



Canan Sertdemir Batbaş¹, Burkay Yakar², Edibe Pirinççi³

DOI: 10.17942/sted.625696

Geliş/Received : 27.09.2019
Kabul/Accepted : 25.01.2021

Öz

Palyatif bakım yaşamı tehdit edici hastalıklara eşlik eden sorunlar yaşayan hasta ve ailelerin, fiziksel, psikososyal ve manevi sorunların erken tanımlama, değerlendirme, tedavi ederek acı çekmelerini azaltma ya da önleme ve böylece yaşam kalitelerini arttırma amacı olan bir yaklaşımdır. Ölüm her insanın yaşayacağı doğal bir süreçtir bir hastalık değildir. İnsanların yaşamak ve ölümü geciktirmek için umut bağladıkları tedaviler, bazen hastalar için zor bir durum halini alabilmektedir. Palyatif bakım ağrı ve sıkıntı veren diğer semptomları rahatlatır, hastaya daha iyi bir yaşam kalitesi ve aktif bir yaşam sağlar. Ölümünden sonra yas sürecinde hasta yakınlarına da yardımcı olur. Günümüzde ortalama yaşam süresi giderek uzamakta ve hekimlerin tedavi hizmeti verdiği kronik-ölümcül hastalıklar giderek artmaktadır bu nedenle palyatif bakıma olan gereksinim her geçen gün artmaktadır. Dünyanın pek çok ülkesinde bu konuya yönelik çalışma ve projeler artan bir ivme ile yürütülse de karşılanmamış palyatif bakım ihtiyacı bir sorun olarak devam etmektedir. Ülkemizde Tıp fakültelerinde henüz palyatif bakım bilim dalı kurulmamıştır ve palyatif bakım uzmanlığı eğitimi de yoktur. Palyatif bakım hizmeti diğer dal hekimleri tarafından birinci ve ikinci düzeyde yürütülmektedir. Sonuç olarak ülkemizde palyatif bakım hizmetlerinin geliştirilmesinde geç kalınmaması, hospis hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve sosyal güvenlik sistemi kapsamına alınması, sağlık çalışanlarının farkındalıklarının arttırılması ve desteklerinin alınması önemlidir.

Anahtar sözcükler: Palyatif bakım, Ölüm, Hospis

Abstract

Palliative care is an approach to patients and families experiencing problems that accompany life-threatening diseases in which their physical, psychosocial and spiritual problems are identified early and relevant interventions are made to improve their life quality by curing, and by mitigating or eliminating their pain. Death is a natural process to be experienced by all and not a disease. Some treatments that people invest their hopes in to live longer and delay death may in some cases create difficulties as well. Palliative care eases other symptoms that give pain and disturbance and provides a better life quality and relatively active life to the patient. It also helps the survivors of the patient after his or her death. Average life expectancy is getting longer in our day along with increase in chronic- terminal illnesses that physicians extend care. This means increasing need for palliative care. Though related work and projects are gaining momentum in many parts of the world there is still the problem of unmet need for palliative care. There is yet no palliative care branch in our medical schools and neither is there any training in palliative care specialization. Palliative care services are extended by physicians from various other branches at primary and secondary levels. In conclusion, there must be no delay in developing palliative care services in the country, hospice services must be spread out and included in the social security system along with relevant awareness building among health workers and ensuring their support.

Key words: Palliative care, Death, Hospice

1 Arş. Gör. Dr.; Fırat Ü. Aile Hekimliği BD. Elazığ (Orcid No: 0000-0002-4642-1367)
2 Dr. Öğr. Üyesi.; Fırat Ü. Aile Hekimliği BD. Elazığ (Orcid No: 0000-0003-2745-6561)
3 Prof. Dr.; Fırat Üniversitesi Halk Sağlığı BD. Elazığ (Orcid No: 0000-0002-1344-4562)

