

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**PALYATİF BAKIM MERKEZLERİ KAPSAMINDA VERİLEN
PSİKOSOSYAL DESTEK HİZMETLERİ: ÇALIŞANLARIN
GÖZÜNDEN NİTEL BİR DEĞERLENDİRME**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN

GÖKBEN KANGALGİL BALTA

ANKARA – 2021

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI
SOSYAL HİZMET YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**PALYATİF BAKIM MERKEZLERİ KAPSAMINDA VERİLEN
PSİKOSOSYAL DESTEK HİZMETLERİ: ÇALIŞANLARIN
GÖZÜNDEN NİTEL BİR DEĞERLENDİRME**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN

GÖKBEN KANGALGİL BALTA

TEZ DANIŞMANI

ÖĞR. GÖR. DR. SEVAL BEKİROĞLU

ANKARA - 2021

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Tarih: 21 / 01 / 2021

Öğrencinin Adı, Soyadı: Gökben KANGALGİL BALTA

Öğrencinin Numarası: 21810375

Anabilim Dalı: Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

Programı: Sosyal Hizmet Yüksek Lisans

Danışmanın Unvanı/Adı, Soyadı: Öğr. Gör. Dr. Seval BEKİROĞLU

Tez Başlığı: Palyatif Bakım Merkezleri Kapsamında Verilen Psikososyal Destek Hizmetleri: Çalışanların Gözünden Nitel Bir Değerlendirme

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek Lisans tez çalışmamın; Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç Bölümünden oluşan, toplam 150 sayfalık kısmına ilişkin, 21 / 01 / 2021 tarihinde tez danışmanım tarafından **Turnitin** adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 9'dur. Uygulanan filtrelemeler:

1. Kaynakça hariç
2. Alıntılar hariç
3. Beş (5) kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

“Başkent Üniversitesi Enstitüleri Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Usul ve Esaslarını” inceledim ve bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranlarına tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Öğrenci İmzası:

ONAY

Tarih: 21 / 01 / 2021

Öğrenci Danışmanı Unvan, Ad, Soyad, İmza:

Öğr. Gör. Dr. Seval BEKİROĞLU

Hayatımın rengi, biricik oğlum Kuzey'e...



TEŞEKKÜR

Çalışmama katılmaya gönüllü olarak paylaşımlarıyla büyük katkılar sunan sevgili meslektaşlarım sosyal hizmet uzmanlarına ve sevgili psikologlara,

Yoğun iş temposuna rağmen her ihtiyacım olduğunda rahatlıkla fikirlerini sorabildiğim, beni en iyi şekilde yönlendiren, bu süreçte büyük emeği olan değerli danışmanım Öğr. Gör. Dr. Seval BEKİROĞLU'na,

Tez jürisi olarak fikirleri ve önerileriyle çalışmamın zenginleşmesini sağlayan değerli hocalarım Prof. Dr. Münire Arzu İÇAĞASIOĞLU ÇOBAN'a ve Doç. Dr. Melek ZUBAROĞLU YANARDAĞ'a,

Hayatım boyunca arkamda duran, bana her konuda destek olan, tez sürecinde de desteklerini her an hissettiğim babam Gökay KANGALGİL, annem Filiz KANGALGİL; neşe kaynaklarım, kardeşlerim Sevde KANGALGİL HALİS, Elvan KANGALGİL ve Nazlı KANGALGİL'e,

Her aldığım kararda beni yürekten destekleyen Kanber BALTA, Mediha BALTA ve Mustafa Mert BALTA'ya,

Yorgun hissettiğim zamanlarda motivasyon cümleleriyle beni toparlayan İlayda ORHON'a teşekkür ederim.

En özel teşekkürüm size... Hayatıma anlam katan sevgili eşim Ali BALTA ve canım oğlum Kuzey BALTA, iyi ki yollarımız birleşti ve bir aile olduk. Her an yanımda olduğunuz, varlığınızla bana en büyük desteği sunduğunuz ve hayatımı bu denli güzelleştirdiğiniz için teşekkür ederim. Sizi çok seviyorum.

ÖZET

Gökben KANGALGİL BALTA, Palyatif Bakım Merkezleri Kapsamında Verilen Psikososyal Destek Hizmetleri: Çalışanların Gözünden Nitel Bir Değerlendirme, Başkent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Sosyal Hizmet Yüksek Lisans Programı, 2021.

