

Derleme / Review

Türkiye’de ve Dünya’da palyatif bakım modellerine genel bakış

Overview of the palliative care models in Turkey and the World

Yasemin Aslan

BAU Göztepe Medical Park Hastanesi, Kalite Sorumlusu, İstanbul, Türkiye

ÖZ

Son yıllarda dünya nüfusunun giderek yaşlanması, teknolojik gelişmelerin hızlanması, yaşamı tehdit eden hastalıkların tedavisindeki gelişmelerle birlikte bireylerin beklenen yaşam süresinin uzaması palyatif bakıma olan gereksinimi artırmıştır. Bireylerin yaşamlarının son dönemlerinde ortaya çıkan ve gerek hasta gerekse hasta yakınlarının fiziksel, psikososyal ve ekonomik yönden yaşadıkları sıkıntılar yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etki yapmaktadır. Her insanın kaliteli bir yaşam sonu bakım alma hakkı kapsamında ülkeler, palyatif bakım hizmetlerini kendi sosyokültürel yapılarına uygun bir şekilde sağlık sistemlerine entegre ederek herkes için eşit, erişilebilir ve maliyet etkin bir hizmet sunmaya gayret göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Palyatif bakım modelleri, yaşam sonu bakım

ABSTRACT

In recent years, the aging of the world population, accelerating technological developments, the extension of life-threatening life expectancy of individuals with developments in the treatment of diseases has increased the need for palliative care. During the last decades of the lives of individuals and the resulting physiological need patients and patient’s relatives, psychosocial and economic hardships are a negative impact on the quality of life. Within the scope of the right of every person to receive quality end-of-life care, countries strive to provide equal, accessible and cost-effective service for everyone by integrating palliative care services into health systems in accordance with their sociocultural structures.

Keywords: Palliative care models, end of life care

GİRİŞ

Günümüzde gelişmiş ülkelerde en fazla ölüm nedenleri arasında kalp hastalığı, kanser ve kronik obstrüktif akciğer hastalıkları gibi palyatif bakım gereksinimi olan kronik hastalıklar yer almaktadır (1). ABD’de kanser en sık ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır (2). Dünya Sağlık Örgütü

kanser yükünün 18,1 milyon yeni vakaya yükseldiğini ve 2018’de 9,6 milyon kişinin kanserden dolayı öldüğünü raporlamıştır (3). Dünya genelinde ciddi ölümcül hastalığı olan kişilerin üçte birinin palyatif bakıma erişemediği belirtilmiştir (4). Palyatif bakımın amacı; bireylerin toplumsal ve kültürel inanç ve değerlerine duyarlı kalınarak, hastalığa bağlı ortaya

Sorumlu Yazar: Yasemin Aslan, BAU Göztepe Medical Park Hastanesi, Kalite Sorumlusu, 23 Nisan Sok., Merdivenköy Mah., 34732, Kadıköy, İstanbul, Türkiye

E-posta: yaseminorakci10@gmail.com

Geliş Tarihi: 14.10.2019 **Kabul Tarihi:** 04.11.2019 **Makale ID:** 632674

Cite this article as: Aslan Y. Türkiye’de ve Dünya’da palyatif bakım modellerine genel bakış. Anadolu Güncel Tıp Derg 2020; 2(1):19-27.

çıkan ağrı ve diğer semptomların hafifletilmesi ve bireyin yaşam kalitesinin artırılmasıdır (4-7).

Ölüm kaçınılmazdır ancak modern tıptaki gelişmeler ve artan yaşam beklentisi gelişmiş ülkeler gibi diğer ülkeleri de nasıl daha iyi ve saygın ölüneceğine dair tartışmaların içerisine sürüklemektedir (8,9). 20.yüzyılın son çeyreğinde dünyada palyatif bakım ve hospis bakımı ile ilgili önemli ilerlemeler olmuştur. Bunlardan ilki palyatif bakımın halk sağlığı sistemine entegre edilmesidir (10-12). İkincisi, palyatif bakımın insan hakları mevzuatı içerisine alınmasıdır. Bununla birlikte, pek çok ülkede uzmanlık servisleri kurulmuş, gelişmiş eğitim programları başlatılmış ve palyatif bakım hizmetleri ulusal sağlık politikalarına dahil edilmiştir (10,13-15). Ayrıca geçtiğimiz on yıl içinde yeni palyatif bakım modelleri, yenilikçi ödeme mekanizmaları, artan kamuoyu ve mesleki bilinç ile birlikte büyük bir değişim ve gelişim yaşanmıştır (16). Bütçe baskıları hem kamu hem özel kurumlar için kaliteli bakım sağlama durumunu zorlaştırırken asıl amaç harcanan her dolar başına dikkat çeken hasta merkezli yaklaşımlar uygulamak ve yakın zamanda kaliteli bakım sağlamanın maliyet etkin yollarını belirlemektir (17).

Ülkemizde her geçen gün palyatif bakım hizmetlerine gereksinim duyulan hasta sayısının artması bu konuda sistemli bir yapılanmaya gereksinim olduğunu göstermektedir (18).

PALYATİF BAKIMIN TANIMI

Palyatif kelimesi Latince *pallium* (pelerin) sözcüğünden köken alır ve *palliare* “gizlemek, örtmek” anlamına gelir. Önce Fransızca ve Latince dillerinde kullanılmış daha sonra İngilizce literatürüne girmiştir (19).

Türk Dil Kurumu sözlüğünde palyatif sözcüğünün birinci tanımı “Hastalığı tamamen iyileştirmeyen, yatıştırıcı olan, tesiri geçici olan ilaç veya tedavi” şeklinde iken, ikinci tanımı “Geçici ve kısa süreli, kesin çözüm sağlamayan, esaslı olmayan” şeklindedir (20).

Dünya Sağlık Örgütü’nün tanımına göre palyatif bakım; “Yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan problemlerle karşılaşan hasta ve ailede; ağrının ve diğer problemlerin, erken tanılama ve kursuz bir değerlendirme ile fiziksel, psikososyal ve spiritüel gereksinimlerin karşılanması, acı çekmenin önlenmesi ve hafifletilmesine yönelik uygulamaların yer aldığı ve yaşam kalitesini geliştirme amaçlıdır.” (21).