Giriş

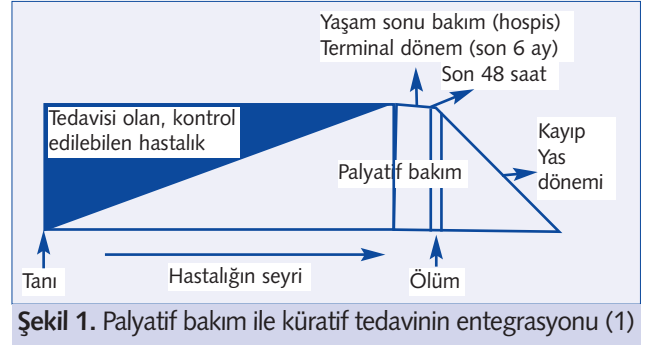
Tanım

Palyatif bakım, geçmişte terminal dönemdeki, yapılacak hiç bir tedavinin bulunmadığı hastalar için özellikle kanser hastaları için gündeme gelen bir yaklaşımdır; günümüzde palyatif bakımın yaşamı tehdit eden hastalıkların tanısından itibaren, tedavi edici yaklaşımlara ek olarak yürütülmesi gerektiği kabul edilmektedir (1). Bu anlayış değişikliği DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü)'nün yeniden şekillendirdiği palyatif bakım tanımında da yer almaktadır. DSÖ 1986 yılında palyatif bakımı tedavi edici yaklaşımların tükendiği son dönem hastalarında yapılan bir uygulama olarak tanımlamışken; 2002 yılında; yaşamı tehdit edici hastalıklara eşlik eden sorunlar yaşayan hasta ve ailelerin, fiziksel, psikososyal ve manevi (spiritüel) problemlerini erken tanımlama, değerlendirme, tedavi ederek acı çekmelerini azaltma ya da önleme ve böylece yaşam kalitelerini artırma amacı olan bir yaklaşım olarak tanımlamıştır (2,3). Köken aldığı "Palliate (Palliare)" latince kökenli bir kelime olup, koruyucu ya da kapsayıcı anlamındadır. İngilizce terminolojide "Palliative" hafifletici, yatıştırıcı, geçici çare anlamında kullanılır (4).

Sosyal yapıdaki değişiklik, bağımlı yaşlı nüfus oranında artış, tıp alanındaki gelişmeler sonucu hastalıkların kronik bir süreç kazanması, hane nüfus sayısında azalma, kadınların ev dışında çalışma oranında artış gibi çeşitli sebeplerle, kronik süreçteki hastalara aileleri gerekli bakımı sağlayamamakta ve profesyonel bakım ihtiyacı doğmaktadır. Palyatif bakım, tam da bu noktada, yaşamı tehdit eden bir hastalıkla yüz yüze kalan hasta ve yakınlarının, gereksinimlerinin karşılanması amacıyla doğmuş bir yaklaşım türüdür (5).

Palyatif bakımda ölüm normal bir süreç olarak görülür. Ölüm ne geciktirilir ne de hızlandırılır, amaç yaşamdan ölüme geçişi kolaylaştırmaktır. Yaşam süresinden çok yaşanan hayatın kalitesiyle ilgilenir (6,7).

Günümüzde palyatif bakımın kapsamı daha da genişletilerek yeni tanı, kür edilebilir hastalık, metastatik hastalık, yaşam sonu bakım, ölüm ve ölüm sonrası yas bakımını da içine alacak şekilde;



Şekil 1. Palyatif bakım ile küratif tedavinin entegrasyonu (1)

hasta ve yakınlarının fiziksel, psikososyal ve manevi gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik multidisipliner ve bütüncül bir yaklaşım olarak değiştirilmiştir (8-10). Palyatif bakım, küratif tedavi ve yas dönemi entegrasyonu Şekil 1'de gösterilmiştir (Şekil 1).

Palyatif bakımın önemi ve gerekliliği gün geçtikçe daha da anlaşılır bir hal almıştır.

DSÖ'nün belirlediği kriterlere uygun olarak her ülke, kendi sağlık sistemine, kültürlerine, inançlarına ve gereksinimlerine göre bir plan ve strateji oluşturmuştur. 2003 yılında Dünya Palyatif Bakım Birliği (World Palliative Care Alianz, WPCA) kurulmuştur. Ve palyatif bakım tanımı geliştirilerek tekrar yapılmıştır; WPCA tanımına göre :

1. Palyatif bakım hem yaşamı tehdit eden hastalıklar hem de kronik hastalıklar için bir ihtiyaçtır.
2. Palyatif bakımı sunmak için tanı ve prognoza dayalı değil ihtiyaca yönelik yaklaşım önerilmektedir.
3. Palyatif bakıma bakımın her düzeyinde ihtiyaç vardır. Palyatif bakım üç farklı düzeyde sunulabilir:
 - Palyatif Bakım Yaklaşımı: Uygun eğitim ile tüm sağlık profesyonelleri tarafından palyatif bakım sunma yaklaşımıdır.

- Genel Palyatif Bakım: Yaşamı tehdit eden hastalığı olan hastaları tedavi eden tüm birinci basamak profesyonelleri tarafından iyi bir temel palyatif bakım bilgisi ile sağlanan bakımdır.

