218/tshd.1441844

Makale Künyesi/To cite this article:

Cansız Kösesoy, B. ve Oktar, M.N. (2024). Palyatif bakım deneyimi bulunan sağlık çalışanlarının sosyal hizmet uzmanlarına yönelik değerlendirmeleri. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, (24), 17-36.

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Dr. Öğr. Üyesi, Fırat Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, Orcid: 0000-0003-1043-4139, bcansiz@firat.edu.tr

Öz

Bu çalışmanın amacı; palyatif bakım biriminde görevli sağlık çalışanlarının, sosyal hizmet uzmanlarına yönelik değerlendirmelerini ve sosyal hizmet uzmanlarına hangi konularda ihtiyaç duyduklarını keşfetmektir. Palyatif bakımda sosyal hizmet uzmanlarına yönelik mevcut algının ortaya çıkarılması, sosyal hizmet uzmanlarının sahada karşılaştıkları sorunların görünür kılınması açısından önemlidir. Nitel yöntem ile gerçekleştirilen çalışmada, betimsel fenomenoloji deseni kullanılmıştır. Veriler MAXQDA 2020 programı ile çözümlenmiştir. Elazığ Fırat Üniversitesi Hastanesi palyatif bakım merkezinde görev yapan, palyatif bakım çalışma deneyimine sahip, sağlık çalışanları (dokuz hemşire ve üç hekim) araştırmanın çalışma grubunu oluşturmaktadır. Araştırmada sosyal hizmet uzmanlarının ve sosyal hizmet uygulamalarının, palyatif bakım ekip üyeleri, kurum, hastalar ve yakınları açısından ihtiyaç olarak görüldüğü keşfedilmiş ve ana tema "Multidisipliner Ekibin Elzem Üyesi" olarak belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Palyatif bakım, sosyal hizmet, sosyal hizmet uzmanı.

EVALUATIONS OF HEALTH WORKERS WITH PALLIATIVE CARE EXPERIENCE TOWARDS SOCIAL WORKERS

Abstract

The aim of this study is to explore the evaluations of healthcare professionals working in palliative care units towards social workers and the issues in which they need social workers. Exploring the perception of social workers in palliative care can make visible the problems faced by social workers in the field. In this qualitative study, a descriptive phenomenology design was used. The data were analyzed with MAXQDA 2020. Healthcare workers (nine nurses and three physicians) working in the palliative care center of Elazığ Fırat University Hospital, who have palliative care working experience, constitute the study group of the research. In the study, it was discovered that social workers and social work practices were seen as a need for palliative care team members, the institution, patients and their relatives and the main theme was determined as "Essential Member of Multidisciplinary Team".

Keywords: Palliative care, social work, social worker.

1 Dr. Öğr. Üyesi, Fırat Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, Orcid: 0000-0003-1043-4139, bcansiz@firat.edu.tr

2 Dr. Öğr. Üyesi, Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, Orcid: 0000-0001-8149-2809, mnoktar@mehmetakif.edu.tr

1. Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) palyatif bakımı, insan merkezli entegre sağlık hizmetlerinin önemli bir parçası olarak kabul etmektedir. Fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlıkla ilgili ciddi acıları hafifletmek küresel ve etik bir sorumluluktur (DSÖ, 2024). Bakım ihtiyacına neden olan primer hastalığın kontrol altında tutulması, ağrı ve ilgili diğer semptomların takibi, hastanın yaşam sonu tercihlerinin belirlenmesi, fiziksel, psikososyal, ekonomik ve manevi gereksinimlerinin iyileştirilmesi ve yas süreçlerinde ailenin ve tedavi ekibinin psikososyal destek vermekle görevli personeller tarafından desteklenmesi palyatif bakımın temel bileşenleridir (Sağlık Bakanlığı, 2011, s.59). Palyatif bakım, birey ve aile merkezli yürütülmekte ve kişilerin sahip olduğu inanç ve değerler temelinde farklılaşan beklentileriyle uyumlu bir şekilde planlanmaktadır. Bakımın sürekliliğini sağlamak ve bakım hizmetini herkes için ulaşılabilir hale getirmek palyatif bakımın en önemli amaçları arasında yer almaktadır (Lorenz vd., 2008, s.150).

DSÖ (2020), her yıl 25,7 milyonu yaşamının son yılında olan yaklaşık 56,8 milyon insanın palyatif bakıma ihtiyaç duyduğunu ancak bugün dünya üzerinde palyatif bakım ihtiyacı bulunan hastaların yalnızca %14'ünün ilgili hizmetlerden faydalanabildiğini bildirmekte ve palyatif bakım ihtiyacının gün geçtikçe artacağını öngörmektedir. Palyatif bakım ekibi, hastaların ihtiyaç ve sorunlarını bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirmektedir. Ağrının ve acının kontrol altında tutulması, psikososyal destek uygulamalarının yürütülmesi ve kişisel bakım rutinlerinin takibi palyatif bakımda sunulan hizmetler arasında yer almaktadır. Bu bakış açısı palyatif bakım ve sosyal hizmetin bakım felsefesinin ortak temalara sahip olduğunu göstermektedir (Small, 2001, s.962).

Palyatif bakım başlangıçta yaşam sonu bakımı olarak kabul edilmiş ve tüm tıbbi müdahale ve tedavi süreçlerine rağmen iyileşme olanağı olmayan hastalar için gündeme getirilmiştir. Bugün ise yaşamı tehdit eden hastalıkların teşhisiyle tedavi süreçlerine eşlik eden bir bakım modeli olarak karşımıza çıkmaktadır (DSÖ, 2020). Kavramsal olarak palyatif bakımdan ayrılan yaşam sonu bakım modeli esasında palyatif bakımın profesyonelleşmesinde önemli bir yere sahiptir. Dünyada yaşam sonu bakım modelini benimseyerek hizmet sunan bu kurumlar hospis olarak adlandırılmaktadır (Small, 2001, s.962). Palyatif bakımın öncüsü olarak kabul edilen Dame Cicelly, ilk modern hospisin (St. Christopher Hospisi, Londra, 1967) de kurucusudur (Saunders, 2001, s.791). Terminal dönemdeki hastalar için rahat bir ölüm olanağına odaklanılan hospislerde, tıbbi açıdan iyileşme şansı bulunmayan hastalara bakım hizmeti sunulmaktadır. Hastane temelli palyatif bakım merkezlerinde ise temel amaç yaşam kalitesini desteklemektir ve bakım sürecine tedavi hizmetleri de eşlik etmektedir (Saruç, 2013, s.195).

Türkiye'de palyatif bakım dünyadan farklı olarak hospis tarzı kurumlar ile başlamamıştır. İlk örnekleri 1990'larda hastanelerin algoloji kliniklerinde hayata geçmiştir (Kabalak, 2017, s.8). 2010 yılında palyatif ve yaşam sonu bakım ihtiyacı olan bireylerin kendi yaşam alanlarında, evde sağlık hizmeti sunularak tıbbi açıdan desteklenmeye başlanması ile palyatif bakım ulusal sağlık politikalarına dahil edilmiştir. Türkiye'de ilk palyatif bakım merkezi 2012 yılında Ankara Ulus Devlet Hastanesinde hizmet vermeye başlamıştır (Kabalak, 2014, s.122). Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Daire Başkanlığı 2023 yılı Haziran ayı verilerine

göre; Türkiye’de 81 ilin 77’sinde palyatif bakım merkezi bulunmaktadır. Bunların toplam sayısı 368’dir ve ülkemizin mevcut palyatif bakım yatak kapasitesi 5878’dir (CİMER, 2023).

2015 yılında palyatif bakım hizmetleri ile ilgili yayınlanan yönerge, merkezlerinin kuruluş ve işleyişine ilişkin bir çerçeve sunması ve yasal zorunluluklar getirmesi açısından önemlidir. Tam zamanlı hizmet veren merkezlerde yönergeye göre; psikologların, sosyal hizmet uzmanlarının, fizyoterapistlerin ve diyetisyenlerin tam zamanlı olarak çalışma zorunluluğu bulunmamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2015a, s.3). Literatürde palyatif bakım alanında görevlendirilecek sosyal hizmet uzmanları ve diğer sağlık personellerinin lisans eğitimi dışında desteklenmesi gerektiği belirtilmektedir (Jünger vd., 2010, s.84). Türkiye’de lisans eğitimi dışında Sağlık Bakanlığı bünyesinde sertifika eğitimini yalnızca hemşireler almaktadır. Bunun yanında ülkemizde palyatif bakımda görev yapmak için sertifika zorunluluğu da aranmamaktadır.

Palyatif bakım sürecinde hasta ve yakınlarını, biyopsikososyal açıdan destekleyen sosyal hizmet uzmanları, palyatif bakım felsefesi ile uyumlu bir şekilde tıbbi tedavinin etkililiğini, ilgililerin yaşam kalitesini ve işlevselliklerini arttırmayı amaçladığından ekibin önemli bir üyesidir. Hasta ve yakınlarının karşılanmayan psikososyal ihtiyaçlarının tanımlanması, sorunların çözümü için kaynaklarla bağlantı kurulması, kayıp ve yas süreçlerinin yönetimi, hasta ve yakınlarının uyum sürecinde desteklenmesi, bilgilendirme ve danışmanlık, hizmet sağlayıcı kurum, ekip üyeleri ve hizmet alıcıları arasında iletişimin kolaylaştırması sosyal hizmet uzmanlarının palyatif bakım birimlerinde üstlendikleri sorumluluklardan birkaçıdır (Saruç, 2013, ss.198-200). Hasta ve yakınlarının karşılaştıkları tüm problemlerde çözümleyici ve yönlendirici olarak çeşitli rol ve sorumluluklar üstlenen sosyal hizmet uzmanları, tüm eylemlerinde hasta ve yakınlarının psikososyal iyilik hallerini sürdürmelerine destek olmayı amaçlamaktadır (Işıkhan, 2016, s.101).

Bu araştırmada, sosyal hizmetin palyatif bakım birimlerindeki konumunu netleştirmek, sahada sosyal hizmet müdahalesine ihtiyaç duyulan hususları belirlemek ve palyatif bakım deneyimi bulunan sağlık çalışanlarının sosyal hizmet uzmanlarına ilişkin görüşlerini keşfetmek amaçlanmaktadır.