Palyatif Bakımın Ekip Üyeleri

Palyatif bakımın yaşam kalitesini artırdığı, maliyetleri düşürdüğü ve yaşam süresini artırdığı bilindiğinden bu yana palyatif bakım uzmanlarına olan talep hızla artmaktadır (22,23). Multidisipliner yaklaşım palyatif bakımın temel özelliğidir. Bu ekip hastane, evde bakım, hospis, günlük bakım merkezleri, acil servis, bakımevleri, uzun dönem bakım merkezleri gibi çeşitli sağlık bakım ortamlarında kesintisiz hizmet verebilir nitelikte olmalıdır. Ekip üyeleri hastanın durumuna göre aile hekimi, palyatif bakım hekimi, geriatri uzmanı, medikal onkolog, radyasyon onkoloğu, fizik tedavi ekibi, algoloji uzmanı, hemşire, yardımcı sağlık personeli, gönüllüler, sosyal hizmet uzmanı, yas danışmanları, meşguliyet terapisti, solunum terapisti ve din görevlilerinden oluşmaktadır (18,24-26). Avrupa’daki bütünlük palyatif bakım üzerine yapılan bir sistematik incelemede; multidisipliner ekibin daha iyi semptom kontrolü sağladığı, daha az bakım yükü getirdiği, bakımın koordinasyonunu ve sürekliliğini geliştirdiği, maliyet etkin olduğu ve hastaların tercih ettikleri yerlerde öldüklerini göstermiştir (27).

DÜNYA GENELİNDE PALYATİF BAKIM SERVİSLERİNİN DURUMU

Palyatif ve yaşam sonu bakım hizmetleri başarılı hükümetler için bakım kalitesini artırmak ve yaşam sonu bakım maliyetlerini azaltmak amacıyla bir politika önceliği olmuştur. Bu sistemlerin entegre bir şekilde uygulanması bakım kalitesini, verimliliği, çalışan ve hasta memnuniyetini artırdığı gibi uluslararası bir öncelik olarak kabul edilmiştir (4,12,14,28,29). Dünya Palyatif Bakım İttifakı ve Dünya Sağlık Örgütü beş kıtadan sadece üçünde kaliteli palyatif bakım hizmeti sunulduğunu belirtmiştir (13).

İngiltere’de Palyatif Bakım Hizmeti

İngiltere, hospis bakımının gelişimine öncülük etmesinin yanı sıra, hastane temelli palyatif bakım uygulamalarının gelişmesine de liderlik yapmış ve 1976 yılında St Thomas Hastanesi’nde ilk palyatif bakım ünitesini açmıştır (30). İngiltere, Galler, İskoçya ve Kuzey İrlanda’da Ulusal Hospis Konseyi ve Uzman Palyatif Bakım Hizmetleri 1991 yılında kurulmuştur. İngiltere’deki ölümlerin %29’unun nedeninin kanser olduğu ve bu hastaların %75’inin palyatif bakıma gereksinimi olduğu raporlanmıştır (31). Murtagh ve ark. (32) İngiltere gibi yüksek gelirli ülkelerde ölenlerin yaklaşık %69-%82’sinin palyatif bakıma ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir. Yeni veriler İngiltere’deki tüm ölümlerin yarısının hastanelerde gerçekleştiğini, 2005’te %58,2 olan oranın 2015’te %46,7’ye düştüğünü ve aynı dönemde ev-

deki ölüm oranının %23, bakımevlerindeki oranın ise %28 olduğunu göstermiştir (28).

İngiltere’de palyatif bakım hizmetleri; entegre bir şekilde hastane tabanlı yatarak ve ayaktan, gönüllü kuruluşlar ve Ulusal Sağlık Servisi (NHS) işbirliğinde yürütülen hizmetler, evde bakım hizmetleri, gündüz bakım hizmeti sağlayan kurumlar ve yas destek merkezleri şeklinde yürütülmektedir (31). NHS şu anda kamudaki ve gönüllü sektörlerdeki ulusal kuruluşlarla Ulusal Palyatif ve Yaşam Sonu Bakım Ortaklığı Kurumu aracılığıyla işbirliği çalışmalarını geliştirmek için çalışmaktadır (28).

Hastane bakımının yerel sağlık hizmet sunucularına entegre edilmesinin özellikle kırılğan yaşlı hastaların ve malignitesi olmayan hastaların ihtiyaçlarına destek vermeye yardımcı olduğu görülmüştür (33).

Almanya’da Palyatif Bakım Hizmeti

Almanya’da palyatif bakım hizmeti 1983 yılında Köln Üniversitesi cerrahi bölümüne bağlı ilk palyatif bakım ünitesinin kurulmasıyla başlamıştır. Almanya Sağlık Bakanlığı’nın 1991-1996 yılları arasında palyatif bakım için bir model çalışma başlatmasıyla palyatif servis sayısında kısa sürede büyük bir artış olmuştur (34).

Almanya’daki palyatif bakım hizmetleri, evde bakım temeline dayalı olarak, bu konuda eğitim almış aile hekimleri ve hemşireler tarafından yürütülmektedir. Semptomlar evde kontrol altına alınamadığında hasta hastanelerde bulunan merkezlere transfer edilmektedir. Almanya’da palyatif bakım servisleri hastanenin diğer servisleriyle, hastaların aile hekimleriyle, evde bakım ve evde bakım kapsamında sunulan hospis hizmetleriyle ve bu tür hizmet veren diğer kuruluşlarla entegre halde yürütülmektedir. Disiplinler arası ekip hasta, hasta yakını, bu konuda eğitim almış doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, din adamı, terapist (sanat, müzik, solunum), hasta jimnastikçisi, psikolog, diyetisyen ve gönüllü hospis çalışanlarından oluşmaktadır (34).

Evde palyatif bakımın gerçekleştirmesinde rol alan toplumsal sosyal servislerin tür ve sayısında son yıllarda büyük bir artış gözlemlenmektedir ve genellikle gönüllüler çalışmaktadır (34).