- Uzman Palyatif Bakım: Karmaşık sorunları olan hastalara uzman ekip tarafından sunulan hizmettir.

4. Palyatif bakım herhangi bir bakım şekli ile sınırlandırılmamalıdır. Palyatif bakım hastanın evinde, bir bakım kuruluşunda, hastanede, hospiste veya ayaktan tedavi servisinde sunulabilir (11).

Tarihçe

İnsanoğlu tarih öncesi dönemlerden beri ölüm sonrası süreç üzerine araştırmalar yapsa da, ölüm sürecine son yüzyılda dikkat kesilmiştir. Dini kurumlar yüzyıllar boyu özellikle yoksullar ve kimsesizlere yaşam sonu bakım sağlayan ana birim olmuşlardır. Palyatif bakımın gelişmesi orta çağ dönemine kadar uzanmaktadır. Ortaçağ zamanında "son dönem bakım" (hospis) terimi yolcular ya da seyahat eden kişiler için korunulacak ya da sığınılacak bir yeri tarif etmek amacıyla kullanılıyordu. Modern son dönem bakım ve palyatif bakımın evrimi Dame Cicely Saunders'ın vizyon, cesaret ve sorumluluğu sayesinde gelişmiştir (12).

Dünyada ilk palyatif bakım ünitesi 1842 yılında Fransa'da kurulmuştur. Modern anlamda ilk hospis (son dönem hasta bakım merkezi) hizmeti ise İngiltere'de hemşire ve sosyal çalışma uzmanı Cicely Saunders tarafından St. Christopher's Hospis adı altında 1967'de Londra'da başlatılmıştır. İlk palyatif bakım servisi ise 1975 yılında Kanada Montreal'de Royal Victoria Hastanesi'nde kurulmuştur. Bu anlayış tüm dünyada hızla yayılmış ve çok kısa bir süre içerisinde yüzlerce palyatif bakım servisi açılmıştır (13).

Palyatif bakımın temel hedefleri

Palyatif bakımın amacı, hastaların öncelikle ağrı olmak üzere diğer semptomlarının giderilmesi, beslenme desteğinin sağlanması, psikolojik destek, hasta rahatının sağlanması ve bakımı, hasta ve bakım verenin hastalık ve bakım konusunda eğitimi ile hastanın fonksiyonel durumunun artırılmasına odaklı olup, disiplinler arası bir ekiple bu hizmetin sunulmasıdır. Bu süreçte temel hedef, hastaların ve ailelerinin yaşam kalitelerinin artırılmasıdır (14).

Palyatif bakım;

- Ağrı ve diğer rahatsız edici semptomların giderilmesini sağlar;

- Yaşamı desteklemekle birlikte, ölümü de doğal bir süreç olarak algılar;

- Ölümü hızlandırma veya erteleme amacı taşımaz;

- Hasta bakımının psikososyal ve tinsel yönlerini fiziksel bakımla bütünlüştürür;

- Hastaların, son ana kadar, aktif bir yaşam sürmelerinde destek sağlar;

- Hasta yakınlarına hastalık süreci ve sonrasında kendi yas süreçleriyle başa çıkabilmelerinde destek sağlar;

- Gerektiğinde yas dönemi danışmanlığı da dahil olmak üzere, hasta ve hasta yakınlarının gereksinimlerinin karşılanmasında ekip yaklaşımı kullanır;

- Yaşam kalitesini artırır ve aynı zamanda hastalık sürecini olumlu olarak etkileyebilir;

- Hastalık sürecinin erken evrelerinde, kemoterapi ve radyoterapi gibi yaşam süresini uzatmayı hedefleyen tedavilerle birlikte kullanılabilir; klinik komplikasyonların daha iyi anlaşılması ve yönetilmesini amaçlar (2).

Palyatif bakımda hedef gruplar

DSÖ - WPCA palyatif bakım gerektiren tıbbi durumları Tablo 1'de belirtilmiştir (11,15).

Palyatif Bakım Ekibi

Palyatif bakım ekibi; ortak amacı doğrultusunda hizmet veren farklı profesyonellerden oluşmaktadır. Palyatif bakımı sunacak bu ekip üyeleri arasında başta hasta ve aileler olmak üzere;

- Hekimler (aile hekimleri, anestezi uzmanları, algoloji uzmanları, onkologlar, cerrahlar...)