Psikososyal destek hizmetleri, sağlığın psikososyal boyutunun bir gereği olarak palyatif bakım alanında önemli bir yer edinmektedir. Bununla birlikte ülkemizde, palyatif bakım alanında yapılan çalışmalar arasında merkezlerin sunduğu hizmetlerin genel olarak değerlendirildiği çalışmalar bulunmakla birlikte palyatif bakım kapsamında sunulan psikososyal destek hizmetleri özelinde gerçekleştirilen bir çalışmaya rastlanmamaktadır. Bu durum araştırmanın çıkış noktasını oluşturmaktadır. Buradan yola çıkılarak tasarlanan araştırmanın amacı ise yaşamı tehdit eden hastalığa sahip bireylere ve bu bireylerin yakınlarına palyatif bakım merkezleri aracılığıyla sunulan psikososyal destek hizmetlerinin bu hizmetleri sunan sosyal hizmet uzmanlarının ve psikologların deneyimlerinden yola çıkarak derinlemesine incelenmesidir.

Nitel araştırma yöntemi ile tasarlanan çalışmada, palyatif bakım merkezleri kapsamında psikososyal destek hizmeti veren sosyal hizmet uzmanları ve psikologlardan oluşan toplam 18 katılımcı araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Yarı yapılandırılmış görüşme formu aracılığıyla elde edilen veriler kuramsal bilgiler ışığında içerik analizi yöntemiyle çözümlenerek yorumlanmıştır.

Elde edilen veriler sonucunda, Palyatif Bakım Merkezinde Çalışma Deneyimi ve Palyatif Bakım Kapsamında Verilen Psikososyal Destek Hizmetleri araştırma bulgularının iki ana başlığını oluşturmuştur. Katılımcıların çoğu palyatif bakımı “*son dönem/terminal dönem hastaların bakımı*”, psikososyal desteği ise “*bireylerin psikolojik ve sosyal bağlamda desteklenmesi*” şeklinde tanımlamışlardır. Katılımcıların çoğunun palyatif bakım alanında eğitime sahip olmadıkları, bu noktada ülkemizde palyatif bakım alanına ilişkin eğitim konusunda eksiklikler olduğu görülmüştür. Eğitim eksikliğinin mesleki uygulamalarda eksikliklere, karışıklıklara ve katılımcılarda kendine güvensizlik sorununa neden olduğu anlaşılmıştır. Çalışma sistemlerine ilişkin sonuçlarda katılımcıların çoğunun palyatif bakım merkezlerinde konsültasyon yolu ile çalıştıkları, bu durumun katılımcıların hasta ve hasta

yakınlarına ilişkin birçok bilgiye tam olarak hakim olamamalarına neden olduğu ve bu yönüyle gerçekleştirdikleri müdahalelerin etkililiğini olumsuz etkilediği ortaya çıkmıştır. Palyatif bakım sürecinde hasta ve hasta yakınlarının yaşadıkları psikososyal sorunlarla ilgili olarak sosyal hizmet uzmanlarının bireyleri ihtiyaç duydukları hizmetlerle buluşturma ve bağlantılandırma boyutunda, psikologların ise psikolojik destek boyutunda daha aktif oldukları görülmüştür. Katılımcıların palyatif bakım merkezlerindeki mesleki uygulamalarını çalışma sistemlerinin el verdiği ölçüde gerçekleştirebildikleri fark edilmiştir. Katılımcıların palyatif bakım merkezleri kapsamında hizmet sunarken birçok güçlük yaşadıkları görülmüştür. Bu güçlükler sınıflandırıldığında; prosedüre ilişkin güçlükler, merkezlerin özelliklerine ve işleyişine ilişkin güçlükler, mesleki güçlükler ve hizmet alanlara ilişkin güçlükler olmak üzere dört alt tema ortaya çıkmıştır. Bütün bu güçlükler sunulan hizmetlerin etkililiğini olumsuz etkileyen faktörler olarak belirmiştir. Güçlüklerle baş etme yöntemlerine ilişkin sonuçlarda, üst makamlarla görüşmenin en çok başvurulan baş etme yöntemi olduğu anlaşılmıştır. Araştırma kapsamında; hizmetlerin içeriği, hizmetlerin önemi, hizmet sunumunda karşılaşılan güçlükler ve hizmetlerin geliştirilmesi gereken noktalarına ilişkin katılımcıların belirttikleri görüşlerin palyatif bakım merkezlerinde sunulan psikososyal destek hizmetlerine ilişkin düzenlemelere katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Palyatif bakım, psikososyal destek hizmetleri, sosyal hizmet uzmanı, psikolog.

ABSTRACT

Gökben KANGALGİL BALTA, Psychosocial Support Services Provided Within the Scope of Palliative Care Centers: A Qualitative Assessment From the Eyes of Employees, Başkent University, Institute of Social Sciences, Department of Social Work, Social Work Master's Program, 2021.

Psychosocial support services are crucial in the field of palliative care as a requirement of the psychosocial dimension of health. However, there is no study conducted specifically for psychosocial support services provided within the scope of palliative care in our country. This situation constitutes the starting point of the research. Based on this, the aim of the study is to examine in-depth the psychosocial support services offered to individuals with life-threatening diseases and their relatives through palliative care centers, based on the experiences of social workers and psychologists who provide these services.