Kanada’da Palyatif Bakım Hizmeti

Nüfus yaşlandıkça ve sağlık hizmetlerinin maliyetleri arttıkça, yaşam sonu bakımın planlanması hastalar, aileler ve Kanada sağlık sistemi için önem kazanmaktadır. Kanada’da 65 yaş üstü nüfus toplam nüfusun %20’sinden azını oluşturmakla birlikte toplam sağlık harcamalarının %40’ından fazlası bu popülasyon için harcanmaktadır. Kanada’da 2005-

2036 yılları arasında 65 yaş ve üstü yaşlıların oranının %25 artacağı, 65 yaş ve üstü ölüm oranının tüm ölümlerin içerisindeki oranının %65 olacağı tahmin edilmektedir. Kanada’daki ölümlerin çoğu hastanelerde yaşanmakla birlikte, çok sayıda insan ev ortamında ölmeyi tercih etmektedir (8, 35, 36). Kanada’da yaşam sonu bakım hizmetleri ağırlıklı olarak kanser hastaları için akut bakım merkezlerinde sunulmaktadır (36). Kanada’da toplum temelli palyatif bakım uygulamalarına ağırlık verilmektedir. Çünkü hastane temelli uygulamaların hastane yataklarının ve uzun süreli bakım merkezi yataklarının işgaline neden olduğunu ve ekipteki uzman çeşitliliğinin de gerekliliğini artırdığı raporlanmıştır. Şu an Kanada’da farklı eyaletlerin değişik bölgelerinde farklı palyatif bakım uygulamaları bulunmaktadır. Edmonton Palyatif Bakım Programı bunlardan biridir. Bu program 18 aylık bir planlama sonrasında 1995’te kurulmuştur. Edmonton Palyatif Bakım Programı Alberta Eyaleti’nin sağlık reformları esnasında tasarlanmıştır. Toplum temelli olan bu program akut bakım merkezleri, ev ve hospis bakımı ile entegre bir şekilde yürütülmektedir. Bu programda bakımın birinci aşaması palyatif bakım hizmetleri ve aile hekimliğinin desteği ile evde sunulmaktadır. Bu programın amaçlarından biri palyatif bakım hizmetine aile hekimlerinin katılımını artırmak olmuştur. Bu programın paydaşları İl Kanser Kurulu, üniversitelerin aile hekimliği ve onkoloji bölümleri, merkezi sağlık otoriteleri ve toplum kuruluşlarıdır (37). Gerek evde palyatif bakım uygulamalarının gerekse evde hekim ziyaretlerinin yaşam sonu çıktılarda iyileşmeye neden olduğu görülmüştür (38). Kanada’nın hastaların isteğine yönelik bakım sağlama çabasıyla birlikte, hastane içinde ve dışında ileri düzey geniş kapsamlı palyatif bakım sağlama ile ilgili çalışmaları devam etmektedir (35,36).

İspanya’da Palyatif Bakım Hizmeti

İspanya’da palyatif bakım üniteleri ve ekiplerinin gelişimi 1980’li yıllarda hekimler tarafından bireysel bazı çalışmalarla başlamıştır (39). Palyatif bakım üniteleri fonksiyonel olarak 1987’de Santa Creu de Vic Hastanesi’nde (Barselona) ve 1989’da Lleida’daki Red Cross Hastanesi’nde çalışmaya başlamıştır. 1989’da Büyük Kanarya Adası’ndaki El Sabinal Hastanesi’nde palyatif bakım ünitesi kurulmuştur. Bu ekip tarafından yayımlanan Semptom Kontrol Kılavuzu İspanyol profesyonellerinin büyük çoğunluğu için referans noktası olmuştur (40). 2000’li yıllarda Centene ve G. Sanchez İspanya’da palyatif bakım programlarını tanımlanmıştır. Dini otorite ve İspanya Kansere Savaş Derneği gibi hükümet dışı örgütlerin çalışmaları palyatif bakımın gelişiminde önemli bir rol oynamıştır. Yakın za-

manlarda hastalar veya sigorta şirketleri tarafından ödemeleri yapılan palyatif bakım programları da başlatılmıştır (37). Palyatif bakımın sağlık sistemine değişik bakım düzeylerinde entegrasyonu İspanya 2007 Ulusal Sağlık Sistemi Stratejisi’nde kabul edilmiştir. İspanya’da her yıl 380.000 kişinin öldüğü ve bunların %50-60’ının hastalıklarının son aşamasında palyatif bakıma ihtiyaç duyabileceği tahmin edilmektedir (38).

Japonya’da Palyatif Bakım Hizmeti

Japonya’da yaşlı nüfus hızla büyümekte ve 2050 yılına kadar nüfusun %35’ini yaşlı nüfusun oluşturacağı öngörülmektedir (41). Japonya’da ilk sistematik palyatif bakım hizmeti 1973’te Osaka’daki Yodogawa Hristiyan Hastanesi’nde başlatılmış ve ilk palyatif bakım ünitesi 1981 yılında Hamamatsu şehrinde, Seirei Mikatahara Hastanesi’nde açılmıştır (42). O andan itibaren sadece tıp uygulayıcıları değil, toplum da terminal bakım ile ilgilenmeye başlamış ve palyatif bakım üniteleri giderek ülkenin farklı bölgelerinde açılmaya devam etmiştir. 1990 yılında palyatif bakım yatış ücretleri ulusal sağlık sigortasına dahil edilmiş, böylece sertifikalı palyatif bakım üniteleri ulusal sağlık sigortasından giderlerinin sabit bir bölümünü almaya başlamıştır (43). 1992 yılında ulusal sigorta çeşitli evde palyatif bakım hizmetlerini kapsamına almış, 2002 yılında hastane palyatif bakım ekibi ödemelerini ve 2006 yılında evde hospis bakımı ve gündüz bakımevi harcamalarını kapsayacak şekilde genişletilmiştir (42). Japonya’da palyatif bakım hızla ilerlemiştir ve Kanseri Kontrol Yasası, palyatif bakımın gelişmesinde çok önemli bir rol oynamıştır. Japonya’da palyatif bakım ünitelerinin sayısı 215’tir ve yaklaşık 500 tane hastane palyatif bakım ekibi bulunmaktadır (44). Japonya’da hastanelerde ölen hastaların bakım ve yaşam kalitesinin evde ya da palyatif bakım merkezinde ölen hastalarinkinden daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Japonya’da mezuniyet öncesi ve sonrası palyatif bakım eğitimlerine büyük önem verilmektedir (42).

Japonya’da palyatif bakım hizmeti palyatif bakım üniteleri, hastanelerde palyatif bakım ekipleri, evde ve toplum temelli merkezlerde verilmektedir. Japonya’daki palyatif bakım trendi hastane ve bakım merkezlerinden ziyade uygun ekiplerle evde bakım yönünde gelişmektedir (42-44). Acil durumlar için hastanelerin palyatif bakım üniteleri toplum temelli uygulamalar ile yakın işbirliği halindedir (43).