2. Yöntem

Bu araştırmada nitel yöntem tercih edilmiştir. Çalışmanın temel amacı bir olguyu keşfetmektir. Bu amaçla neden ve nasıl sorularına yanıt arandığı için nitel araştırma yöntemlerinden betimsel fenomenoloji deseni tercih edilmiştir. Öncüsü E. Husserl olan betimsel fenomenoloji yaklaşımında, araştırmacı fenomeni katılımcıların açıklamaları ve deneyimleriyle ele alır. Araştırmacı kendi şahsi görüşlerini ve önyargısını bir kenara bırakır (Kıral, 2021, s.94). Fenomenoloji araştırmaları birkaç fenomen ve kavram hakkında yaşanmış deneyimlerin ortak anlamını açıklar (Creswell, 2018, s.77). Nitel araştırmada betimsel fenomenoloji yöntemi, araştırmacının verilere yakın olduğu, verilerin açıklanmasında sınırlandırılmış bir çerçevenin ve yorumların kullanıldığı, elde edilen verilerin temalar haline getirildiği analiz yaklaşımıdır (Creswell ve Creswell, 2023, s.79).

Bu çalışmanın amacı, palyatif bakım birimindeki sağlık çalışanlarının sosyal hizmet uzmanlarına yönelik değerlendirmelerini ve sosyal hizmet uzmanlarına hangi konularda ihtiyaç duyduklarını keşfetmektir. Palyatif bakımda görev yapan sosyal hizmet uzmanlarına yönelik değerlendirmelerin tespiti, sosyal hizmet

uzmanlarının mesleklerini yerine getirirken karşılaştıkları engellerin ortadan kaldırılması hususunda önemlidir. Araştırmada palyatif bakım ekibinde yer alan sağlık çalışanlarından hemşire ve hekimlerle yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

Araştırmada cevap aranan sorular: “Palyatif bakımda görev yapan sağlık çalışanları, sosyal hizmet uzmanının ekip içerisindeki görevlerini nasıl tanımlıyor? Palyatif bakımda görev yapan sağlık çalışanları, sahada sosyal hizmet müdahalesine hangi hususlarda ihtiyaç duyuyor? Palyatif bakımda görev yapan sağlık çalışanları, hasta ve yakınlarının sosyal hizmetler kapsamındaki ihtiyaçlarının karşılanamaması durumunda ne gibi sorunlar yaşıyor ve hangi kaynaklara başvuruyor?” şeklinde belirlenmiştir.

2.1. Çalışma Grubu

Fırat Üniversitesi Hastanesi Palyatif Bakım Merkezinde aktif olarak görev yapan, palyatif bakım çalışma deneyimine sahip, sağlık çalışanları araştırmanın çalışma grubunu oluşturmaktadır. Bu çalışmada nitel araştırmalarda sıkça kullanılan amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt örnekleme yöntemi tercih edilmiştir. Fırat Üniversitesi Hastanesi 1985’ten günümüze şehrine ve bölgeye üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan, acil ve özellikli hasta yoğunluğu ve yatak sayısı fazla olan bir hastanedir. Tescil öncesinde algoloji kliniği bünyesinde, 2019 yılı itibarıyla palyatif bakım merkezi adı altında Elazığ’da ve çevre illerde ikamet eden palyatif bakım hastalarına hizmet sunan hastane, sahip olduğu donanımlı palyatif bakım imkânları nedeni ile çevre illerden palyatif bakım ihtiyacı bulunan hastaları da kabul etmektedir. Bu sebeplerle ilgili merkezde çalışan sağlık çalışanları alana ilişkin yeterli deneyime sahiptirler. Bu çalışmanın yalnızca Fırat Üniversitesi Hastanesi Palyatif Bakım Merkezinde yapılması çalışmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

Çalışma grubu için Fırat Üniversitesi Hastanesi palyatif bakım biriminin seçilmesinin bir diğer nedeni ise birimin araştırmacı tarafından ulaşılabilir ve gözlemlenebilir olması, güvenilir verilere ulaşılması noktasında kolaylık sağlamasıdır. Palyatif bakım ekibi içerisinde hekim, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, fizyoterapist, diyetisyen ve din görevlisi gibi profesyonel meslek elemanları bulunmaktadır. Palyatif bakımda en az bir yıl deneyim sahibi sağlık çalışanları araştırmanın çalışma grubunu oluşturmaktadır.

Araştırma gönüllülük esasıyla yürütülmüş olup; katılım sağlamayı kabul eden hekim ve hemşirelerle görüşmeler yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Hastanede görevli olan ve konsültasyon usulüyle palyatif bakımda hizmet veren fizyoterapist, psikolog ve diyetisyenler araştırmaya katılım sağlamamıştır. Görüşmelerden önce her bir katılımcıya araştırma hakkında bilgi verilmiş ve herhangi bir sebep göstermeksizin istedikleri zaman çalışmadan ayrılacakları söylenmiştir.

Araştırmanın etik izin belgesi, 19275 sayı numarası ile Fırat Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırmaları Etik Kurulundan alınmıştır. Araştırmanın amacı, palyatif bakım alanında deneyimli sağlık çalışanlarının gözünden sosyal hizmet uzmanına yönelik değerlendirmeleri anlamak olduğundan sosyal hizmet uzmanı çalışmaya dâhil edilmemiştir.

2.2. Verilerin Toplanması

Araştırmada ihtiyaç duyulan veriler, nitel araştırmalarda sıkça kullanılan, yarı yapılandırılmış görüşme formuyla elde edilmiştir. Araştırmada, araştırmacılar tarafından hazırlanan toplam beş adet tanımlayıcı soru ve on adet açık uçlu sorudan oluşan yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmış ve görüşmelerin akışına göre ek sorular sorulmuştur. Görüşmelerin gerçekleştirilmesinde ön şart katılımcıların sağlık çalışanı olarak palyatif bakım merkezinde çalışma deneyiminin bulunması ve çalışmaya gönüllü olarak katılmalarıdır. Yüz yüze gerçekleştirilen görüşmeler 5 ila 22 dakika arasında, toplamda 124 dakika sürmüştür. Görüşmelere veri doygunluğuna ulaşıncaya kadar devam edilmiştir. Katılımcıların aynı sorulara benzer yanıtlar vermeye başlamasının ardından iki görüşme daha yapılmış ve benzer yanıtlar gelmeye devam edince görüşmeler tamamlanmıştır.

Katılımcılara görüşme öncesinde araştırma ile ilgili bilgi verilmiş, ses kaydı için izin alınmış ve sağlık çalışanlarının hastalarını ihmal etmemesi için randevu ile görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görüşmelerdeki ses kayıtları katılımcıların izni ile dijital olarak kaydedilmiş ve her görüşme araştırmacılar tarafından deşifre edilmiştir. Katılımcılardan yalnızca bir kişi ses kaydının alınmasını istememiştir. Bu görüşme araştırmacı tarafından not alınarak yazıya dökülmüştür. Katılımcıların kimliklerinin gizli tutulması amacıyla her bir katılımcıya K1, K2, K3, K4, K5, K6, K7, K8, K9, K10, K11, K12 olmak üzere kodlar verilmiştir.

2.3. Verilerin Çözümlemesi

Analizlerin gerçekleştirilmesinde MAXQDA 2020 programı kullanılmıştır. Betimleyici paradigma ile elde edilen veriler ve sonuçlar değerlendirilmiştir. Çalışmada Strauss ve Corbin'in (1990) tümevarımsal yaklaşım kapsamında kodlama paradigması yol gösterici olmuştur. Veriler üç kez baştan sona okunmuştur. İlk okumada hem verilerden hem de literatürden yararlanılarak kodlar oluşturulmuştur. İkinci okumadan sonra tema ve alt temaların tespiti yapılmıştır. Üçüncü okumadan sonra seçici kodlama ile ana tema belirlenmiştir. Kodlar tamamlandıktan sonra ana tema, temalar, alt temalar ve kodlar son kez düzenlenmiştir. Tematik kodlar daha sonra geçerliliği değerlendirmek üzere üçüncü bir araştırmacı tarafından bağımsız olarak incelenmiştir.

3. Bulgular

Görüşmeler sonucunda keşfedilen ana tema, tema, alt temalar ve kodlar aşağıda ki tabloda verilmiştir.

Tablo 1. Palyatif Bakım Deneyimi Bulunan Sağlık Çalışanlarının Sosyal Hizmet Uzmanlarına Yönelik Değerlendirmelerine İlişkin Ana Tema, Temalar, Alt Temalar ve Kodlar

Ana Tema	Tema	Alt Tema	Kod
	Kurumsal Açıdan	Sosyal Hizmet Uzmanı İhtiyacı	
		Palyatif Bakım Ekip Bütünlüğü	
		Ek Maliyetlerin Engellenmesi	

Multidisipliner Ekibin Elzem Üyesi	Palyatif Bakım Ekibi Açısından	Psikososyal Destek	
		İş Yükünün Azaltılması	İş yoğunluğundan hastaya/aileye yeterli vakit ayıramama Görevi dışındaki işleri yapmak Sosyal hizmetler ile ilgili bilgi eksikliği
	Palyatif Bakım Hastası ve Yakınları Açısından	Psikolojik İhtiyaçlar	
		Bilgilendirme ve Bilinçlendirme İhtiyacı	Hastalığın seyri hakkında Hak ve sorumluluklar ile rapor süreçleri hakkında
		Ekonomik İhtiyaçlar	Sürece bağlı yaşanan iş ve gelir kaybı Tıbbi gereksinimler ve sağlık güvencesi
		Bakım Süreci ile İlgili İhtiyaçlar	Evde bakım süreci Bakım ve tedavi sürecinin takibi Hasta yakınlarının bakım yüküne bağlı ihtiyaçları

3.1. Katılımcıların Demografik ve Palyatif Bakım Deneyimi ile İlgili Özellikleri

Palyatif bakımda çalışma deneyimi olan katılımcılarla yapılan görüşmeler sonucunda sosyal hizmet uzmanlarının varlığını ekip içerisinde nasıl gördüklerini gösteren bir dizi kategori ortaya çıkmıştır. Bu çalışmada 9 hemşire ve 3 hekimin ifadeleri sosyal hizmet uzmanı ihtiyacını gösteren bazı öncüllere işaret etmektedir. Görüşmelerden elde edilen bulgular neticesinde ana tema “Multidisipliner Ekibin Elzem Üyesi” olarak isimlendirilmiştir. Palyatif bakım ekibinin sosyal hizmet uzmanlarını ve sosyal hizmet uygulamalarını ihtiyaç olarak gördüğü anlaşılmıştır. Temalar: Kurumsal Açısından (i), Palyatif Bakım Ekibi Açısından (ii), Palyatif Bakım Hastası ve Yakınları Açısından (iii) ihtiyaç olarak belirlenmiştir. Görüşmelerden elde edilen tema ve alt temalar katılımcıların ifadeleri ile aşağıda belirtilmiştir.

