



T.C.

İSTANBUL YENİ YÜZYIL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

**PALYATİF BAKIM İHTİYACI OLAN KANSER HASTALARI VE HASTA
YAKINLARININ KARŞILAŞTIKLARI SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ**

**SAĞLIK YÖNETİMİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

ABDULVAHAP KADO

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. İtir ERKAN

İstanbul- 2017



T.C.

İSTANBUL YENİ YÜZYIL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

**PALYATİF BAKIM İHTİYACI OLAN KANSER HASTALARI VE HASTA
YAKINLARININ KARŞILAŞTIKLARI SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ**

**SAĞLIK YÖNETİMİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

ABDULVAHAP KADO

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. İtir ERKAN

İstanbul- 2017

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Abdulvahap KADO

ÖNSÖZ

Tez çalışmamın başlangıcından sonuna kadar varlığıyla ve manevi destekleriyle beni her daim çalışmaya sevk eden pek kıymetli eşim Ayşe İLERİ KADO'ya, değerli katkı ve eleştirileriyle bütün çalışmam boyunca yol göstererek, başarılı olmam yolunda her zaman teşvik ve önerileriyle güven veren danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. İtir ERKAN'a, öğretim üyesi hocalarımız Sayın Prof. Dr. Osman Bülent ZÜLFİKAR'a, Sayın Prof. Dr. Rejin KEBUDİ'ye, Sayın Prof. Dr. Mehmet Emin DARENDELİLER'e ve Sayın Doç. Dr. Mustafa Yavuz DİZDAR'a, anket çalışmam boyunca düşünsel katkılarından dolayı destek veren eğitim hemşiresi Sayın Uzm. Hülya DALKILIÇ BİNGÖL'e, Sayın Doç. Dr. Fatma Betül ÇAKIR'a, sürekli olarak, gerek manevi destek ve gerekse çalışmamla ilgili önerilerde bulunarak yanımda olan Sayın Uzm. Dr. Ömer GÖRGÜN'e, Sayın Uzm. Dr. Sema BÜYÜKÜKKAPU BAY'a, çalışmamla ilgili önerileriyle güven veren Sayın Doç. Dr. Gülnihal ÖZDEMİR'e, yine çalışmama katkı sağlayan İstanbul Tıp Fakültesi öğretim üyesi Sayın Prof. Dr. Sedat ÖZKANA'a, ayrıca; büyük bir özveri ve katkılarıyla bana destek olan Sayın İzzet TURAN arkadaşşıma ve bütün dost ve mesai arkadaşlarıma en kalbi duygularıyla teşekkür ediyorum.

Abdulvahap KADO

T.C.
İSTANBUL YENİ YÜZYIL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı
çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından
Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : /.... /2017

Yrd. Doç. Dr. İtir ERKAN
İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi
Tez Danışmanı

Prof. Dr. Cüneyt ULUTİN
İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi
Jüri Üyesi

Prof. Dr. Bülent ZÜLFİKAR
İstanbul Üniversitesi
Jüri Üyesi

Prof. Dr. Rejin KEBUDİ
İstanbul Üniversitesi
Jüri Üyesi

Prof. Dr. Okan KUZHAN
Avrupa Meslek Yüksekokulu
Jüri Üyesi

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
ŞEKİL LİSTESİ.....	iii
TABLO LİSTESİ	iv
SEMBOL LİSTESİ	vi
ÖZET.....	vii
SUMMARY	viii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Palyatif Bakım	2
2.2. Palyatif Bakım İlkeleri	5
2.3. Palyatif Bakım Ekibi.....	7
2.4. Palyatif Bakımda Hedef Gruplar	8
2.5. Kapsamlı Bakım Hizmeti.....	9
2.6. Palyatif Bakım Uygulanmasında Engeller	11
2.7. Palyatif Bakımda Etik	12
2.8. Palyatif Bakım Modeli.....	13
2.8.1. Akut Yoğun Bakım	15
2.8.2. Uzamış Süreç Yoğun Bakım	16
2.8.3. Hospis Bakım	16
2.8.4. Palyatif Bakım.....	18
2.8.5. Evde Bakım	18
2.9. Dünya’da ve Türkiye’de Palyatif Bakım	19
2.9.1. Palyatif Bakım Aktiviteleri Gelişmiş Ülkeler	22
2.9.1.1. Avustralya.....	22
2.9.1.2. ABD	22
2.9.1.3. İngiltere	22
2.9.1.4. Kanada	23
2.9.1.5. Almanya.....	23
2.9.1.6. Japonya	23
2.9.1.7. Küba.....	24
2.9.2. Dünya Palyatif Bakım Birliği.....	24
2.9.2.1. Vizyonu.....	24
2.9.2.2. Hedefleri	24
2.9.3. Dünya’da Palyatif Bakım Gerektiren Hastalıklar	25
2.9.4. Dünyadaki Palyatif Bakım Hizmetlerinin Türkiye’ye Entegrasyonu ..	28
2.9.4.1. Yataklı Tedavi Kurumları	29
2.9.4.1.1. Kapsamlı palyatif bakım merkezi (KPSM, III. Basamak).....	30

2.9.4.1.2.Palyatif bakım merkezi (PBM, II. Basamak).....	31
2.9.4.1.3.Palyatif bakım birimi (PBB, I. Basamak)	32
2.9.4.2. Ev Bakım Programları (EBP, I. Basamak) Modeli.....	32
2.9.4.3. Aile Hekimleri (AH, I. Basamak)	32
2.9.4.4. Hospis Kuruluşları	32
2.9.5. Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetleri	33
2.10. PALYATIF BAKIMDA KANSER HASTALARI VE HASTA YAKINLARININ KARŞILAŞTIKLARI SORUNLAR	38
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	40
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI	40
3.2. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	40
3.3. EVREN VE ÖRNEKLEM	40
3.4. VERİ TOPLAMA ARACI.....	40
3.5. VERİ TOPLAMA FORMUNUN UYGULANMASI.....	41
3.6. VERİ ANALİZİ	41
4. BULGULAR	42
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	57
6. KAYNAKLAR	65
7. EKLER.....	71
EK 1. ETİK KURUL ONAY YAZISI	71
EK 2. İZİN YAZISI.....	72
EK 3. AYDINLATILMIŞ ONAM.....	73
EK 4. ANKET FORMU	74
ÖZGEÇMİŞ.....	79

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Palyatif Bakım Süreci	4
Şekil 2. Palyatif Bakım Hizmetlerinin Sunulduğu Alanlar	6
Şekil 3. Palyatif Bakım Ekibi	8
Şekil 4. Hasta Bakım Süreçleri	10
Şekil 5. Hastanın Palyatif Bakım Yeri Tercihi.....	15
Şekil 6. Hospislerin Temel İlkeleri	18
Şekil 7. Palyatif Bakım İhtiyacında Hastalık Çeşitleri.....	25
Şekil 8. Kanserli Çocukların Palyatif Bakım İhtiyaçlarının Ülkeler Bazında İncelenmesi	26
Şekil 9. HIV/AIDS'li Çocukların Palyatif Bakım İhtiyaçlarının Ülkeler Bazında İncelenmesi	27
Şekil 10. Gelişmiş Ülkelerde Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulaması	29
Şekil 11. Ankara Ulus Devlet Hastanesi Bünyesinde Palyatif Bakım Merkezi....	31
Şekil 12. Palyatif Bakımın Gelişmiş Ülkelerde Uygulamaları	35
Şekil 13. Palyatif Bakım Projesi	37

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Palyatif Bakımın Yaşam Sonu Bakımı, Destek Bakımına Göre Başlangıç, Hizmet Alan ve Hizmetler Sunanlar Açısından Kıyaslanması	3
Tablo 2. Hasta Bakım Hizmetlerinin Verenler Yönünden Karşılaştırılması	14
Tablo 3. Palyatif Bakım Aktivitesi İçin Yapılanma Aşamasında Olan Ülkeler ...	19
Tablo 4. Sınırlandırılmış Olarak Palyatif Bakım Veren Ülkeler	20
Tablo 5. Palyatif Bakım Hizmetlerinde Tam Anlamıyla Gelişmiş Ülkeler.....	21
Tablo 6. Cinsiyete İlişkin Bulgular.....	42
Tablo 7. Yaşa İlişkin Bulgular.....	42
Tablo 8. Eğitim Durumuna İlişkin Bulgular.....	43
Tablo 9. Hasta Yakınlık Derecesi Durumuna İlişkin Bulgular.....	43
Tablo 10. Hastalığın Tanısı Öğrenildiğinde Yapılan Davranış Durumuna İlişkin Bulgular.....	44
Tablo 11. Başvurulan Hastanede Rahat İletişim Kurma Durumuna İlişkin Bulgular.....	44
Tablo 12. Takip ve Tedavinin Takip Edildiği Servise İlişkin Bulgular	45
Tablo 13. Hastanedeki Odanın Durumuna İlişkin Bulgular	45
Tablo 14. Hemşirelerin Hizmetine İlişkin Bulgular	45
Tablo 15. Her Sıkıntıyı Takip Eden Saatlerde Çözebilme Durumuna İlişkin Bulgular.....	46
Tablo 16. Hekimle Sağlıklı İletişim Kurma Durumuna İlişkin Bulgular	46
Tablo 17. Servisi Hijyenik Bulma Durumuna İlişkin Bulgular	47
Tablo 18. Düzenli Olarak Odanın Temizlenme Durumuna İlişkin Bulgular	47
Tablo 19. Hekimin Yaklaşımına İlişkin Bulgular.....	47
Tablo 20. Her Gün Vizite Yapılma Durumuna İlişkin Bulgular	48
Tablo 21. Sorunları Hekime Doğrudan İletme Durumuna İlişkin Bulgular.....	48
Tablo 22. Hekime Sorulan Sorulara Yeterli Cevap Alabilme Durumuna İlişkin Bulgular.....	49
Tablo 23. Tedavi Sürecinde Hekimle Sorun Yaşama Durumuna İlişkin Bulgular	49
Tablo 24. Takip ve Tedavi Eden Ekipten Memnuniyet Durumuna İlişkin Bulgular	49
Tablo 25. Takip ve Tedavi Eden Ekibin Ev Ziyaretine Gelmesini İsteme Durumuna İlişkin Bulgular	50
Tablo 26. Takip ve Tedavi Eden Ekipten Birinin “Dertleşmek Maksadıyla” Vakit Ayırmasını İsteme Durumuna İlişkin Bulgular.....	50
Tablo 27. Hastalıkla İlgili Çok Mağdur Eden Şikayet Olma Durumuna İlişkin Bulgular.....	51
Tablo 28. Hastalıkla İlgili Tedavi Alma Durumuna İlişkin Bulgular.....	51

Tablo 29. Tedavi Sonrasında İki Gün Öncesine Göre Şikayetlerin Şiddetinin Değişmesi Durumuna İlişkin Bulgular	51
Tablo 30. Tedavi Sonrasında İki Gün Öncesine Göre Şikayet Değişmediyse İlaç ve Doz Ayarlaması Yapılma Durumuna İlişkin Bulgular	52
Tablo 31. Şikayetle İlgili Başka Bölümlerden Uzmanlarla Konsültasyon Yapma Durumuna İlişkin Bulgular	52
Tablo 32. Konsültasyon Sonrasında Şikayetin Azalma Durumuna İlişkin Bulgular	52
Tablo 33. Sağlık Ekibiyle İletişim Konusunda Sıkıntı Yaşama Durumuna İlişkin Bulgular.....	53
Tablo 34. Bürokratik İşlemlerin Fazla Olması Durumuna İlişkin Bulgular	53
Tablo 35. Hastane İçerisinde Sosyal Ortamların Olmasını İsteme Durumuna İlişkin Bulgular	54
Tablo 36. Refakatçinin Şikayeti Olması Durumuna İlişkin Bulgular.....	54
Tablo 37. Hastane İşlerinde Personelden Destek Alma Durumuna İlişkin Bulgular	54
Tablo 38. Odanın Konforunda Problem Olma Durumuna İlişkin Bulgular	55
Tablo 39. Hastane İçerisinde Dini İbadeti Rahatça Yapabilme Durumuna İlişkin Bulgular.....	55
Tablo 40. Hastanın Kendisini Yalnız/Terk Edilmiş Hissetme Durumuna İlişkin Bulgular.....	56
Tablo 41. Böyle Zamanlarda Yanında İstenilen Kişiye İlişkin Durumuna İlişkin Bulgular.....	56

SEMBOL LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AH	: Aile Hekimleri
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
ASCO	: American Society of Clinical Oncology-
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EBP	: Ev Bakım Programları
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
KETEM	: Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
TC	: Türkiye Cumhuriyeti
WPCA	: Worldwide Palliative Care Alliance

ABDULVAHAP KADO

Palyatif Bakım İhtiyacı Olan Kanser Hastaları ve Hasta Yakınlarının Karşılaştıkları Sorunlar ve Çözüm Önerileri.
İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı.

ÖZET

Bu çalışmanın amacı palyatif bakım ihtiyacı olan kanser hastaları ve hasta yakınlarının karşılaştıkları sorunların tespit edilmesi ve çözüm önerileri sunulmasıdır.

Araştırmanın evrenini İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsünde Onkoloji servisinde takip ve tedavi alan hastalar ve hasta yakınları oluşturmaktadır. Araştırma kapsamında toplamda 400 hasta ve hasta yakınına anket yapılmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır. Ankette toplam 36 soru yer almaktadır. 3 adet demografik özelliklere ve 33 adet palyatif bakıma yönelik sorular yer almaktadır. Araştırmada veri analizi Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 16.0 paket programında yapılmıştır. Verilerin çözümlenmesinde frekans ve yüzde istatistiklerinden faydalanılmıştır.

Araştırma sonucunda kanser hastaları ve hasta yakınlarının palyatif bakım sürecinde çeşitli sıkıntılarla karşı karşıya kaldıkları tespit edilmiştir. Palyatif bakım sürecinde kanser hastaları ve hasta yakınları; Hekim, hemşire ve sağlık personeli ile iletişim sorunu yaşamakta ve karşılaştıkları sorunlar karşısında yardım alamamaktadırlar. Bununla beraber özellikle hastanenin fiziksel şartları, bakım sürecindeki sıkıntıyı arttırmaktadır. Kalınan odalar yeterince temiz olmamakta, odaların konforu sağlanmamakta ve hastanede sosyal ortamlar bulunmamaktadır.

Anahtar kelimeler: Palyatif Bakım, Hasta, Hasta Yakını, Sorunlar, Çözüm Önerileri

ABDULVAHAP KADO

Palliative Care Needs Cancer Patients And Their Proximity Questions And Solution Suggestions.
Istanbul Yeni Yuzyil University, Health Sciences Institute, Master Science of Health Management.

SUMMARY

The purpose of this study is to identify the problems faced by patients and their relatives who need palliative care and to offer solutions.

Istanbul University Hospital The universe of the research is composed of patients and their relatives receiving follow-up and treatment at the Oncology Department of Istanbul University oncology institute. A total of 400 patients and patients were surveyed within the scope of the research. Survey form was used as data collection tool in the research. There are 36 questions in the questionnaire. 3 demographic features and 33 questions regarding palliative care. Data analysis in the study was done in Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 16.0 package program. Frequency and percentage statistics were used in analyzing the data.

As a result of the research, it was determined that the patient and the relatives of the patient faced various troubles in the palliative care process. During palliative care, patients and their relatives have communication problems with physicians, nurses and health personnel and are unable to receive help in the face of problems they face. However, the physical conditions of the hospital, in particular, increase the stress in the care process. Staying rooms are not clean enough, rooms are not comfortable and there are no social environments in the hospital.

Key words: Palliative Care, Patient, Patient Relatives, Problems, Solution Suggestions

1. GİRİŞ

Palyatif bakım süreci, yalnızca hastaların yaşamlarının son dönemlerinde hastalar için verilen bakım değil, aynı zamanda kronik ve yaşamı tehdit edici hastalığı olan kişilere de verilen bakım türüdür. Palyatif bakım sürecinin temel amacı, hastanın hastalıktan kaynaklı çeşitli semptomlarının azaltılması, hastaya fiziksel ve bilişsel olarak destek verilmesidir. Ayrıca palyatif bakım süreci sadece hastaya verilmekle sınırlı kalmamakta aynı zamanda hasta yakınlarına da bu süreçte psikolojik destek sağlamaktadır. Palyatif bakım yaşamı tehdit eden durumlarla görülen problemlerle yüz yüze kalan hastaların ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini, ağrıyı, fiziksel, psikososyal ve spiritüel boyuttaki diğer problemleri erken dönemde saptayarak, kusursuz bir şekilde değerlendirerek ve tedavi ederek ilerleyen bir süreç olarak ifade edilmektedir.

Palyatif bakım süreci hem hasta hem de ailesi için oldukça zor bir dönemdir. Bu dönemde hasta ve ailesi profesyonel bir yardıma ihtiyaç duyarlar. Bununla beraber profesyonel yardımın gerçekleşmesinde kimi zaman sıkıntılar yaşanmaktadır. Özellikle Türkiye gibi palyatif bakım konusunda gelişmemiş olan ülkelerde hasta ve yakınlarının yaşadıkları problemler artmaktadır. Bu çalışmanın amacı palyatif bakım konusunda hasta ve yakınlarının sorunlarının tespit edilmesi ve bu sorunlara çözüm önerileri getirilmesi açısından önemlidir. Literatürde bu alanda yapılmış çalışma sayısı oldukça sınırlıdır. Bu anlamda çalışma literatüre katkı sağlayacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Palyatif Bakım

Palyatif kavramı Latince’de “örtmek” ile “pallium” manalarına gelen “palliare” kelimesinden türemiştir. Bunun dışında İngilizce’de “palliative” kelimesi ise “pelerine benzeyen kare şeklinde giysi” anlamına gelmektedir. İngilizce’de günlük kullanımda “palliative”, “palliate” ile “palliation” benzeri kelimeler, “var olan kötü bir durumu daha az seviyedeki kötü duruma dönüştürmek” veya “kötü durumun sonlandırılması, durumun iyi hale getirilmesi” gibi biçimlerde kullanılmaktadır. Bu kullanımlar genel olarak kötü durumun sonlandırılmasının mümkün olmadığı hallerde daha çok tercih edilmektedir ⁽¹⁾.

Tıbbi açıdan palyatif bakım kavramı, hasta bireyden durumu ile ilgili bilgi alınması ve hastanın fiziksel muayenesinin yapılmasının ardından hastalık nedeninin belirlenmeden hastada belirtilere sebep olan unsuru tedavi etmeden belirtilerin ortadan kaldırılması olarak ifade edilmektedir ⁽¹⁻³⁾. Tıp alanındaki temel amacı; belirtilerin nedenlerini araştırmak değil, belirtilerin biraz olsun hafiflemesine yönelik destek sağlamaktır.

Palyatif bakım bazı yayınlarda “uygun ölüm”, “dayanılabılır ölüm” ve “huzurlu ölüm” benzeri kavramlarla da ifade edilmiştir ⁽⁴⁾.

İlk başlarda palyatif bakım “ölüm bakımı” olarak ele alınmış ve bir süre sonra bu bakım “terminal bakım” olarak farklılaşmıştır. Şu an ki koşullar içerisinde “bakımın sürekliliği”, “konfor bakımı”, “hospis”, “hospis bakım”, “destek bakım” benzeri kavramlar yakın anlamlarda kullanılmaktadır. Ancak bu kavramların hiçbiri palyatif bakım kavramını açıklayamamaktadır ⁽¹⁾.

Palyatif bakımın yaşam sonu bakımı, destek bakımına göre başlangıç, hizmet alan ve hizmetler sunanlar açısından kıyaslanması Tablo 1’de gösterilmiştir.

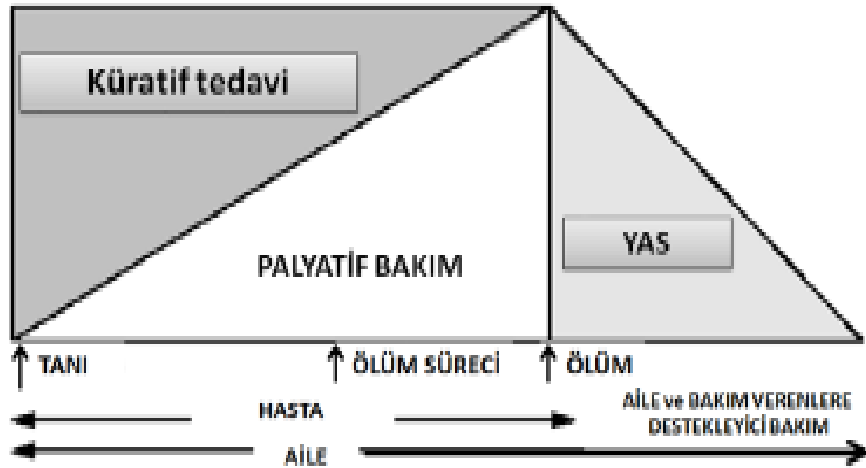
Tablo 1. Palyatif bakımın yaşam sonu bakımı, destek bakımına göre başlangıç, hizmet alan ve hizmetler sunanlar açısından kıyaslanması ⁽¹¹⁾

Hizmet Tipi	Başlangıç	Hizmet Alan	Hizmeti Sunanlar
Yaşam Sonu Bakım	Hospis bakımının devamı biçiminde 1960’larda başlayıp sürmüştür	Hospis ya da evde bakım yapan yaşam sonu rahatsızlığı olan kişilerdir	Yaşam sonu bakımıyla alakalı uzman olan multidisipliner ekipler
Palyatif Bakım	Hospis bakımının akut bakım ortamlarına geçişiyle başlamıştır.	Kalp yetmezliği, KOAH, kanser benzeri hastalıklar sebebiyle tedavi sürecinin başlarında konsülde edilen hospis bakımında olan hastalardır	Çoğunlukla sertifikası olan klinisyen tarafınca yönetilen bir bakım ekibi
Destek Bakım	Kompleks kanser tedavisinin belirtilerini denetim altına almak için 1970 senesinde yapılan çalışmaları içermektedir	Kanser teşhisiyle tedavisi alan, kanserli bireylerin bakımını içermektedir	Kanser tedavisinin semptomlarını belirleyen, yardım açısından uzmanlaşmış onkoloji üyeleri

Palyatif bakım Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından, kişi hayatını tehlike altına sokan hastalıklarla açığa çıkan sorunlar sebebiyle psikolojik problemlerle yüzleşen hasta ile hasta ailelerinin sorunlarını en erken biçimde tespit etme ve bu kişilerin çektikleri acıları tedaviyle azaltma veya ortadan kaldırma ve böylelikle yaşam kalitesini artırmak amacıyla yapılan uygulamalar biçiminde ifade edilmiştir ⁽⁵⁾. Amerika Klinik Onkoloji Topluluğu (American Society of Clinical Oncology-ASCO) palyatif bakımı kanser hastalarına göre, hasta ile aileleri açısından sıkıntı ve acı sebebi olan, bu kişilerin yaşam kalitesine negatif etki eden kimi halleri ortadan kaldırmak veya azaltmak için kanser tedavisine eklenen bakım şeklinde tanımlamıştır ⁽⁶⁾.