Japonya’nın palyatif bakım hizmetinin geleceği ile ilgili üç temel sıkıntıdan bahsedilmektedir. Bunlardan ilki hastane ve toplum temelli uygulamaların entegrasyonunun olmamasıdır. İkinci zorluk palyatif bakım uzmanlarına büyük ihtiyaç olmasıdır. Üçüncü

zorluk ise yüksek kalitede palyatif bakım ve yaşam sonu hizmetlerinin sadece kanser ile sınırlı kalması ve diğer yaşamı tehdit eden hastalıklar için de geçerli olmasıdır (42,43).

Arjantin’de Palyatif Bakım Hizmeti

Arjantin’in 40 milyon nüfusunun %10,2’si 65 yaş ve üstüdür. Arjantin’de palyatif bakımın 30 yıllık bir geçmişi vardır. Arjantin Tıp ve Palyatif Bakım Derneği 1994 yılında kurulmuştur. Sağlık Bakanlığı 2015 yılında palyatif bakım uzmanlığını ilan etmişse de ülke genelinde eşit şekilde düzenlenememiştir. Akredite palyatif bakım uzmanlığına sahip iki ili Santa Fe ve Neuquén’dir (45). Arjantin’de palyatif bakım hizmeti 1996 yılında yapılan bir çalışma ile özel ve sosyal sağlık sistemlerinin palyatif bakım hizmetinin %10’dan daha az bir oranını ödemesi yönünde düzenleme yapılmıştır. Arjantin’de geleneksel olarak doktorlar hastaları kanser ve / veya ölümcül hastalıklardan hastalarını açığa vurmama eğilimindedirler. Palyatif bakım ekibi bulunan kurumlar; kamu hastaneleri, üniversite hastaneleri, birkaç özel klinik ve hükümet dışı kurumları içermektedir. Evde palyatif bakım hizmeti yaygın olarak özel sektörde gelişmiştir. Fakat Buenos Aires ve Rosario’da sınırlı sayıda kamu tarafından desteklenen evde palyatif bakım birimleri de bulunmaktadır (37).

Milyonda yaşayan kişi başına palyatif bakım hizmeti sayısıyla önemli ölçüde ilişkilendirilen palyatif bakım eğitimi veren tıp fakültelerinin lisans düzeyinde oranı, palyatif bakım hizmeti sunan akredite hekim sayısı ve kişi başına tüketilen opioid oranı göstergelerinin Latin Amerika Palyatif Bakım Endeksine göre değerlendirildiği bir çalışmada, Arjantin yüksek grupta yer almıştır (46). Latin Amerika ülkelerinin palyatif bakım hizmetlerinin SWOT analizi ile değerlendirildiği bir çalışmada, Arjantin’de birlikte çalışan kurumlararası multidisipliner ekiplerin varlığı, opioidlere erişim kolaylığı, palyatif bakım ile ilgili lisans ve lisansüstü eğitim programlarının varlığı hizmet sunumu açısından güçlü yönlerinden biri olarak belirtilmiş iken, ilaç endüstrisinin palyatif bakım ilaçlarına çok az ilgi duyması bir tehdit olarak belirtilmiştir (47).

Norveç Palyatif Bakım Modeli

Norveç’in refah politik modeli yaşlıların bakımını altın standart olarak kabul etmektedir ve Norveç’te yaşlıların yaklaşık %50’si bakım evlerinde ölmektedir. Bütünsel bakım ve farmakolojik tedavi yaşam sonu bakım kalitesini etkileyen en önemli faktörlerdir (48).

Beş milyon nüfusu ile Norveç’in büyük bölümü dağın kırsal alanlarda yaşamaktadır. Ülke kendi

çinde beş sağlık bölgesine ayrılmıştır. Norveç’te sağlık sistemi eşit ihtiyaçlar için eşit erişim ve herkes için aynı standartlarda kaliteli hizmet sunumu mantığı üzerine kuruludur. Sistem üç düzeyde organize edilmiştir. Birinci düzey aile hekimleri ve evde bakım hizmetleri, ikinci düzey hastaneler ve uzmanlık servisleri, üçüncü düzey üniversite hastaneleridir. Hastaneler Sağlık Bakanlığı aracılığıyla devlet tarafından işletilmektedir. Norveç’te mevcut sağlık sistemine palyatif bakım uygulamalarının entegrasyonu temel amaç olmuştur. Bu doğrultuda palyatif bakım hizmetleri sağlık otoriteleri ve sağlık bakım profesyonelleri ile yakın işbirliği içerisinde ve kamu sağlık hizmet sunumunun her aşamasına entegredir. Hastaların büyük bir çoğunluğu evde, bakım evlerinde veya toplum temelli bakım merkezlerinde ölmektedir. Palyatif bakım hizmetlerinin sunumunda eşitlik, hasta ihtiyaçları doğrultusunda mümkün olduğu kadar ev koşullarında bakımının sağlanması hedeflenmiştir. Birinci basamak hekimi evde bakımdan birincil düzeyde sorumlu kişidir ve palyatif bakım uzmanlarıyla entegre bağlantıları vardır (49).

Norveç’te 1999 yılında palyatif bakım ile ilgili ulusal rapor yayımlanmıştır. Bu raporda birinci basamak için evde bakım hizmetlerinin güçlendirilmesi, uzak bölgelerde oturanlar için en az bir hekim ve bir hemşireden oluşan uzmanlık erişiminin sağlanması yönünde düzenleme yapılmıştır. İkinci basamak hastanelerde, palyatif bakım ekiplerinin yanı sıra ayaktan ve yatarak hizmet sunan palyatif bakım üniteleri yönünde düzenleme yapılmıştır. Üçüncül düzeyde ise, üniversite hastanelerinde uzman palyatif bakım ünitelerinin bulunmasının yanında bölgesel hizmet geliştirme servislerinin kurulması yönünde çalışmalar yapılmıştır. Norveç’te ulusal düzeyde palyatif bakım için belirlenmiş standartlar bulunmakta ve palyatif bakım ayrı bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmektedir. Norveç Hükümeti palyatif bakım hizmetleri için ciddi ekonomik kaynaklar tahsis etmektedir (49).