Katılımcıların demografik özelliklerine ve palyatif deneyimi ile ilgili özelliklerine Tablo 2’de yer verilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların Demografik ve Palyatif Deneyimi ile İlgili Özellikleri

Katılımcı Kodları	Meslek	Çalışma Süresi (Yıl)	Palyatif Süresi (Yıl)	Deneyim	Yaş
K1	Hemşire	18		5	40
K2	Hemşire	3		1	28
K3	Hemşire	10		1	32
K4	Hemşire	8		2	27
K5	Hemşire	22		4	43
K6	Hemşire	6		2	26
K7	Hemşire	10		2	28
K8	Hemşire	16		4	37
K9	Hemşire	26		8	44
K10	Hekim	4		1	29
K11	Hekim	6		1	31
K12	Hekim	2		1	27

3.2. Kurumsal Açıdan (i)

Çalışma grubunda var olan katılımcıların kurumsal açıdan sosyal hizmet uzmanının varlığını nasıl gördüklerini gösteren “sosyal hizmet uzmanı ihtiyacı”, “palyatif bakım ekip bütünlüğü” ve “ek maliyetlerin engellenmesi” olmak üzere üç alt tema etrafında şekillenmiştir.

Sosyal Hizmet Uzmanı İhtiyacı

Katılımcıların sosyal hizmet uzmanının gerçekleştirdiği görevlere ilişkin görüşlerini anlamaya yönelik olarak sorulan soruya verdiği yanıtlardan alıntılara aşağıda yer verilmiştir. Yapılan çözümlenmeler neticesinde palyatif bakım ekibinin sosyal hizmet uzmanına ihtiyaç duyduğu anlaşılmıştır. Sosyal hizmet uzmanlarının konsültasyon usulü çalışmasından dolayı palyatif bakım biriminde gerekli hizmetleri yeteri kadar sağlayamadıkları ifade edilmiş ve tam zamanlı çalışmalarının gerekliliği belirtilmiştir.

“Bu hasta uzun süre kalan bir hasta olduğu için şimdi sen bu hastaya konsültasyon usulü yaparsan çok anlamlı olmuyor. Gidip birebir değerlendirmek gerekiyor. Her açıdan değerlendirmek gerekiyor. Çünkü uzun bir süreç geri dönüşsüz bir süreç. Orada hastanın yakınının bire bir ihtiyaçları var. Özellikle hasta yakınlarının kendine özgü ihtiyaçları var. Hem maddi hem de psikososyal olarak hastayı çok ciddi anlamda etkiliyor.” (K9)

“Bence tam zamanlı istihdam edilmesi gerekiyor. Çünkü bizim yetersiz olduğumuz konular oluyor. Biz palyatif bakım hastası bakarken 5-6 hastaya bakıyorduk. Bazen daha az bakıyorduk ama genel olarak 4-5 hastamız mutlaka oluyordu. Hastaların hepsiyle birebir ilgilenmiyoruz. Hastaların hepsiyle bağ kuramıyoruz. Çoğu zaman sadece tedavi, medikal boyutunda oluyoruz. Hasta yakınlarıyla çok fazla ihtiyaçlara yönelik iletişimimiz olmuyor. Kendini daha iyi ifade edebilen hastalar ya da hasta yakınlarıyla bu tarz iletişimimiz oluyordu. Onun dışındaki hasta yakınlarında biz hani yanına gidip de şuna ihtiyacın var mı? Buna ihtiyacın var mı? gibi sorunları soramıyorduk.” (K6)

“Medikal dışındaki açıklamaları ve bilgi desteğini sağlamak için aslında burada bir sosyal hizmet uzmanı olması çok iyi olur.” (K2)

Palyatif Bakım Ekip Bütünlüğü

Katılımcıların sosyal hizmet uzmanının palyatif bakım ekibi içerisindeki konumunu nasıl tanımladıklarını anlamaya yönelik soruya verdikleri yanıtlardan alıntılara aşağıda yer verilmiştir. Katılımcılar palyatif bakım hizmetinin gerçekleştirebilmesi için ekipteki personellerin eksiksiz olarak istihdam edilmesi ve multidisipliner bakış açısıyla palyatif bakım sürecini devam ettirmeleri gerekliliğini ifade etmişlerdir.

“Psikolog, sosyal hizmet uzmanı, din görevlisi, diyetisyen hepsi bir bütün... Servis içerisinde genel olarak her hasta için ne yapılabilir diye bir değerlendirme olması gerekir. Multidisipliner yaklaşıma göre ekipte kimler varsa beraber hekim de oranın sorumlusu dahilinde birleşip bir ön değerlendirme olmalı. Bu hasta için bunlar yapılmış, şu şekilde yapılırsa nasıl olur şeklinde bir değerlendirme olmalı.” (K9)

“Bakımda gerekli tedavi sürecini tamamlayabiliriz ama yönlendirme hep birlikte olmalı bir ekip işi bu. Sonunda onlar alıp değerlendirecek. Bizim işlemlerimizin ardından biz tedavimizi, takibimizi, hasta bakımımızı tamamladıktan sonra onlar devralacak ama yine bizimle başlamaları gerekiyor.” (K8)

Ek Maliyetlerin Engellenmesi

Palyatif bakım sürecinde sosyal hizmet uzmanına hangi hususlarda ihtiyaç duyulduğu sorulmuştur. Katılımcılar kurum açısından sosyal hizmet uzmanının ek maliyetlerin engellenmesinde yardımcı olabileceğini belirtmişlerdir. Özellikle hasta ve yakınlarının ihtiyaçlarının karşılanmasında sosyal hizmet

uzmanının taburculuk süreci, taburculuk sonrası takip ve evde bakım sürecine dahil olması ile sağlanabileceği düşünülmektedir.

"Hastayı eve gönderiyorsun, sonra ne oluyor? Bir hafta sonra geri geliyor... Dekübit (yatak yarası) oluşuyor oradan enfekte oluyor bu sefer hasta tekrar geri geliyor. Bu da maliyetimizi artırıyor... Maalesef kullanılan antibiyotikler ucuz antibiyotikler değil ve dirençli oluyor. Çünkü belli bir süre sonra antibiyotikler hastane için çok masraf oluyor. Mali olarak etkiliyor. Sonuçta bir işletme yürütüyoruz. Maliyetini düşünmek zorundayız... Sosyal hizmet uzmanı da desteklediği zaman hasta zaten kompanse bir şekilde desteklendiği için hem hastane zarar etmez hem de hastalar zarar görmez." (K9)

3.3. Palyatif Bakım Ekibi Açısından (ii)

Palyatif bakım ekibi açısından sosyal hizmet uzmanına duyulan ihtiyaç "psikososyal destek" ve "iş yükünün azaltılması" olmak üzere iki alt tema etrafında şekillenmiştir. "İş yükünün azaltılması" temasının kodları "iş yoğunluğundan hastaya/aileye yeterli vakit ayıramama", "görevi dışındaki işleri yapmak", "sosyal hizmetler ile ilgili bilgi eksikliği" olarak aşağıda açıklanmıştır.

Psikososyal Destek

Bakım sürecinde palyatif bakım ekibinin psikososyal destek konusunda nelere ihtiyaç duyduğuna dair sorulan soruya cevap olarak verilen ifadelerden alıntılara aşağıda yer verilmiştir. Palyatif bakım ekip üyeleri özellikle ölümlerle karşılaştıklarında psikolojik olarak etkilendiklerini, yas konularında aileye destek olmak durumunda kaldıklarını ve zorlandıklarını ifade etmişlerdir. Bu konularda sosyal hizmet uzmanlarına ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir.

"Kesinlikle psikolog ve sosyal hizmet uzmanının olması gerekir. Aileye de destek olmak için ekibe de destek olmak için. Çünkü bizim tıkanıpımız yerler oluyor." (K5)

"...yeni gelen arkadaşlarımız daha çok içsel çöküntüye giriyor. Aslında bu sosyal hizmet uzmanının ve psikoloğun desteği hem hemşire hem onlar için yapılması gerekiyor. Çünkü personel ve hemşire olarak kısıtlı saydayız... İnsan olmanın getirdiği bir sorumluluk da var. (Personeller) Çok ciddi anlamda etkileniyorlardı. Bir de (sorumlu hemşire olarak) onları toparlamakla uğraşyoruz." (K9)

"Çok zorlanıyoruz... Keşke o yas süreci biz değil de bir psikolog ya da sosyal hizmet uzmanı gibi sorumlu bir kişi yapsa hakikaten iyi olur. Gerçekten doktoru çok zorluyor bu. Hasta yakını yeterince bilgi alamayınca agresifleşiyor." (K10)

İş Yükünün Azaltılması

Katılımcılara palyatif bakım servisinde sosyal hizmet uzmanına ulaşamadığı durumlarda ihtiyaç duyulan hizmetin gerçekleştirilmesinde hangi kaynakları kullandıkları ve bu durumun servis işleyişini ve iş yükünü nasıl etkilediği sorulmuştur. Bu soruya ilişkin cevaplar çözümlendiğinde palyatif bakım ekibi açısından sosyal hizmet uzmanına duyulan ihtiyaç ekipteki iş yükünün azaltılması alt teması üç kod etrafında şekillenmiştir.

İş yoğunluğundan hastaya/aileye yeterli vakit ayıramama

Katılımcılar, hastaların ve yakınlarının farklı ihtiyaçlarının varlığını ifade etmişlerdir. Hastaların bakım ihtiyaçlarının fazla olmasının iş yoğunluğuna sebep olduğu ve sağlık çalışanlarının hasta ve hasta yakınlarına yeterli zamanı ayıramadıkları vurgulanmıştır.