Bu açıdan palyatif bakım şu unsurları içermektedir (7, 8):

- Sıkıntı veren belirtiler ile ağrının giderilmesini sağlar.
- Ölümü olağan bir süreç olarak açıklarken hayatı onaylar.
- Hastanın ölümünü geciktirme veya hızlandırma gibi bir hedefi bulunmamaktadır.
- Hasta bakımında ruhsal ve psikolojik olguları bir araya getirir.
- Hastanın ölümüne kadarki süreçte faal olmasına yardımcı olur.
- Hastanın ölümüne kadar ve ölümünden sonraki süreçte ailenin problemlerle başa çıkmasına destek sağlar.
- Aile ve hastanın ihtiyaçlarını tespit etmek ve bunları temin etmek için ekip yaklaşımını benimser.
- Hastanın yaşam kalitesini yükselterek hastalığın pozitif yönde etkilemesini sağlar.
- Hasta yaşamını uzatmak adına yapılan radyoterapi ile kemoterapi benzeri tedavilerle birlikte uygulanabilmektedir.
- Hastada rahatsızlık veren komplikasyonları tam olarak kavrayabilmek ve yönetebilmek açısından gerekli araştırmaları kapsamaktadır.



Şekil 1. Palyatif Bakım Süreci (10)

Tedavinin yetersiz olduğu hastalar ilk sırada gelmekle beraber tanının konulmasından tedavi sürecinde geçen tüm süre kapsamında, ölümden ve daha sonrasında yaşanan yas süreci dahilinde, hasta ve yakınlarının psikososyal, tinsel ve fiziksel gereksinimlerinin en uygun şekilde giderilmesi aşamasında palyatif bakım son derece önemlidir.

2.2. PALYATİF BAKIM İLKELERİ

Palyatif bakım ilkeleri temelde iki kategori altında ele alınabilecektir. Bunlar ⁽¹⁾:

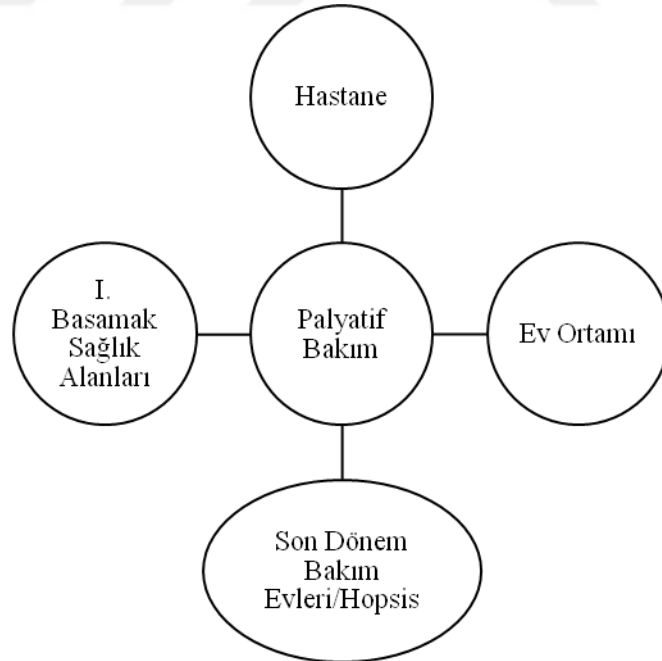
1. Hastanın ruhsal ve fiziksel semptomlarını uzmanlarca sağlanan bakım hizmetleriyle sonlandırmayı temin etmek,
2. Hasta ile ailesinin manevi ve psikososyal gereksinimlerinin uzmanlarca sağlanan bakımla desteklenmesini sağlamak.

Bu iki temel kategori kapsamında sunulacak hizmetlerin ilkeleri geniş kapsamlı olarak şu şekilde ifade edilebilir ^(3, 9):

- Yaşam kavramı önemsenirken, ölüm doğal bir süreç olarak kabul edilir.
- Ölümün hızlandırılması veya geciktirilmesi gibi olgu bulunmamaktadır.
- Hastalara akli ve bedeni yerinde olan tam birey olarak değer verilir.
- Hastalar için olası en iyi yaşam kalitesi temin edilmeye uğraşılır.
- Hastanın ailesi ve yakınları bakım ünitesinin bir parçası olarak değerlendirilir.
- Tamamen ya da kısmen iyileşebilme ihtimali olan hastalara sağlanabilir.
- Hastalıklarını tedavi edecek ya da ölümlerini geciktirecek tedavileri reddeden hastalar ile hastalıklarının tedavisi olmayan hastalara sağlanabilir.
- Aile ve hastaya durumla alakalı bilgi verir. Aile ve hastanın bilgilenmesini destekçi biçiminde sağlar. Hasta ve ailenin zor kararlar almalarına yardımcı olur.
- Aile ve hastanın ölüme hazırlanmalarına yardımcı olur.
- Ölüm sonrası yas sürecinde ailelere destekçi olur.
- Aile ve hastanın sağlık ekibine her gün ve her saat ulaşabilmelerine olanak tanır.

- Gezici klinik, hastane, gündüz bakım merkezi benzeri hastanın gittiği yerlerde bakımın sürekliliğini temin etmeye uğraşır.
- Sağlık ekibinin kültürü önemsemesi beklenmektedir. Bu açıdan hastanın ve ailenin sahip olduğu kültüre önem verilir. Eğer farklı bir dil konuşulması gerekiyorsa çevirmen temin edilir.
- Palyatif bakımın ekip tarafından sunulması gerekmektedir.

Palyatif bakımda multidisipliner yaklaşım benimsenmektedir. Bu açıdan hastalar destek bakım sistemleriyle kontrol altında tutulmaktadır. Ayrıca ekip çalışmasında farklı disiplinlerin bulunması ve bu disiplinlerin entegre olarak çalışabilmesi iletişim, liderlik gibi öğeleri gerektirmektedir ⁽⁹⁾. Sağlık ekibi, evde bakım, günlük bakım merkezleri, uzun dönem bakım verilen merkezler, acil bakım evleri benzeri alanlarda hizmet verebilmektedir. Palyatif bakımın hastane hizmetlerinin dışında sosyal hizmetlerle birlikte sunulması gerektiği ifade edilmektedir. Palyatif bakım hizmetlerinin verilebildiği alanlar Şekil 2’de gösterilmektedir.



Şekil 2. Palyatif Bakım Hizmetlerinin Sunulduğu Alanlar ⁽¹¹⁾

2.3. Palyatif Bakım Ekibi

Palyatif bakım sürecini sürdüren ekip içerisinde farklı disiplinlerden uzmanlar yer almaktadır. Ayrıca palyatif bakım ekibinde farklı sorumlulukları ve rolleri bulunan bakım sağlayıcı aile üyeleriyle beraber bakıma gönüllü olan kişiler de bulunmaktadır ^(7, 12).

Palyatif bakım ekipleri içerisinde çoğunlukla bulunan üyeler şu şekildedir ⁽¹³⁾:

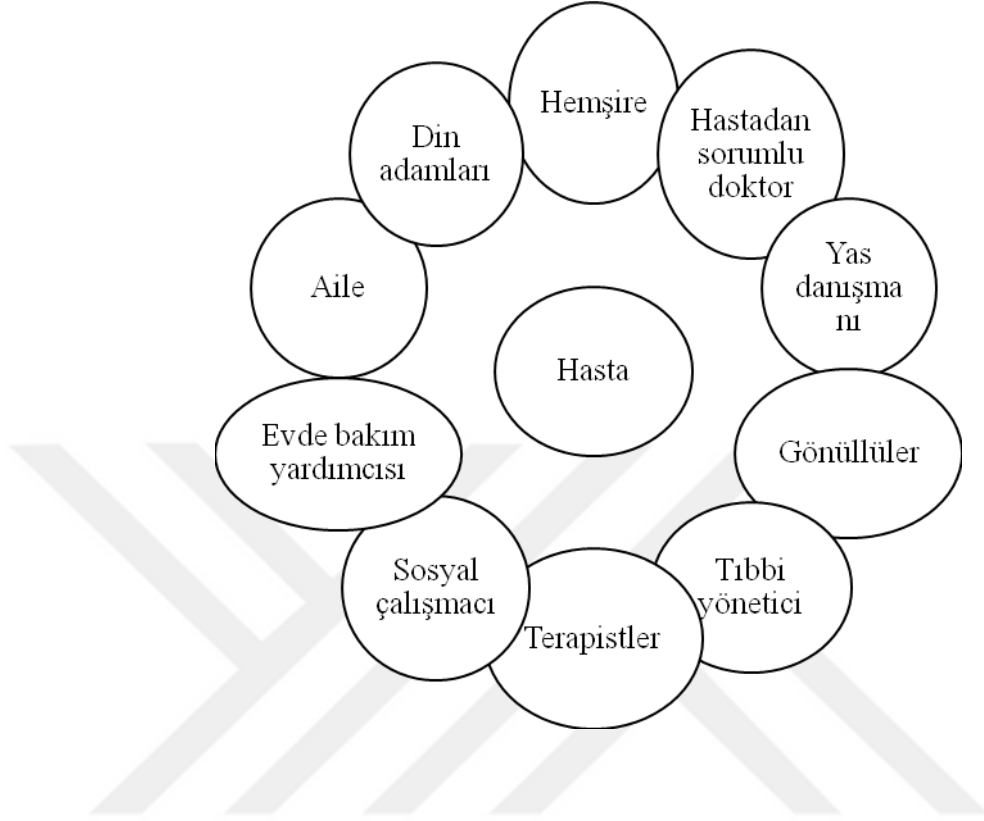
- Hekimler (medikal onkologlar, radyasyon onkologları, palyatif bakım uzmanları),
- Hemşireler (klinik hemşireleri, palyatif bakım uzman hemşireleri),
- Fizyoterapistler,
- Psikologlar ile psikiyatristler,
- Sosyal hizmet uzmanları.
- Diyetisyenler

Söz konusu sayılan uzmanların dışında ihtiyaçlar doğrultusunda cerrahlar, fizik tedavi uzmanları, din adamları ve anestezi uzmanları palyatif ekibe dahil olabilecektir ⁽⁹⁾.

Palyatif bakım hizmetlerini yürüten çekirdek ekip Sağlık Bakanlığı tarafından hekimler, hemşireler, sosyal hizmet görevlisi, diyetisyen, psikolog şekilde ifade edilmiştir ⁽¹⁴⁾.

Palyatif bakım hizmeti uzmanlık gerektiren bir bakım türüdür. Bununla beraber birçok yerde farklı düzeylerde bakım sağlamakta olan ekipler mevcuttur.

Şekil 3'te palyatif bakım ekibinde mevcut olan detaylar yer almaktadır.



Şekil 3. Palyatif Bakım Ekibi ⁽¹⁴⁾

Farklı disiplinlerde bulunan pek çok paydaş palyatif bakım ile ilgili olarak ekipte bulunmaktadır. Bu konuda eğitim görmüş olan uzmanların dışında palyatif bakım ekibi kapsamında olan çeşitli bakım seviyelerinde özel görevler üstlenen ve farklı fonksiyonları olan bakım sağlamakta sorumluluk üstlenen aile fertleri, sağlık personeli ve gönüllü toplum bireyleri yer almaktadır.

2.4. PALYATİF BAKIMDA HEDEF GRUPLAR

Palyatif bakımda amaç yaşam kalitesinin artırılmasıdır. Bu açıdan palyatif bakım hizmeti alan hastalar şu şekilde ifade edilebilir ⁽¹⁴⁾:

- Kanser vakası olan ve tedaviye cevap vermeyen hastalar,
- Yaşam beklentisi düşük hastalar ile multifaktoriyel semptomları olan hastalar,
- Hastalıkları sırasında belirli dönemlerde destek ve bakım isteği olan hastalardır.

Hastalığın başlarında palyatif bakıma başlanması hastalık sürecinin yönetilebilmesi ve palyatif bakım sürecinin kolaylaştırılması açısından oldukça önem arz etmektedir ⁽¹⁵⁾. Palyatif bakım sürecinde hastalık kontrolü, belirtiler, ruhsal problemler, ekonomik problemler, sosyal sorunlar ile beraber hayatın bitmesi durumunda yas dönemiyle alakalı durumların yönetimiyle ilgili süreçler bulunmaktadır ^(16,17).

2.5. KAPSAMLI BAKIM HİZMETİ

Palyatif bakım hizmetinin kapsamlı bir şekilde yürütülmesi durumunda, bu bakım hizmeti içerisinde ruhsal, sosyal, manevi ve fiziksel destekler bulunmaktadır ^(9,18). Kapsamlı palyatif bakım süreçlerinde evde bakım, konsültasyon hizmeti, günlük-gündüz bakımı, hastanede bakım ve kuvvetlendirme bakımı gibi süreçleri içermektedir.

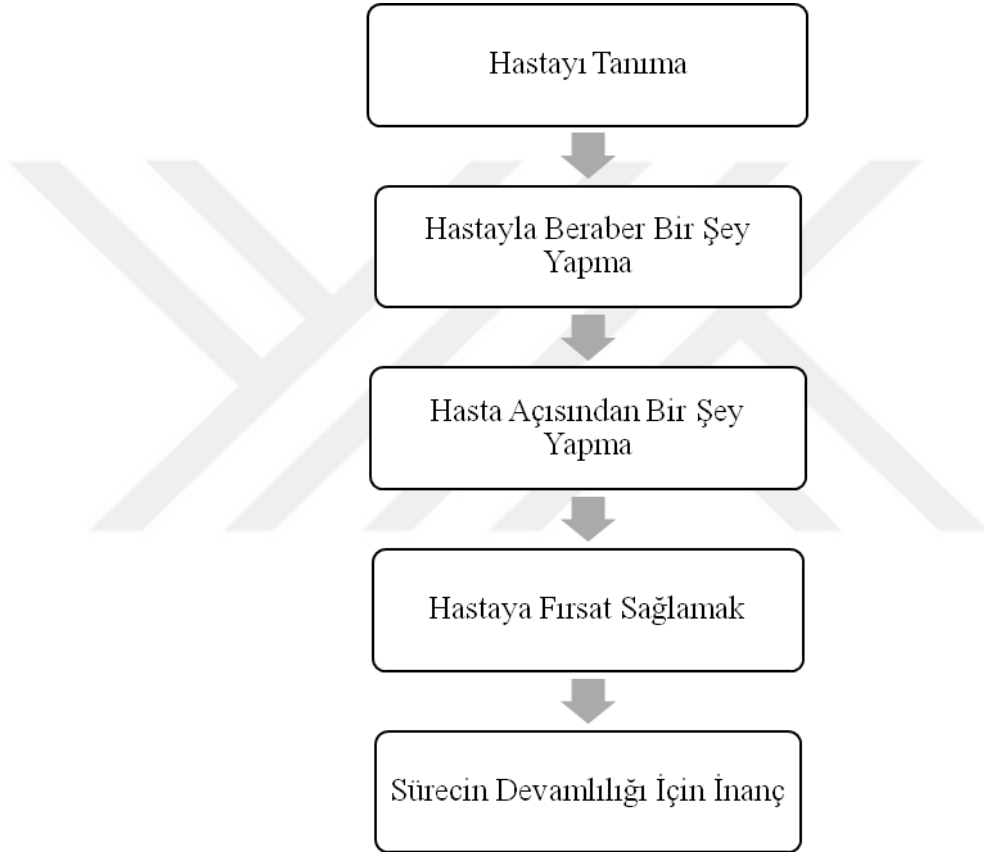
Evde bakım süreçlerinde ev şartları primer ortam olarak değerlendirilmektedir. Geleneksel tıbbi bakım süreçlerinde ise primer ortam hastane olarak kabul görmektedir ^(9, 17). Evde bakım süreçlerinde hedeflenen hastanelerde sürdürülen palyatif bakım süreçlerinin hastanın kendi evinde temin edilebilmesidir. Böylece hastanın palyatif bakıma her zaman ulaşabilmesi sağlanır ^(15,18).

Konsültasyon hizmeti kapsamında palyatif bakım şartlarında eğitim alan sağlık uzmanları insanlara sağlık danışmanlığı görevini üstlenirler. Bu sayede yeni yetiştirilmekte olan sağlık personellerinin geliştirilmesi de mümkün hâle gelmektedir ⁽⁹⁾.

Hastaların terminal dönemde olmasıyla birlikte sosyal hayattan kopmalarını önlemek ve semptomların denetim altına alınması maksadıyla dernek benzeri uygulamalar günlük-gündüz bakımı ifade etmektedir ⁽¹⁸⁾. Yalnız olan veya yeterliliği olmayan hastaların palyatif bakım merkezlerine haftada birkaç kez gelerek hizmet

alabilmesi mümkün olmaktadır. Evde bakım verenlere günlük palyatif bakım imkânı sunulabilmektedir ^(9,17).

Palyatif bakım sorumluluğu üstlenen kişi tarafından terminal dönemde hastanın bakılması ve beslenmesi olarak belirtilmektedir. Bu süreç temel olarak beş aşamada gerçekleşmektedir ⁽¹⁵⁾. Bu aşamalar Şekil 4’de gösterilmiştir.



Şekil 4. Hasta Bakım Süreçleri ⁽¹⁵⁾

Kanser vakalarında hastalarda semptomların tam olarak denetim altına alınabilmesi her zaman mümkün olmayabilir. Bu durumdan dolayı süreç içerisinde hastalara acil müdahaleler gerekebilmektedir. Hastanede bakım, hastalığın tedavisi ve ağrı gibi durumlarla birlikte farklı semptomların denetim altına alınması ile yapılabilir ⁽¹⁵⁾. Güçlendirme desteği, sevdikleri aile üyesi veya yakınlarını kaybeden kişilerin yaşadıkları kayıpla başa çıkabilmeleri açısından verilen desteği ifade

etmektedir. Söz konusu bu destek, uzman sağlık çalışanları tarafından verilebileceği gibi gönüllülerce de verilebilmektedir ⁽⁹⁾.

2.6. Palyatif Bakım Uygulanmasında Engeller

Palyatif bakım süreçlerinde bazı engeller ortaya çıkabilmektedir. Ayrıca söz konusu bu engeller, gelişmiş ülkelerde bile görülebilmektedir. Palyatif bakım sürecinde ortaya çıkan engellerden bazıları şunlardır ^(2,19):

- Hemşire, hekim ile diğer sağlık çalışanlarının palyatif eğitimi almamaları,
- Toplumun palyatif bakımla alakalı farkındalığının düşük olması sebebiyle hastaların bu bakımla alakalı taleplerinin az olması,
- Palyatif bakımın yasal altyapısının oturtulmaması,
- Evde bakım hizmetleri gibi kimi palyatif bakım hizmetlerinin sigorta kapsamında sayılmaması,
- Opioid bağımlılığı ile toleransın, hekimler tarafından karıştırılması ve bağımlılık yan etkisinin oldukça abartılması,
- Hasta semptomlarının denetimiyle alakalı standartların, olması gereken düzeyde bilinmemesidir.

Palyatif bakım süreçlerinde üzerinde durulan olgulardan biri de ağrıdır. Bu açıdan ağrı kontrolüyle alakalı bazı engeller ortaya çıkabilmektedir. Bu engeller şunlardır ⁽⁵⁾:

- Sağlık alışanları ile hastanın opioid korkusunun mevcut olması (bağımlılık korkusu vb.),
- Kırmızı ile yeşil reçete teminindeki zorluklarla bu reçetelerin yazılmasıyla alakalı mevzuattaki zorluklar,
- Farklı opioidlerin olmaması ile eczanelerden sağlanması zor olmasıdır.

2.7. Palyatif Bakımda Etik

Palyatif bakım süreçlerinde hemşireler ile diğer sağlık çalışanlarının en zorlandığı konulardan biri etik kavramıdır. Özellikle palyatif bakım süreçlerinde sağlık çalışanları oldukça ikilem yaşayabilmektedirler ^(20,21). Ölümcül rahatsızlıkla veya kanserli olarak hayatı sürmenin ruhsal ve sosyal durumu farkında olan sağlık çalışanları tedavilerin etkinliğini yükselten, geçici bakım metotları bulan, hasta arzularını karşılayan, hastaları ‘_ölüm_’ kavramına alıştıran ve hastalıkların yan etkileriyle baş etmelerini sağlayan çalışanlar olarak karşımıza çıkmaktadır ⁽²²⁾. Söz konusu bu çalışmalar kapsamında, sağlık çalışanları büyük görevler üstlenmektedirler. Bu açıdan hemşireler bu konularla alakalı olarak ağrıyı dindirme, insani bakım sağlama, gerçeği açıklama, aydınlatma benzeri etik sorumlulukları yüklenmektedirler ⁽²³⁾. Bu sebepten dolayı palyatif bakım süreçlerinde görev alan hemşirelerin etik yeterliliğe sahip olması gerekmektedir. Hemşirelerin palyatif bakım sürecinde temel etik ilkelere bağlı kalması ve sorunları bu ilkelere göre çözmesi gerekmektedir. Etik temel ilkeler şunlardır ⁽²⁰⁾:

- Zarar vermeme ilkesi,
- Yararlılık ilkesi,
- Özerklik bireye saygı ilkesi,
- Adalet ve eşitlik ilkesi,
- Sır saklama ile mahremiyet ilkesi.