Afrika Kıtası’nda Palyatif Bakım

Palyatif bakım Afrika’da nispeten yeni bir disiplindir ve 53 Afrika ülkesinden sadece dördü palyatif bakımı sağlık politikalarına dahil etmiştir. İlerici ve yaşamı kısıtlayan hastalıkları olan Afrikalıların çoğunluğu için kültürel olarak uygun bütünsel palyatif bakıma erişim yetersizdir (50). Afrika’nın özellikle Sahra Altı ülkeleri, gerek bulaşıcı ve gerekse bulaşıcı olmayan hastalık yükü fazla olan ülkeler arasındadır. 2011 yılında, Afrika’da 23 milyon kişinin HIV/AIDS hastalığı ile yaşadığı ve küresel hastalık yükünün %69’unu oluşturduğu belirtilmiştir. Afrika’da bölgesel olarak kanser ciddi bir halk sağlığı problemidir. 2020 yılına kadar bulaşıcı olmayan

hastalıklar nedeniyle 3,9 milyon ölümün yaşanacağı tahmin edilmektedir (51). Palyatif bakım uygulamaları çoğunlukla sivil toplum kuruluşları, hayır ve dini kurumlardan oluşmaktadır ve hastane temelli, ev temelli, günlük bakım klinikleri, eğitim ve uygulama hizmeti, yas bakımı, bakıcı-ebeveyn destek grupları, evsizler için hospis bakımı şeklinde hizmet sunulmaktadır (52).

Palyatif bakım için fon kaynaklarının her geçen gün arttığı bilinmektedir ancak ciddi derecede açlık ve ilaç bulma sıkıntısı varken palyatif bakım hizmetleri arka sıralara düşmektedir. Fırsatçı enfeksiyonların önlenmesi, beslenmenin geliştirilmesi, antiretroviral ilaçlara erişimin sağlanması ile birlikte yaşam süresinin uzaması palyatif bakım hizmetlerine olan ihtiyacı artırmıştır. Çalışmalar tüm Afrika Kıtasına uygun tek bir palyatif bakım modelinin belirlenmesinin uygun olmayacağını, ülkeler bazında izleme ve değerlendirme programları sayesinde gereksinimler doğrultusunda uygun modellerin geliştirilmesini önermektedir (53).

Küresel anlamda Dünya Sağlık Örgütü Botsvana, Etiyopya, Tanzanya, Uganda, Zimbabve ve beş ülkede kanser ve HIV /AIDS hastaları için ortak bir palyatif bakım projesinde yer almıştır (52). Kanıta dayalı çalışmalar, kıtada palyatif bakıma bütünsel bir yaklaşım ve yüksek talep olduğunu ortaya koymaktadır (54).

Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) Palyatif Bakım Hizmeti

ABD’de son on yılda palyatif bakım programlarının %150 büyüdüğünü söyleyebiliriz (16). ABD’deki tüm hastanelerin üçte ikisinden fazlasında ve orta ile büyük ölçekli hastanelerin %85’inden fazlasında hasta ve aile merkezli bakım sunan palyatif bakım ekibi bulunmaktadır (16,33). ABD’de kamu-özel palyatif bakım hizmetleri geri ödeme sisteminden büyük ölçüde etkilenmektedir (33). Palyatif bakım uygulamaları çoğunlukla hastane temelli, toplum temelli, uzun dönemli bakım şeklinde sunulmaktadır (16). Palyatif bakım hizmet modellerinin en çok geliştiği bölgelerden biri ABD’nin San Diego şehridir (55).

ABD’de hospisler ev temelli palyatif bakımın büyük kısmını sunmaktadır. Son on yılda toplum temelli palyatif bakım uygulamaları, ağır hastalığı olan ve sadece hospis bakımına uygun olmayan modeller geliştirmiştir. Bu programlarla multidisipliner bir palyatif bakım ekibi oluşturularak, ev ortamında semptom yönetimi, bakımın koordinasyonu, bakım vericilere destek olmak ve tedaviyi yapan doktorlara destek vermeyi hedeflemiştir. Randomize kontrollü çalışmalar bu uygulama ile; semptom yönetiminin daha iyi yapıldığını, hasta ve aile memnuniyetinin

yüksek olduğunu, hastaneye yatış oranlarını ve acile başvuru sayılarını, yoğun bakımda kalış sürelerini azalttığını göstermiştir (16).

Yaklaşık 1,8 milyon ABD yerlisinin bakımevlerinde yaşadığı bilinmekte ve bu sayının 2030 yılında iki katından fazla olacağı tahmin edilmektedir. Bu popülasyonun palyatif bakım ihtiyacı geniştir. Yaşlı kesimin %25’ten fazlası bakımevlerinde ölmektedir. Şu anda bakımevlerinde palyatif bakım için üç model bulunmaktadır. En köklü model hospis bakımıdır. Pek çok bakım evinin hospis acentaları ile hizmet sözleşmeleri vardır. İkinci model harici palyatif bakım hekim ve hemşiresinin konsültasyon tarzında danışmanlık hizmeti verdikleri ve Medicare tarafından ödemelerinin karşılandığı modeldir. Son model ise bakımevlerinin kendi içinde geliştirdikleri palyatif bakım birimleri veya ekipleridir. Bu ekipler özellikle ileri düzey demans hastalarına bakım odaklıdır. ABD’de insanların yaşadığı bölgeler, sosyoekonomik durumları, ırksal ve etnik yapıları palyatif bakım hizmetine erişimde belirleyici unsurlardır (16).

Amerika Birleşik Devletleri’nde Teksas Üniversitesi M.D. Anderson Kanseri Merkezi en kapsamlı destekleyici bakım sunan merkezlerden biridir ve palyatif bakım ile onkoloji klinikleri arasındaki entegrasyonun en başarılı modelleri arasındadır. Bu entegre palyatif bakım sistemi sayesinde hastaların yaşam sonu bakım kalitesi göstergelerinde gelişmeler görülmüştür. Ayrıca hastaların hastane ortamında yoğun bakımda kalmalarına göre maliyetlerinin daha düşük olduğu, yeniden yatışların ve acil servise başvuruların da düştüğü raporlanmıştır (56-58). Sağlık reformu kapsamında palyatif bakım hizmetlerinin ciddi hastalığı olan kişilere ve toplum içinde yaşayan ailelerine genişletmeye odaklanan yeni çalışmalar sürdürülmektedir (33).

Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmeti

2008’de ülkemizde yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki oranı %7 düzeyindeydi. 2008-2040 yılları arasında Türkiye’deki yaşlı nüfusun %200 artacağı tahmin edilmektedir (59). Bu durum palyatif bakıma olan gereksinimin artacağına bir göstergesidir.