"Hastanın hem yakınına bir şeyler anlatmak hem hasta bakımına yardımcı olmak zamanımızı çok alıyor". (K2)

“Biz sürekli orda bulunmuyoruz. Mesai saatlerinde orada oluyoruz. Sürekli her hastanın başına gidip gelemiyorsunuz. Ekstra işler de olduğundan her şeyle ilgilemiyoruz.” (K11)

“Tabi tedavi yaparken farklı sorular sorulunca o hastanın odasında kalma süremiz uzuyor. Diğer hastaya geçme süremiz uzadığı için tedavi saatinde bir gecikme oluyor... Odaya girdiğimiz zaman sordukları sorulara cevap vermeden de çıkamıyoruz. O konuda birazcık işleri uzatıyor açıkçası.” (K7)

Görevi dışındaki işleri yapmak

Katılımcıların kendi işlerinin yanında hasta ve yakınlarının farklı ihtiyaçları ile ilgilenmek zorunda kaldıkları görülmüştür. Bunlar bakıcı/refakatçinin bilgilendirilmesi, rapor hakkında bilgilendirme, engelli maaşı, evde bakım, psikososyal destek hakkında bilgi verilmesi gibi ihtiyaçlar olarak ifade edilmiştir. Sosyal hizmet uzmanının vâkıf olduğu konular olması nedeniyle görevleri dışındaki işleri yaptıkları ve bu durumun iş yükünün artışına sebep olduğu gözlemlenmiştir.

“Sosyal hizmet uzmanı olmadığı zaman tüm yük tamamen hemşirenin üstünde. Hastanın bütün sorunları. Örneğin yardımları nasıl alacak, nasıl temin edeceksin, hastanın bir şeye ihtiyacı var mı? Psikolojik desteğiyle her şeyi tamamen bizde”. (K9)

“Biz dört yıl içerisinde evde bakım raporu, kuruma hastanın nasıl gideceği, engelli maaşı, raporu gibi sorulara muhatap olmuşuz. Ben, hocam ve asistan çözmek durumunda kalmışız. İş yükümüz artmış ama farkında değiliz. Çünkü kendi işim zannediyordum. Aslında ben hastanın tıbbi tedavisinden sorumluyum ama bu sosyal hizmet uzmanının yapması gereken işleri, rapor, bakım ücreti bunlar hakkında da bilgilendiriyoruz.” (K5)

“Hastaların yakınları hastaya çok fazla bakamayacak güçte olan insanlar oluyor... İşte hasta bakıcısı var mı? Hastaya bakan insanlar var mı ya da evde bakım geliyor mu? ... Kimden destek alabiliriz, hastamıza kim bakabilir? ... Sürekli biz hastayla ve hasta yakınıyla haşır neşir durumdayız”. (K4)

“Hemşire arkadaşların yaptığı bu işler aslında sosyal hizmetlerle ilgili, bu durumda onların iş yükü artıyor zaten palyatif çok zor bir servis, işleyişi çok aksamasa da personel yıpranıyor diye düşünüyorum.” (K12)

Sosyal hizmetler ile ilgili bilgi eksikliği

Palyatif bakım çalışanları, hasta ve yakınları kendilerine sosyal hizmetlerin ilgi alanı olan sorular yönelttiklerini belirtmektedirler. Sorulan sorular hakkında detaylı bilgi sahibi olmamalarına rağmen muhatap olmak zorunda kalmaktadırlar. Bu durum hastaların güvenilir ve yeterli bilgiye ulaşmada zorluk yaşamaları olarak yorumlanabilir. Aynı zamanda tedavi ve bakım sürecinde iş yüklerini arttırdığını ve servisin genel işleyişini aksattığı ifade edilmektedir.

“Sosyal hizmet uzmanı kadar biz bu işin eğitimini almadık, bilmiyoruz. Mesela sağlık bakımevlerine yüzde kaç raporla gidebileceğini ya da sosyal hizmetler hangi şartlarda hastayı kabul ediyor bilmiyorum. Biraz kulaktan dolma bilgiler oluyor. Bizim de iş yükümüz artıyor”. (K1)

“Servis işleyişindeki iş yükü daha da fazla artıyor... Bir raporlama işiyle ilgili hasta yakınına ben bilgi verirken o raporlama işini sosyal hizmet uzmanının gelip bilgi vermesinin daha doğru olacağını söylesek bile yakınları diyor ki, hayır, raporlama nasıl olacak? (Sağlık kurulu raporu) Hani bize bilgi verin yüzde kaç olacak gibi? Diyorum ki, hemşire olarak bizim bilgimiz yok”. (K2)

3.4. Palyatif Bakım Hastası ve Yakınları Açısından (iii)

Palyatif bakım sürecinde hasta ve yakınları hem medikal hem de psikososyal açıdan zorlayıcı birçok durumla karşı karşıya kalmaktadır. Bakım sürecine uyumun kolaylaştırılması, kriz ve kayıp durumlarının en az zararlı atlatılabilmesi, tedavi ve bakım hizmetinden maksimum faydanın sağlanabilmesi ve ilgililerin yaşam

kalitelerinin iyileştirilebilmesi için gereksinimlerinin karşılanması noktasında hastaların ve yakınlarının desteklenmeye ihtiyaçları vardır.

Palyatif bakım sürecinde ihtiyaç duyulan profesyonel desteğin sağlayıcılarından biri, palyatif bakım multidisipliner müdahale ekibinin de üyesi olan sosyal hizmet uzmanlarıdır. Araştırmada palyatif bakım hasta ve yakınlarının sosyal hizmet uzmanına ihtiyaç duyduğu hususlar, ekip üyeleri ile gerçekleştirilen görüşmelerden elde edilen veriler ışığında “psikolojik ihtiyaçlar”, “bilgilendirme ve bilinçlendirme ihtiyacı”, ekonomik ihtiyaçlar” ve “bakım süreci ile ilgili ihtiyaçlar” olmak üzere dört alt temada ele alınmıştır.

Psikolojik İhtiyaçlar

Palyatif bakım hastaları ve yakınlarının psikolojik ihtiyaçlarını anlamak amacıyla yöneltilen sorulara verilen yanıtlar çözümlendiğinde, palyatif bakım hasta ve yakınlarının medikal ihtiyaçlarının yanında psikolojik açıdan da desteklenmeye ihtiyaç duydukları ortaya konmuştur. Palyatif bakım ekip üyesi hekim ve hemşireler, sosyal hizmet uzmanına ulaşamadıkları durumlarda, hasta ve yakınlarının psikolojik ihtiyaçlarını karşılama noktasında zorlandıklarını ifade etmiştir.

“Burada bir yıla yakın yatan hastalarımız var. Onların artık yani psikolojik boyutunu düşünmemiz gerekiyor. Hasta yakınlarının da keza öyle burada görevli birinin (psikososyal destek için) hasta yattığından itibaren taburcu olana kadar belirli aralıklarla gelip görmesi gerekiyor.” (K4)

“Önemli olan artık o son dönemin huzurlu bir şekilde sonlandırılması... Hastaların bir kısmı hiç kabullenmiyor. Hasta 30 yaşında bir insan olunca, beklenmedik trafik kazaları ya da bir yerden düşme intihar gibi şeylerde hasta yakınları da çok zorlanıyor. Birbirlerinden haberdarlar, burada biz bir ex verdiğimiz zaman (hasta öldüğünde) götüreceğimiz zaman bütün hasta yakınları da buna şahit olup kendilerini bekleyen sonu izliyorlar.” (K6)

“Hastalarımız gerçekten psikolojik açıdan da hiç iyi olmadıklarını düşünüyorum. Zaten çoğu antidepresan alıyor, haklı olarak durumlarından ötürü.” (K7)

“Hastaların psikolojik desteğe ihtiyaçları var. Sosyal hizmet uzmanımız olsun, psikoloğumuz da olsun ki hastalara tam destek verebilelim. Çünkü hastalar uzun süre yoğun bakımdan çıktıktan sonra palyatife geldikleri için ajitasyonları var hem hastaların hem de yakınlarının, onları rahatlatmak gerekiyor.” (K9)

Bilgilendirme ve Bilinçlendirme İhtiyacı

Palyatif bakım sürecinde sosyal hizmet uzmanına ihtiyaç duyulan hususları belirlemek amacıyla yöneltilen sorulara verilen yanıtlar kodlandığında; hasta ve yakınlarının hastalığın seyri, hak ve sorumlulukları ve birçok hizmetten faydalanabilmeleri için ön şart olan rapor işlemleri hakkında yeteri kadar bilgi sahibi olmadıkları görülmüştür. Hasta ve yakınlarının bu kapsamdaki sorularının yanıtlanması ve sorunlarına çözüm bulunabilmesi için sosyal hizmet uzmanına ihtiyaç duydukları yönünde bulgulara ulaşılmıştır. Bilgilendirme ve bilinçlendirme ihtiyacı alt teması, “hastalığın seyri hakkında” ve “hak ve sorumluluklar ile rapor süreçleri hakkında” şeklinde iki başlıkta kodlanmış olup katılımcıların ifadelerinden yapılan alıntılar aşağıda yer almaktadır.

Hastalığın seyri hakkında

Katılımcılar, hastalığın seyri ve olası komplikasyonlar hakkında hasta yakınlarının yineleyen soruları ve olası bir kaybı kabullenmekte zorlanmaları sebebi ile iş yüklerinin arttığını, ancak psikososyal anlamda hasta ve yakınlarının taleplerini karşılayamadıklarını ifade etmiştir.

“Konsültasyon yeterli değil. Sosyal hizmet uzmanının servise gelişinin en az haftada iki gün olması ve saatlerinin kesinlikle belirli olması gerekiyor. O saatler dışında da bir şey olduğu zaman hasta yakınları güvende hisseder gelecek birazdan sorularımı sorarım gibi.” (K2)

“Hasta için beklenen sonu hasta yakınına anlatıyoruz, bizi anlamıyor çoğu zaman ya da kabullenemiyor... Sürekli bir şeyleri anlatma ihtiyacı duyuyoruz. Hasta yakınları sürekli bir şeyler sorma bir şeyler öğrenme ihtiyacı duyuyorlar.” (K6)

“Bazı insanlar kabullenemiyor. Herkesin duygu durumu farklı olabiliyor. Yakınlarının desteğe ihtiyacı var. İlk etapta onları kabullendirmek gerekiyor. Biz anlatıyoruz, doktorlarımız da anlatıp bilgilendiriyor ama onların da (sosyal hizmet uzmanlarının) destek sağlaması iyi olur.” (K8)

Hak ve sorumluluklar ile rapor süreçleri hakkında

Tedavi ve bakım sürecinde hasta ve yakınlarının mağduriyet yaşamamaları adına hak ve sorumluluklarına ilişkin sosyal hizmet uzmanı tarafından kapsamlı bir şekilde bilgilendirilmesi gerektiğini ifade eden katılımcılar, kendilerinin ilgili süreçler hakkında bilgi sahibi olmadıklarını ve vakit kaybedildiğinde yeni mağduriyetlerin oluşabildiğini paylaşmıştır.