Palyatif bakım sürecinde açığa çıkan etik sorunlarının hasta hakları, insan hakları, ölümü geciktiren uygulamaların yaşam kalitesi üzerindeki etkileri gibi konularla beraber değerlendirilmesi gerekmektedir ⁽²¹⁾. Palyatif bakım sürecinde ortaya çıkabilecek ikilemler ile etik sorunlarla alakalı bazı prensiplere bağlı kalınması sorunların çözüme ulaştırılması açısından etkili olacaktır. Bu prensipler şunlardır ^(8,24):

- Ailenin, hastanın ve hasta yakınlarının ihtiyaçlarına ve krarlarına saygı duymak,

- Aile ve hastanın ihtiyaçlarıyla ve seçimleriyle uyuşan iletişim kanalının geliştirilerek, ailenin palyatif bakıma tam bir şekilde katılmasını sağlamak,
- Palyatif bakım süresince sağlık ekibinin aile fertleriyle görüşmesi sağlanmalı ve bakım amaçlarıyla alakalı aileyle aynı fikirde olunmalı,
- İhtiyaçlar ve amaçlarla alakalı olarak belli aralıklarla değerlendirmeler yapılmalıdır.

2.8. PALYATİF BAKIM MODELİ

Palyatif bakım, tedavisi olmayan ya da çok zor olan hastalığa yakalanmış hastalara verilen özel bir bakımdır. Hastalık türü nasıl olursa olsun, palyatif bakım hizmetini üstlenen ekibin temel görevi hastanın dinlenmesini ve beslenmesini sağlamaktır. Palyatif bakım ekibi, hastanın öyküsünü bilmek veya hastayı tedavi etmek yükümlülüğünde değildir. Ekibin görevi hastaya tedavi sürecinde yardımcı olmaktır ⁽²⁵⁾.

Palyatif bakım ekibi tarafından hastanın fiziksel muayenesinin yapılması çoğu durumda mevcut olan çeşitli belirtilerin önlenmesine yeteri kadar bilgi yaratır bununla beraber başka testlerin yapılması durumuna gerek duyulmamaktadır. Yapılması öngörülen girişimsel işlemlerin tedavi sürecini değiştirmeyeceği düşünülürse, bu işlemlerin hiç başlanmaması sıklıkla önerilmektedir ⁽²⁶⁾.

Palyatif bakım süreci primer tedavi yerine geçmemekle beraber, palyatif bakım hizmeti sunmakta olan kliniklerde yalnızca hastada belirti gösteren semptomlara yönelik olarak sağlık ekibi tarafından farmakolojik, non-farmakolojik ve inançsal olarak yürütölen çeşitli tedaviler, uygulama kapsamına alınırken hastalığın temeline yönelik olarak küratif tedaviler uygulamaya alınmamaktadır. Palyatif bakımın temelinde hastalığın tedavisi değil, ağrıları dindirme, yatıştırma ve destek olma hizmetleri yer almaktadır ⁽²⁷⁾.

Palyatif bakım, tedavi süreci azalan daha çok desteğe ihtiyacı olan hastalara verilmektedir. Ölüme yaklaşmış ve tedavi sürecini geçmiş olan hastalarda palyatif bakım süreci en üst seviyeye ulaşmaktadır. Ayrıca ölüm sonrasında olan yas döneminde de palyatif bakım süreci azalarak devam etmektedir ⁽¹⁸⁾. Palyatif bakım hizmeti yalnızca hayatının son dönemine gelmiş kişilere değil aynı zamanda hasta yakınlarının bu konudaki ihtiyaçlarına cevap vermektedir ⁽²⁹⁾. Yaşam kalitesinin yükseltilmesi adına palyatif ekibe bağlı ancak bu alanda profesyonelleşmiş başka bir ekibin var olması da önemli olmaktadır. Palyatif bakım hizmetleri yaşam sonu ve destek bakım hizmetlerine benzer özellikler taşımakla beraber başlangıcı, hizmet alanı ve hizmet verenler farklılık göstermektedir.

Tablo 2. Hasta bakım hizmetlerinin verenler yönünden karşılaştırılması ⁽³⁰⁾

	Yaşam Sonu Bakım	Palyatif Bakım	Destek Bakım
Başlangıcı	1960'lı yıllarda hospis bakımın bir süreci olarak uygulamaya girmiştir.	1970'li yıllarda hospis bakımının akut bakım yerlerine geçişiyle gelişme göstermiştir.	Farklılık gösteren ve zorlu kanser tedavisinin belirtilerini kontrol altına alabilmek adına 1970 senesinde yapılan çalışmaları içermektedir.
Hizmet Alanı	Evde ya da hospisler de bakım hizmeti alan yaşam sonu bakım hastalığı mevcut olan kişilerdir.	Kanser, kalp yetmezliği, KOAH gibi kronik hastalık sebebiyle tedavinin erken dönemlerinde palyatif bakım hizmetine gerek duymasıdır.	Kanser tanısı ile tedavi alan ve kanserle yaşayan bireyler kanser bakımının kapsamındadır.
Hizmet Verenler	Bu alanda uzmanlaşmış ekip tarafından verilmektedir.	Genel olarak eğitilmiş bir klinisyen tarafından verilen palyatif hizmetidir.	Kanser tedavisinin belirtilerinin tespitini sağlayan, destek bakımında uzman onkoloji ekip üyeleri vermektedir.

Hayatının son dönemini yaşamakta olan hastalara sağlanan palyatif bakım hizmeti, hasta ve ailesinin son zamanlarda konforunun sağlanabilmesi ve manevi gereksinimlerinin sağlanması üzere bakım hizmetleri verilmektedir. Bu süreçte hastanın nerede bakım görmek istediğinin de önemi vardır. Hastanın palyatif bakım hizmetini almak istediği yeri belirleyen faktörler Şekil 5’de gösterilmiştir.

Gayri Resmi Bakım Kaynakları	<ul style="list-style-type: none">• Hastanın sosyal yaşamı ve ortamı• Bakım ekibinin tutumu• Kaygı duyulması• Bakım kapasitesi
Vücut Yönetimi	<ul style="list-style-type: none">• Semptom yönetimi• Hastanın saygınlığını yitirme korkusu
Hastanın Önceki Hizmet Deneyimleri	<ul style="list-style-type: none">• Güvenlik düzeyi algısı• Hastanın hastanelerle ilgili tecrübesi• Hastanın bakıcıya ilişkin görüşü
Varoluşsal Bakış Açıları	<ul style="list-style-type: none">• Dini inanç• Ölümle ilgili kişisel düşünceler

Şekil 5. Hastanın Palyatif Bakım Yeri Tercihi ⁽³¹⁾

Hastanın palyatif bakım yeri tercihi hastanın kişisel tercihlerine göre farklılık göstermektedir. Palyatif bakım modelleri alt başlıklar dahilinde incelenmiştir.

2.8.1. Akut Yoğun Bakım

Hasta bakımı ve hastaya tıbbi tedavi sağlanması amacıyla diğer hastane faaliyetlerinden farklı özelliklere sahip, hastanın yaşamını tehdit etmekte olan problemlerin var olmasını önleyebilmek ya da bu tür problemlerin tedavisini sağlayabilmek amacıyla yerleşim şekli özel bir şekilde tasarlanmış yüksek

teknolojiye sahip tıbbi cihazlar ve bu alanda uzman tıbbi sağlık personeli mevcut olan birimlerdir ⁽³²⁾.

Akut yoğun bakım ünitelerinde, hasta yatak sayısının az olması, kıt kaynakların ve hizmetin sunulmasıyla ilgili yaşanmakta olan çeşitli sorunların var olması triaja gidilmesini bir zorunluluk olarak getirmektedir. Palyatif bakım hastalarının tedavisi için bir çare kalmadığı durumunda eve gönderilmektedir.

Etik olgular bakımından araştırıldığında ise mevcut durumda yaşanan hâl, ikileme sebebiyet vermekte, “hasta evde bakım uygulamasına geçtiğinde sağlık profesyonellerinin yükümlülüğü son buluyor mu?” sorusunun ifade edilmesi gerekmektedir. Bu aşamada palyatif bakım sürecinde olan hastaların birey onuruna uygun biçimde tedavi ve bakım hizmeti alabilmesi, bu aşamayı yaşamakta olan hasta ve ailesinin ihtiyaçlarının uygun şekilde karşılanması adına Türkiye’de evde bakım hizmetlerinin gelişmesi önemli bir konu olmaktadır ⁽³³⁾.

2.8.2. Uzamış Süreç Yoğun Bakım

Uzun zaman boyunca iyileştirme için gerekli olan ve medikal tedavinin gerekliliği, klinik olarak çeşitlilik gösteren durum olması, kronik durumları ve çoklu akut durumları mevcut olan hastaların bakım gördüğü yoğun bakım birimleridir. Burada bakım hizmeti alan hastalar uzun dönemde yoğun bakım hizmeti almaktadırlar ⁽³⁴⁾.

2.8.3. Hospis Bakım

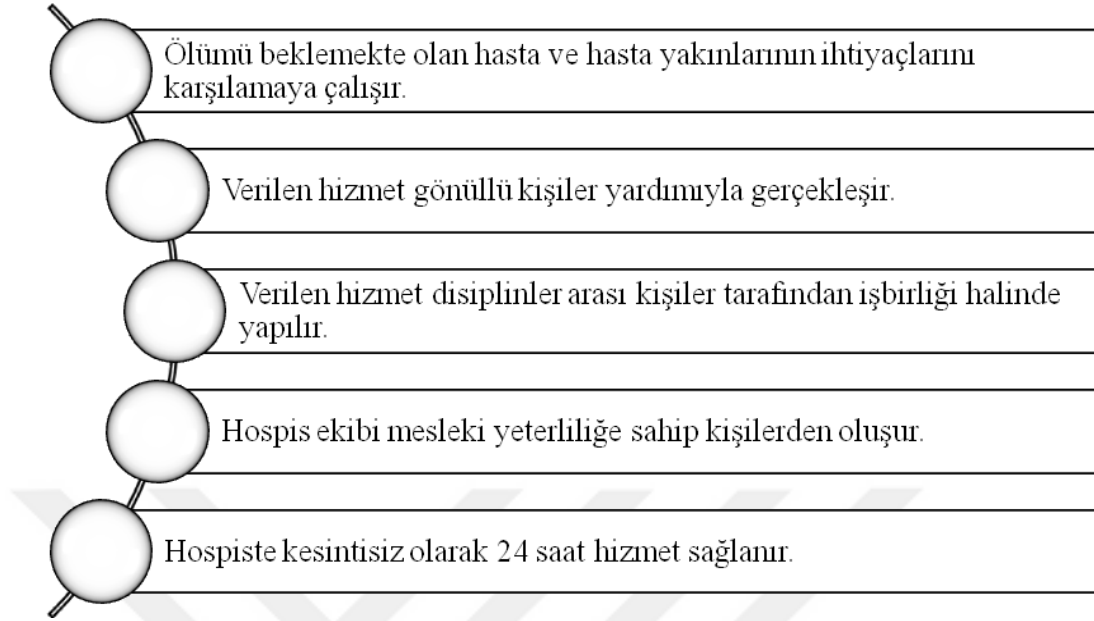
Hospis bakımının temelinde, hayatının son dönemlerinde olan hastalara en konforlu yaşamın ve en iyi ölümün sağlanması yer almaktadır. Türkiye’de bu hizmet olmadığı için hastaların birçoğu hastanelerde yatak meşgul etmekte ya da evlerinde hiçbir bakım almaksızın hayata veda etmektedirler ⁽³⁵⁾.

Hospis hizmeti almaya ilişkin ölçütler aşağıda sıralanmıştır ⁽³⁶⁾:

1. Kişilerin aşağıda yer almakta olan dört hastalıktan birine sahip olmaları gerekmektedir:
 - a) Tedaviye karşın ilerlemekte olan metastatik kanser durumları,
 - b) AIDS durumu,
 - c) Böbrek, karaciğer, kalp, akciğer gibi iç organların iflasına gelmiş olması,
 - d) Felç durumunun ilerlemesinin sonuna geldiği sinir sistemi hastalıkları.
2. Ölüme neden olabilecek böbrek, karaciğer ve kalp yetmezliği gibi durumun mevcut olması.
3. Hospis hizmet sağlamada temel ilke, hastayı tedavi etmek değil, hastanın karşılaştığı sorunları en aza indirmektir.

Hospis bakım süreci genel olarak fiziksel ağrıların son buldurulması, hayatın sınırlandırılması şeklinde bir algı meydana getirmektedir. Fakat bu durum kapsamında çift etki meydana gelmektedir. Çift etki ilke durumunda ise *“iyi etki elde etmek niyetiyle yapılan bir eylemin önceden bilinen ancak niyetlenilmeyen kötü etkiyi yaratmasıdır”*. Bu kapsamdaki bir tutum etik kıyaslamada birey yaşamına ve ölüme ilişkin olarak anlamlandırma biçimindedir ⁽³⁷⁾. Hospis bakımı hekimlerin denetimi kapsamında olur ve sağlık profesyonelleri tarafından yürütülür. Temel amaç son dönemde olan hastanın ihtiyaçlarının karşılanması ve 24 saat kesintisiz hizmetin sunulmasıdır.

Hospislerin temel ilkeleri Şekil 6’da gösterilmiştir ⁽³⁶⁾.



Şekil 6. Hospislerin Temel İlkeleri ⁽³⁶⁾

2.8.4. Palyatif Bakım

Palyatif bakımda hastanın son döneminin en iyi şekilde geçirmesini sağlamak planlanmaktadır. Palyatif bakımı sağlık profesyonelleri vermekte ve hasta konforu sağlanmaktadır ⁽²⁷⁾.

2.8.5. Evde Bakım

Kişinin mevcut durumda olan sağlığını koruyabilmek ve bunu geliştirebilmek, taburculuk işlemleri sonrasında ya da uzun vadede tıbbi bakıma gereksinim hissedildiğinde kurumlar tarafından kişinin evinde almış olduğu sağlık ve sosyal hizmetlerin tamamı olarak görülmektedir ⁽³⁸⁾.

2.9. DÜNYA'DA VE TÜRKİYE'DE Palyatif Bakım

Dünyada palyatif bakım hizmetleri ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Dünyanın birçok ülkesinde palyatif bakım tam anlamıyla gelişmiş olmakla beraber bazı ülkelerde palyatif bakım hiç bilinmemektedir. Palyatif bakımın hiç bilinmediği ülkeler şu şekildedir ⁽³⁹⁾:

- Libya
- Maldivler
- Senegal
- Somali
- Suriye
- ABD (Virgin Adaları)
- Yemen

Palyatif bakım hizmetlerinde yapılanma aşamasında olan ülkeler Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Palyatif bakım aktivitesi için yapılanma aşamasında olan ülkeler ⁽³⁹⁾

Ülkeler	Palyatif Bakım Etkinlikleri	Klinik Kapasite
*Azerbaycan *Cezayir *İngiltere (Virgin Adaları) *Umman *Filistin	Palyatif bakım ile ilgili bilincin geliştirilmesi adına konferans, personel eğitimi ve politik lobi uygulamaları gerçekleşmektedir.	Hizmet sağlayan palyatif bakım klinikleri sadece küçük çaplı olarak mevcuttur.

Tablo 3'te görüldüğü üzere palyatif bakım hizmetleri için yapılanma aşamasında olan ülkeler verilmiştir. Henüz klinik aşamasında hizmet verilmekte olup hizmetin gelişmesi adına eğitimler ve konferanslar yürütülmektedir. Ülke genelinde olmamakla beraber sadece sınırlandırılmış olarak palyatif bakım hizmeti veren ülkeler aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 4. Sınırlandırılmış olarak palyatif bakım hizmeti veren ülkeler ⁽³⁹⁾

	Lokalize olarak küçük klinikleri olan ülkeler	Sağlık sistemiyle bütün olarak palyatif bakım hizmeti veren ülkeler
Ülkeler	*İran, *Kuveyt *Lübnan, *Sudan *Rusya, *Suudi Arabistan	*Türkiye *Arjantin *Arnavutluk *Hırvatistan
Palyatif Bakım Etkinlikleri	Palyatif bakım hizmetlerine destek azdır	Sınırlı eğitim uygulamaları mevcuttur.
Klinik Kapasite	Sağlık sistemi dâhilinde değil küçük kliniklerde verilmektedir	
Morfine Ulaşılabilirlik	Morfine ulaşılabilirlik sınırlıdır	Morfine ulaşılabilirlik vardır.
Finansal Kaynak Sağlayıcıları	Sağlık sisteminden bağımsız olarak, kişisel bağışlardan sağlanmaktadır	Sağlık sisteminden bağımsız olarak kişisel bağışlardan genel sağlık sisteminden, özel sağlık sigortasından, yerel devlet kaynaklarından sağlanmaktadır.

Palyatif bakım hizmetleriyle ilgili olarak sınırlı hizmet veren ülkeler arasında Türkiye’de yer almaktadır. Türkiye sınırlı palyatif bakım hizmetini sağlık hizmetleri kapsamında vermekte klinik bazda yürütmemektedir. Palyatif bakım hizmetlerinde tam anlamıyla gelişmiş ülkeler Tablo 5’te verilmiştir.

Tablo 5. Palyatif bakım hizmetlerinde tam anlamıyla gelişmiş ülkeler ⁽³⁹⁾

	Uzun yıllardır tam gelişmiş ülkeler	Kısa süredir tam gelişmiş ülkeler
Ülkeler	*Avustralya, *Belçika *ABD, *Kanada *İngiltere *Fransa, *Almanya, *İzlanda, *İrlanda *İtalya, *Japonya *Norveç *Polonya *Romanya	*Sırbistan *Şili *Kosta Rika *Danimarka *Finlandiya *Macaristan *İsrail, *Kenya, *Malezya, *Çin, *Küba, *Moğolistan *Hollanda, *Lüksemburg *Porto Riko
Palyatif Bakım Etkinlikleri	Ülkenin tamamında sürekli ve etkin şekilde palyatif bakım politikaları mevcuttur. Palyatif bakımla ilgili eğitimler mevcuttur. Ulusal Palyatif bakım dernekleri faaliyetleri bulunmaktadır.	Sınırlı düzeyde palyatif bakımla ilgili politikalar mevcutken, toplumda ve sağlık hizmetlerinde palyatif bakım hizmetleri algısı gelişmiştir. Palyatif bakımla ilgili hem sağlık personeline hem de gerekirse hasta bakıcılara çeşitli eğitimler verilmektedir. Ayrıca ulusal düzeyde derneklerin faaliyetleri bulunmaktadır.
Klinik Kapasite	Ülkenin tamamında palyatif bakım hizmeti veren klinikler mevcuttur.	Palyatif bakım hizmetleri farklı kurumlar tarafından sunulmaktadır.
Morfine Ulaşılabilirlik	Morfin ve güçlü ağrı kesicilere ulaşılabilirlik mevcuttur.	Morfin ve güçlü ağrı kesicilere ulaşılabilirlik mevcuttur.

Palyatif bakım hizmetleri gelişmiş olan ülkelere bazıları detaylarıyla beraber alt başlıklar hâlinde incelenmiştir.

2.9.1. Palyatif Bakım Aktiviteleri Gelişmiş Ülkeler

2.9.1.1. Avustralya

1987 yılında Flinders Üniversitesi'nde dünyada bir ilk olarak palyatif hizmet sunan birim açılmıştır. İlk kez bir üniversitede palyatif bakım hizmeti açan ülke konumundadır. Avustralya'da palyatif bakım hizmetleri ulusal sağlık sistemi ile entegre biçimde hizmet vermektedir. Ülkede palyatif bakım ile ilgili politikalar mevcuttur. 2005 yılı itibariyle palyatif bakım hizmetlerinin uzmanlık alanında olması gerektiği görüşü benimsenmiş ve bu alanda sağlık personeline gerekli eğitimlerin verilmesi amacıyla politikalar düzenlenmiştir. Günümüzde Avustralya'da 400'e yakın aktif şekilde hizmet vermekte olan palyatif bakım ünitesi mevcuttur. Ülkede palyatif bakım sürecinde morfine ulaşım ise yasal düzenlemeler çerçevesinde getirilmiştir ⁽³⁹⁾.

2.9.1.2. ABD

ABD'de ilk olarak 1980' li yıllarda Cleveland Kliniği ve Wisconsin Medikal Kolej gibi kurumlarda palyatif bakım hizmetlerinin verilmesine ilişkin birimler oluşturulmuştur. Günümüzde ABD'de 1500'e yakın palyatif bakım kliniği mevcuttur. Ülkede üniversitelerin tıp bilim alanlarında palyatif bakım eğitimi yoğun şekilde verilmektedir. Palyatif bakım ekibi oluşturulmasına ve bu ekibin profesyonelleşmesine yönelik eğitimler yasal mevzuat çerçevesinde etkin bir şekilde uygulanmaktadır. Ülkede vatandaşların ve sağlık personelinin palyatif bakım bilinci gelişmiştir. Bununla beraber palyatif bakım süreci dâhilinde morfine ulaşılabilirlik mevcuttur. Ülkede sigorta sistemleri Medicaid palyatif bakımı hizmetlerini de kapsamaktadır ⁽⁴⁰⁾.

2.9.1.3. İngiltere

Palyatif bakımla ilgili dünyadaki ilk deneyimler 1967 senesinde Londra'da Dr. Cicely Saunders'in, St. Christopher hospisini kurmasıyla gelişmiştir. Palyatif bakımla, son dönemlerini geçirmekte olan hastalara en iyi hizmetin sunulması

amaçlanmıştır ve bu tarihten sonra palyatif bakım veren hizmetlerin sayısı ve kalitesi tüm dünyada artış göstermeye başlamıştır. İngiltere’de palyatif bakım hizmetleri oldukça gelişmiştir. Ülkede 500 civarında palyatif bakım kliniği mevcuttur. Ülkede morfine ulaşılabilirlik mevcuttur. Palyatif bakım hizmetleri harcamaları Ulusal Sağlık Hizmetleri Kurumu kapsamında sağlanmaktadır ⁽⁴¹⁾.

2.9.1.4. Kanada

İlk olarak 1975 senesinde Montreal ve Winnipeg hastanelerinde palyatif bakım hizmetleri sunmakta olan klinikler oluşturulmuştur. 1991 senesinde Kanada Palyatif Bakım Derneği kurulmuş ve palyatif bakım ile ilgili programlar geliştirilmiştir. Ülkede palyatif bakım hizmeti veren klinik sayısı yeterli ve palyatif bakım ekibi profesyoneldir. Palyatif bakım ekibinin profesyonelleşmesi adına gerekli eğitimler üniversitelerde verilmektedir Ülkede palyatif bakım kapsamında güçlü ağrı kesicilere ve morfine ulaşmak mümkündür ⁽³⁹⁾.