Türkiye’de hastalara uzun dönemli palyatif bakım hizmeti verebilecek ve hospis kavramına yakın ilk kuruluş Türk Onkoloji Vakfı tarafından, İstanbul Yeşilköy’de “Kanser Bakımevi” adı ile 1993-1997 yıllarında hizmete sunulmuştur. Burada yatan hastalara sosyal güvenlik sistemlerince ödeme yapılmaması, bağış kaynaklarının yeterli olmaması, hospis kavramının hasta ve ailesi tarafından yeterince anlaşılması bu öncü kuruluşun kapanmasına yol açmıştır. 2006 yılında Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı tarafından palyatif bakım amaçlı ikinci

“Hospis” girişimi, Hacettepe Onkoloji Hastanesi’ne çok yakın, tarihi bir Ankara evinin yeniden 12 odalı bir hospise dönüştürülmesi ile olmuştur. Ancak bu konuda yasal düzenlemelerin olmaması, bu evin “Hacettepe Umut Evi” adı ile kanserli hastaların tedavi ve sonrasında birkaç hafta gibi kısa süreli konaklamalarını sağlamaktan öteye gidememiştir (60).

Sağlık Bakanlığı Kanseri Savaş Dairesi Başkanlığı Ulusal Kanseri Kontrol Programı kapsamında; multidisipliner çekirdek bir grup oluşturulması, mezuniyet sonrası sertifikasyonlu eğitim modülü geliştirilmesi; mezuniyet öncesi eğitim müfredatına palyatif bakım konusunun entegre edilmesi ve toplumun bilinçlendirilmesi hedeflenmiştir (61). Ülkemizin ihtiyaçlarını karşılayacak uygun palyatif bakım sistemini kurmak ve bu hizmeti evde sağlık hizmetleri ile koordineli bir şekilde sunmak amacıyla 25 Nisan 2013 tarihinde İzmir’de “Palyatif Bakım Evde ve Hastanede Çalıştayı” düzenlenmiştir (18).

Ülkemizde hastane temelli palyatif bakım merkezine yönelik ilk düzenleme kanseri mücadele kapsamında 2010 yılında Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde 2 yatak ile başlatılmıştır. Onkolog, fizik tedavi uzmanı, psikolog, hemşire, din adamı ve sosyal gönüllülerin bulunduğu 10 kişilik ekip ile bu merkezde hizmet sunumuna başlanmıştır (62). Erişkin hastalara yönelik ilk kapsamlı palyatif bakım merkezi ise Sağlık Bakanlığı Ankara Ulus Devlet Hastanesi’nde 11 özel odalı olarak açılmıştır. Burada eğitilmiş multidisipliner bir ekip kesintisiz hizmet sunumu sağlanmıştır. Bu sayede uzun süre yoğun bakımda kalıp yatak işgal eden hastaların bu merkeze alınarak bakımların daha etkin yapılması ve sağlık personelinin bakım yükünün azalması hedeflenmiştir. Sağlık Bakanlığı’nın 2010 yılında evde sağlık bakım uygulamalarına yönelik düzenlemeleri palyatif bakım hizmeti için önemli bir adım olmuştur (63).

Ülkemize 2010 yılında en uygun palyatif bakım modelini geliştirmek üzere Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün çalışması ile Palya-Türk isimli bir proje hazırlanmak üzere çalışmalara başlanmıştır. Bu proje kapsamında, 2013-2018 Ulusal Kanseri Kontrol Planı’nda belirtildiğine göre, ülkemizin hemen her ilinde bulunan hastanelerde 2-4 yataklı palyatif bakım merkezleri kurulması, ülke genelinde 15-20 yataklı, medikal onkolog, onkolojik cerrah, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, radyasyon onkoloğu, fizyoterapist gibi çok sayıda farklı disiplinin bir arada çalışacağı, kapsamlı palyatif bakım hizmeti sunacak onkoloji merkezleri kurulması, küratif tedaviye yanıt veremeyen hastaların son dönemlerini ev atmosferine benzer, hastane kampüsüne çok uzak olmayan, 30 özel yataklı

hospis (şefkat evi, sevgi evi) yapılması planlanmıştır (64). Hospis bakımı ölümden hemen önceki sürece odaklanan, hastanın aile ve yakınlarına yas döneminde destek olan bir bakım şeklidir. Gelişmiş ülkelerde palyatif ve hospis bakımı yerleşik olmasına rağmen ülkemizde gelişmeye devam eden bir alandır (65). Türkiye’de “palyatif bakım” henüz ayrı bir uzmanlık alanı olarak kabul edilmemektedir (66).

Ülkemizde yoğun bakımlar ünitesinde yatırılarak izlenen terminal dönem hastaları üzerinde yapılan çalışmalarda, terminal dönem hastalarının yoğun bakım üniteleri gibi akut bakım merkezlerinde bakılmasının maliyetinin oldukça yüksek olduğu, hasta, hasta yakını ve sağlık personellerinin memnuniyetinin düşük olduğu ve ülkemizde bu hastalar için en kısa sürede palyatif bakım sisteminin geliştirilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır. Yoğun bakım yatakları kısıtlı, kaynakları sınırlı, bakım verilen üniteler özellikli ve pahalıdır (67,68).

Ülkemizde yasal düzenlemeler kapsamında, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 09.10.2014 tarih ve 640 sayılı “Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” yürürlüğe girmiştir. 07.07.2015 tarihinde yataklı sağlık tesislerinde sunulmakta olan palyatif bakım hizmetlerinin yeniden yapılandırılması amacıyla palyatif bakım merkezlerinin fiziki şartları, personel, donanım özellikleri ve hizmet kriterlerini düzenleyen yeni bir yönetmelik yayımlanmıştır (69).

Şu an Türkiye de sağlık sistemi içinde entegre çalışan, bu alana özgü eğitim almış uzman ekipler tarafından sunulan bir palyatif bakım hizmeti verilmektedir. Lynch ve ark. (70) tarafından 2013 yılında Dünya genelindeki palyatif bakım hizmetlerinin gelişim düzeylerinin değerlendirildiği bir çalışmada Türkiye genelleştirilmiş palyatif bakım hizmeti sağlayan ülkeler arasında gösterilmiştir. Ülkemizde palyatif bakım hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre bir modelin zor ancak maliyet etkin olacağı belirtilmektedir (71).

Ülkemizde palyatif bakım hizmetinin gelişiminin önündeki engeller arasında; palyatif bakım ile ilgili sosyal ve sağlık personelinin farkındalık eksikliği, opioidlere erişim sıkıntısı, yetersiz ekonomik destek, eğitimli sağlık personeli eksikliği, kaynak dağılımında eşitsizlik, palyatif bakım ile ilgili yasal düzenlemelerdeki eksiklikler gösterilmiştir (4).