- Hemşireler (palyatif bakım eğitimi almış hemşireler, klinik hemşireleri)

Tablo 1. DSÖ - WPCA WPCA palyatif bakım gerektiren tıbbi durumlar (11,15)

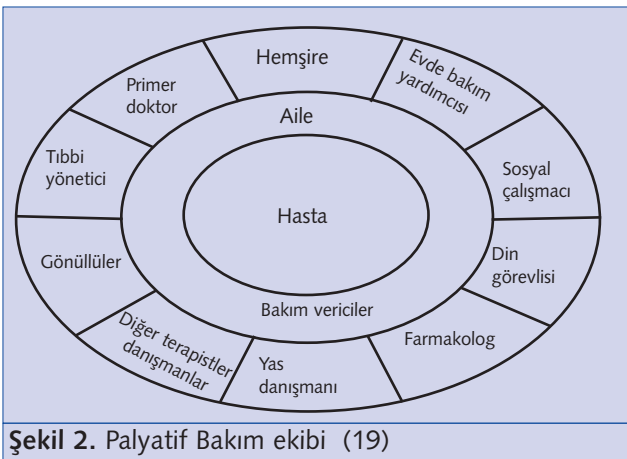
Erişkinlerde palyatif bakım gerektiren hastalıklar	Çocuklarda Palyatif bakım gerektiren hastalıklar
Kanserler, alzheimer, demans kardiyovasküler hastalıklar, siroz kronik obstrüktif akciğer hastalığı, diyabet, acquired immune deficiency syndrome (AIDS), böbrek yetmezliği, multiple skleroz, parkinson hastalığı, romatoid artrit	Kanserler, yenidoğan hastalıkları, konjenital anomaliler, kardiyovasküler hastalıklar, kan ve immün bozukluklar, menenjit, siroz, AIDS, böbrek hastalıkları, nörolojik bozukluklar

- Farmakologlar
- Diyetisyenler
- Psikologlar
- Sosyal çalışma uzmanları
- Yas danışmanı

Gönüllüler yer almaktadır. Bunun yanında hastaların gereksinimlerine göre ekip içerisinde semptom kontrolü için fizyoterapistler, fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanları gibi meslek üyeleri de dahil olabilmektedir (16). Bazı Batı ülkelerinde ekipte bir din görevlisinin de yer alması istenir. Hemşire asistanlarının da bazı Batı ülkelerinde ekipte olmaları gerekli görülür, hatta Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde hospis çalışanı olabilmeleri için özel sertifikaları olması da gerekir. Ulusal sağlık sigorta planına göre Palyatif bakım ekibinde gönüllülerin de yer alması gerekir. Bu son üç grubun palyatif bakım ekibinde bulunması ülkemizde çok yaygın değildir (17,18). Şekil 2'de multidisipliner palyatif bakım modeli şeması görülmektedir.

Kapsamlı palyatif bakım hizmeti

Palyatif bakım hizmetinde ev ortamı bakım için esastır. Amaç hastanede verilebilecek bakımın, hastanın kendi ortamında evinde verilmesidir.



Şekil 2. Palyatif Bakım ekibi (19)

Hospis tedaviye yanıt vermeyen hastaların, semptom kontrolünün sağlandığı ev benzeri atmosfere sahip merkezlerdir. Hastanın kalan son günlerini rahat geçirmesini sağlayarak onurlu bir ölümü hedefler (20,21). "Hospis" hizmetleri ilk kez 1960'lı yıllarda İngiltere' de Dr. Cicely Saunders tarafından başlatılmış, sonra sırasıyla Kanada (Royal Victoria), ABD (Hotwitz Center), Yeni Zelanda, Avustralya, Japonya şeklinde devam etmiştir. Günümüzde hospis felsefesi; hasta ve ailenin merkezde yer aldığı interdisipliner ekip tarafından gerçekleştirilen, tedaviden çok palyatif bakımı yani ağrı ve diğer semptomların kontrolünü vurgulayan, böylece hastanın yaşamının son günlerini onurlu ve rahat yaşamasını, evi ya da evi benzeri bir ortamda geçirmesini sağlayan bir hizmet programıdır. Hospislerde tedaviden çok bakım sunulur. Hastalıktan çok hastaya, hastalığı tedavi etmek ya da yaşamı uzatmaktan çok hastayı rahatlatmaya önem verilir. Hasta ve aile bir bütün olarak ele alınır (16).

Ailelerin palyatif bakımda beklentileri; semptom yönetimi, duygusal destek, bilgilendirme, eğitim, iletişim, hasta ile ilgili kararlarda yer almak, hasta bakımını sağlayanların sorulara yanıt vermesi, hasta ile birlikte daha fazla zaman geçirmek ve daha çok imkanlara sahip kurumlar olmasıdır (22).