“Siz prosedürü daha iyi bilirsiniz. Şimdi ben kimin ne kadar bakım ücreti nasıl alınabileceğini, ne kadar neden faydalanabileceğini bilmiyorum. Benim işim çok daha farklı. Sadece hastaları yönlendirilebiliyordum ama sosyal hizmet uzmanının olması hastaların hiç mağdur olmadan hiç yorulmadan o kendi haklarına sahip olmasını sağlayacak.” (K5)

“Açıkçası biz medikal süreçlerle ilgileniyoruz, hasta yoğunluğumuz fazla, palyatifte geçirdiğimiz süre kısıtlı rotasyon bir ay sürüyor. Hastalar bizden daha çok burada kalıyor bir yıldır yatan hastalar var. Biz onların tıbbi sorunları dışındaki konulara çok eğilemiyoruz (hekim olarak bilgilendirme sürecine dâhil olmadığımızı ifade ediyor).” (K12)

Ekonomik İhtiyaçlar

Katılımcıların, hasta ve yakınlarının ekonomik sorunlarından bahsettikleri ifadeleri “sürece bağlı yaşanan iş ve gelir kaybı” ve “tıbbi gereksinimler ve sağlık güvencesi” şeklinde iki başlık altında kodlanmıştır. Kodlar ile ilişkili ifadeler hasta ve yakınlarının maddi sorunlar yaşadıklarını ve palyatif bakım ekip üyesi olarak görev yapan sosyal hizmet uzmanı tarafından ekonomik açıdan değerlendirilerek desteklenme ihtiyaçlarının var olduğunu doğrulamıştır.

Sürece bağlı yaşanan iş ve gelir kaybı

Katılımcılar bakım ve tedavi sürecinde, hasta ve yakınlarının iş ve gelir kaybı yaşadığını vurgulayan paylaşımlarda bulunmuştur. Tam zamanlı bakım yükü nedeni ile hasta yakınlarının veya doğrudan palyatif bakım hastasının çalışma hayatı dışında kalması ve bakım sürecine bağlı olarak yeni giderlerin ortaya çıkması beraberinde aile üyelerinin ekonomik yoksunluk yaşamalarına neden olmaktadır.

“Refakatçi zorunluluğu insanların sosyal yaşamlarında, iş hayatlarında çok ciddi sıkıntılara neden oluyor. Burada refakatçiye izin vermek (iş yerlerine iletmeleri için sağlık raporu) zorunda kalıyoruz. İnsanlar çalışmak, normal yaşamlarını devam ettirmek zorundalar ama bir taraftan da hastaya bakmakla mükellefler. Bakıcı tutmak istiyorlar ama maddi sıkıntıları çok fazla var.” (K1)

“Yatış süreci içerisinde sosyal hizmet uzmanına ihtiyaç duyuyoruz. Bazı hastaların yakınları işlerinden izin alamadıkları için maddi nedenlerle hastalarını ziyarete dahi gelemiyorlar, bakıcı tutuyorlar. Süreç uzayınca bakıcının masrafı zorlayabiliyor. Sonra bir bakıyorsun ne bakıcı ne refakatçi kalmış.” (K2)

“Refakatçi olmayan ya da süreç içerisinde terk eden palyatif bakım ihtiyacı olan hastalar oluyor, maddi sıkıntılar yaşayanlar da oluyordur muhakkak özellikle gençlerde kaza beklenmedik bir olay ile bu noktaya gelindiğinde iş hayatı sona eriyor, aileler başka sıkıntılar yaşıyorlar...” (K12)

Tıbbi gereksinimler ve sağlık güvencesi

Sosyal güvencesi olmayan hastaların karşılaştığı sorunlardan, bez ve mama raporlarının düzenlenmesinde yaşanabilecek gecikmelerden ve ekonomik durumu iyi olmayan bireylerin bu gecikme sırasında yaşadıkları mağduriyetlerden söz eden katılımcılar, kurumsal ve bürokratik süreçlerin kolaylaştırılması noktasında sosyal hizmet uzmanlarına ihtiyaç duyduklarını ifade etmiştir.

“Hastanın emekli maaşı, sosyal güvencesi olmuyor bazen. Hem burada bakımda hem evindeki süreçte. Hem hastanın hem bakıcının sıkıntılarına şahit oluyoruz... Sosyal hizmet uzmanının görüşü benim için çok önemli. Çünkü mesela bez raporu çıkarıyoruz, kurumumuz bezin belli ücretini veriyor. Taburcu olmalarına rağmen buraya geliyorlar, bize bir tane bez verir misiniz diyorlar. O kadar mağdur olan insanlar var.” (K1)

“Sosyal endikasyonu (tıbbi müdahalenin hastanın sosyal durumuna göre belirlenmesi) olan hastalar için zaman çok önemli. Örneğin; sigortası dolacak hastayı kaybetme riskimiz var, hasta yakınlarının da hiçbir hak sahibi olmadığı durumlar yaşadık... Sosyal hizmet uzmanı bu işleri kolaylaştırabilir.” (K5)

“Mama ve bez ihtiyacının karşılanması için raporların düzenlenmesini beklemek mümkün değil. Ücretler pahalı olduğu için insanlar çok sıkıntı yaşıyor. Bazı durumlarda mağduriyet yaşanmaması için hastayı taburcu olarak gösterip ilgili işlemlerden sonra yatışı yineleyebiliyorduk. Bu da kurum ve personel açısından riskli bir durum.” (K9)

Bakım Süreci ile İlgili İhtiyaçlar

Katılımcıların, hasta ve yakınlarının bakım ihtiyaçlarından söz ettiği ifadeler araştırmacılar tarafından sosyal hizmet uygulamaları kapsamında değerlendirilerek “evde bakım süreci”, “bakım ve tedavi sürecinin takibi” ve “hasta yakınlarının bakım yüküne bağlı ihtiyaçları” şeklinde üç başlık altında kodlanmıştır. Palyatif bakım hastası ve yakınları için bakım süreklilik arz eden zorlayıcı bir süreçtir. Katılımcıların ifadeleri taburculuk sonrası bakımın sona ermediğini, birçok vakada bakım şartlarının taburculuk sonrasında mevcut imkânlar nezdinde zorlaştığını göstermektedir.

Evde bakım süreci

Katılımcılar, evde bakım sürecinde sorumluluk üstlenen kişilerin yeterli donanıma sahip olmadığını bu sebeple hastaların, yineleyen hastane yatışlarının olduğunu ifade etmiştir. Katılımcılar bu noktada taburculuk sonrasında palyatif bakım hastalarını takip eden evde bakım ekipleri içerisinde sosyal hizmet uzmanlarının aktif olması gerektiğini paylaşmıştır.

“Buradan sonra evde de ihtiyaçları var. Evde bakım hizmetleri geldiğini söylüyorlar ama çok yeterli görmüyorlar. Evde de bakacak birine ihtiyaç duyuyorlar ama maddi külfet oluyor ve karşılayamıyorlar.” (K1)

“Geriatri hastası olabilir, ileri evre kanser hastası olabilir... Zaten bu tarz hastalar genelde burada yatıyor. Sonrasında eve gidiliyor ve bu aşamada sosyal hizmet çalışanlarına ihtiyaç duyulabiliyor yani sadece moral motivasyon desteği açısından bile ihtiyaç duyuluyor.” (K3)

“Hastaların yakınları, hastasına bakamayacak güçte olan çok fazla insan oluyor.” (K4)

“Ventili hastalarımız (solunum desteği cihazı kullanan) oluyor... Hasta yakınları çekiniyor haklı olarak daha önce görmemişler. O nedenle buradan da çıkmak istemiyorlar çok fazla.” (K7)

“Hasta çıktığında mama raporu elinde olmazsa, beslenmenin ne kadar önemli olduğunu bilmedikleri için hastaya evde çorba verebiliyorlar... Evde bakım servisleri hastanelerde mutlaka olmalı... Sürekli evde bakım birimin aktif olması gerekiyor, özellikle palyatif biriminden çıktıktan sonraki süreç içerisinde sosyal hizmet uzmanı ile birlikte bunun takibinin de iyi yapılması gerekiyor.” (K9)

“Evde bakım hizmetlerinin yetersizliğinden kaynaklı, evde yapılamadığı için burada yatan hastalar var. Burada yatmasının tek sebebi evde bakılamaması.” (K10)

Bakım ve tedavi sürecinin takibi

Palyatif bakım sürecinde özellikle hastanın ihtiyaçlarının sürekli değişiklik göstermesi özenli bir takibi zorunlu kılmaktadır. Bu noktada katılımcılar alt bakımı, ağız bakımı, beslenme, psikososyal destek ve kronik hastalık takibini içeren farklı örnekler vermiştir. Katılımcılar bu ihtiyacın karşılanabilmesi için ekip içerisinde sosyal hizmet uzmanlarının konsültasyon usulü ile değil tam zamanlı şekilde görev alması gerektiğini ifade etmiştir.