Ülkemizde kanserli hastaların %60’ı hastanede ölmektedir, palyatif bakım merkezleri ya da evde bakım merkezlerinden destek alınması durumunda maliyetlerde %30-65 oranında azalma görüleceği tahmin edilmektedir (55).

SONUÇ

Bir ülkede uygulanan palyatif bakım modeli; o ülkenin sağlık sistemine, sosyoekonomik durumuna, kültürel koşullarına ve sağlık bakım profesyonellerinin sayısı ile eğitim seviyelerine göre farklılık göstermektedir. Ülkemizde palyatif bakımın ayrı bir uzmanlık alanı olması, multidisipliner hizmet sunabilecek palyatif bakım merkezleri sayesinde gereksiz yoğun bakım yatışlarının önlenmesi, sağlık çalışanlarının mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim programları ile desteklenmesi, çocuk palyatif bakım merkezlerine yönelik düzenleme yapılması, palyatif bakım hizmetlerinin ülke genelinde birinci, ikinci ve üçüncü basamak arasında entegre bir şekilde yürütülmesi için politikaların belirlenmesi, gönüllülerin ve sivil toplum kuruluşlarının sürece dahil edilmesi, ülkemizin sosyokültürel ve yaşam biçimine uygun hospis çalışmalarının başlatılması önerilmektedir.

MADDİ DESTEK VE ÇIKAR İLİŞKİSİ

Çalışmayı maddi olarak destekleyen kişi/kuruluş yoktur ve yazarların çıkara dayalı bir ilişkisi yoktur.

KAYNAKLAR

1. Elçigil A. Palyatif bakım hemşireliği. *Gülhane Tıp Derg* 2012; 54: 329-34.
2. Makary M, Daniel M. Medical error-the third leading cause of death in the US. *BMJ* 2016; 353: i2139.
3. WHO, International Agency for Research on Cancer. Latest global cancer data 2018.
4. Reville B, Foxwell AM. The global state of palliative care-progress and challenges in cancer care. *Ann Palliat Med* 2014; 3: 129-38.
5. Özçelik H. Kanser hastasının palyatif bakımında vaka yönetimi modelinin hasta sonuçlarına etkisinin incelenmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir; 2011.
6. Zadeh RS, Eshelman P, Setla J, Sadatsafavi H. Strategies to improve quality of life at the end of life: interdisciplinary team perspectives. *Am J Hosp Palliat Care* 2018; 35: 411-6.
7. Davies JM, Sleeman KE, Leniz J, et al. Socioeconomic position and use of healthcare in the last year of life: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2019; 16: e1002782.
8. Bone AE, Evans CJ, Higginson IJ. The future of end of life care. *The Lancet* 2018; 392: 915-6.
9. Bauchner H, Fontanarosa PB. Death, dying, and end of life. Editorial Opinion. *JAMA* 2016; 313: 270-1.
10. Clark D, Graham F, Centeno C. Changes in the world of palliative care. *Medicine* 2015; 43: 696-8.
11. Ewert B, Hodiament F, van Wijngaarden J, et al. Building a taxonomy of integrated palliative care initiatives: results from a focus group. *BMJ Support Palliat Care* 2016; 6: 14-20.
12. Payne S, Eastham R, Hughes S, Varey S, Hasselaar J, Preston N. Enhancing integrated palliative care: what models are appropriate? A cross-case analysis. *BMC Palliative Care* 2017; 16: 64.
13. Cruz-Oliver DM. Palliative-care: an update. *Missouri Medicine* 2017; 114: 110-5.