Palyatif bakım hastalarında en sık görülen semptomlar

Palyatif bakım hizmeti verilen hastaların başta ağrı olmak üzere, diğer tüm semptomlarının hafifletilmesi amaçlanmaktadır. Ağrının yanında ilerlemiş hastalığa sahip olan bireylerde en sık görülen fiziksel ve emosyonel sorunlar arasında (23);

- Dispne,
- Bulantı-kusma,
- İştahsızlık,

- Halsizlik-yorgunluk,
- Uykusuzluk,
- Ciltte değişiklik
- Konstipasyon,
- Deliryum ve depresyon,
- Ağızda yara gibi belirtiler yer almaktadır.

kalitede ve aynı zamanda uygun fiyatlı palyatif bakım hizmeti sunmaktır. DSÖ ve WPCA 2014 raporuna göre dünya üzerinde 234 ülke palyatif bakım gelişimine göre kendi içlerinde alt grupları barındıran 4 grupta sınıflandırılmıştır.(Tablo 2) WPCA'nın palyatif bakım sınıflama kriterleri şöyledir (11);

- lke genelinde yaygın palyatif bakım servisleri ve dernekleri,
- Sağlık sistemine entegre palyatif bakım hizmeti,
- Genel sağlık sigortası poliçelerinde palyatif bakımın ağırlığı olması ve diğer fonlardan palyatif bakım harcamalarına kaynak aktarılması,

Dünya'da Palyatif Bakım

Dünya Palyatif Bakım Birliği tüm dünyadaki ulusal ve bölgesel hospis ve palyatif bakım organizasyonlarını içine alan bir örgüttür. Birlięin vizyonu evrensel, her bireye ulaşabilen, yüksek

Tablo 2. Dünyada palyatif bakım uygulamaları (11)

Gruplar		Özellikleri	lkeler
Grup 1 lkeler	Hospis-palyatif bakım aktivitesi bilinmeyen lkeler	Hospis-palyatif bakım hizmeti yoktur. Ülkeyi kapsayan palyatif bakım politikaları aktiviteleri de bulunmaktadır. Bu grupta 75 ülke (%32) yer alır	Senegal, Afganistan, Nijer, Gine, Kore, Türkmenistan, Yemen, Özbekistan gibi
Grup 2 lkeler	Hospis-palyatif bakım aktivitesi bilinmeyen lkeler	Faliyette olan ve hizmet veren palyatif bakım servisleri yoktur. Palyatif bakım servisleri oluşturmak için organizasyon, konferans, personel eğitimi, politik lobi faaliyetleri gibi çalışmalar yapılmaktadır. Bu grupta 23 ülke (% 10) yer alır.	Azerbeyzan, Dominika, Bolivya, Haiti, Vatikan, Filistin gibi
Grup 3 lkeler	ülke genelinde olmayıp sadece lokalize hospis palyatif bakım yapılanması olan lkeler	Grup 3A lkeler Az sayıda lokalize kliniklerde, sınırlı kapasitede palyatif bakım hizmeti verilmektedir. Finans kaynakları sağlık sistemine entegre olmayıp daha çok kişisel bağışlardan sağlanmaktadır. Morfin ulaşılabilirliği sınırlı olup, hükümetler tarafından palyatef bakım aktiviteleri yeterince desteklenmektedir. Bu grupta 74 ülke (% 31.6) yer alır	Bulgaristan, Brezilya, Mısır, Yunanistan, İran, Irak, Vietnam, Venezuela, Birleşik Arap Emirlikleri, Tayland, Tunus, Moldova, Meksika, Rusya gibi
		Grup 3B lkeler Lokalize olan palyatif bakım hizmetleri genel sağlık sistemi ile entegre değildir. Finans kaynakları kişisel bağışlar, genel ve özel sağlık sigortası, yerel devlet kaynaklarından karşılanmaktadır. Dernek organizasyonları tarafından yürütölen sınırlı eğitim faaliyetleri vardır. Morfine rahatlıkla ulaşabilir. Bu grupta 17 ülke (% 7,3) yer alır	Portekiz, Kıbrıs, Arjantin, Malta, Türkiye, Hindistan, Nepal, Litvanya, Hırvatistan, Bosna-Hersek gibi
Grup 4 lkeler	Sağlık sistemi ile entegre hospis-palyatif bakım servisleri olan lkeler	Grup 4A lkeler Palyatif bakım hizmetleri çeşitli olup yaygındır. Sağlık personeline ve yerel toplumda palyatif bakım bilinçlenmesi vardır. Morfin ve güçlü anajezikleri kolay ulaşılabilir. Sınırlı düzeyde palyatif bakım politikaları olup ulusal palyatif bakım dernekleri vardır. Bu grupta 25 ülke (% 10,7) yer alır.	Kosto Rika, Kenya, Çin, Danimarka, İsrail, Finlandiya, Maceristan, Yeni Zeland, Malezya, Moęalistan, Hollanda, İspanya gibi
		Grup 4B lkeler Bu grupta 20 ülke (%8,6) yer alır. lke genelinde yaygın palyatif bakım hizmetleri olup kapsamlı hizmet verilmektedir. Etkin ve sürekli palyatif bakım politikaları vardır. Üniversitelerde akademik işbirliği içinde olan gelişmiş palyatif bakım eğitim sistemleri ve ulusal palyatif bakım dernekleri vardır.	Romanya, Singapur, İsveç, İsviçre, Uganda, İngiltere, ABD, Avusturya, İzlanda, Avusturya, Belçika, Kanada, Fransa, Almanya, Hong Kong, Polonya, İrlanda, İtalya, Japonya, Norveç