“Yeterli olmuyor sadece konsültasyon usulü gelmesi. Ben nasıl takip, tedaviyi rutinde yapabiliyorsam böyle birinin serviste olması çok önemli. Psikososyal destek açısından.” (K1)

“Hastalar çok kilo kaybediyorlar yatağa bağlı olduktan sonra. Piyasada ve devletin verdiği bezler büyük beden olarak geçiyor. Bez hastaya büyük geliyor ve sonrasında altına defekasyon (dışkının dışarı atılması) olduğu zaman yatağına çevresine bulaşma riski artıyor. Sosyal hizmet uzmanı tarafından evde bakım sürecinde verilen hizmetlerin değerlendirilmesi ve takibi yapılmasının, hasta sağlığı açısından geri dönüş sağladığı için önemli olduğunu düşünüyorum.” (K2)

“Yoğun bakımdan gelen bir hastanın kafasında toka vardı. Hasta kafasındaki tokayla aylarca yatmış. Düşünün kalp krizi geçiriyor, aylarca yoğun bakımda yatıyor. Bu hastanın hiç mi saç bakımı yapılmadı. Hasta yakınları da bunu fark etmiyor. Biz hastayı anlayan bir ekiptik, mesela hasta yakını diyelim ki hastaya ilacı vermeyecek, bakımını yapamayacak. Bunu böyle düşünüyorsak başında beklerdik.” (K6)

“Hasta yakınları tarafından yeterli bakım ve hizmet sağlanamıyor. Alt bakımı, ağız bakımı olsun ya da daha çok beslenme konusunda diyetisyen gelip anlatsa da biz söylesek de diyet konusunda daha çok bilgi eksiklikleri oluyor...” (K7)

Hasta yakınlarının bakım yüküne bağlı ihtiyaçları

Bakım yükü kavramının çeşitli yönlerine vurgu yapan açıklamalarda bulunan katılımcılar, bakım sorumluluğunu üstlenen kişilerin çalışma hayatının dışında kaldığından, ekonomik ve psikososyal sorunlar yaşadıklarından, bazı durumlarda bakım yükü nedeni ile diğer yaşam rollerini (annelik gibi) yerine getiremediklerinden ve desteğe ihtiyaç duyduklarından söz etmiştir.

“Hastanede yattığı sürece ben de refakatçi izni alabiliyorum ama evde olduğunda alamıyorum işe gitmem gerekiyor, besleyemiyorum, bakamıyorum, getirip götürüyorum diyor. Biz sosyal hizmet uzmanı ile belli bir zaman sonra birlikte çalışmaya başladık. Ondan önce çok büyük bir sıkıntıydı hasta yakını ben evde bakamayacağım, çalışıyorum tek çocuğum diyor. Hasta alzheimer, PEGli hasta, bilinci yok yani bu hastaya ben nasıl bakacağım hemşire hanım diyor.” (K1)

“Çok genç bir erkek hasta vardı. 38 yaşında trafik kazası sonucu COVID döneminde geldi... Eşi yanındaydı. Hasta sekiz yıldır felçti. Belden aşağısı tutmuyordu. Sekiz yaşında bir kızları vardı. Kızlarına kadının annesi bakmıştı. Eşine bakabilmek için. Kızım bana anne demiyor diyordu. Beni anne gibi görmüyor çünkü annem baktı diyordu. Yani bu tip vakalarda yine sosyal hizmet uzmanı serviste olsa destek olunabilir.” (K5)

“Bazı insanlar da hastayla ilgilenmek istemiyorlardı ya da bırakıp gidenler de oluyordu. Hastasını bırakıp gidiyor bir anda refakatçisiz kalıyordu. İşte gidince hastaya biz bakmak zorunda kalıyorduk...” (K6)

“Bir hasta için başvurduk sosyal hizmetlere. Çok istediğimiz gibi olmadı süreç uzadı... En sonunda gelip görüşüp almak zorunda kaldılar. Çünkü bakım vereni yoktu. Hasta çok kötü durumdaydı. Biraz araştırdıktan sonra yakınlarının da hastayı daha çok maddi amaçlı sosyal hizmetlere teslim etmek istemediklerini görünce, kuruma götürmek istediler artık.” (K8)

4. Tartışma ve Sonuç

Sosyal hizmet uzmanları palyatif bakım hizmetlerinin sağlanmasında ekip içerisinde önemli roller üstlenmektedir. Her insan hayatının son dönemini sevdikleriyle iyi bir şekilde geçirme, onuruyla ölme hakkına sahiptir (Arıkan, 2016, s.4). Saygın bir yaşamın ve iyilik halinin korunduğu bir ölüm hakkının sağlanması hak anlayışı çerçevesinde sosyal hizmet uzmanlarının görevlerinden biridir. Bu çalışmada palyatif bakımda sosyal hizmet uzmanlarının fonksiyonları ve görevlerine yönelik mevcut algı açıklanmaya çalışılmıştır. Sağlık çalışanlarının deneyimlerinden yola çıkarak sosyal hizmet uzmanları palyatif bakım hizmetlerinde görevlerini gerçekleştirirken ne gibi sorunlarla karşılaştığı ve bu sorunların çözümünde neler yapılabileceği tartışılmıştır. Palyatif bakım hizmetleri kurumsal açıdan değerlendirildiğinde sosyal hizmet uzmanlarının konsültasyon usulü çalışmasından dolayı sosyal hizmet uzmanına ihtiyaç duyulduğu anda ulaşılabilirliği görülmüştür. Sağlık çalışanları, sosyal hizmet uzmanlarının tam zamanlı çalışmasının hasta ve yakınlarına daha iyi hizmet verilebilmesi için gerekli olduğunu belirtmişlerdir. Kangagil Balta ve Bekiroğlu (2021, s.141) çalışmasında, sosyal hizmet uzmanlarının konsültasyon usulü ile çalışması hastaların ve yakınlarının bilgilerine, ihtiyaçlarına ve problemlerine tam olarak hâkim olamamasına ve sosyal hizmet müdahalesinin eksik kalmasına sebep olmaktadır ifadesine yer vermiştir. Ülkemizde palyatif bakım birimlerinde sürekli sosyal hizmet uzmanının bulunmaması önemli bir eksiklik olarak görülmüştür (Çölgeçen ve Aslan, 2022, s.149). Blacker ve Deveau (2010, s.238) çalışmasında tıbbi sosyal hizmet uzmanı ve uzmanlaşmış palyatif bakım alanındaki sosyal hizmet uzmanı arasında önemli farklar olduğunu belirtmiş, özellikle palyatif bakım hizmetinde yaşamı sınırlayan bir tanının konulmasıyla psikososyal ihtiyaçların karmaşıklaştığına değinmiştir. Hastanede tıbbi sosyal hizmet uzmanı var olsa dahi palyatif bakım hizmeti ayrı uzmanlaşma gerektiren bir alandır. Sağlık Bakanlığı (2015b) tarafından verilen “palyatif bakım hemşireliği” sertifikalı eğitim programı gibi sosyal hizmet uzmanlarının da palyatif bakım sosyal hizmet uzmanı sertifikalı eğitim programı oluşturulması önemlidir.

Palyatif ekibin bütünlüğü önemli bulgulardan biri olmuştur. Palyatif ve yaşam sonu bakım hizmetlerinin kapsamlı bir şekilde sunulabilmesi için sosyal hizmet uzmanlarının disiplinler arası bir çabanın parçası olması önemlidir (NASW, 2003, s.6). Palyatif bakım ekibinin bütünlüğünün sağlanması bu hizmetin multidisipliner bakış açısı ile yapılabileceği anlamına gelmektedir. Disiplinler arası ekibin bir parçası olan sosyal hizmet uzmanının bakım veren meslek elemanları tarafından sunulan önerilere açık olması ve farklı bakış açılarını geliştirmesi sayesinde müracaatçı ve aile ile bağlantının kolaylaştırılmasını sağlayacaktır (Cadell, Johnston, Bosma ve Wainright, 2010, s.213). Sosyal hizmet uzmanı palyatif bakım hizmetinde kolaylaştırıcı rolünü palyatif ekibi içerisinde var olması ile sağlayabilecektir. Palyatif bakım ekibindeki hekimlerin, hemşirelerin, sosyal hizmet uzmanlarının ve hastane yönetiminin disiplinler arası bir ekip çalışması çerçevesinde koordineli çalışmasının gerekliliği ifade edilmiştir (Turgut ve Soylu, 2020, s.463).

Bir diğer bulgu olan ek maliyetlerin engellenmesi palyatif bakım hizmetlerinde genellikle göz ardı edilen bir konu olmaktadır. Kâr amacı olmayan kamu hastanelerinde maliyet hesaplamalarının eksikliği, kaynakların etkin kullanılmamasına ve devletin mali yükünün artmasına sebep olabilmektedir (Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği, 2016, s.52). Bulgularda hastaneden ayrılan hastalar için taburculuk sonrası hizmetlerin gerekliliği ön plana çıkmaktadır. Özellikle evde bakım süreçlerinde yaşanan aksaklıklar nedeniyle yineleyen yatışlar ve tedavi süreçleri hem hasta ve yakınlarını zorlamakta hem de hastane için ek maliyetlere neden olmaktadır. Özellikle hastanın taburculuğundan sonra tekrar yoğun bakıma dönmesi hastanın tedavi sürecini zorlaştırmaktadır. Yoğun bakım hizmeti, palyatif tedavi hizmetlerinden farklı olarak hem agresif ve invaziv, daha ağır medikal ve cerrahi tedavi seçenekleri olan ve fayda sağlamadığı zamanda zararlı olabilen bir tedavi yöntemidir (Türk Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Derneği, 2016, s.43). Palyatif ve yaşam sonu bakım hizmetleri gelişmiş ülkelerde bakım kalitesini iyileştirmek ve yaşam sonu bakım maliyetlerini düşürmek amacıyla ortaya çıkmıştır (Aslan, 2020, s.20). Bu anlayışla palyatif bakım merkezleri maliyetlerin düşürülmesi çerçevesinde hizmet vermeyi amaçlamaktadır. Çalışkan ve Durukan Köse (2020, s.86) yurt dışında yapılan palyatif bakım hizmetlerinin, genel hasta servislerinde tedavi gören hastalara kıyasla maliyeti düşürücü etkisi olduğunu ancak ülkemizde böyle bir etki göstermediğini ifade etmiştir. Palyatif bakım ekibi içerisinde bulunan sosyal hizmet uzmanının, ekip çalışması çerçevesinde ek maliyetlerin engellenmesi konusunda dolaylı etki sağlayacağı düşünülmektedir. Hastanın taburculuk sonrasında tekrar daha ağır bir şekilde yatışının olması hastane için ek maliyetlere sebep olabilmektir. Bu sürecin yaşanmaması için palyatif bakım hizmeti sonrasında taburculuk planlaması ve taburculuk sonrası takibi ön plana çıkmaktadır. Taburculuk sonrasında sosyal hayat, barınma ve devam edilebilecek tedaviler konusunda hasta ve yakınına taburculuğa hazırlamak sosyal hizmet uzmanının görevleri arasındadır (Karaağaç, 2022, s.100). Özellikle devam edebilecek tedaviler için evde bakım hizmetleri konusunda hasta ve ailenin yönlendirilmesi ve bilgilendirilmesi önemlidir.