14. Lockett T, Phillips J, Agar M, Virdun C, Green A, Davidson P. Elements of effective palliative care models: a rapid review. *BMC Health Services Research* 2014; 14: 1-22.
15. Radbruch L, Payne S, de Lima L, Lohmann D. The Lisbon challenge: acknowledging palliative care as a human right. *J Palliat Med* 2013;16: 301-4.
16. Kelley A, Morrison S. Palliative care for the seriously ill. *N Engl J Med* 2015; 373: 747-55.
17. Ernecoff EC, Stearns SC. Costs at the end of life: perspective for North Carolina. *NCMJ* 2018; 79: 43-5.
18. Palyatif Bakım Evde ve Hastanede Çalıştay Raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu. İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Ege Geriatri Derneği Yayınları No:1. 2013.
19. Greydanus D, Merrick J. Neonatal period, palliative care and end of life. *J Pain Manage* 2014; 7: 189-96.
20. Türk Dil Kurumu Sözlüğü. <https://tr.wiktionary.org/wiki/palyatif>; 09.10.2019.
21. WHO National cancer control programmes, policies and managerial guidelines. 2nd Edition. 2002.
22. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic nonsmall-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010; 363: 733-42.
23. Quill T, Abernethy A. Generalist plus specialist palliative care-creating a more sustainable model. *N Engl J Med* 2013; 368: 1173-5.
24. Pastrana T, Jünger S, Ostgathe C, Elsner F, Radbruch L. A matter of definition - key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care. *Palliat Med* 2008; 22: 222-32.
25. European Association for Palliative Care (EAPC). White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. *European Journal Of Palliative Care* 2010; 17: 22-33.
26. Beernaert K, Block LV, Thienen KV, et al. Family physicians' role in palliative care throughout the care continuum: stakeholder perspectives. *Family Practice* 2015; 32: 694-700.
27. Rubin R. Improving the quality of life at the end of life. *Jama* 2015; 313: 2110-2.
28. Hunter J, Orlovic M. End of life care in England. Institute for Public Policy Research. A Briefing Paper. 2018.
29. Estella A, Velasco T, Saralegui I, et al. Multidisciplinary palliative care at the end of life of critically ill patient. *Med Intensiva* 2019; 43: 61-2.
30. Bates T, Hoy AM, Clark DG, Hoy AM, Laird PP. The St Thomas Hospital terminal care support team. A new concept of hospice care. *The Lancet* 1981; 317: 1201-3.
31. Dixon J, King D, Matosevic T, Clark M, Knapp M. Equity in the provision of palliative care in the UK: review of evidence. personal social services research unit. London School of Economics and Political Science. London. 2015.
32. Murtagh FEM, Bausewein C, Verne J, Groeneveld EI, Kaloki YE, Higginson IJ. How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. *Palliative Medicine* 2014; 28: 49-58.
33. Morrison RS. Models of palliative care delivery in the United States. *Curr Opin Support Palliat Care* 2013; 7: 201-6.
34. Bağ B. Almanya örneğinde sağlık sisteminde palyatif bakım uygulamaları. *Türk Onkoloji Dergisi* 2012; 27: 142-9.
35. Fowler R, Hammer M. End of life in Canada. *Clin Invest Med* 2013; 36: E127-32.
36. Tanuseputro P, Budhwani S, Bai YQ, Woodchis WP. Palliative care delivery across sectors: a population-level observational study. *Palliat Med* 2017; 31: 247-57
37. Bruera E, Sweeney C. Palliative care models: international perspective. *Journal of Palliative Medicine* 2002; 5: 319-27.
38. Gomes B, Calanzani N, Curiale V, McCrone P, Higginson IJ. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 6: CD007760.
39. Garralda E, Hasselaar J, Carrasco JM, et al. Integrated palliative care in the Spanish context: a systematic review of the literature. *BMC Palliative Care* 2016; 15: 1-17.
40. Ministry Of Health And Consumer Affairs. The national health system palliative care strategy 2007. Published by Ministerio De Sanidad Y Consumo.
41. International Longevity Center (ILC). End-of-life care: Japan and the World. International Comparison Study on Death and Dying in Place. International Comparative Study on Ideal Terminal Care and Death International Comparative Study on Terminal Care System 2011.
42. Mori M, Morita T. Advances in hospice and palliative care in Japan: a review paper. *Korean J Hosp Palliat Care* 2016; 19: 283-91.
43. Tsuneto S. Past, present, and future of palliative care in Japan. *JCO* 2013; 43: 17-21.
44. Morita T, Kizawa Y. Palliative care in Japan: a review focusing on care delivery system. *Curr Opin Support Palliat Care* 2013; 7: 207-15.
45. Mertonoff R, Vindrola-Padros C, Jacobs M, Go´mez-Batiste X. The development of palliative care in Argentina: a mapping study using Latin American Association for palliative care indicators. *Journal of Palliative Medicine* 2017; 20: 829-37.
46. Pastrana T, Torres-Vigil I, De Lima L. Palliative care development in Latin America: An analysis using macro indicators. *Palliat Med* 2014; 28: 1231-8.
47. Pastrana T, Centene C, De Lima L. Palliative care in Latin America from the professional perspective: a SWOT analysis. *Journal of Palliative Medicine* 2015; 18: 429-37.
48. Sørbye LW, Steindal SA, Kalfoss MH, Vibe OE. Opioids, pain management, and palliative care in a Norwegian nursing home from 2013 to 2018. *Health Services Insights* 2019; 12: 1-8.
49. Kaasa S, Jordhøy M, Haugen DF. Palliative care in Norway: a national public health model. *J Pain Symptom Manag* 2007; 33: 599-604.
50. Mwangi-Powell F, Dix O. Palliative care in Africa: an overview. *Africa Health* 2011; 33: 19-21.
51. Powell R, Harding R, Namisango E, Katabira A, et al. Palliative care research in Africa: consensus building for a prioritized agenda. *J Pain Symptom Manag* 2014; 47: 315-23.
52. Clark D, Wright M, Hunt J, Lynch T. Hospice and palliative care development in Africa: a multi-method review of services and experiences. *J Pain Symptom Manag* 2007; 33: 698-710.
53. Merriman A, Kaur M. Palliative care in Africa: an appraisal. *The Lancet* 2005; 365: 1909-11.
54. Ntuzimira CR, Nkurikiyimfura JL, Mukeshimana O, Ngizwenayo S, Mukasahaha D, Clancy C. Palliative care in Africa: a global challenge. *Ecancer* 2014; 8: 1-4.
55. Kaya A. Türkiye’de ve Dünya’da palyatif bakım. *Acıbadem Hemşirelik Dergisi (Online)* 2015,82.

56. Bruera E, Hui D. Conceptual models for integrating palliative care at cancer center. *Journal of Palliative Medicine* 2012; 15: 261-9.
57. Pantilat SZ, O’Riordan DL, Dibble SL, Landefeld CS. Hospital based palliative medicine consultation: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med* 2010; 170: 2038-40.
58. Meier D. Palliative care in U.S. hospitals: implications for acces to quality healthcare. *National Palliative Care Research Center* 2008.
59. Mandıracıoğlu A. Dünyada ve Türkiye’de yaşlıların demografik özellikleri. *Ege Tıp Dergisi* 2010; 49: 39-45.
60. Türkiye’de kanser hastaları için palyatif bakım. Prof. Dr. Hikmet Akgül. <https://www.medimagazin.com.tr/authors/hikmet-akgul/tr-turkiye8217de-kanser-hastalari-icin-palyatif-bakim-72-3-984.html>, 09.10.2019.
61. T.C.Sağlık Bakanlığı, Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Ulusal Kanser Programı 2009-2015. Nisan 2009.
62. Kabalak A. Türkiye’de palyatif bakım: 2014, güncel gelişmeler, gereksinimler. *Anestezi Dergisi* 2014; 22: 121-3.
63. Kabalak A, Kahveci K, Gökçınar D, Özdoğan N, Çağıl H. Structuring of palliative care in Ankara Ulus State Hospital, Turkey; 2012-2013. *J Palliat Care Med* 2013; 3: 1000162.
64. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. 2013-2018 Ulusal Kanser Kontrol Planı.
65. Yılmaz O, Bahat G. Yaşlıda hastane temelli palyatif bakım ve hospis. *Naharcı Mİ*, editör. *Yaşlının Hastanedeki Seruveni*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri 2019. p.32-44.
66. Turgay G. Sağlık Personelinin Palyatif Bakıma İlişkin Görüşleri. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara; 2010.
67. Aygencel G, Türkoğlu M. Bir dahili yoğun bakım ünitesindeki terminal dönem hastaların genel özellikleri ve maliyetleri. *Yoğun Bakım Derg* 2014; 5: 1-4.
68. Kart L, Akkoyunlu M, Akkoyunlu Y, ve ark. Yoğun bakım ünitesinde yatan son dönem hastaların değerlendirilmesi. *Selçuk Üniv Tıp Derg* 2011; 27: 146-8.
69. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Palyatif bakım hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında yönerge. 07.07.2015.
70. Lynch T, Connor S, Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global update. *J Pain Symptom Manag* 2013; 45: 1094-1106.
71. Özgül N, Gültekin M, Koç O, et al. Turkish community based palliative care model: a unique design. *Annals of Oncology* 2012; 23: iii76-8.