- Sağlık personeli ve yerel derneklerin hizmet verdiği etkin ve sürekli palyatif bakım politikaları
- Morfine ulaşılabilirlik,
- Sağlık profesyonellerinin ve toplumun palyatif bakım konusunda bilinçlenmesi,
- Üniversitelerle akademik işbirliği içinde olan gelişmiş palyatif bakım eğitim sistemleri.

Türkiye’de palyatif bakım

Türkiye’de palyatif bakımın tarihsel seyrine bakıldığında ise Selçuklu ve Osmanlı döneminde darüşşifa’larda eğitilmiş doktorlar ve yardımcı sağlık personeli tarafından sağlık hizmetinin verildiği bilinmektedir. Darüşşifalar o dönem vakıflar tarafından finanse edilmekteydi. 1895 yılında kurulan ve ‘Darülaceze’ adı verilen kurumlar ise din, dil, ırk, cinsiyet ve sınıf gözetmeksizin bakıma muhtaç tüm hastalara, düşkünlere, yetimlere, kimsesizlere ve yaşlılara hizmet vermektedir. Günümüzde Darülaceze halen 650 yatak



Fotoğraf: Bilal Solak “Nice Yıllar Yaşadım mı?”
TTB-STED Fotoğraf yarışması 2007 Başarı ödülü

kapasitesi ile hayırseverlerin katkılarıyla elde edilen gelirler ile hizmet vermeye devam etmektedir (8). Bununla birlikte Türkiye’de palyatif bakıma yönelik ilk uygulamalar 1990’lı yıllarda başlamıştır. Algoloji uzmanları ve onkologlar tarafından kanser hastalarının ağrılarının dindirilmesi ve diğer semptomların hafifletilmesine yönelik uygulamalarla palyatif bakım verilmeye başlanmıştır (24). Kanser hastalarının bakım ve tedavilerini desteklemek amacıyla Türk Onkoloji Vakfı tarafından 1993- 1997 yılları arasında İstanbul’da palyatif bakım merkezi benzeri “kanseri bakımevi” kurulmuştur (25).

Günümüzde Sağlık Bakanlığı palyatif bakım ile ilgili çalışmalar yürütmektedir. Kanseri Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından “Palya-Türk” adında bir proje hazırlanmıştır. Kanseri Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından yayınlanan 2009-2015 Ulusal Kanseri Kontrol Programı’nda palyatif bakım programı tanımlanmış, profesyonelleşme yolunda amaçlar belirlenmiştir. Esas olarak PalyaTürk’ün aile hekimliği üzerine kurulu, KETEM (Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi) ve sivil toplum örgütleri ile desteklenen, öncelik olarak hemşire bakımı üzerine yerleştirildiği belirtilmektedir (26).

Dünya Palyatif Bakım Birliği 2014 verilerine göre ülkemiz palyatif bakım adına Grup 3b ülkeleri arasında yer almaktadır (11). Bu raporun yayınlandığı tarihten günümüze kadar ülkemizde palyatif bakım hizmet sunumunda gelişmeler olmasına rağmen henüz istenilen seviyelere gelinmemiştir. Türkiye’de genel olarak palyatif bakım hizmetlerinin gelişiminin dünyadaki gelişimine göre daha geç olmasının ve hospis hizmetlerinin bulunmamasının nedeni olarak; ülkemizdeki aile yapısı ve kültürel özelliklerden dolayı hastalara evde bakma ve mümkün olduğu kadar yaşamın sonuna kadar bütün tıbbi tedavi seçeneklerinin uygulanması çabası, insan gücünde yaşanan sorunlar, palyatif bakım uzmanlığının bulunmaması ve toplumda palyatif bakım farkındalığının yeterli olmamasından kaynaklandığı belirtilmektedir (27).