2.9.1.5. Almanya

Köln Üniversitesi Cerrahi Kliniğinde 1983 senesinde palyatif bakım hizmeti sunan birim kurulmuş ve 1990 senesinde palyatif bakım ile ilgili faaliyetler 7yoğunlaştırılmıştır. Alman Sağlık Bakanlığı tarafından 1991-1996 döneminde palyatif tedavi çalışmaları kapsamında yeni politikalar geliştirilmiş ve ülkede palyatif bakıma karşı olan algı artmıştır. Günümüzde 250 civarında palyatif bakım hizmeti sunan klinik olmakla beraber ülkede sürekli olarak yeni kliniklerin açılmasına ilişkin teşvikler artmaktadır. Üniversitelerde palyatif bakım hizmetleriyle ilgili eğitimler verilmekte ve sağlık personeli yetiştirilmektedir ⁽⁴²⁾.

2.9.1.6. Japonya

Japonya’da palyatif bakım kliniği ilk olarak 1981 yılında açılmıştır. 1990 yılında palyatif bakım hizmetlerinden faydalanan kişilerin harcamaları sağlık sigorta fonu kapsamında karşılanmaya başlanmıştır. 1997 yılında Palyatif Bakım Standartları yayınlanmış ve özellikle hemşirelik alanında olmakla beraber eğitimler

yoğunlaştırılmıştır. Günümüzde Japonya’da 213 adet palyatif bakım kliniği bulunmaktadır. Ülkede palyatif bakıma ilişkin olumlu yönde tutum geliştirilmiştir. Ayrıca palyatif bakım kapsamında morfine ulaşılabilirlik mevcuttur ⁽³⁹⁾.

2.9.1.7. Küba

Küba sosyalist devlet yapısıyla, insan hakları kapsamında sağlık hizmetlerine de fazlaca önem veren bir ülkedir. Küba ABD’den daha üstün bir sağlık sistemine sahip olmakla beraber sağlıkta verimliliği içselleştirmiş bir ülkedir. Palyatif bakım hizmetlerinde Küba’da toplum bilinci oluşmuştur. Küba’da tüm hekimler hastalarına ev ziyaretleri yapmakta ve onların ihtiyaçlarına göre kişisel tedavi yöntemleri önermektedirler. Ayrıca kişisel bakım tercihleri de belirlenmektedir ^(43, 44).

2.9.2. Dünya Palyatif Bakım Birliği

Dünya Palyatif Bakım Birliği (Worldwide Palliative Care Alliance -WPCA) tüm dünyada ulusal ve bölgesel olarak palyatif bakım hizmeti sunan organizasyonları bünyesine almaktadır. Birliğe 70 ülke üyedir. Birlik, ülkelerde palyatif bakım hizmetlerinin geliştirilmesi adına çalışmalar yürütmektedirler ⁽⁴⁵⁾.

2.9.2.1. Vizyonu

Dünya Palyatif Bakım Birliği’nin vizyonu, evrensel, her insana ulaşabilen, uygun fiyat ve yüksek kalitede palyatif bakım hizmeti sunulabilmesidir ⁽⁴⁵⁾.

2.9.2.2. Hedefleri

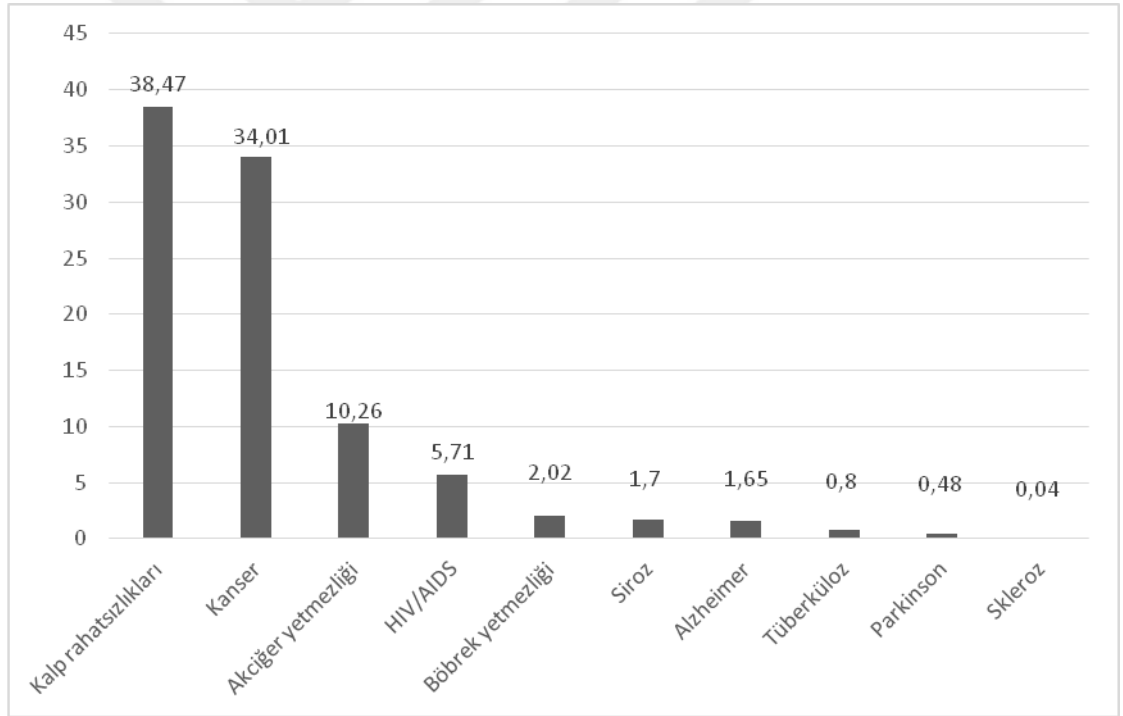
Dünya Palyatif Bakım Birliği’nin temel hedefleri:

- Palyatif bakım hizmetlerinin tüm dünyada yaygınlaştırılması ve geliştirilmesi,
- Palyatif bakım ihtiyacı olan tüm bireylere ulaşımın sağlanması,
- Palyatif bakım kliniklerinin sayısının artırılarak, dünyada tüm insanların kolay ulaşımının sağlanması,

- Palyatif bakım hizmetinin kalitesinin artırılmasına yönelik çalışmalar yürütülmesi,
- Palyatif bakım ile ilgili uzman ekibin oluşturulması adına eğitimlerin yoğunlaştırılmasının sağlanmasıdır ⁽⁴⁵⁾.

2.9.3. Dünya’da Palyatif Bakım Gerektiren Hastalıklar

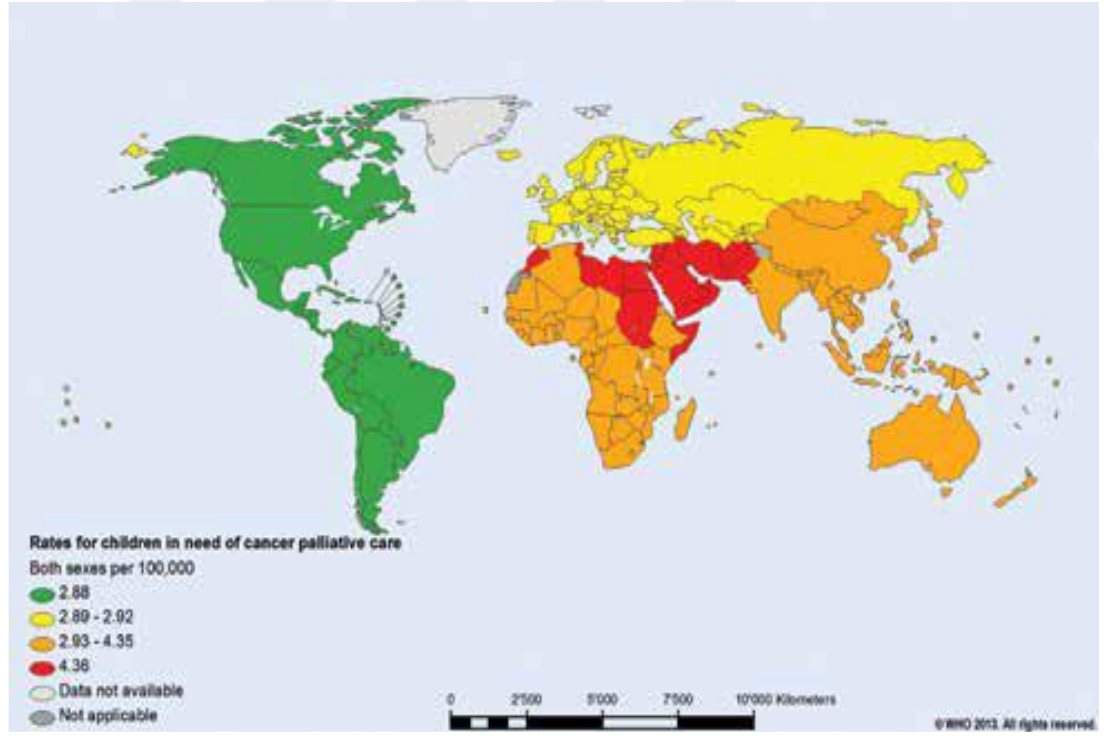
Dünyada çocuk, genç, yetişkin veya yaşlı tüm hasta bireylerin palyatif bakıma ihtiyacı olabilmektedir. Dünyada palyatif bakım gerektiren hastalıkların yüzdesi şekil 7’de verilmiştir.



Şekil 7. Palyatif Bakım İhtiyacında Hastalık Çeşitleri ⁽⁴⁶⁾

Dünyada palyatif bakım ihtiyacına ilişkin bilgiler incelendiğinde, %38,47 ile en fazla kalp rahatsızlıklarında palyatif bakım ihtiyacının olduğu görülmektedir. Bunu %34,01 ile kanser takip etmektedir.

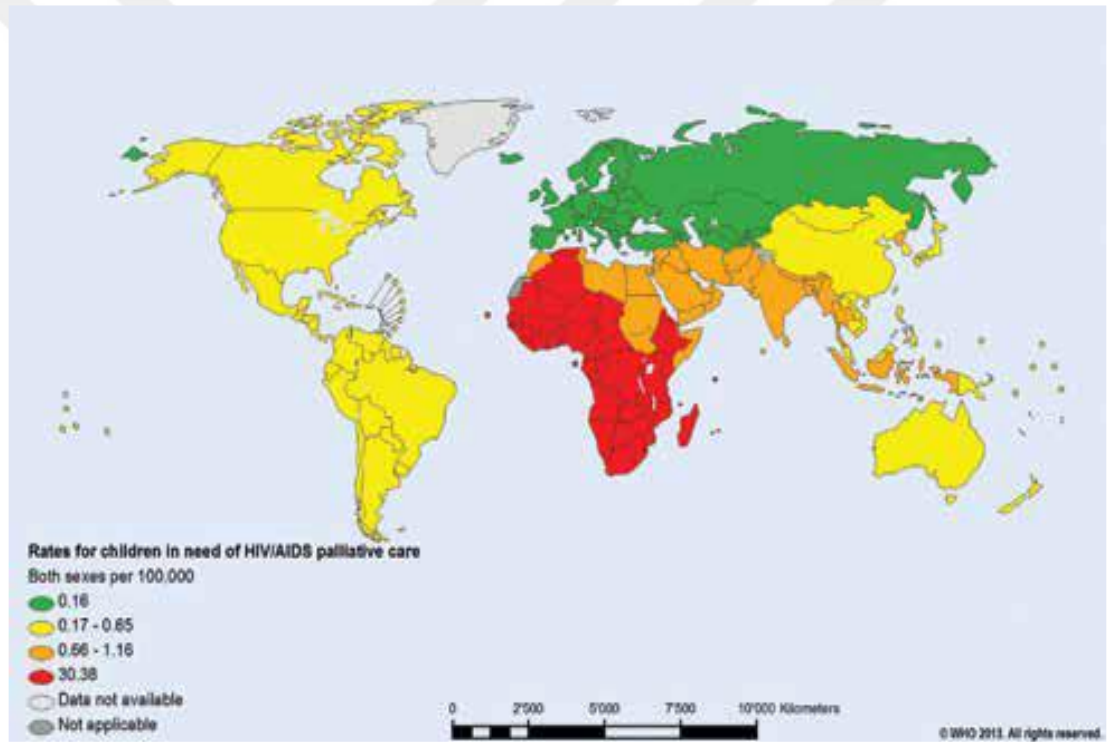
Palyatif bakım ihtiyacı sadece yetişkinler için değil aynı zamanda çocuklar içinde gerekli olabilmektedir. Dünyada birçok çocuk, palyatif hizmetlerinden faydalanamamaktadır. Kanser nedeniyle dünyada birçok çocuk palyatif bakım hizmeti alamadan hayatını kaybetmektedir. Şekil 9'da kansere yakalanmış ve hayatının son aşamasında palyatif bakım ihtiyacı olan çocukların ülkeler açısından dağılımı yer almaktadır.



Şekil 8. Kanserli Çocukların Palyatif Bakım İhtiyaçlarının Ülkeler Bazında İncelenmesi ⁽⁴⁶⁾

Şekil 8’de görüldüğü üzere özellikle Afrika ülkelerinde kansere yakalanmış çocukların yüksek oranda palyatif bakıma ihtiyacı oldukları görülmektedir. Amerika kıtasında kanserli çocukların palyatif bakım ihtiyaçları çoğunlukla karşılanmaktadır. Afrika ülkelerinde palyatif bakım hakkında bilinç düzeyinin gelişmemiş olması ve çoğu ülkede palyatif bakıma ilişkin kliniklerin olmaması, bu ülkelerde ciddi bir sorun olarak görülmektedir.

Şekil 9’da HIV/AIDS’e yakalanmış olan çocukların palyatif bakım ihtiyaçları ülkeler bazında verilmiştir.



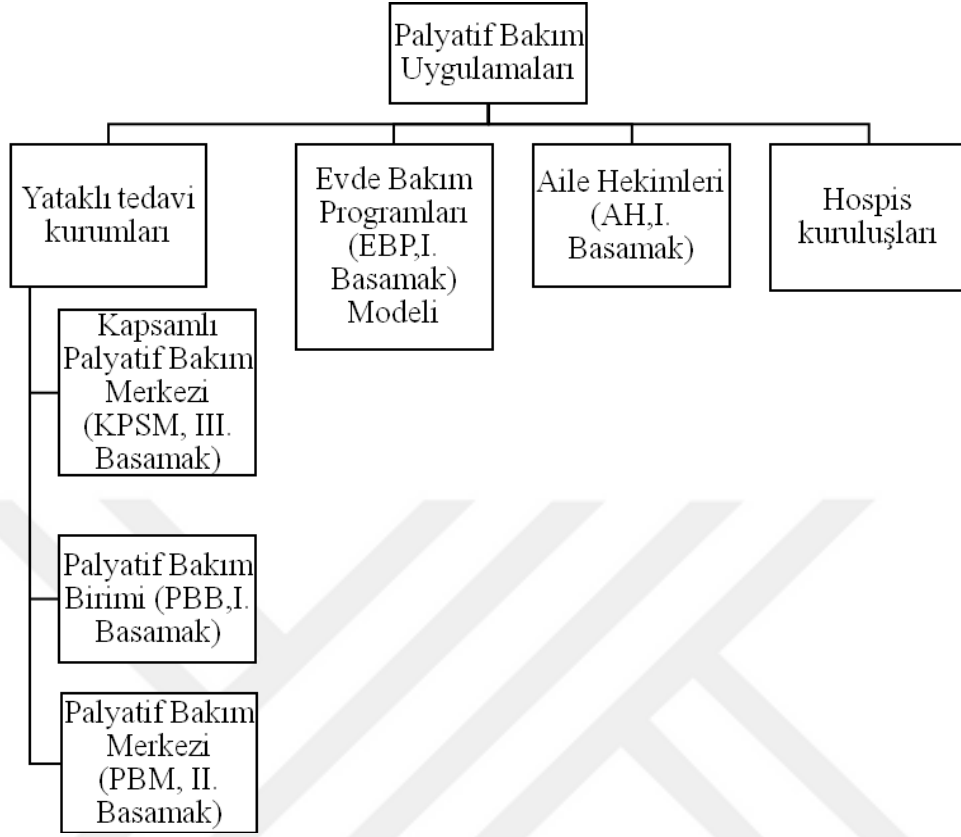
Şekil 9. HIV/AIDS’li Çocukların Palyatif Bakım İhtiyaçlarının Ülkeler Bazında İncelenmesi ⁽⁴⁶⁾

HIV/AIDS’li çocukların palyatif bakım ihtiyaçları ülkeler bazında incelendiğinde, kanserde olduğu gibi yine Afrika ülkelerinde palyatif bakım konusunda ciddi sıkıntıların olduğu görülmektedir. Bununla beraber bu konuda Amerika’nın da çok yeterli olmadığı görülmektedir. Türkiye’de ve Rusya’da

HIV/AIDS'e yakalanan çocukların azlığı sebebiyle, palyatif bakım ihtiyacının da diğer ülkelere oranla daha az gözüktüğü düşünülmektedir.

2.9.4. Dünyadaki Palyatif Bakım Hizmetlerinin Türkiye'ye Entegrasyonu

Sağlık Bakanlığının palyatif bakımın hizmetlerinin gelişmesine yönelik olarak atılmış olan ilk adım evde bakım hizmetleridir. Hastane ortamında olan hastanın semptomlarının denetimi sağlamak veya ayaktan sağlık göstergeleri takip edilen ve tedavi sürecinde olması gerekli olan hastalara verilecek olan palyatif bakım ile ilgili hizmetlere ilişkin olarak Türkiye'de var olan ihtiyaçlar kapsamında uygun bir yönerge hazırlığına bakanlık tarafından başlanılmıştır. Bakanlık tarafından hazırlanan bu sistemde üniversitelere bağlı, hastane bünyesinde faaliyet gösterecek olan palyatif bakım hizmetlerine ilişkin merkezler ve birimler; aile hekimliği kontrolünde ve denetiminde evde bakım hizmetlerinin yürütülmesi şeklindedir. Yürütülmesi planlanan bu hizmetlerle beraber ülkemizde hayatının son aşamasında olan hastaların yaşam standartları yükseltilmiş olacaktır ⁽⁴⁷⁾.



Şekil 10. Gelişmiş Ülkelerde Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulaması ⁽⁴⁷⁾

Gelişmiş ülkelerde palyatif bakım hizmetleri temelde dört sınıflandırmada gerçekleştirilmektedir. Bu sınıflandırmalara ilişkin detaylar aşağıda yer almaktadır.

2.9.4.1. Yataklı Tedavi Kurumları

Günümüz dünyasında teknolojik gelişmelerle beraber tıp dünyası birçok hastalığa çözüm bulabilmiş ancak hâlâ bazı hastalıklar tam olarak tedavi edilememekte ve hastanın hayatı son bulmaktadır. Hasta bu son dönemlerinde genelde sadece ailesi tarafından destek ve bakım görmektedir. Bu süreç hem hasta hem de ailesi için psikolojik ve fizyolojik açıdan zorlu olabilmektedir ⁽⁴⁷⁾.

Yıllar boyunca palyatif bakım ihtiyacı olan hastanın bu süre boyunca mental ve fiziksel becerilerinin zaman içinde azalması normal bir durumdur. Hastanın

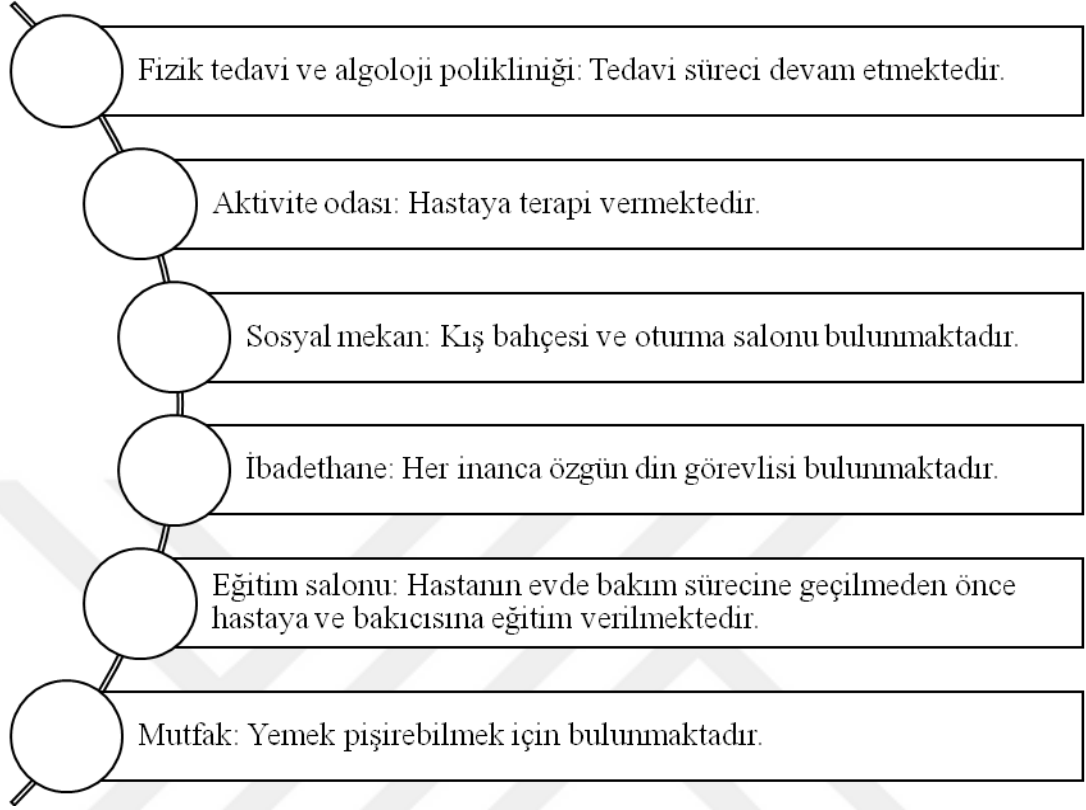
yaşamış olduğu bu süreç boyunca girdiği çöküşlerde ailesine daha fazla yük olmak istememesi, hastanın bakacak kimsesinin bulunmaması veya bakım sağlayıcılarının bu çöküş durumuyla baş etmesinin mümkün olamadığı çeşitli durumlarda hastanın bakımını üstlenecek yataklı palyatif bakım birimleri tercih nedeni olabilmektedir ⁽⁴⁸⁾.