Araştırma bulguları, palyatif bakım ekibinin psikososyal desteğe ihtiyaç duyduğunu göstermektedir. Palyatif bakım ekibindeki sağlık çalışanları hastaların hem tıbbi hem de psikososyal ihtiyaçlarıyla ilgilenmektedirler. Palyatif bakımda çalışan bütün profesyoneller, anksiyete, depresyon ve diğer ciddi ruh sağlığı problemleri açısından risk altında olan kişileri belirlemek, umutsuzluk durumlarında destek ve rahatlık sağlamak üzere psikososyal kaygıları yönetme becerisine sahip olmalıdır (Blacker ve Deveau, 2010, s.241). Sağlık çalışanları hastaların ve aile üyelerinin kaygılarını ve ihtiyaçlarını yönetme becerilerini gerçekleştirirken palyatif bakım hizmetlerinin getirdiği psikolojik yük personelleri etkilemektedir. Araştırma sonuçları, psikososyal destek rolünün sosyal hizmet uzmanlarıyla paylaşılmasının diğer sağlık çalışanlarını rahatlatacağını göstermektedir. Bulgulardan bir diğeri iş yükünün azaltılması ihtiyacıdır. Sağlık çalışanlarının görevleri dışında işler yapması ve iş yoğunluğundan hastaya ve aile üyelerine yeterli vakit ayıramamaları önemli verilerdir. İş yükünü artırıcı işler bakıcı/refakatçinin bilgilendirilmesi, rapor hakkında bilgilendirme, engelli maaşı, evde bakım, psikososyal destek gibi hizmetler olarak ifade edilmiştir. Bir diğer çalışmada palyatif bakım ekip üyesi olan hemşirelerin ağrı gibi semptomları yönetme ve psikososyal destek sağlama konularında temel eğitimi

sağlamış olmasının önemine değinmiştir (Madenoğlu Kıvanç, 2017, s.133-134). Sağlık çalışanları hastaların psikososyal problemlerini çözüme konusunda temel eğitimi olsa dahi spesifik problemlerin çözümünde ekip çalışmasına ihtiyaç duymaktadırlar. İş yüklerinin fazla olması rol karmaşıklığı sebeplerinden biridir. Bu çalışmada ekip çalışmasının tam anlamıyla gerçekleşmediği görülmektedir. Sosyal hizmet uzmanının rollerinin bilinmesi ile karmaşıklığın engellenebileceği ve sosyal hizmet uzmanından destek alabilecekleri düşünülmektedir. Ekip içerisinde olan sağlık çalışanları hasta ve yakınlarının problemlerini çözmede çakışan roller üstlenebilirler. Fakat başarılı bir ekip, hangi ekip üyesinin, hasta ve aile üyesine en iyi şekilde yardım edebilecek bağlantıya sahip olduğunu belirleyebilir ve bu çakışmayı yönetebilir (Blacker ve Deveau, 2010, s.241).

Araştırma bulguları, palyatif bakım içerisinde sosyal hizmet uzmanı ihtiyacının yalnızca merkezin bağlı olduğu kurum ve ekip üyeleri nezdinde var olmadığını, palyatif bakım hasta ve yakınlarının merkeze kabul, yatış, taburculuk süreçleri ve sonrasında da sosyal hizmet uzmanlarının sunabileceği destekleyici hizmetlere ihtiyaç duyduklarını ortaya koymuştur. Katılımcıların tamamı hastane ortamında ya da taburculuk sonrasında palyatif bakım hasta ve yakınlarının, sosyal hizmet uzmanları tarafından takip edilme ve desteklenme ihtiyaçlarından söz etmiştir.

Literatürde sosyal hizmet uzmanlarının, palyatif bakım kapsamında yürütebileceği hizmetlerin hasta ve yakınları için destekleyici ve yaşam kalitesini artırıcı özellikte olduğu (Tuncay, 2013, s.152), sosyal hizmet uzmanının ekip içerisinde var olmadığı durumlarda sunulması hedeflenen multidisipliner bakım hizmetinin eksik kalacağı ve bu durumun hasta ve yakınlarının bakım ve tedavi hizmetinden tam verim almasını olanaksız hale getireceği (Sağlık Bakanlığı, 2011, s.59) vurgulanmaktadır. Elde edilen veriler ışığında palyatif bakım hasta ve yakınlarının sosyal hizmet uzmanının aktif olarak çalıştığı bir merkezden hizmet almaları gerektiğini doğrulayan başlıca ihtiyaçları; psikolojik ihtiyaçlar, bilgilendirme ve bilinçlendirme ihtiyacı, ekonomik ihtiyaçlar ve bakım süreci ile ilgili ihtiyaçlar olarak bulunmuştur.

Katılımcıların ifadeleri hasta ve yakınlarının psikolojik açıdan desteklenmeleri gerektiği yönündedir. Psikolojik destek ihtiyacının var olmasının başlıca nedenleri katılımcılar tarafından “bakım sürecinin uzun ve zorlayıcı olması, hasta ve yakınları tarafından ölüm ve kaybın kabullenilememesi, hasta ve yakınlarının ajite davranışlar sergilemesi” gibi gerekçelerle açıklanmıştır. Palyatif bakım çalışanları ve palyatif bakım hasta ve yakınları ile yürütülen çalışmalarda da benzer şekilde hasta ve yakınlarının psikolojik destek ve yas desteği ihtiyacının var olduğundan söz edilmektedir (Gwyther vd., 2005, s.89; Turgut ve Soylu, 2020, s.469; Kangalgil Balta ve Bekiroğlu, 2021, s.133). Psikososyal boyutu ihmal edilen bir bakım modelinin palyatif bakım olarak adlandırılması mümkün değildir. Böyle bir durumda palyatif bakım merkezleri, yoğun bakım için iyi; klinik yatış için kötü olarak değerlendirilen hastaların kabul edildiği ara bakım sunan ikincil servisler olmaktan öteye gidemeyecektir.

Katılımcıların tamamı hasta ve yakınlarının sosyal hizmetler kapsamına giren hizmetlere ulaşabilmeleri için bilgilendirme ve bilinçlendirme ihtiyaçlarının var olduğundan söz etmiştir. Hastalığın seyrine ilişkin hekim ve hemşirelerin yaptığı medikal açıklamalara ek olarak bu süreçte hasta ve yakınlarının sosyal açıdan değişecek

olan şartlar, karşılaşılabilecekleri yeni sorunlar ve çözümler için başvurabilecekleri kaynaklar hakkında bilgilendirilmesi gerektiği anlaşılmıştır.

Hasta ve yakınlarının sosyal hizmet uzmanına ulaşamadıkları ya da konsültasyon ile sınırlı bir hizmet aldıkları durumlarda sorularına cevap bulmakta zorlandıkları ve güvende hissetmedikleri katılımcılar tarafından ifade edilmiştir. Literatürde palyatif bakım hasta ve yakınlarının evde bakım ve sağlık hizmetleri, rapor işlemleri, aynı ve nakdi yardım şartları ve başvuru süreçleri gibi konular hakkında bilgi edinebilmeleri için merkezde görevli sosyal hizmet uzmanları tarafından grup çalışmalarının gerçekleştirildiği örnekler mevcuttur (Kangalgil Balta ve Bekiroğlu, 2021, s.137).

Hak ve sorumluluklarının bilincinde olmayan hasta ve yakınları, bazı durumlarda yükümlülüklerini yerine getirmeyerek kurumu ve sağlık personelinin zor durumda bırakabildiği gibi kendi haklarının arayıcısı olmayarak yeni mağduriyetler de yaşayabilmektedirler. Özellikle sağlık raporu gibi bürokratik süreçleri tamamlamak noktasında yetersiz kalan hasta ve yakınları birçok hizmetten mahrum kalabilmektedir. Hasta ve yakınlarının benzer ihtiyaçlarına ve bunların tesis edilmesinde sosyal hizmet uzmanlarının birincil önemine vurgu yapan Özbesler (2022, s.11), sosyal hizmeti bireylerin sağlık ve refahını arttırmak için sosyal değişimi, sorun çözmeyi, bireylerin güçlenmesini ve bağımsızlığını destekleyen bir meslek olarak tanımlamaktadır.

Araştırmanın bir diğer önemli bulgusu palyatif bakım hastalarının doğrudan kendilerinin hastalık durumu nedeniyle veya refakati üstlenen yakınlarının bakım yüküyle ilişkili olarak iş ve gelir kaybına uğramalarıdır. İş ve gelir kaybının uzun vadede sadece hasta ve refakatçiyi değil ailenin diğer üyelerini de etkilediği gözlemlenmiştir. Bunun yanında sağlık güvencesi olmayan, ekonomik yoksunluk çeken hastaların mevcut sosyal endikasyonlarının tıbbi süreçleri olumsuz etkileyebildiği, hastanın gereksinimlerinin ihtiyaç duyulan oranda ve kalitede karşılanamadığı katılımcılar tarafından aktarılmıştır.

Literatürde bakım ve tedavi süreçlerine bağlı olarak hasta ve yakınlarının yaşadıkları ekonomik sorunlara değinen çalışmalar mevcuttur (Turgut ve Soylu, 2020, ss.470-471; Aksakal, 2023, s.202). Bunun yanında sosyal endikasyona bağlı yaşanan mağduriyetlere ilişkin literatürde ayrıntılı verilere ulaşılamamıştır. Araştırmada saha çalışması süresince servis işleyişi ve aksaklıklar gözlemlenmiştir. Hasta ve yakınları sigorta, emeklilik, yaş haddi, refakat izni gibi konularda bürokratik engellere takılmakta bu yüzden bakım ve tedavi sürecinde aksaklıklar yaşamaktadır.

Evde bakım sürecinde bakım ile ilgili yetkin olmayan hasta yakınlarının medikal açıdan zorlandığı ve hasta mağduriyetlerinin oluşabildiği tespit edilmiştir. Hasta yakınlarının özellikle bakım ve tedavi sürecinin takibi noktasında yetersiz kalabildiği ve bakım yüküne bağlı olarak maddi ve manevi açıdan zorlandıkları görülmüştür. Evde bakım sürecinde bakım verenin yetkinliğine ve diğer unsurlara bağlı olarak oluşabilecek risklere (Avcı, 2015, ss.182-185), evde bakım hizmetlerindeki eksiklikleri değerlendiren (Çoban ve Esatoğlu, 2021, s.55) ve bakım yükünün bireyin iyilik halini olumsuz yönde etkilediği yönünde bulgulara (Karakaya ve Işıkkhan, 2020, s.1437) yer veren çalışmalar literatürde de mevcuttur.