Sağlık Bakanlığı’ndan elde edilen verilere göre 2018 yılı itibari ile ülkemizde 81 ilde kamu hastaneleri bünyesinde toplam 5043 yataklı 378 palyatif bakım ünitesi bulunmaktadır (28).

Palyatif bakım uygulamasında yaşanan engeller

Gelişmiş ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de palyatif bakım konusunda bazı engeller ve gecikmeler yaşanmaktadır. Bunlardan bazıları (29):

- Sağlık personellerinin iş yükünün fazla olması ve sayılarının eksik olması,
- Hasta ve hasta yakınlarının bu konudaki farkındalığın düşük olması ve semptom yönetiminde sabırsız davranması ve yeterince destek istememeleri,
- Palyatif bakımın kanun ve mevzuatlarla desteklenmesinin yetersiz olması,
- Evde bakım uygulamalarının sigorta kapsamı dışında kalması, yeteri kadar mali desteğin olmaması,
- Tedavi odaklı yaklaşım gösterilmesi Hastanelerin fiziki yeterliliklerinin bakım için uygun durumda olmaması,
- Semptom kontrolünde standartların oturtulamaması gibi nedenler sayılabilir.

Sonuç

Günümüz sağlık hizmeti sunumunda tedavi hizmetlerine ek olarak sunulan ve hastanın ve ailesinin fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan desteklenmesini amaçlayan palyatif bakım hizmetleri bireylerin yaşam kalitesini arttırmayı amaçlamaktadır. Her hizmet sunumunda olduğu gibi palyatif bakım hizmetlerinin sunumunda da eğitilmiş personelin önemi göz ardı edilmemelidir. Ülkemizde olduğu gibi Palyatif bakım eğitiminin sağlık çalışanlarına yeterince verilmemesi bu alanda bir uzmanlık dalının kurulmasının gerekli olduğunu göstermesi açısından önemlidir. Böylece hem farkındalık arttırılacak hem de palyatif sağlık hizmetleri daha profesyonel bir hale getirilecektir. Palyatif bakım alan hastalarda semptomların kontrolü ile yaşam kalitesinin artırılması, hasta yakınlarının desteklenmesi gereklidir. Ülkemizde palyatif bakım hizmetlerinin daha etkin sunulabilmesi için palyatif bakım hizmetlerinin sağlık sistemi ile bütünleşebilmesi önemlidir. Bunun için gerekli yasal düzenlemelerin

etkinleştirilmesi, sağlık çalışanları ve hastalarda farkındalığı arttırmak için eğitimler düzenlenmesi önemli gelişmelere yol açabilir.

İletişim: Dr. Burkay Yakar

E-posta: byakar@firat.edu.tr

Kaynaklar

1. Borasio, G. (2011). Translating the World Health Organization definition of palliative care into scientific practice. *Palliative and Supportive Care*, 9(1), 1-2. doi:10.1017/S1478951510000489.
2. World Health Organization, <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Erişim tarihi: 20.05.2019.
3. Ahmedzai SH, Costa A, Blengini C, Bosch A, Sanz-Ortiz J, Ventafridda V, et al. A New International Framework for Palliative Care. *Eur J Cancer*. 2004 Oct;40(15):2192-200.
4. Kabalak AA, Öztürk H, Çağıl H. Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu; Palyatif Bakım. *Yoğun Bakım Dergisi*, 2013;11(2):56-70.
5. Lagman R, Walsh D. Integration of palliative medicine into comprehensive cancer care. *Semin Oncol*. 2005;32:134-8.
6. Lorenz KA, Lynn J, Dy SM, Shugarman LR, Wilkinson A, Mularski RA, et al. Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2008;148:147-59.
7. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage*. 2002;24:91-6.
8. Kahveci K, Gökçınar D. Palyatif Bakım. 1. Baskı. İstanbul. Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti. 2014.
9. Boyle P. Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu Dünya Kanser Raporu Lyon. <https://studylibr.com/doc/604005/d%C3%BCny-a-kanser-raporu-2008> Erişim tarihi: 15 Nisan 2019.
10. Temel JS, Joseph MD, Greer CA, Emily MA, Gallagher R, Sonal Admane RN, et al. Palliative Care For Patients With Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. *N Engl J Med*. 2010;363:733-42.
11. WHO-WPCA (2014). (The World Health Organization-Worldwide Palliative Care Alliance). *Global Atlas Of Palliative Care At The End Of Life*. World Health Organization 2014. Erişim Adresi: http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf Erişim Tarihi: 15 Mart 2019.
12. Rice, R. *The Hospice and Palliative Care Patient. Home Care Nursing Practice Concepts Application*, 4nd ed. (Ed Rice R):456-65. USA , Mosby Elsevier, USA, 2006.
13. Twycross RG. Hospice care-redressing the balance in medicine. *J R Soc Med*. 1980;73(7):475-81.