2.9.4.1.1. Kapsamlı palyatif bakım merkezi (KPSM, III. Basamak)

Palyatif bakım sürecinde hastanın bakım ihtiyaçlarının en uygun şekilde karşılanmasında, palyatif bakım merkezinin eksiksiz olması önemlidir. Palyatif bakımla ilgili gerekli araç ve gerecin bulunması, ilaç ve malzemelerin yeterli olması ile yeterli sayıda sağlık ve profesyonel personelin bulunması önemlidir ⁽⁴⁸⁾.

Türkiye’de akut yoğun bakımları çerçevesinde etkili bir şekilde çalışmalarını yürütmesi, aile / hasta / bakıcının bu mevcut kronik süreçte bakım ile ilgili uygulanmakta olan plana adaptasyon aşamasının sağlanabilmesi adına gerekli görülen eğitimlerin önünün açılması, profesyonel olarak görev yapmakta olan personelin gerekli olmayan istihdamının önüne geçilmesi ve tıp malzemelerine ilişkin olarak maliyetin düşük seviyede tutulması gibi çeşitli nedenlerden kaynaklı olarak palyatif bakım hizmeti veren birimlere gereksinimin sürekli olarak arttığı görülmektedir ⁽⁴⁹⁾.

Türkiye’de palyatif bakım ihtiyacını karşılamak adına Ocak 2012’de Ankara Ulus Devlet Hastanesi bünyesinde palyatif bakım merkezi kurulmuştur. Kurulan palyatif bakım merkezinde hastaların bakım ve beslenme ihtiyaçları karşılanırken aynı zamanda onların hobilerine yönelik faaliyetlerle ilgilenmeleri içinde alt yapı oluşturulmuştur ⁽⁴⁹⁾. Palyatif bakım ihtiyacı vermekte olan birimin faaliyetleri Şekil 11’de verilmiştir.



Şekil 11. Ankara Ulus Devlet Hastanesi Bünyesinde Palyatif Bakım Merkezi ⁽⁴⁹⁾

Kurulan bu palyatif bakım merkezi, yaşamının sonunda olan hastaların yaşam standartlarının yükseltilmesi ve hastanın kaybından sonra ailesine yas sürecinde destek olunması amacını gütmektedir.

2.9.4.1.2.Palyatif bakım merkezi (PBM, II. Basamak)

Hayatının son dönemini evde geçirmek isteyen hastaların palyatif bakım ihtiyaçlarını hastane ortamında karşılamalarının nedeni palyatif bakım merkezlerinin hastane bünyesinde kurulmasından kaynaklanmaktadır. Palyatif bakım almakta olan hastanın yaşamış olduğu çeşitli problemlerin çözülebilmesi adına uzman deneyim ve bilgisine gereksinim hissederken, hasta ailesinin de çeşitli ihtiyaçlarının giderilmesi önemlidir. Bu sebeple palyatif bakım birimleri hastane bünyesinde oluşturulmaktadır. Palyatif bakım birimlerindeki mevcut ekip, palyatif bakım ile

ilgili uzmanlaşmış hekim, hemşire, din görevlisi, sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve ihtiyaç kapsamında terapist ve gönüllü olarak çalışan personel olabilmektedir ⁽⁴⁹⁾.

2.9.4.1.3.Palyatif bakım birimi (PBB, I. Basamak)

Ev ortamında bakım gereksinimleri karşılanamayan hasta hastane bünyesinde bulunan palyatif bakım birimlerine yerleştirilir. Hastanın semptomlarının azaltılmasına yönelik olarak sağlanan tedavi sonucunda hastanın en kısa zamanda evine gönderilmesi planlanmaktadır. Bununla beraber hastada mevcut olan semptomların son bulmaması ve tedaviye cevap vermemesi durumunda hastanın hayatının son günlerini hastanede palyatif bakım biriminde geçirmesi sağlanır.

Palyatif bakım birimleri hastanın evde bakım birimi ve aile hekimi ile sürekli iletişim hâlinde olmalıdır. Palyatif bakım birimlerinde çalışmakta olan personelin alanında uzmanlaşmış ve en az 160 saatlik palyatif bakımla ilgili hizmet içi eğitim alması gerekmektedir. Hem hekimin hem de sağlık personelinin alanında uzman ve deneyimli olması, palyatif bakım sürecinde hastanın en iyi şartlarda yaşamasını sağlayacaktır ⁽⁴⁸⁾.

2.9.4.2. Ev Bakım Programları (EBP, I. Basamak) Modeli

Evde bakım programları, yaşamının sonunda olan hastaların tedavi ve takiplerinin sürdürülebilir olması adına evde ziyaret aşamasını içermektedir ⁽⁴⁸⁾.

2.9.4.3. Aile Hekimleri (AH, I. Basamak)

Palyatif bakım sürecinde aile hekimi, yaşamının sonunda olan hastaların hastalıklarıyla ilgili belirtilerinin takibini ve hastanın tedavisini sağlamada, hastanın mevcut durumuna göre palyatif bakım önerisinde bulunmaktadır ⁽⁴⁸⁾.

2.9.4.4. Hospis Kuruluşları

Sağlık ve bakım hizmetlerinin kurumsal alt yapıda sağlandığı hospisler, tedavi sürecini geçmiş ve hayatının sonlanmasına son altı ay veya daha kısa zaman

kalmış olan hastalara hizmet vermektedir. Hastanın hastanede tedavi sürecinin bitmiş olması ve evde bakımının yapılamayacağı zamanlarda hasta hospislere kabul edilerek yaşamının son zamanlarını en kaliteli şekilde bitirmesi amaçlanmaktadır. Hospislerde mevcut ekip haricinde imkanlara dayalı olarak psikolog, din görevlisi, iş terapisi ve müzik uzmanı gibi çeşitli mesleklerdeki personelinde ekibe dâhil olması beklenmektedir. Tüm ekip bir arada hastanın son zamanlarını en iyi şekilde geçirebilmesine odaklanmaktadır ⁽⁵⁰⁾.

Hospislerde çalışmakta olan sağlık personelinin bu alanda uzman ve deneyimli olması temel şarttır. Palyatif bakım sürecinde destek verecek olan personelin bu alanda daha önce belirli bir zaman çalışmış olması ve gerekli eğitimlere sahip olması gerekmektedir. Sağlık personelinin uzmanlaşmış olması sürecin sağlıklı şekilde yürütülebilmesi açısından önemlidir ⁽⁵¹⁾.

2.9.5. Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetleri

Türkiye’de hasta bakım ve gereksinimleri genel olarak aileler tarafından sağlanmaktadır. Bu durum aslında Türkiye’de palyatif bakım birimlerinin kurulmasını geciktiren en önemli etkenlerden biri olarak görülmektedir. Ayrıca palyatif bakım ile ilgili olarak toplum bilincinin olmaması, tıp eğitimi alan bireylerinde palyatif bakımla ilgili eğitim almamış olmaları bu konudaki eksikliğin temel kaynakları arasındadır.

1993-1997 yılları arasında İstanbul Yeşilköy’de Türk Onkoloji Vakfı’nın kurmuş olduğu “Kanser Bakımevi” kanser hastalığının son evresinde olan ve palyatif bakım ihtiyacı olan hastalara hizmet verebilmek adına kurulmuş ilk palyatif bakım birimi olarak görülmektedir. Bununla beraber kanser hastalarının palyatif bakımında sigorta sisteminin ödeme yapmaması ve bu konuda toplum bilincinin yerleşmemiş olması, kurumun kapatılmasına neden olmuştur ⁽⁵²⁾.

1999 yılı itibariyle Türk Onkoloji Grubu kapsamında kurulmuş Destek Tedaviler Çalışma Grubu hayatının sonunda olan hastaların palyatif bakım ihtiyaçlarını karşılamının önemini, toplum bilincinde olumlu yönde değiştirmek

adına çeşitli faaliyetlerde bulunmuştur. Toplum bilincinin oluşturulmasına yönelik 18 farklı birimde 40 görevli çalışmaktadır ⁽⁵²⁾.

2006 yılında kurulmuş olan Palyatif Bakım Derneği hayatının son döneminde olan hastalara bakım hizmeti sağlamak için kurulmuştur. Ayrıca bu dernek hasta ailelerine de bu süreçte yardımcı olmayı hedeflemiştir ⁽⁵³⁾.

2006 yılı itibariyle Ankara’da bulunan 12 odalı bir ev Hacettepe Onkoloji Enstitüsü tarafından palyatif bakım birimine dönüştürülmüştür. “Hacettepe Umud Evi” isminde faaliyete geçmiş olan bu ev, zaman içinde gerekli yasal işlemlerini gerçekleştirememiş ve deneyimsiz hemşireleri çalıştırmak durumunda kalmıştır ⁽⁵⁴⁾.

2006 Kasım ayında Onkoloji bölümü kapsamında kurulmuş olan Anadolu Sağlık Merkezi Palyatif Bakım Ünitesi yasal çerçevede işlerlik kazanmış olan tek birimdir. Birim toplamda 18 yatak kapasitesine sahiptir. Bu birimde 23 personel (1 Yönetici, 1 Konsültan, 2 Onkolog, 1 Dâhiliye Uzmanı, 1 Psikiyatrist, 1 Algolog, 1 Psikolog, 1 Diyetisyen, 2 Aile Hekimi, 12 Hemşire) çalışmaktadır ⁽⁵⁵⁾.

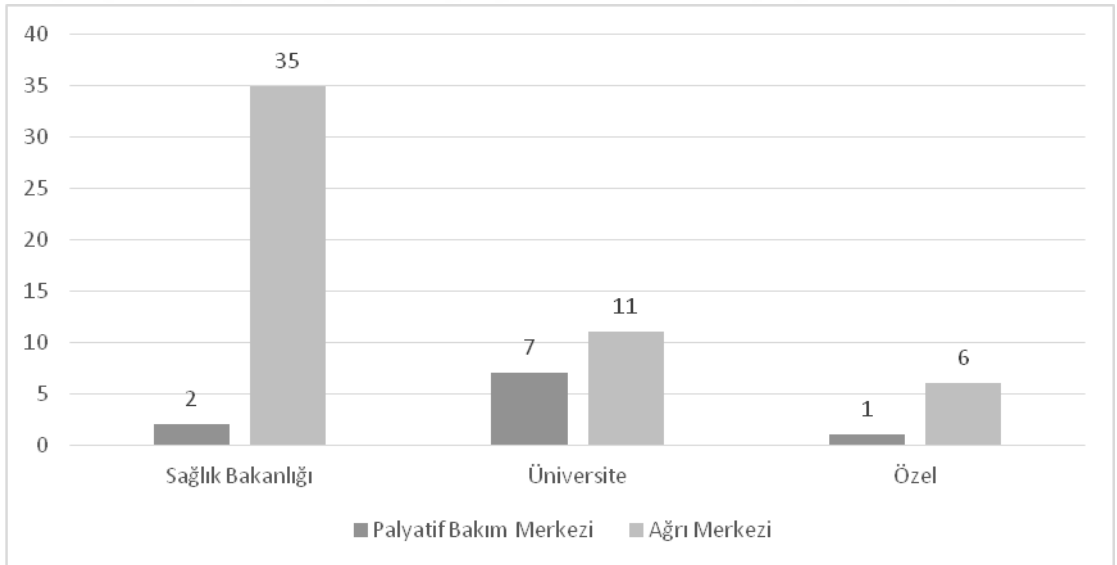
2006 yılında Ege Üniversitesi kapsamında Tülay Aktaş Palyatif Bakım Ünitesi hayatının son döneminde olan kanser hastalarının bakımının yapılması ve hasta ailelerine psikolojik destek verilmesi amaçlanmıştır. Üniteye sorumlu olarak görev yapan hemşire vaka yöneticisi rolünde ekibin koordinasyonunu sağlamaktadır ⁽⁵⁶⁾.

2008-2009 yılları için Dünya Sağlık Örgütü ve TC Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilen ikili görüşmede palyatif bakımla ilgili politika ve stratejiler değerlendirilmiş ve palyatif bakım eylem planı gündeme getirilmiştir. Bu eylem planı kapsamında Türkiye şartları ve bu konudaki öncelikleri göz önünde bulundurularak, palyatif bakım merkezlerinin kurulması ve bu merkezlerde görev yapacak olan personelin eğitilmesi amaç edinilmiştir. Personelin palyatif bakımla ilgili gerekli eğitimi alarak ve hastane ortamında deneyim kazanarak palyatif bakım merkezlerinde çalışmaları öngörülmüştür ⁽⁵³⁾.

Gelişmiş ülkelerde tedavi süreci son bulmuş ve hayatının son dönemine girmiş olan hastalara yönelik birçok palyatif bakım birimi bulunmaktadır ⁽⁵⁷⁾, bu birimlerden bazıları şunlardır:

- Hemşire Bakım Evleri,
- Yaşlı Bakım Evleri,
- Evde Bakım Servisleri,
- Rehabilitasyon Merkezleri.

Türkiye’de palyatif bakım merkezlerinin oldukça sınırlı olması ve sistem hakkında yeterli bilgi ve deneyime sahip olunmaması, bu konudaki eksikliklerin giderilememesine neden olmaktadır. Palyatif bakım kapsamında ağrı hizmeti olarak verilen hizmetlerin sadece İstanbul, Ankara gibi büyükşehirlerde olması, bu hizmete ulaşımı sınırlandırmaktadır. Ayrıca Türkiye morfin üretiminde %90 oranında hammaddeye sahip olmasına karşın morfin kullanım oranı gelişmemiş ülkelerdeki morfin kullanım oranlarından daha az durumdadır ⁽⁵⁸⁾.



Şekil 12. Palyatif Bakımın Gelişmiş Ülkelerde Uygulamaları ⁽⁵⁷⁾

Türkiye’de Palli-Türk adında Sağlık Bakanlığı Kanserele Savaş Dairesi tarafından mevcut durumun analiz edilmesi ve yeni stratejiler geliştirmek adına birim kurulmuştur. 2010-2015 Ulusal Kansere Kontrol Programı palyatif bakım merkezlerinin oluşturulmasına yönelik ilk adım olarak görülmektedir. Temelde Palli-Türk Aile Hekimliği kapsamında kurulu olan, sivil toplum örgütleri ve KETEM kapsamında toplanmış olan; primer şekilde esas olarak hemşire bakımı kapsamında geliştirilmiş sistemin, Türkiye’nin sosyal yapısına uygun bir sistem olduğunu söylemek mümkündür ⁽⁵⁸⁾.

Palyatif bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanması Hasta Hakları Yönetmeliği çerçevesinde bir zorunluluk olarak görülmektedir. Yönetmelikte bulunan “Ötenazi yasaktır” ve “Tıbbi Özen Gösterilmesi” maddeleri değerlendirildiğinde palyatif bakımın bir zorunluluk olduğu görülebilir.

Madde 13- Ötenazi yasaktır;

“Tıbbi gereklerden bahisle veya her ne suretle olursa olsun hayat hakkından vazgeçilemez. Kendisinin veya bir başkasının talebi olsa dahi kimsenin hayatına son verilemez”⁽⁵⁹⁾.

Madde 14- Tıbbi özen gösterilmesi;

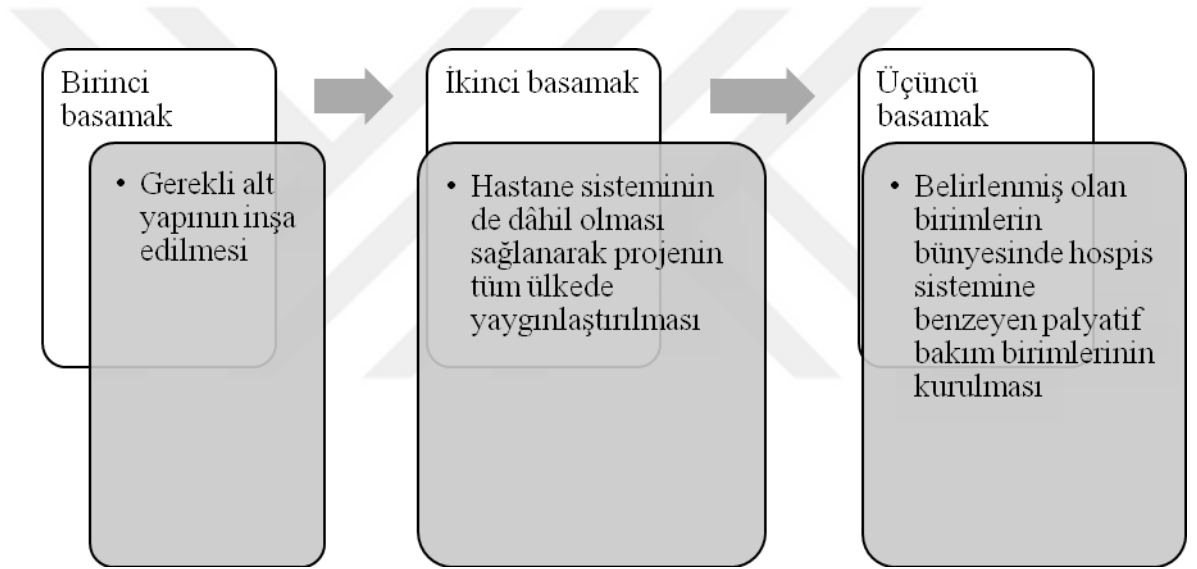
“Personel, hastanın durumunun gerektirdiği tıbbi özeni gösterir. Hastanın hayatını kurtarmak veya sağlığını korumak mümkün olmadığı takdirde dahi, ıstırabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmak zorunludur”⁽⁵⁹⁾.

Bu maddeler çerçevesinde palyatif bakımın bir gereklilik olduğu görülmektedir. Türkiye’de ötenazi yasaktır. Bu nedenle palyatif bakım hizmetleri çerçevesinde hayatının son döneminde olan hastaların gereksinimlerinin karşılanması önemlidir.

Türkiye’de palyatif bakıma yönelik hizmetler genel olarak üniversite hastaneleri tarafından verilmektedir. Bununla beraber palyatif bakım hizmetlerinden doğan giderler SGK veya özel sağlık sigortası kapsamında tamamı veya bir kısmı

karşılanmaktadır. Ayrıca düşük gelirli hastaların palyatif bakım ile ilgili ilaç ve tedavi masrafları yeşil kartlı olmaları durumunda devlet tarafından karşılanmaktadır (60).

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından palyatif bakım projesi çerçevesinde hasta yakınları da kapsama alınarak üç basamak hâlinde birimlerin oluşturulması ön görülmüştür. Bu üç basamağın işleyiş süreci şekil 13'te yer almaktadır.



Şekil 13. Palyatif Bakım Projesi (60)

Palyatif bakım birimlerinin oluşturulması sürecinde önemli olan bir başka konu ise sağlık personelinin eğitimidir. Sağlık personelinin bu konuda uzmanlaşmasının sağlanması adına gerekli eğitimler etkin şekilde verilmelidir. Türkiye’de palyatif bakım ile ilgili eğitimler oldukça sınırlıdır. Palyatif bakım eğitimi özellikle onkoloji bölümünün bir parçası olması gerekirken Türkiye’de yalnızca bir kısım onkoloji bölümünde bu eğitimler verilmektedir. Genel olarak Tıp Fakülteleri programlarında veya uzmanlık programlarında palyatif bakım ile ilgili

eğitimler sağlanmamaktadır. Tüm bunlarla beraber Türkiye’de “palyatif bakım” alanı bir uzmanlık alanı olarak kabul görmemektedir ⁽⁵²⁾.

Türk Onkoloji Grubu Palyatif Tedaviler Alt Çalışma Grubu tarafından bu konuda seminer ve kurs imkânları sağlanarak palyatif bakım eğitimi verilmektedir. Palyatif bakım ile ilgili üniversite bünyesinde verilen eğitimler ilk olarak 2005 senesi itibariyle Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Hemşirelik bölümü tarafından sağlanmıştır. Bu eğitimin temel amacı hayatının son döneminde olan hasta ve hasta yakınlarının bu dönemde yaşam kalitelerinin yükseltilmesi, ölüm sonrası yas döneminde aileye yardımcı olunması ve palyatif bakımla ilgili eğitimlerin nasıl verilmesi gerektiğinin tartışılmasıdır ⁽⁶¹⁾.

2.10. PALYATİF BAKIMDA KANSER HASTALARI VE HASTA YAKINLARININ KARŞILAŞTIKLARI SORUNLAR

Türkiye’de palyatif bakım veren merkezler az olmakla beraber mevcut merkezlerde de çeşitli sıkıntılar mevcuttur. Merkezlerde hasta ve hasta yakınlarının ihtiyaçları tam olarak karşılanamamaktadır. Palyatif bakımda hasta ve hasta yakınlarının karşılaştığı sorunları şu şekilde sıralamak mümkündür ⁽⁶²⁻⁶⁴⁾:

- Hastane yönetimi, hekim ve sağlık personeli ile iletişim problemlerinin yaşanması,
- Kalınan odaların kalabalık olması,
- Hemşirelerin bakım hizmetinin düşük düzeyde olması,
- Problemlerin zamanında çözülememesi,
- Kalınan odaların düzenli temizlenmemesi ve hijyenik olmaması,
- Hekimlerin bakım ve tedavi hizmetlerinin düşük düzeyde olması,
- Her gün vizitenin yapılmaması,
- Hekim ile doğrudan görüşme imkânının olmaması,
- Hastalığın semptomlarının giderilememesi veya hafifletilememesi,
- İlaç tedavisinin yetersiz olması,

- Bürokratik işlemlerin (SGK anlaşmazlıkları, sevk işlemleri, kayıt ve evrak düzenlemeleri) uzun sürmesi,
- Hastane içinde vakit geçirilebilecek sosyal ortamların (spor yapma, müzik dinleme, televizyon izleme veya resim yapma vb.) olmaması,
- Hasta yakınlarının kalacak yerlerinin olmaması veya konforlu olmaması,
- Hasta yakınlarının ihtiyaçlarının karşılanamaması,
- Hastane işlerinde personelden yardım alınamaması.

Yukarıda sayılan tüm bu sorunlar hasta ve hasta yakınlarının palyatif bakım sürecinde karşılaştıkları veya karşılaşacakları sorunlar arasında yer almaktadır. Bu sorunlara çözüm üretecek olan strateji ve politikaların üretilmesi ve yürütülmesi, palyatif bakım sürecini iyileştirecektir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmanın amacı palyatif bakım ihtiyacı olan hasta ve hasta yakınlarının karşılaştığı sorunların tespit edilmesi ve çözüm önerileri sunulmasıdır.