Henriksen, Joseph ve Zayas Cabán (2009, s.229)'a göre iyi ve güvenli bir evde bakım, hastanın ve bakım verenlerin bilgi ve becerisine, yeterliliğine, isteğine, cihaz ve tıbbi süreçleri yönetebilme becerisine, evin fiziki şartlarına ve tüm bunların etkileşimine bağlıdır. Etkileşim iyi olursa riskler azalır ve kaliteli bir bakım sağlanabilir. Hastaya ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini, psikososyal destek hizmetleri ile birlikte ev ortamında sunmayı hedefleyen evde sağlık hizmeti uygulamaları mevcut durumda sahada muayene, tetkik, tedavi, takip, tıbbi bakım ve rehabilitasyon ile sınırlı kalmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2012, ss.695-710). Bu araştırmada da katılımcılar benzer şekilde evde sağlık ve evde bakım hizmetlerinin sunumunda sosyal hizmet uzmanlarının etkin bir şekilde sürece katılmalarının mağduriyetler açısından koruyucu bir unsur olacağı yönünde paylaşımlarda bulunmuşlardır. Ayrıca katılımcıların, hasta yakınlarının evde bakım sürecinde zorlandıkları için palyatif bakım yatış sürecini uzatma eğiliminde olduğuna ve merkezde yatan hastaların bir kısmının evde yeterli bir şekilde bakım verilemediğinden taburcu edilemediğine dair açıklamaları olmuştur. Bu durum aslında ikincil bir kurumsal yapılanmanın eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Hastane dışında hospis tarzı isteğe göre gündüzlü ve yarı zamanlı bakım hizmeti de sunabilen kurumların var olması halinde hem hasta ve yakınlarının mağduriyetleri giderilebilecek hem de palyatif bakım merkezlerinin yoğunlukları azalacak ve kurumsal maliyet düşecektir. Bu noktada İşler ve Yıldırım (2022, s.276)'ın da ifade ettiği gibi sosyal hizmet mesleği açısından da önemli bir uygulama alanı olan hospis bakımın, Türkiye'de var olabilmesi için ihtiyaç duyulan bilimsel ve yasal çalışmaların bir an önce hayata geçmesi gerekmektedir.

Kaynakça

- Aksakal, H. (2023). Palyatif bakım hastasına yönelik bakım yeri tercihi üzerine bir inceleme. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 10(2), 200-206. <https://doi.org/10.52880/sagakaderg.1196739>
- Arıkan, G. D. (2016). Palyatif bakım tanımı ve felsefesi. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 8(3), 1-5.
- Aslan, Y. (2020). Türkiye’de ve Dünya’da palyatif bakım modellerine genel bakış. *Anadolu Güncel Tıp Dergisi*, 2(1), 19-27. <https://doi.org/10.38053/agtd.632674>
- Avcı, K. (2015). Evde sağlık hizmetlerinde hasta ve sağlık bakım sunucuların güvenliği. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 181-188.
- Blacker, S., & Deveau, C. (2010). Social work and interprofessional collaboration in palliative care. *Progress in Palliative Care*, 18(4), 237-243. <https://doi.org/10.1179/096992610X12624290277141>
- Cadell, S., Johnston, M., Bosma, H., & Wainright, W. (2010). An overview of contemporary social work practice in palliative care. *Progress in Palliative Care*, 18(4), 205-211. <https://doi.org/10.1179/096992610X12775428636700>
- Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi [CİMER]. (2023). CİMER Başvuru Sorgulama. <https://www.turkiye.gov.tr/cimer-basvuru-sorgulama?detay=getir&basvuruSayisi=2305660055>
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2023). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (6th ed.). London: Sage Publication.
- Creswell, J. W. (2018). *Nitel araştırma yöntemleri* (S. B. Demir, Çev.). Ankara: Siyasal Kitapevi.
- Çalışkan, A. N., & Durukan Köse, S. (2020). Palyatif bakım merkezlerinin maliyet analizi: Denizli Devlet Hastanesi örneği. *Eurasian Journal Of Health Technology Assessment*, 4(2), 68-89.
- Çoban, M., & Esatoğlu, A. E. (2021). Evde bakım hizmetlerinin Almanya ve Türkiye örneğinde karşılaştırılması: Nitel bir araştırma. *Sosyolojik Bağlam Dergisi*, 2(3), 55-71. <https://doi.org/10.52108/2757-5942.2.3.4>
- Çölgeçen, Y., & Güney Aslan, M. (2022). Palyatif ve hospis bakımın Türkiye açısından değerlendirilmesi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 20(1), 134-155. <https://doi.org/10.46218/Tshd.1134616>
- Dünya Sağlık Örgütü [DSÖ]. (2020). *Palliative care*. Erişim tarihi: 5 Ocak 2024, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Dünya Sağlık Örgütü [DSÖ]. (2024). *Palliative care*. Erişim tarihi: 23 Temmuz 2024, <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>
- 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. https://doi.org/10.1300/j457v01n01_06
- Henriksen, K., Joseph, A., & Zayas Cabán, T. (2009). Human factor of home health care: A conceptual model for examining safety and quality concerns. *J Patient Saf*, 5(4), 229-236. <https://doi.org/10.1097/PTS.0b013e3181bd1c2a>
- Işıkkhan, V. (2016). Palyatif bakım hizmetlerinde sosyal hizmet mesleğinin yeri ve geleceği. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 27(2), 97-113.
- İşler, A. M., & Yıldırım, B. (2022). Hospis bakımın önemi. V. Duyan, M. Karataş, & M. D. P. Güre (Ed.), *Onkolojik sosyal hizmet içinde* (ss. 275-285). Ankara: Yeni İnsan Yayınevi.
- Jünger, S., Payne, S. A., Costantini, A., Kalus, C., & Werth, J. L. (2010). The EAPC task force on education for psychologists in palliative care. *Eur J Palliat Care*, 17(2), 84-87.
- Kabalak, A. A. (2014). Türkiye’de palyatif bakım: Güncel gelişmeler, gereksinimler. *Anestezi Dergisi*, 22(3), 121-123.
- Kabalak, A. A. (2017). Türkiye’de palyatif bakım çalışmaları. *Türkiye Klinikleri Anesthesiology Reanimation Special Topics*, 10(1), 7-12.
- Kangalgil Balta, G., & Bekiroğlu, S. (2021). Palyatif bakım merkezleri kapsamında verilen psikososyal destek hizmetleri: Sosyal hizmet uzmanları ve psikologların gözünden nitel bir değerlendirme. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 17(1), 130-154. <https://doi.org/10.46218/tshd.908861>
- Karaağaç, H. (2022). Onkolojik sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının rol ve fonksiyonları. Ankara: Yeni İnsan Yayınevi.

- Karakaya, C., & Işıkkhan, V. (2020). Palyatif bakım hastalarına bakım veren aile üyelerinde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(4), 1437-1458. <https://doi.org/10.33417/tsh.737324>
- Kıral, B. (2021). Nitel araştırmada fenomenoloji deseni: Türleri ve araştırma süreci. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 10(4), 92-103.
- Lorenz, K. A., Lynn, J., Dy, S. M., Shugarman, L. R., Wilkinson, A., Mularski, R. A., ... Shekelle, P. G. (2008). Evidence for improving palliative care at the end of life: A systematic review. *Ann Intern Med*, 148(2), 147-159. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-148-2-200801150-00010>
- Madenoglu Kıvanç, M. (2017). Türkiye’de palyatif bakım hizmetleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4(2), 132-135. <https://doi.org/10.17681/Hsp-Dergisi.316894>
- National Association of Social Workers [NASW]. (2003). *Standards for social work practice in palliative and end of life care*. Washington, DC: NASW.
- Özbesler, C. (2022). Tıbbi sosyal hizmete giriş ve tıbbi sosyal hizmet uzmanının rolleri. S. A. Özden & E. Özcan (Eds.), *Tıbbi sosyal hizmet içinde* (ss. 3-13). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Saunders, D. C. (2001). Social work and palliative care the early history. *British Journal of Social Work*, 31, 791-799.
- Saruç, S. (2013). Palyatif ve yaşam sonu bakımda sosyal hizmet uzmanının rolleri ve sosyal hizmet mesleği standartları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 24(2), 193-208.
- Small, N. (2001). Social work and palliative care. *British Journal of Social Work*, 31(6), 961-971.
- Strauss, A., & Corbin, J. M. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Sage Publications, Inc.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011). *Türkiye’de özellikli planlama gerektiren sağlık hizmetleri 2011-2013*. Erişim tarihi: 10 Ocak 2024, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/4198/0/turkiyede-ozellikli-planlama-gerektiren-saglik-hizmetleri-2011-2023pdf.pdf>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2012). *Birinci basamak sağlık hizmetleri veri rehberi*. Erişim tarihi: 15 Şubat 2024, <https://www.halksagligiokulu.org/Kitap/DownloadEBook/8d1fe0f9-269e-4414-ab27-cb7c510fc70d>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2015a). *Palyatif bakım hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında yönerge*. Erişim tarihi: 7 Ocak 2024, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/2817,palyatif-bakim-hizmetleri-yonergesipdf.pdf?0>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2015b). *Palyatif bakım hemşireliği sağlık alanı sertifikalı eğitim standartları*. Erişim tarihi: 25 Ocak 2024, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/4074/0/palyatif-bak-hems-sep-standartlaripdf.pdf>
- Tuncay, T. (2013). Yaşam sonu bakımda sosyal hizmet uzmanının rolleri. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 24(2), 145-153.
- Turgut, A. Ş., & Soylu, G. (2020). Palyatif bakım hasta yakınları ile nitel bir çalışma. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 31(2), 460-476. <https://doi.org/10.33417/tsh.662982>
- Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği. (2016). Yaşamın son döneminde sağlık hizmetlerinde anestezi ve reanimasyon, yoğun bakım uzmanlarının rolü. *Türk Tabipleri Birliği Toplum ve Hekim Dergisi*, 31(1), 63-78.
- Türk Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Derneği. (2016). Yoğun bakım ünitelerinde yaşamın sonuna gelmiş hastalarda karşılaşılan sorunlar ve çözüm önerileri: Türk Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Derneği'nin görüşleri. *Türk Dahili ve Türk Tabipleri Birliği Toplum ve Hekim Dergisi*, 31(1), 42-46.