14. Beresford ve Kerr 2012 Beresford L, Kerr K (2012). Next Generation of Palliative Care: Community Models Offer Services Outside the Hospital. <https://www.chcf.org/wp-content/uploads/2017/12/PDF-NextGenerationPalliativeCare.pdf>. Erişim tarihi: 15 Şubat 2019.
15. Houttekier, D., Cohen, J., Surkyn, J., & Deliens, L. (2011). Study of recent and future trends in place of death in Belgium using death certificate data: a shift from hospitals to care homes. *BMC public health*, 11, 228. doi:10.1186/1471-2458-11-228.
16. Özkan S. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı'nda (KOAH) palyatif ve yaşam sonu bakım. *Selçuk Tıp Dergisi*. 2011;28(1):69-74.
17. Erel S. Dünyada Palyatif Bakımın Durumu ve Hospis Sistemleri. *Türkiye'de Kanser Kontrolü*. 1. Baskı. (Ed: Tuncer AM): 287-298, Ankara, Koza Matbaacılık, 2009.
18. National Consensus Project For Quality Palliative Care (2009). Erişim adresi: https://www.nationalcoalitionhpc.org/wp-content/uploads/2018/10/NCHPC-NCPGuidelines_4thED_web_FINAL.pdf . Erişim tarihi: 15 Şubat 2019.
19. Palliative Care Council of South Australia, Multicultural Palliative Care Guidelines. Erişim adresi: <https://palliativecare.org.au/wp-content/uploads/2015/05/Multicultural-palliative-care-guidelines.pdf> Erişim tarihi: 15 Şubat 2019.
20. Aydoğan F, Uygun K. Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler. *Klinik Gelişim*. 2011;24(3):4-9.
21. Sucaklı MAH. Palyatif Bakım ve Yaşam Kalitesi. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*. 2014;5(3):109-13.
22. Stajduhar KI, Funk L, Cohen SR, Williams A, Bidgood D, Allan D, et al. Bereaved family members' assessments of the quality of end-of-life care: what is important? *J Palliat Care*. 2012; 27(4):261-269.
23. Uysal N, Şenel G, Karaca Ş, Kadioğulları N, Koçak N, Oğuz G. Palyatif bakım kliniğinde yatan hastalarda görülen semptomlar ve palyatif bakımın semptom kontrolüne etkisi. *Ağrı*. 2015;27(2):104-110.
24. Bingley A, Clark D. A comparative review of palliative care development in six countries represented by the middle east cancer consortium (Mecc). *Journal Of Pain and Symptom Management*. 2009; 37(3):287-96.
25. Kabalak AA, Kahveci K, Gokcinar D, Özdoğan N, Cagil H. Structuring of palliative care in Ankara Ulus State Hospital, Turkey; 2012-2013. *J Palliat Care Med*. 2013;3(5):2-5. DOI: 10.4172/2165-7386.1000162.
26. T.C. Sağlık Bakanlığı, İzmir Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Palyatif Bakım Çalışma Raporu 2013-2014. <https://docplayer.biz.tr/5190687-Palyatif-bakim-izmir-il-saglik-mudurlugu.html> Erişim tarihi: 10 Nisan 2019.
27. Akçiçek F, Akbulut F, Fadıloğlu ÇZ. Palyatif bakım; evde ve hastanede çalıştay raporu. *Ege Geriatri Derneği Yayınları*. 2013. <https://docplayer.biz.tr/56301777-Palyatif-bakim-evde-ve-hastanede-calistay-raporu-editorler-prof-dr-fehmi-akcicek-prof-dr-gokhan-akbulut-prof-dr-z.html> Erişim tarihi: 15 Mayıs 2019.
28. Sağlık Bakanlığı. Palyatif Bakım Hizmetleri Available from: <https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/palyatif.php>
29. Kömürcü Ş. Türkiye' de Palyatif Bakım. *Türkiye'de kanser kontrolü*. 1. Baskı. (Ed: Tuncer AM.): 299-304, Ankara, Koza Matbaacılık, 2009.