3.2. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmanın sınırlılıkları şu şekildedir:

- Araştırma hazırlanan anket formu ile sınırlıdır.
- Araştırma, İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi Onkoloji Servisi dâhilinde gerçekleştirilmiştir (Ayaktan ve yatan hastalarla yüz yüze görüşülerek, İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsünde gerçekleştirilmiştir.) Bu nedenle diğer hastanelerin Onkoloji birimleri ile genellenemez.

3.3. EVREN VE ÖRNEKLEM

Araştırmanın evrenini İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsünde Onkoloji Servisinde takip ve tedavi alan hastalar ve hasta yakınları oluşturmaktadır. Araştırmaya Pediatrik Onkoloji Servisinde, Medikal Onkoloji Servisinde, Radyasyon Onkolojisi Servisinde ve Cerrahi Serviste takip ve tedavi gören hasta ve hasta yakınları dâhil edilmiştir. Örneklem seçiminde basit tesadüfi örneklem yöntemi kullanılmıştır. Araştırma kapsamında toplamda 400 hasta ve hasta yakınına anket yapılmıştır. Araştırma için İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Etik Kurul'undan onay alınmıştır (2016/21/11) (Ek- 1). İzin yazısı Ek-2'de gösterilmiştir.

3.4. VERİ TOPLAMA ARACI

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır. Ankette toplam 36 soru yer almaktadır. 3 adet demografik özelliklere ve 33 adet palyatif bakıma yönelik sorular yer almaktadır.

3.5. VERİ TOPLAMA FORMUNUN UYGULANMASI

İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Servisinde 15 Kasım 2016-15 Ocak 2017 tarihleri arasında veri toplama formu uygulanmıştır. Veri toplama formlarının doldurulması 15-20 dakika sürmüştür.

Veri toplama formu uygulanmadan önce katılımcılara çalışma ile ilgili bilgi verilmiş ve aydınlatılmış onam çerçevesinde imzalı izinleri alınmıştır, aydınlatılmış onam formunun örneği Ek-3'te gösterilmiştir.

3.6. VERİ ANALİZİ

Araştırmada veri analizi Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 16.0 paket programında yapılmıştır. Verilerin çözümlenmesinde frekans ve yüzde istatistiklerinden faydalanılmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde anket araştırması sonucunda elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Katılımcıların %62'si kadın ve %38'i erkektir (Tablo 6). Katılımcıların %64'ü 31-50 yaş arasında, %24'ü 18-30 yaş arasında, %6'sı 54-64 yaş arasında, %4'ü 17 yaş altında ve %2'si 65 yaş üzerindedir (Tablo 7)

Tablo 6. Cinsiyete İlişkin Bulgular

	Frekans	%
Kadın	248	62,0
Erkek	152	38,0
Toplam	400	100,0

Tablo 7. Yaşa İlişkin Bulgular

	Frekans	%
17 yaş altı	16	4,0
18-30	96	24,0
31-50	256	64,0
51-64	24	6,0
65 ve üzeri	8	2,0
Toplam	400	100,0

Tablo 8. Eğitim Durumuna İlişkin Bulgular

	Frekans	%
Okuma yazma bilmiyor	16	4,0
İlköğretim	152	38,0
Lise	160	40,0
Yükseköğretim	64	16,0
Yüksek lisans/hekime	8	2,0
Toplam	400	100,0

Katılımcıların %40'ı lise, %38'i ilköğretim, %16'sı yükseköğretim ve %2'si yüksek lisans/hekime mezundur. Bununla beraber katılımcıların %4'ü okuma yazma bilmiyordür.

Tablo 9. Hasta Yakınlık Derecesi Durumuna İlişkin Bulgular

	Frekans	%
Kendim	94	23,5
Çocuğum	69	17,3
Annem	112	28,0
Babam	85	21,2
Akrabam	40	10,0
Toplam	400	100,0

Katılımcıların %28'i annesi, %23,5'i kendisi, %21,2'si babası, %17,3'ü, çocuğü ve %10'u akrabası adına anket formunu doldurmuştür.

Tablo 10. Hastalığın Tanısı İlk Öğrenildiğinde Yapılan Davranışa Durumuna İlişkin Bulgular

	Frekans	%
Hayata küstüm	16	4,0
Hastaneye başvurdum	288	72,0
En yakınimdakilerle paylaştım	56	14,0
Daha önce aynı hastalığa sahip insanlarla hastalık ve tedavisi hakkında bilgi aldım	24	6,0
Diğer	16	4,0
Toplam	400	100,0

Katılımcıların %72'si hastalığın tanısı ilk öğrenildiğinde hastaneye başvurmayı tercih ederken, %14'ü en yakınlarıyla paylaşmış, %6'sı daha önce aynı hastalığa sahip insanlarla hastalık ve tedavisi hakkında bilgi almış ve %4'ü hayata küsmüştür. Katılımcıların %4'ü ise diğer seçeneğini işaretlemişlerdir.

Tablo 11. Başvurulan Hastanede Rahat İletişim Kurma Durumuna İlişkin Bulgular

	Frekans	%
Evet	360	90,0
Hayır	40	10,0
Toplam	400	100,0

Katılımcıların %90'ı başvurulan hastanede rahat iletişim kurabilirken %10'u rahat iletişim kuramadığını belirtmiştir. Rahat iletişim kuramadığını belirten kişilerin açıklamaları incelendiğinde, ilk olarak randevu alamadıklarını ve bu konuda hastane ile iletişim kuramadıklarını belirtmişlerdir. Sonrasında çeşitli evrakların temininde, hekime veya hemşireye ulaşmada hastaneye iletişimin olmadığını belirtmişlerdir.

Tablo 12. Takip ve Tedavinin Takip Edildiği Servise İlişkin Bulgular

	Frekans	%
Pediyatrik Onkoloji Servisinde	85	21,2
Medikal Onkoloji Servisinde	128	32,0
Radyasyon Onkolojisi Servisinde	127	31,8
Cerrahi Servisinde	60	15,0
Toplam	400	100,0

Katılımcıların %21,2'si Pediyatrik Onkoloji Servisinde, %32'si Medikal Onkoloji Servisinde, %31,8'i Radyasyon Onkolojisi Servisinde ve %15'i Cerrahi Servisinde takip ve tedavi edilmektedir.

Tablo 13. Hastanedeki Odanın Durumuna İlişkin Bulgular

	Frekans	%
Tek kişilik oda	48	12,0
Çoklu oda	296	74,0
Diğer	56	14,0
Toplam	400	100,0

Katılımcıların %12'si tek kişilik odada, %74'ü çoklu odada kalmaktadır. Bununla beraber %14'ü diğer seçeneğini işaretlemiştir. Diğer seçeneğini işaretleyen katılımcıların cevapları incelendiğinde, iki kişilik odada tek başına ya da ayakta tedavi şeklinde olduğu görülmektedir.

Tablo 14. Hemşirelerin Hizmetine İlişkin Bulgular

	Frekans	%
Orta	56	14,0
Kısmen iyi	32	8,0
İyi	168	42,0
Çok iyi	144	36,0
Toplam	400	100,0

Katılımcıların %42'si hemşirelerin hizmetini "iyi" bulurken, %36'sı "çok iyi", %14'ü "orta" ve %8'i "kısmen iyi" bulmaktadır.

Tablo 15. Her Sıkıntıyı Takip Eden Saatlerde Çözebilme Durumuna İlişkin Bulgular

	Frekans	%
Evet	312	78,0
Hayır	88	22,0
Toplam	400	100,0

Katılımcıların %78'i her sıkıntının takip eden saatlerde çözüldüğünü belirtirken, %22'si çözülemediğini belirtmiştir. Çözülemediğini belirten katılımcılar bu durumun yoğunluktan kaynaklandığını ifade etmişlerdir. Hekimlerin ve hemşirelerin çok yoğun çalışması nedeniyle her hasta veya hasta yakınıyla özel olarak ilgilenememektedirler.

Tablo 16. Hekimle Sağlıklı İletişim Kurma Durumuna İlişkin Bulgular

	Frekans	%
Evet	368	92,0
Hayır	32	8,0
Toplam	400	100,0

Katılımcıların %92'si hekimle sağlıklı iletişim kurabildiğini belirtirken, %8'i hekimle sağlıklı iletişim kuramadığını belirtmiştir. Hekimle sağlıklı iletişim kuramayan katılımcılar bu durumun nedenini, hekimlerin yoğunlukları nedeniyle onlara ulaşamamak şeklinde açıklamaktadırlar. Ayrıca bazı katılımcılar hekimlerin özellikle hasta yakınlarına karşı sert tutum sergilediklerini belirtmişler ve bu nedenle yüz yüze iletişim kuramadıklarını ifade etmişlerdir.

Burada dikkat edilmesi gereken bir başka konu ise katılımcıların tedavilerinin devam etmesi nedeniyle hekimler hakkında kötü bir şey söylemek istememeleridir. Tedavilerinin aksayacağını düşünen hasta ve hasta yakınları, hekimlere karşı her zaman olumlu tutum sergilemeye çalışmaktadırlar. Bu durum hekimler tarafından suistimal konusu olabilmektedir.

Tablo 17. Servisi Hijyenik Bulma Durumuna İlişkin Bulgular

	Frekans	%
Evet	240	60,0
Hayır	160	40,0
Toplam	400	100,0

Katılımcıların %60'ı servisi hijyenik bulurken, %40'ı hijyenik bulmamaktadır. Servisi hijyenik bulmayan katılımcılar, yatakların kullanılmış olduğunu, tuvaletlerin temiz olmadığını ve kemoterapi koltuklarının temizlenmediğini belirtmişlerdir. Ayrıca servislerde temizliğin her gün yapılmadığını yalnızca yerlerin silindiğini belirtmişlerdir.

Tablo 18. Düzenli Olarak Odanın Temizlenme Durumuna İlişkin Bulgular

	Frekans	%
Evet	336	84,0
Hayır	64	16,0
Toplam	400	100,0

Katılımcıların %84'ü düzenli olarak odalarının temizlendiğini belirtirken, %16'sı temizlenmediğini belirtmektedir. Odalarının düzenli temizlenmediğini belirten katılımcılar özellikle tuvaletlerin temizlenmediğini, çarşafların her gün değişmediğini belirtmişlerdir. Ayrıca refakatçi koltuklarının da çok eski olduğu ve hiç temizlenmediği belirtilmiştir.

Tablo 19. Hekimin Yaklaşımına İlişkin Bulgular

	Frekans	%
İyi değil	24	6,0
Orta	16	4,0
Kısmen iyi	8	2,0
İyi	160	40,0
Çok iyi	192	48,0
Toplam	400	100,0

Katılımcıların %48'i hekimin yaklaşımını "çok iyi" bulurken, %40'i "iyi, %4'ü "orta" ve %2'si "kısmen iyi" bulmaktadır. Katılımcıların %6'si hekimin yaklaşımını iyi bulmamaktadır.

Tablo 20. Her Gün Vizite Yapılma Durumuna İlişkin Bulgular

	Frekans	%
Evet	320	80,0
Hayır	80	20,0
Toplam	400	100,0

Katılımcıların %80'i her gün hasta başı muayene yapıldığını belirtirken, %20'si yapılmadığını belirtmiştir.

Tablo 21. Sorunları Hekime Doğrudan İletme Durumuna İlişkin Bulgular

	Frekans	%
Evet	376	94,0
Hayır	24	6,0
Toplam	400	100,0

Katılımcıların %94'ü sorunlarını hekime doğrudan iletmediğini belirtirken %6'sı sorunlarını hekime doğrudan iletmediğini belirtmiştir. Soruya "hayır" şeklinde cevap veren katılımcıların açıklamaları incelendiğinde, hekimlerin yoğunlukları nedeniyle kendilerine ulaşamadıkları ve çoğu zaman asistanlarıyla iletişim kurduklarını belirtmişlerdir.

Tablo 22. Hekime Sorulan Sorulara Yeterli Cevap Alabilme Durumuna İlişkin Bulgular

	Frekans	%
Evet	344	86,0
Hayır	56	14,0
Toplam	400	100,0

Katılımcıların %86'sı hekime sorulan sorulara yeterli cevap alabildiklerini belirtmişken, %14'ü yeterli cevap alamadığını belirtmiştir. Yeterli cevap alamadığını belirten katılımcılar bu durumun nedenini hekimlerin yoğunluklarına bağlamışlardır. Bununla beraber bazı katılımcılar hekimlerin yeteri kadar ilgilenmediğini ve hasta ile hasta yakınlarına karşı sert tutum sergilediklerini belirtmişlerdir.

Tablo 23. Tedavi Sürecinde Hekimle Sorun Yaşama Durumuna İlişkin Bulgular

	Frekans	%
Evet	24	6,0
Hayır	376	94,0
Toplam	400	100,0

Katılımcıların %94'ü tedavi sürecinde hekimlerle sorun yaşamamışken, %6'sı sorun yaşamıştır. Hekimle sorun yaşayan katılımcıların bu durumun sebebini hekimlerin yoğun olmasına ve sorunlarıyla ilgilenmemesine bağlamışlardır.

Tablo 24. Takip ve Tedavi Eden Ekipten Memnuniyet Durumuna İlişkin Bulgular

	Frekans	%
Evet	310	77,5
Hayır	90	22,5
Toplam	400	100,0

Katılımcıların %77,5'i takip ve tedavi eden ekipten memnunken, %22,5'i memnun olmadığını belirtmiştir. Memnun olmayan katılımcıların verdikleri ifadeler incelendiğinde, ekibin hastaya karşı ilgisiz olduğu, iletişim kurabilmek için telefon numaralarını vermedikleri ve hastane içi işlemlerde yardımcı olmadıkları belirtilmiştir.

Tablo 25. Takip ve Tedavi Eden Ekibin Ev Ziyaretine Gelmesini İsteme Durumuna İlişkin Bulgular

	Frekans	%
Evet	288	72,0
Hayır	112	28,0
Toplam	400	100,0

Katılımcıların %72'si takip ve tedavi eden ekibin ev ziyaretine gelmesini isterken, %28'i istememektedir.

Tablo 26. Takip ve Tedavi Eden Ekipten Birinin “Dertleşmek Maksadıyla” Vakit Ayırmasını İsteme Durumuna İlişkin Bulgular

	Frekans	%
Evet	240	60,0
Hayır	160	40,0
Toplam	400	100,0

Katılımcıların %60'ı takip ve tedavi eden ekipten birinin “dertleşmek maksadıyla” vakit ayırmasını isterken, %40'ı istememektedir.

Tablo 27. Hastalıkla İlgili Çok Mağdur Eden Şikayet Olma Durumuna İlişkin Bulgular

	Frekans	%
Evet	104	26,0
Hayır	296	74,0
Toplam	400	100,0

Katılımcıların %26'sı hastalıkla ilgili çok mağdur eden şikayetinin olduğunu belirtirken, %74'ü olmadığını belirtmiştir. Hastaları en çok mağdur eden şikayetleri incelendiğinde ağrı, bulantı, kusma, iştahsızlık, saçlarda dökülme, kilo kaybı, ishal gibi yaşam kalitesini olumsuz etkileyen faktörlerin olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 28. Hastalıkla İlgili Tedavi Alma Durumuna İlişkin Bulgular

	Frekans	%
Evet	232	58,0
Hayır	168	42,0
Toplam	400	100,0

Katılımcıların %58'i hastalıkla ilgili tedavi alırken, %42'si tedavi almamaktadır.

Tablo 29. Tedavi Sonrasında İki Gün Öncesine Göre Şikayetlerin Şiddetinin Değişmesi Durumuna İlişkin Bulgular

	Frekans	%
Evet	200	50,0
Hayır	32	8,0
Cevaplamayan	168	42,0
Toplam	400	100,0

Katılımcıların %50'si tedavi sonrasında iki gün öncesine göre şikayetlerin şiddetinin değiştiğini belirtirken, %8'i değişmediğini belirtmiştir. Katılımcıların %42'si bu soruya cevap vermemişlerdir. Soruya, ayaktan tedavi gören hastalar ve hatırlayamayan hastalar cevap vermemişlerdir.

Tablo 30. Tedavi Sonrasında İki Gün Öncesine Göre Şikayet Değişmediyse İlaç ve Doz Ayarlaması Yapılma Durumuna İlişkin Bulgular

	Frekans	%
Evet	160	40,0
Hayır	112	28,0
Cevaplamayan	128	32,0
Toplam	400	100,0

Katılımcıların %40'ı tedavi sonrasında iki gün öncesine göre şikayet değişmediyse ilaç ve doz ayarlamasının yapıldığını belirtirken, %28'i yapılmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %32'si soruya cevap vermemişlerdir.

Tablo 31. Şikayetle İlgili Başka Bölümlerden Uzmanlarla Konsültasyon Yapma Durumuna İlişkin Bulgular

	Frekans	%
Evet	200	50,0
Hayır	104	26,0
Cevaplamayan	96	24,0
Toplam	400	100,0

Katılımcıların %50'si şikayetle ilgili başka bölümlerden uzmanlarla konsültasyon yapıldığını belirtirken, %26'sı yapılmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %24'ü soruya cevap vermemişlerdir.

Tablo 32. Konsültasyon Sonrasında Şikayetin Azalma Durumuna İlişkin Bulgular

	Frekans	%
Evet	168	42,0
Hayır	32	8,0
Cevaplamayan	200	50,0
Toplam	400	100,0

Katılımcıların %42'si konsültasyon sonrasında şikayetin azaldığını belirtirken, %8'i azalmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %50'si soruya cevap vermemişlerdir. Soruya, ayaktan tedavi gören hastalar ve o süreci hatırlayamayan hastalar cevap vermemişlerdir.

Tablo 33. Sağlık Ekibiyle İletişim Konusunda Sıkıntı Yaşama Durumuna İlişkin Bulgular

	Frekans	%
Evet	32	8,0
Hayır	368	92,0
Toplam	400	100,0

Katılımcıların %92'si sağlık ekibiyle iletişim konusunda sıkıntı yaşamadığını belirtirken, %8'i yaşadığını belirtmiştir. Sorun yaşadığını belirten katılımcıların bu durumun nedenini sağlık ekibinin yoğunluğuna ve hastane dışında telefon numaraları olmadığı için ulaşamama durumlarına bağlamışlardır.

Tablo 34. Bürokratik İşlemlerin Fazla Olması Durumuna İlişkin Bulgular

	Frekans	%
Evet	224	56,0
Hayır	176	44,0
Toplam	400	100,0

Katılımcıların %56'sı bürokratik işlemlerin fazla olduğunu belirtirken, %44'ü fazla olmadığını belirtmiştir. Bürokratik işlemlerin fazla olduğunu belirten katılımcılar, bürokratik işlemlerde sağlık ekibinin yardımcı olmadığını ve özellikle tahliller konusunda sıkıntı yaşadıklarını belirtmişlerdir. Tahlillerin verilmesi ve sisteme işlenmesi sürecinde bürokratik işlemlerin hastayı yorduğu ifade edilmiştir.

Tablo 35. Hastane İçerisinde Sosyal Ortamların Olmasını İsteme Durumuna İlişkin Bulgular

	Frekans	%
Evet	272	68,0
Hayır	128	32,0
Toplam	400	100,0

Katılımcıların %68'i hastane içinde sosyal ortam olmasını isterken %32'si istememektedir. Hastane içinde sosyal ortam olmasını isteyen katılımcılar, dinlenme alanları, spor alanları, çocuk oyun alanları, kitap okuma ve müzik dinleme alanları gibi alanların olmasını istemektedir. Bununla beraber bazı hastalar devlet hastanesi olması nedeniyle bu imkânlardan asla yararlanamayacaklarını düşünmekte ve bu soruyu gereksiz bulmaktadırlar.

Tablo 36. Refakatçinin Şikayeti Olması Durumuna İlişkin Bulgular

	Frekans	%
Evet	56	14,0
Hayır	344	86,0
Toplam	400	100,0

Katılımcıların %86'sı refakatçinin şikayetinin olmadığını belirtirken, %14'ü şikayetin olduğunu belirtmiştir. Refakatçilerin şikayetleri incelendiğinde, ‘’odalarda yatacak yerlerinin konforlu olmaması veya hiç olmaması, hekim veya hemşirelere bilgi almak için ulaşamamaları, hastane ortamında tuvaletleri rahatlıkla kullanamamaları, otopark sorunun olması’’ gibi nedenler gösterilmektedir.

Tablo 37. Hastane İşlerinde Personelden Destek Alma Durumuna İlişkin Bulgular

	Frekans	%
Evet	320	80,0
Hayır	80	20,0
Toplam	400	100,0

Katılımcıların %80'i hastane işlerinde personelden destek alındığını belirtirken, %20'si alınmadığını belirtmiştir. Destek almadığını belirten katılımcılar ‘yoğunluk ve ilgisizlik’ nedeniyle personelin destek olmadığını belirtmişlerdir.

Tablo 38. Odanın Konforunda Problem Olma Durumuna İlişkin Bulgular

	Frekans	%
Evet	144	36,0
Hayır	256	64,0
Toplam	400	100,0

Katılımcıların %64'ü odanın konforunda problem olmadığını belirtirken, %36'sı olduğunu belirtmiştir. Odanın konforunda problem olduğunu belirten katılımcılar, odanın temizlenmediğini, refakatçi yatağının olmadığını, refakatçinin yatağı varsa kırık veya konforsuz olduğunu, refakatçiye temiz çarşaf verilmediğini, odaların kalabalık olduğunu, klimaların çalışmadığını, tuvaletlerin temiz olmadığını, odaların yeterince havalandırılmadığını belirtmişlerdir.

Tablo 39. Hastane İçerisinde Dinî İbadeti Rahatça Yapabilme Durumuna İlişkin Bulgular

	Frekans	%
Evet	296	74,0
Hayır	88	22,0
Cevaplamayan	16	4,0
Toplam	400	100,0

Katılımcıların %74'ü hastane içerisinde dinî ibadetini rahatça yerine getirebildiğini belirtirken, %22'si rahatça yerine getiremediğini belirtmiştir. Katılımcıların %4'ü soruya cevap vermemişlerdir. Dinî ibadetini rahatça yerine getiremediğini belirten katılımcılar özellikle mescitlerde sıkıntı olduğunu belirtmişlerdir. Mescitlerin yetersiz olması nedeniyle kalabalık olduğu dile getirilmiştir. Bazı katılımcılar ise ibadethanenin olmadığını belirtmişlerdir.

Tablo 40. Hastanın Kendisini Yalnız/Terk Edilmiş Hissetme Durumuna İlişkin Bulgular

	Frekans	%
Evet	189	47,2
Hayır	211	52,8
Toplam	400	100,0

Katılımcıların %47,2'si kendilerini yalnız ve terk edilmiş hissederken, %52,8'i hissetmemektedir. Kendilerini yalnız ve terk edilmiş hisseden katılımcılar, hastane ortamında kendileriyle yeterince ilgilenilmediğini, sorunlarıyla birebir uğraşarak çözüm aldıklarını, hekim ve diğer sağlık ekibiyle iletişim kuramadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 41. Böyle Zamanlarda Yanında İstenilen Kişiye İlişkin Bulgular

	Frekans	%
Aile	248	62,0
Arkadaşlar	24	6,0
Hiç kimse	64	16,0
Diğer	40	10,0
Cevaplamayan	24	6,0
Toplam	400	100,0

Katılımcıların %62'si ailesini yanında isterken, %6'sı arkadaşlarını yanında istemektedir. Katılımcıların %16'sı hiç kimseyi yanında istemezken, %10'u diğer (sadece çocukları, sadece eşi) cevabını işaretlemiştir.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmada palyatif bakım ihtiyacı olan kanser hastaları ve hasta yakınlarının karşılaştıkları sorunlar incelenmiştir. Araştırma kapsamında elde edilen sonuçlar aşağıda sıralanmıştır.

Katılımcıların %62'si kadın ve %38'i erkektir. Katılımcıların %64'ü 31-50 yaş arasında, %24'ü 18-30 yaş arasında, %6'sı 54-64 yaş arasında, %4'ü 17 yaş altında ve %2'si 65 yaş üzerindedir. Katılımcıların %40'ı lise, %38'i ilköğretim, %16'sı yükseköğretim ve %2'si yüksek lisans/hekime mezundur. Bununla beraber katılımcıların %4'u okuma yazma bilmiyordur. Katılımcıların %28'i annesi, %23,5'i kendisi, %21,2'si babası, %17,3'ü, çocuğu ve %10'u akrabası adına anket formunu doldurmuştur.

Katılımcıların %72'si hastalığın tanısı ilk öğrenildiğinde hastaneye başvurmayı tercih ederken, %14'ü en yakınlarıyla paylaşmış, %6'sı daha önce aynı hastalığa sahip insanlarla hastalık ve tedavisi hakkında bilgi almış ve %4'ü hayata küsmüştür. Katılımcıların %4'ü ise diğer seçeneğini işaretlemişlerdir.

Katılımcıların %90'ı başvuru hastanede rahat iletişim kurabilirken %10'u rahat iletişim kuramadığını belirtmiştir. Rahat iletişim kuramadığını belirten kişilerin açıklamaları incelendiğinde, ilk olarak randevu alamadıklarını ve bu konuda hastane ile iletişim kuramadıkları şeklinde olmuştur. Sonrasında çeşitli evrakların temininde, hekime veya hemşireye ulaşmada hastaneyle iletişimin olmadığını belirtmişlerdir.

Katılımcıların %21,2'si Pediatrik Onkoloji Servisinde, %32'si Medikal Onkoloji Servisinde, %31,8'i Radyasyon Onkolojisi Servisinde ve %15'i Cerrahi Servisinde takip ve tedavi edilmektedir. Katılımcıların %12'si tek kişilik odada, %74'ü çoklu odada kalmaktadır. Bununla beraber %14'ü diğer seçeneğini işaretlemiştir. Diğer seçeneğini işaretleyen katılımcıların cevapları incelendiğinde, iki kişilik odada tek başına ya da ayakta tedavi şeklinde olduğu görülmektedir.

Katılımcıların %42'si hemşirelerin hizmetini "iyi" bulurken, %36'sı "çok iyi", %14'ü "orta" ve %8'i "kısmen iyi" bulmaktadır. Türkiye'de palyatif bakımın yeni bir alan olması özellikle hemşirelerin bu konuda deneyimsiz olmalarına neden olmaktadır. Hemşirelerin palyatif bakım konusundaki eğitim ve bilgi eksiklikleri palyatif bakım hizmetinin kalitesini düşürmektedir. Bu durum hasta ve hasta yakınlarının palyatif bakım hizmetlerinden memnuniyet algılarını olumsuz yönde etkilemektedir ^(67,68,69).

Katılımcıların %78'i her sıkıntının takip eden saatlerde çözüldüğünü belirtirken, %22'si çözülemediğini belirtmiştir. Çözülemediğini belirten katılımcılar, bu durumun yoğunluktan kaynaklandığını ifade etmişlerdir. Palyatif bakım hizmeti konusunda kurumun profesyonel olmaması, hasta ve hasta yakınlarının sıkıntılarının çözülmesinde yetersiz kalmasına neden olmaktadır. Palyatif bakım konusundaki bilgi eksiklikleri, personelin bu konuda eğitimsiz olması ve çeşitli prosedürlerin gerçekleşmesinde yetersiz kalınması, hasta ve hasta yakınlarının sorunlarının çözülmesinde de yetersiz kalınmasına neden olmaktadır ⁽⁶⁸⁾. Bahar, çalışmasında palyatif bakım hizmeti almakta olan hasta ve hasta yakınlarının bu süreçte zorluk çekmemeleri için palyatif bakım veren kurumların hasta ve hasta yakınlarının sorunlarının hemen çözülmesi gerektiğini belirtmiştir ⁽⁷⁰⁾.

Katılımcıların %92'si hekimle sağlıklı iletişim kurabildiğini belirtirken, %8'i hekimle sağlıklı iletişim kuramadığını belirtmiştir. Hekimle sağlıklı iletişim kuramayan katılımcılar bu durumun nedenini, hekimlerin yoğunlukları nedeniyle onlara ulaşamamak olarak açıklamaktadırlar. Ayrıca bazı katılımcılar hekimlerin özellikle hasta yakınlarına karşı sert tutum sergilediklerini belirtmişler ve yüz yüze iletişim kuramadıklarını ifade etmişlerdir. Palyatif bakım konusunda sağlık personelinin iletişim yetersizliği çeşitli araştırmalarda da saptanmıştır. Turgay, çalışmasında sağlık çalışanlarının çoğunluğunun palyatif bakım konusunda bilgi almamasından kaynaklı olarak iletişim sıkıntısı yaşadığını belirtmiştir ⁽⁶⁵⁾. Benzer şekilde Lofmark vd. çalışmaların hekimlerin palyatif bakım konusunda yaşadıkları karmaşa nedeniyle özellikle küratif tedaviden palyatif tedaviye geçiş konusunda karar verememelerinden kaynaklı olarak hastalarla iletişim sıkıntısı yaşadıklarını

belirtilmiştir. Sağlık personeli arasında, hasta-aileleri ile iletişimde ve karar verme sürecinde belirsizlik olduğu belirtilmiştir ⁽⁶⁶⁾.

Katılımcıların %60'ı servisi hijyenik bulurken, %40'ı hijyenik bulmamaktadır. Servisi hijyenik bulmayan katılımcılar, yatakların kullanılmış olduğunu, tuvaletlerin temiz olmadığını ve kemoterapi koltuklarının temizlenmediğini belirtmişlerdir. Katılımcıların %84'ü düzenli olarak odalarının temizlendiğini belirtirken, %16'sı temizlenmediğini belirtmektedir. Odalarının düzenli temizlenmediğini belirten katılımcılar özellikle tuvaletlerin temizlenmediğini, odadaki yatak çarşaflarının her gün değişmediğini ifade etmişlerdir.

Katılımcıların %94'ü sorunlarını hekime doğrudan iletebildiğini belirtirken %6'sı sorunlarını hekime doğrudan iletemediğini belirtmiştir. Soruya “hayır” şeklinde cevap veren katılımcıların açıklamaları incelendiğinde, hekimlerin yoğunlukları nedeniyle kendilerine ulaşamadıkları ve çoğu zaman asistanlarıyla iletişim kurdukları şeklindedir. Katılımcıların %86'sı hekime sorulan sorulara yeterli cevap alabildiklerini belirtmişken, %14'ü yeterli cevap alamadığını belirtmiştir. Yeterli cevap alamadığını belirten katılımcılar bu durumun nedenini hekimlerin yoğunluklarına bağlamışlardır. Katılımcıların %94'ü tedavi sürecinde hekimlerle sorun yaşamamışken, %6'sı sorun yaşamıştır. Hekimle sorun yaşayan katılımcılar, bu durumun sebebini hekimlerin yoğun olmasına ve sorunlarıyla ilgilenmemesine bağlamışlardır. Bununla beraber tedavi sürecinin devam etmesi ve bu sürecin herhangi bir nedenden dolayı aksamasının istenmemesinden kaynaklı olarak bazı hasta yakınları bu soruya çelişkili yaklaşmışlardır.

Katılımcıların %77,5'i takip ve tedavi eden ekipten memnunken, %22,5'i memnun olmadığını belirtmiştir. Memnun olmayan katılımcıların verdikleri ifadeler incelendiğinde, ekibin hastaya karşı ilgisiz olduğu, iletişim kurabilmek için telefon numaralarını vermedikleri ve hastane içi işlemlerde yardımcı olmadıkları şeklindedir. Tortumluoğlu çalışmasında palyatif bakım ihtiyacı olan hastaların yaşam kalitesinin yükseltilmesinde palyatif bakım ekibine önemli görevler düştüğünü belirtmiştir.

Palyatif bakım ekibinin bilgili, eğitimli ve alanında deneyimli olmasının, hastanın yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğunu belirtmiştir. Bununla beraber Türkiye’de palyatif bakım konusundaki eğitim yetersizliğinin palyatif bakım ekibinde bilgi ve eğitim eksikliğine neden olduğunu belirtmiştir. Palyatif bakım ekibinin bilgi ve eğitim yetersizliği ise hastaların memnuniyet algılarını düşürmektedir⁽⁷¹⁾.

Katılımcıların %72’si takip ve tedavi eden ekibin ev ziyaretine gelmesini isterken, %28’i istememektedir. Terakye, çalışmasında sağlık personeli, hasta ve hasta yakınları arasındaki iletişimin güçlü olmasının, hastanın palyatif bakım sürecini en iyi şekilde geçirmesini sağladığını belirtmiştir. Burada özellikle ev ziyaretlerinin hastanın bu süreçte kendisini bilişsel olarak daha iyi hissetmesi açısından önemli olduğu vurgulanmıştır⁽⁷²⁾.

Katılımcıların %60’ı takip ve tedavi eden ekipten birinin “dertleşmek maksadıyla” vakit ayırmasını isterken, %40’ı istememektedir. Reis çalışmasında palyatif bakım sürecinde hastanın duygusal olarak kendisini iyi hissetmesi için sağlık personeliyle olan iletişimin önemli olduğunu vurgulamıştır⁽⁷³⁾. Benzer şekilde Turgay çalışmasında sağlık personeli ile hasta iletişiminin güçlü ve samimi olmasının, hastanın ruh hali iyiliği için gerekli olduğunu belirtmiştir⁽⁶⁵⁾.

Katılımcıların %26’sı hastalıkla ilgili çok mağdur eden şikayetinin olduğunu belirtirken, %74’ü olmadığını belirtmiştir. Hastaları en çok mağdur eden şikayetleri incelendiğinde ağrı, bulantı, kusma, iştahsızlık, saçlarda dökülme, kilo kaybı, ishal gibi yaşam kalitesini olumsuz etkileyen faktörlerin olduğu tespit edilmiştir. Palyatif bakım sürecinde olan hastaların karşılaştıkları birçok semptom bulunmaktadır. Aslan yaptığı çalışmasında palyatif bakım sürecindeki hastaların bulantı, kusma, ishal gibi sıkıntılarının yanında en çok karşılaştıkları semptomun ağrı olduğunu belirtmiştir.⁽⁷⁴⁾ Çolak ve Özyılkan çalışmalarında ise hastaların palyatif bakım sürecinde karşılaştıkları ağrı, bulantı, denge kaybı, ishal, kilo kaybı, deride dökülme, görme bozukluğu gibi birçok semptomla karşı karşıya kaldıklarını belirtmişlerdir⁽¹⁸⁾.

Katılımcıların %50’si tedavi sonrasında iki gün öncesine göre şikayetlerin şiddetinin değiştiğini belirtirken, %8’i değişmediğini belirtmiştir. Katılımcıların

%42'si bu soruya cevap vermemişlerdir. Soruya, ayaktan tedavi gören hastalar ve o süreci hatırlayamayan hastalar cevap vermemişlerdir. Katılımcıların %40'ı tedavi sonrasında iki gün öncesine göre şikayet değişmediyse ilaç ve doz ayarlamasının yapıldığını belirtirken, %28'i yapılmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %32'si soruya cevap vermemişlerdir. Bingley ve Clark, çalışmalarında palyatif bakım sürecinde semptomların hafifletilmesinde ilaç tedavisinin önemli olduğunu vurgulamışlardır. Bununla beraber ilaç ve doz ayarlamasının en iyi şekilde yapılması gerektiği vurgulanmıştır ⁽¹⁹⁾.

Katılımcıların %50'si şikayetle ilgili başka bölümlerden uzmanlarla konsültasyon yapıldığını belirtirken, %26'sı yapılmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %24'ü soruya cevap vermemişlerdir. Katılımcıların %42'si konsültasyon sonrasında şikayetin azaldığını belirtirken, %8'i azalmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %50'si soruya cevap vermemişlerdir. Murray vd. çalışmalarında palyatif bakım sürecinde olan hastaların semptomlarının hafifletilmesi sürecince konsültasyonun önemli olduğunu vurgulamışlardır. Farklı semptomların tedavisinde alanında uzman hekimlerin daha başarılı sonuçlar elde edebileceği belirtilmiştir ⁽²⁰⁾.

Katılımcıların %92'si sağlık ekibiyle iletişim konusunda sıkıntı yaşamadığını belirtirken, %8'i yaşadığını belirtmiştir. Sorun yaşadığını belirten katılımcıların bu durumun nedenini sağlık ekibinin yoğunluğuna ve hastane dışında telefon numaraları olmadığı için ulaşamadıklarına bağlamışlardır. Terakye, çalışmasında sağlık personelinin palyatif bakım konusunda hasta ve hasta yakınlarıyla olan iletişimin zayıf olmasının palyatif bakım sürecinde aksamalara neden olduğunu belirtmiştir. Bununla beraber birçok sağlık personelinin hasta ve hasta yakınlarıyla olan iletişimden kaçındıkları belirtilmiştir ⁽⁷²⁾.

Katılımcıların %56'sı bürokratik işlemlerin fazla olduğunu belirtirken, %44'ü fazla olmadığını belirtmiştir. Bürokratik işlemlerin fazla olduğunu belirten katılımcılar, bürokratik işlemlerde sağlık ekibinin yardımcı olmadığını ve özellikle tahliller konusunda sıkıntı yaşadıklarını belirtmişlerdir. Tortumluoğlu, çalışmasında Türkiye'de palyatif bakım alanının yeni olmasından kaynaklı olarak kurumların bu

alandaki yeteri kadar profesyonelleşmediğini vurgulamaktadır. Kurumların palyatif bakım konusundaki acemilikleri özellikle bürokratik işlemlerin daha yavaş ilerlemesine veya bu konuda hasta ve hasta yakınına yardımcı olacak kimsenin olmamasına neden olmaktadır ⁽⁷¹⁾.

Katılımcıların %68'i hastane içinde sosyal ortam olmasını isterken %32'si istememektedir. Hastane içinde sosyal ortam olmasını isteyen katılımcılar, dinlenme alanları, spor alanları, çocuk oyun alanları, kitap okuma ve müzik dinleme alanları gibi alanların olması istemektedirler.

Katılımcıların %86'sı refakatçinin şikayetinin olmadığını belirtirken, %14'ü şikayetin olduğunu belirtmiştir. Refakatçilerin şikayetleri incelendiğinde, odalarda yatacak yerlerinin konforlu olmaması veya hiç olmaması, hekim veya hemşirelere bilgi almak için ulaşamamaları, hastane ortamında tuvaletleri rahatlıkla kullanamamaları, otopark sorununun olması gibi nedenler görülmektedir.

Katılımcıların %80'i hastane işlerinde personelden destek alındığını belirtirken, %20'si alınmadığını belirtmiştir. Destek almadığını belirten katılımcılar yoğunluk ve ilgisizlik nedeniyle personelin destek olmadığını ifade etmişlerdir. Katılımcıların %64'ü odanın konforunda problem olmadığını belirtirken, %36'sı olduğunu belirtmiştir. Odanın konforunda problem olduğunu belirten katılımcılar, odanın temizlenmediğini, refakatçi yatağının olmadığını, refakatçinin yatağı varsa kırık veya konforsuz olduğunu, refakatçiye temiz çarşaf verilmediğini, odaların kalabalık olduğunu, klimaların çalışmadığını, tuvaletlerin temiz olmadığını, odaların yeterince havalandırılmadığını belirtmişlerdir. Katılımcıların %74'ü hastane içerisinde dinî ibadetini rahatça yerine getirebildiğini belirtirken, %22'si rahatça yerine getiremediğini belirtmiştir. Katılımcıların %4'ü soruya cevap vermemişlerdir. Dinî ibadetini rahatça yerine getiremediğini belirten katılımcılar, uygun mescit alanlarının olmadığını belirtmişlerdir.

Katılımcıların %47,2'si kendilerini yalnız ve terk edilmiş hissederken, %52,8'i hissetmemektedir. Kendilerini yalnız ve terk edilmiş hisseden katılımcılar, hastane ortamında kendileriyle yeterince ilgilenilmediğini, sorunlarıyla birebir

uğraşarak çözüm aldıklarını, hekim ve diğer sağlık ekibiyle iletişim kuramadıklarını belirtmişlerdir. Sibbald ve Lazar, çalışmalarında palyatif bakım sürecinde olan hastalarının ölüme yaklaştıklarını düşünmelerinin kendilerini yalnız hissetmelerine neden olabileceğini belirtmişlerdir ⁽²¹⁾.

Katılımcıların %62'si ailesini yanında isterken, %6'sı arkadaşlarını yanında istemektedir. Katılımcıların %16'sı hiç kimseyi yanında istemezken, %10'u diğer (sadece çocukları, sadece eşi) cevabını işaretlemiştir. Temel vd. çalışmalarında palyatif bakım sürecinde hastaların duygusal olarak kendilerini kötü hissetmeleri nedeniyle özellikle ailesiyle beraber olma isteğinin arttığını belirtmişlerdir ⁽²³⁾. Özçelik vd. çalışmalarında ise hastaların büyük kısmının palyatif bakım sürecinde ailesiyle beraber olmak istediğini belirtmişlerdir.

Palyatif bakım hizmetleri Türkiye'de yeni yeni gelişmeye başlayan bir alandır. Palyatif bakımla ilgili sağlık personelinin bilgi ve deneyim eksikliği mevcuttur. Özellikle örgün eğitimde palyatif bakım eğitiminin verilmemesi ve hizmetiçi eğitimlerle desteklenmemesi bu durumun en önemli nedenleri arasındadır. Palyatif bakım hizmetleri konusunda kurumların da yetersiz olması, hem hastaların hem de hasta yakınlarının hizmet sürecinde çeşitli sorunlarla karşılaşmalarına neden olmaktadır.

Elde edilen sonuçlar dâhilinde çözüm önerileri şu şekildedir:

- Türkiye'de palyatif bakım konusu oldukça sınırlıdır. Palyatif bakım hizmetine ilişkin toplumsal algı zayıf ve bu hizmeti veren kuruluş sayısı oldukça azdır. Palyatif bakım hizmetlerinin geliştirilmesi için öncelikle devlet politikaları kapsamında konunun ele alınması önemlidir.
- Hastanelerin fiziksel yetersizlikleri palyatif bakım sürecinde hasta ve hasta yakınlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Hastanelerin fiziksel durumlarının gözden geçirilmesi ve yeniden yapılandırılması devlet önderliğinde gerçekleşmelidir.

- Palyatif bakım konusunda sağlık personeline hizmet içi eğitimler sağlanmalıdır.
- Palyatif bakım, n Lisans ve Lisans Sağlık programlarının müfredatına ayrı bir ders olarak eklenmeli.
- Hekimlerin ve sağlık personelinin yoğun çalışmalarından kaynaklı olarak iletişim yetersizlikleri oluşmaktadır. Bu durumun giderilmesi için palyatif bakım alanında uzman kişiler istihdam edilmelidir. Hatta devlet tarafından palyatif bakımla ilgili kurslar açılmalı ve bu alanda uzman kişiler yetiştirilmelidir.
- Evde verilecek olan palyatif bakım hizmetlerinde hasta ve bakıcısına birlikte eğitim verilmesi, sürecin iyileştirilmesi adına önem taşımaktadır.
- Palyatif bakım konusunda iyileştirilmelerin yapılmasında İngiltere, Almanya gibi bu alanda gelişmiş ülkeler model olarak alınabilir.

6. KAYNAKLAR

1. Sharon, E. Dünyada Palyatif Bakım ve Hospis. A. M. Tuncer, (Ed.). Türkiye’de Kanser Kontrolü. A. Murat Tuncer. Dünyada Palyatif Bakım ve Hospis Sistemleri (s. 287-298). Ankara: Koza Matbaacılık, 2009.
2. Palliative Care In Cancer. 2010. Erişim: 12 Aralık 2012, <http://www.cancer.gov/Cancertopics/Factsheet/Support/Palliative-Care> erişim tarihi: 25.11.2016
3. The Council Of Palliative Care Australia. Standards For Providing Quality Palliative Care For All Australians Palliative Care Australia. 2005, https://www.health.qld.gov.au/cpre/pdf/standards_palliative_care.pdf erişim tarihi: 25.11.2016
4. Harstäde,C. W., Andershed, B. Good Palliative Care: How And Where?. Journal Of Hospice And Palliative Nursing, 2004, 6(1), 27-35.
5. World Health Organization. 2008. Cancer. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>. Erişim tarihi: 26.11.2016
6. American Society of Clinical Oncology. 2012. Integrating Palliative Care into Standard Oncology Care: ASCO Guidance. <http://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JCO.2016.70.1474>. Erişim tarihi: 26.11.2016
7. Canan, D. B., Mert, H. Kalp Yetersizliğinde Palyatif Bakım. Tsk Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2012, 11(2), 219-224.
8. Özkan, S. Ağır Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Palyatif Bakım ve Yaşam Sonu Bakım. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Sempozyum Özel Sayısı, 2010, 272-281.
9. National Consensus Project. (2009). National Consensus Project For Quality Palliative Care. <http://www.nationalconsensusproject.org/guideline.pdf>
10. The Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, NCP, 2009
11. Hurişah Aksakal, Palyatif Bakım Hastalarına Yönelik Bakım Yeri Tercihi (Hasta Yakını Ve Sağlık Çalışanı Üzerine Bir Araştırma), Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2014.
12. Kabalak, A., Öztürk, H., Erdem, T. A., Akın, S. Sağlık Bakanlığı Ulus Devlet Hastanesi’nde Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi Uygulaması, Çağdaş Tıp Dergisi, 2012, 2(2), 122-126.

13. Özçelik, H., Fadiloğlu, Ç., Uyar, M., Karabulut, B. Kanser Hastaları ve Aileleri İçin Palyatif Bakım. İzmir: Üniversiteler Ofset, 2010.
14. Ulusal Kanser Kontrol Programı 2009-2015, www.ssuk.org.tr/eski_site.../pdf/Ulusal_Kanser_Kontrol_Programi_2009-2015.pdf, Erişim tarihi: 26.11.2016.
15. World Health Organization. Integrated Management Of Adult Illnesses, Palliative Care: Symptom Management And End Of Life Care. 2004. <http://www.who.int/hiv/pub/imai/genericpalliativecare082004.pdf> Erişim tarihi: 27.11.2016.
16. Gillespie, T. W. Anemia In Cancer. *Cancer Nursing*, 2003, 26(2), 119-128.
17. Gomez, B. X., Porta, S. J., Paz, S., Stjernsward, J. Palliative Medicine: Models Of Organization. D. Walsh (Ed.). *Palliative Medicine* (S.116-126). Philadelphia: Elsevier, 2008.
18. Çolak, D., Özyılkan, Ö. Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler. *Türkiye Klinikleri*, 2006, 2(10), 1-9.
19. 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.
20. Murray, S. A., Kendall, M., Boyd, K., & Sheikh, A. Illness trajectories and palliative care. *Int Perspect Public Health Palliat Care*, 2012, 30, 2017-19.
21. Sibbald, R. W., Lazar, N. M. Bench-to-bedside review: Ethical challenges for those in directing roles in critical care units. *Critical Care*, 2005, 9(1), 76-80.
22. Ersoy, N. Onkoloji Hemşireliğinde Etik. *Türk Onkoloji Dergisi*, 2009, 24(4), 191-197.
23. Temel, J. S., Greer, J. A., Muzikansky, A., Gallagher, E. R., Admane, S., Jackson, V. A., & Billings, J. A. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *New England Journal of Medicine*, 2010, 363(8), 733-742.
24. Meisel, A., Snyder, L., Quill T. Seven Legal Barriers To End-of-Life Care: Myths, Realities, And Grains Of Truth. *JAMA*, 2000, 284(19), 2495-2501.
25. Gültekin, M., Özgül, N., Olcayto, E., ve Tuncer, A. M. Türkiye'de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 2010, 13(1): 1-6.
26. Kabalak, A. A., Öztürk, H., ve Çağıl, H. Yaşam sonu bakım organizasyonu: Palyatif bakım. *Yoğun Bakım Dergisi*, 2013, 11(2), 56-70.

27. İnci, F. ve Öz, F. Palyatif bakım ve ölüm kaygısı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2012, 4(2):178-187.
28. *The Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care*, NCP, 2009
29. Benli, A. R., ve Erbesler, Z. A. Türkiye’de palyatif bakımda uygulama ve anlayış farklılıkları. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 2016, 20(1), 5-6.
30. Kav, S. Palyatif Bakım Ders Notları, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, 2009.
31. Thomas C, Morris SM, Clark D. Place Of Death: Preferences Among Cancer Patients And Their Carers. *Soc Sci Med* 2004;58(12):2431-44.
32. Terzi, B., ve Kaya, N. Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakımı. *Yoğun bakım dergisi*, 2011, 1, 21-25.
33. Keleş, G. T., Topçu, İ., Arzu, K. E. F. İ., Ekici, Z., ve Sakarya, M. Yoğun b
34. Altıntaş, N. D., İzdeş, S., Şen, P., Öcal, H., & But, A. Karma Yoğun Bakımda Yatan Cerrahi ve Dahili Hastaların Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Medical & Surgical Intensive Care Medicine/Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Dergisi*, 2012, (1), 1-20
35. Bag, B. Ve Reis, N. İleri Evre Kanser Hastalarına Yönelik Hospis ve Palyatif Bakım Ünitelerinde Etik Sorunlar. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 2012, 22(1): 8-25.
36. Uzuncu H. B., Buyruk H., Alnak E., Yıldırım G. Yoğun Bakımda Yapılacak Bir Şeyi Kalmayan Kanserli Terminal Dönem Hastalara İnsanca Bakım Önerisi, *Cumhuriyet Tıp Dergisi* 2013,35: 143-151.
37. TBMM Konseyi, Türk Tabipleri Birliği Merkez. "Türk tabipleri birliği, etik bildirgeler çalıştay sonuç raporları." *Türk Kardiyol Dern Arş* 2009, 37.3: 51-66.
38. Bahar, A., ve Parlar, S. Yaşlılık ve evde bakım. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2007, 2(4), 32-39.
39. Aksakal, H. Palyatif Bakım Hastalarına Yönelik Bakım Yeri Tercihi (Hasta Yakını Ve Sağlık Çalışanı Üzerine Bir Araştırma), T.C. Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2014.
40. Smith, T. J., Temin, S., Alesi, E. R., Abernethy, A. P., Balboni, T. A., Basch, E. M., & Peppercorn, J. M. American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: the integration of palliative care into standard oncology care. *Journal of clinical oncology*, 2012, 30(8), 880-887.

41. Demir, M. Palyatif Bakım Etiği. Turkish Journal of Medical & Surgical Intensive Care Medicine/Dahili ve Cerrahi Bilimler Yogun Bakim Dergisi, 2016, 7(2): 10-30.
42. Beyhan, B. A. G. Almanya Örneğinde Sağlık Sisteminde Palyatif Bakım Uygulamaları. Türk Onkoloji Dergisi 2012, 27(3):142-149
43. <http://www.dw.com/tr/k%C3%BCba-sa%C4%9Fl%C4%B1kta-iddial%C4%B1/a-16978445> Erişim tarihi: 27.12.2016.
44. <http://www.ttb.org.tr/TD/TD80/5.html> Erişim tarihi: 15.12.2016.
45. <http://www.thewhpc.org/> Erişim tarihi: 18.12.2016.
46. WPCA. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, Ed. Stephen R. Connor, Word Health Organization, 2014.
47. Peykerli, G. Ölümcül Hastalıklara Psikososyal Yaklaşım. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesidergisi, 2003, 25(4), 62-65.
48. BİROL L. Terminal Evredeki Hasta Bakımı. In: Akdemir N, Birol L, editors. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İstanbul: Vehbi Koç Vakfı, SANERC, 2004.
49. Özçelik, H., Fadıloğlu, Ç., Karabulut, B., Uyar, M., Elbi, H., Eyigör, S., veÖzaydemir, G. Kanser Hastasının Palyatif Bakımında Vaka Yönetimine dayalı Multidisipliner Bakım Protokolü. Ağrı Dergisi, 2014, 26(2), 47-56.
50. Sürmeli, D. M. Ve Akççek, F. (Palyatif Bakım: Tanımı ve Tarihçesi. Türkiye Klinikleri Journal of General Surgery Special Topics, 2016, 9(1), 8-11.
51. Saruç, S. Palyatif Ve Yaşam Sonu Bakımda Sosyal Hizmet Uzmanının Rollerini Ve Sosyal Hizmet Mesleği Standartları. Journal of Society & Social Work, 2013, 24(2):1-15.
52. Kökcü, A. Palyatif Bakım, Hospisler ve Türkiye'deki Durumun Değerlendirilmesi. Yüzyıl Başında Yaşama Destek Tedavileri ve Etik Hukuksal Yönler. 2. Uluslar Arası Tıp Etiği Ve Hukuku Kongresi Kitabı. Ed: Demirhan Erdemir Erer S, Öncel Ö. Ankara :Nobel yayıncılık, 2009, s: 437:8 .
53. www.palyatifbakim.org, Erişim tarihi: 8.12.2016.
54. hoev.org.tr/umutevi.html Erişim tarihi: 9.12.2016.
55. <https://www.anadolusaglik.org/> Erişim tarihi: 9.12.2016.
56. <http://egepalyatif.ege.edu.tr/genelbilgiler.html> Erişim tarihi: 9.12.2016.
57. Hui, D., Elsayem, A., De La Cruz, M., Berger, A., Zhukovsky, D. S., Palla, S., ... & Bruera, E. Availability and integration of palliative care at US cancer centers. Jama, 2010, 303(11), 1054-1061.


58. Gültekin M, Özgül N. Olcayto E, Tuncer M. (2010) Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, 2010, 13:1-6.
59. T.C. Sağlık Bakanlığı. Hasta Hakları Yönetmeliği. Resmi Gazete., 199, 01.08.; Sayı: 23420.
60. Palyatif Bakım Programı. Ulusal Kanser Kontrol Programı 2009-2015 (Editör: Tuncer, M). T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Bakanlık Yayın No:760; 2009, ss:92-110.
61. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. <http://hem.baskent.edu.tr/ders.html> Erişim tarihi: 1.12.2016.
62. Morrison, R. S., Dietrich, J., Ladwig, S., Quill, T., Sacco, J., Tangeman, J., & Meier, D. E. Palliative care consultation teams cut hospital costs for Medicaid beneficiaries. Health affairs, 2011, 30(3), 454-463.
63. Özdemir, Ü., ve Taşcı, S. Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar Ve Bakım. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2013, 1(1), 57-72.
64. Işık, O. Kandemir, A., Erişen, M. A. ve Fidan, C. Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Profili ve Sunulan Hizmetin Değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2016, 19(2), 1-20.
65. Turgay, G. Sağlık Personelinin Palyatif Bakıma İlişkin Görüşleri. Yüksek lisans tezi, Başkent Üniversitesi, Ankara, 2010.
66. Lofmark, R., Niltsun, T., Bolmsjö, A., From Cure To Palliation: Concept, Decision And Acceptance. Journal Of Medical Ethics 2007, 33 (12) 685-688.
67. Türkiye Büyük Millet Meclisi. Kanser Hastalığı Konusunun Araştırılarak Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu. (Rapor No: TBMM: 648). Ankara. Türkiye Büyük Millet Meclisi, 2010.
68. Bartlett, N., Koczwara, B. Control Of Nausea And Vomiting After Chemotherapy : What Is The Evidence? Internal Medicine Journal, 2002, 32(8), 401-
69. Bingley, A., Clark, D. A Comparative Review Of Palliative Care Development İn Six Countries Represented By The Middle East Cancer Consortium (Mecc). Journal Of Pain and Symptom Management, 2009, 37(3), 287-96.
70. Bahar, A. Ölüm Sürecinde Olan Hasta: Terminal Bakım ve Hospis. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2007, 2(6),147-158.
71. Tortumluoğlu, G. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Temel Gereksinimlerini Gidermede Hemşirenin Rolü. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. Uluslararası İnsanbilimleri Dergisi, 2004, Issn: 1303-5134

72. Terakye, G. Kanserli Hasta Yakınları İle Etkileşim. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2011, 4 (2), 78-82.
73. Reis, N. Jinekolojik Kanserli Hastaların Bakım ve Rehabilitasyonunda Hemşirenin Rolü. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2006, 9(3), 87-97.
74. Aslan, F. E. Ağrı Değerlendirme Yöntemleri. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2002, 6(1), 9-15.



7. EKLER

EK 1. ETİK KURUL ONAY YAZISI



T.C.
Istanbul
**YENİ YÜZYIL
ÜNİVERSİTESİ**

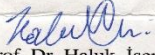
**Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurul
Başkanlığı**

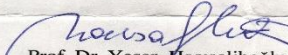
19 .07.2016

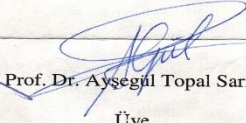
Sayın Abdulvahap KADO ;


İstanbul Yeni Yüzyil Üniversitesi Etik Kurulunun 19.07.2016 tarihinde yaptığı toplantı sonucunda “ **Palyatif Bakım İhtiyacı Olan Hasta ve Hasta Yakınlarının Karşılaştığı Sorunlar ve Çözüm Önerileri** “ başlıklı yüksek lisans tez çalışmanız etik kurulumuzca **UYGUN** bulunmuştur.


Prof. Dr. Tülay İREZ
İstanbul Yeni Yüzyil Üniversitesi Etik Kurul Başkanı

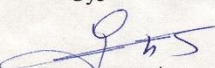

Prof. Dr. Haluk İşeri
Üye

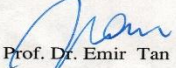

Prof. Dr. Yaşar Hacısalihoğlu
Üye



Prof. Dr. Ayşegül Topal Sarıkaya
Üye


Prof. Dr. İmer Okar
Üye


Prof. Dr. Mine Küçükler
Üye


Prof. Dr. Günseli İşçi
Üye



Prof. Dr. Emir Tan
Üye




www.yeniuyuzuil.edu.tr e:tanitim@yeniuyuzuil.edu.tr
Dr. Azmi Öfluoğlu Yerleşkesi Yılanlı Ayazma Cd. No:26
Cevizlibağ / İSTANBUL Tel: 444 50 01 Faks: 0.212 481 40 58


EK 2. İZİN YAZISI

Tarih ve Sayı: 21/11/2016-419618


* B E 6 E L S V V 0 *



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
Onkoloji Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı :86704051-199-
Konu :Abdulvahap KADO'nun yüksek
lisans tez çalışması hk.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Personel Daire Başkanlığı)

İlgi :27.10.2016 tarihli 388346 sayılı yazınız.

İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Programında Danışmanlığını Yard.Doç.Dr.Itır ERKAN'ın yürüttüğü Enstitümüz çalışanı Abdulvahap KADO'nun, "**Palyatif Bakım İhtiyacı Olan Hasta ve Hasta Yakınlarının Karşılaştığı Sorunlar ve Çözüm Önerileri**" başlıklı tez çalışmasını Enstitümüz öğretim üyesi Prof.Dr.Bülent ZÜLFİKAR gözetiminde, anket soruları şeklinde Enstitümüzde yatarak ve ayakta tedavi alan hasta ve hasta yakınları ile yapması Enstitümüz Akademik Koordinasyon Kurulu tarafından uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Ahmet KIZIR
Enstitü Müdürü

EK 3. AYDINLATILMIŞ ONAM



AYDINLATILMIŞ ONAM

İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans programı öğrencisi Abdulvahap KADO tarafından yürütülen, aşağıda adı yazılı olan tez çalışmasında kullanılmak üzere ekteki anket sorularını yanıtlarak katkıda bulunmanızı dileriz.

Tezin adı: “Palyatif bakım ihtiyacı olan, kanser hastaları ve hasta yakınlarının karşılaştıkları sorunlar ve çözüm önerileri”

Amaç: Türkiye’de, palyatif bakım ihtiyacı olan kanser hastaları ve hasta yakınlarının karşılaştıkları sorunları saptayarak, çözüme nasıl kavuştukları noktasındaki bilgileri değerlendirmek.

Anket sorularına vereceğim cevapların araştırma amaçlı olarak kullanılması konusunda bilgilendirildim ve hiçbir baskı altında kalmadan elde edilen sonuçların anonim bir şekilde bilimsel yayınlarda kullanmalarını **kabul ediyorum.**

Katılımcının:

Adı Soyadı :

İmza :

EK 4. ANKET FORMU

1.Yaşınız

- 0-17
- 18 -30
- 31-50
- 51-64
- 65 ve üzeri

2.Cinsiyet

- Bayan
- Erkek

3.Eğitim durumunuz

- Okuma yazma bilmiyor
- İlköğretim
- Lise
- Yükseköğretim
- Yüksek lisans/doktora

4. Hastayla yakınlık dereceniz nedir?

- Kendim
- Çocuğum
- Annem
- Babam
- Akrabam. (Lütfen belirtiniz).

5. Hastalığınızın tanısını ilk kez öğrendiğinizde ne yaptınız?

- Hayata küstüm
- Hastaneye başvurdum.
- En yakınımdaykilerle paylaştım.
- Daha önce aynı hastalığa sahip insanlarla hastalık ve tedavisi hakkında bilgi aldım.
- Bitkisel tedavi yöntemlerini araştırıp denedim
- Diğer. (Lütfen belirtiniz.)

6. Hastalığınızın tedavisi için, başvurduğunuz hastaneye rahat iletişim kurabildiniz mi?

- Evet
- Hayır. (Nedenini belirtiniz.).....

7. Hangi serviste takip ve tedavi edilmektesiniz?

- Pediatrik onkoloji servisinde
- Medikal onkoloji servisinde
- Radyasyon onkolojisi servisinde

- Cerrahi servisinde
- Diğer, (Belirtiniz.).....

8. İzlediğiniz hastanedeki odanız tek kişilik oda mıdır? Yoksa 2 veya 3 kişilik koşullarda mı yatmaktasınız?

- Tek kişilik oda
- Çoklu oda
- Diğer, (Belirtiniz.).....

9. Hemşirelerin hizmetini nasıl buluyorsunuz?

- Düşük
- Orta
- Kısmen iyi
- İyi
- Çok iyi

10. Her sıkıntınızı takip eden saatlerde çözülebiliyor mu?

- Evet
- Hayır.(Belirtiniz.).....

11. Doktorunuzla, sağlıklı bir şekilde iletişim kurabiliyor musunuz?

- Evet
- Hayır (Belirtiniz.).....

12.Yattığınız servisi hijyenik buluyor musunuz?

- Evet
- Hayır. (Belirtiniz.).....

13. Düzenli olarak odanız temizleniyor mu?

- Evet
- Hayır, (Belirtiniz.).....

14. Doktorunuzun yaklaşımlarını nasıl buluyorsunuz?

- İyi değil
- Orta
- Kısmen iyi
- İyi
- Çok iyi

15. Her gün viziteniz yapılıyor mu?

- Evet
- Hayır

16. Sorunlarınızı, doktorunuza doğrudan / yüz yüze iletebiliyor musunuz?
- Evet
- Hayır, (Belirtiniz).....
17. Doktorunuza sorduğunuz sorulara yeterli cevap alabiliyor musunuz?
- Evet alıyorum
- Hayır alamıyorum.(Belirtiniz).....
18. Sizi tedavi eden doktorunuzla, tedavi sürecinde iken herhangi bir sorun yaşadınız mı? Yanıtınız evet ise, lütfen nasıl bir sorun yaşadığınızı belirtiniz?
- Evet (Belirtiniz)
- Hayır
19. Sizi takip ve tedavi eden tıbbi ekibin (doktor, hemşire, tıbbi sekreter, hasta bakıcı) yaklaşımlarından memnun musunuz? Yanıtınız hayır ise lütfen nedenini belirtiniz.
- Evet memnunum
- Hayır memnun değilim.(Belirtiniz).....
20. Size destek veren ve tedavi eden sağlık ekibi, sizi ekip olarak ev ziyaretine gelsin ister misiniz?
- Evet
- Hayır
21. Bu ekipten birisinin, zaman zaman size “-dertleşmek maksadıyla-” vakit ayırmasını ister misiniz?
- Evet ayırsın.
- Hayır gerek yok.
22. Hastalığınızla ilgili olarak sizi, hâlen çok mağdur eden şikâyetiniz var mıdır?
- Evet
- Hayır (Belirtiniz).....
23. Bu şikâyetle ilgili destekleyici tedavi (ağrı kesici, bulantı önleyici, nefes açıcı vs.) alıyor musunuz?
- Evet
- Hayır
24. Tedavi alıyorsanız şikâyetinizin şiddeti iki gün öncesine göre değişti mi?
- Evet
- Hayır
25. Şikâyetiniz değişmedi ise doz ayarlaması veya ilaç eklemesi yapıldı mı?
- Evet yapıldı

Hayır yapılmadı

26. Şikâyetinizle ilgili, başka bölümlerden uzmanlarla konsültasyon yapıldı mı?

- Evet
 Hayır

27. Yapıldıysa bu konsültasyon sonrasında şikâyetleriniz azaldı mı?

- Evet azaldı
 Hayır azalmadı

28. Sağlık ekibinizle iletişim konusunda sıkıntılarınız oluyor mu?

- Evet (Belirtiniz.).....
 Hayır

29. Muayene olmak, tetkik ve tedavinizi yaptırmak için hastaneye geldiğinizde bürokratik işlemler (SGK anlaşmazlıkları, sevk işlemleri, kayıt ve evrak düzenlemeleri) sizi yoruyor mu?

- Evet
 Hayır

30. Hastane içerisinde vakit geçirebileceğiniz sosyal ortamların (spor yapma, müzik dinleme, televizyon izleme veya resim yapma vb.) olmasını ister miydiniz.

- Evet (Belirtiniz.).....
 Hayır

31. Refakatçinizin herhangi bir şikayeti var mıdır?

- Evet (Belirtiniz.).....
 Hayır

32. Hastane işlerinde personelden destek alabiliyor musunuz?

- Evet
 Hayır

33. Yattığınız odanın konforuyla ilgili bir problem var mıdır?

- Evet (Belirtiniz.).....
 Hayır

34. Tedavi aldığınız hastane içerisinde, dini ibadetlerinizi rahatça yapabiliyor musunuz?

- Evet yapabiliyorum.
 Hayır yapamıyorum. (Nedenini belirtiniz).....

35. Kendinizi bazen yalnız / terk edilmiş hissediyor musunuz?

- Evet
- Hayır

36. Böyle zamanlarda en çok kimi yanı başınızda istersiniz?

- Ailemi
- Arkadaşlarımı
- Hiç kimseyi
- Diğer,(Belirtiniz).....



ÖZGEÇMİŞ

ADI SOYADI : Abdulvahap KADO
DOĞUM YERİ: MALATYA
DOĞUM TARİHİ: 01.03.1976
E-MAIL : abd-kado@hotmail.com

ÖĞRENİM BİLGİLERİ

Mezuniyet Tarihi	Okul
1994	Bahçebaşı Anadolu Lisesi
2014	Anadolu Üniversitesi İktisat Fakültesi
2017	Yeni Yüzyıl Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans

İŞ DENEYİMLERİ

1997 – 2003 Arkeoloji
2007 - 2008 İGDAŞ
2008. İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü (Devam ediyor)

YABANCI DİL BİLGİSİ

İngilizce - Orta derecede

BİLGİSAYAR BİLGİSİ

Microsoft Office; Excel, Word, Powerpoint, Access, İnternet