The study designed with qualitative research method, a total of 18 participants consisting of social workers and psychologists who provide psychosocial support within the scope of palliative care centers constituted the sample of the study. In addition to the interview technique, the data obtained through the semi-structured interview form using the e-mail data collection technique were analyzed and interpreted with the content analysis method in the light of theoretical knowledge.

As a result of the obtained data, Working Experience in Palliative Care Center and Psychosocial Support Services Provided Within the Scope of Palliative Care constituted two main headings of the research findings. Most of the participants defined palliative care as “*care of end-stage / terminal patients*”, and psychosocial support as “*supporting individuals in psychological and social context*”. It has been understood that the lack of education causes deficiencies, confusion in professional practices and lack of self-confidence in the participants. In the results of the working systems, it was revealed that most of the participants worked through consultation in palliative care centers, which caused the participants not to have knowledge of many information about patients and their relatives, and in this respect, it negatively affected the effectiveness of their interventions. Regarding the psychosocial problems experienced by patients and their relatives during the palliative care process, it was observed that social workers were more active in bringing

individuals together with the services they needed and psychologists in the psychological support dimension. It has been noticed that the participants can perform their professional practices in palliative care centers to the extent that their working systems allow. It was observed that the participants experienced many difficulties while providing services within the scope of palliative care centers. When these difficulties are classified, four subthemes emerged; procedural difficulties, difficulties regarding the characteristics and functioning of centers, occupational difficulties and difficulties regarding service users. All these difficulties appeared as factors that negatively affect the effectiveness of the services provided. In the results regarding the methods of coping with difficulties, it has been understood that meeting with higher authorities is the most used coping method. In the scope of the research it is thought that the opinions expressed by the participants regarding the content of the services, the importance of the services, the difficulties encountered in the service delivery and the points where the services need to be improved will contribute to the regulations regarding the psychosocial support services provided in palliative care centers.

Key Words: Palliative care, psychosocial support services, social worker, psychologist.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iv
TABLolar LİSTESİ	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ	x
KISALTMALAR LİSTESİ	xi
BÖLÜM I: GİRİŞ	1
1.1. Kuramsal Çerçeve.....	3
1.1.1. Palyatif bakım kavramı ve tarihçesi	3
1.1.2. Palyatif bakım hizmetlerinin temel bileşenleri.....	6
1.1.2.1. Sağlık ve bakım hizmetleri.....	7
1.1.2.2. Psikososyal destek hizmetleri	9
1.1.3. Türkiye’de palyatif bakım hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve sunulan hizmetler.....	18
1.1.4. Palyatif bakım hizmetlerinin sunumunda sosyal hizmet mesleğinin önemi ve rolü.....	23
1.2. Araştırmanın Problemi.....	32
1.3. Araştırmanın Amacı.....	33
1.4. Araştırmanın Önemi	34
1.5. Araştırmanın Varsayımları	35
1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	35
1.7. Araştırmanın Tanımları.....	36
BÖLÜM II: ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	37
2.1. Araştırmanın Modeli.....	37
2.2. Araştırmanın Katılımcıları	38
2.3. Veri Toplama Yöntemi ve Aracı	41
2.4. Verilerin Analizi	43

BÖLÜM III: BULGULAR VE TARTIŞMA	45
3.1. Palyatif Bakım Merkezinde Çalışma Deneyimi	45
3.1.1. Palyatif bakım tanımlamaları	46
3.1.2. Palyatif bakıma yönelik eğitim durumu	49
3.1.3. Çalışma sistemleri	50
3.1.4. En çok işbirliğinde bulunulan meslek elemanları	53
3.2. Palyatif Bakım Kapsamında Verilen Psikososyal Destek Hizmetleri	54
3.2.1. Psikososyal destek tanımlamaları.....	54
3.2.2. Psikososyal desteğin palyatif bakımdaki önemine yönelik değerlendirmeler ...	58
3.2.3. Hasta ve hasta yakınlarının yaşadıkları psikososyal sorunlar	61
3.2.4. Psikososyal destek hizmetlerine ilişkin uygulamalar.....	69
3.2.4.1. Yatış aşamasında gerçekleştirilen uygulamalar.....	69
3.2.4.2. Tedavi ve bakım sürecinde gerçekleştirilen uygulamalar	71
3.2.4.3. Taburculuğa ilişkin gerçekleştirilen uygulamalar	84
3.2.4.4. Diğer uygulamalar	86
3.2.5. Psikososyal destek hizmeti verirken yaşanan güçlükler	88
3.2.5.1. Prosedüre ilişkin güçlükler	88
3.2.5.2. Merkezlerin özelliklerine ve işleyişine ilişkin güçlükler.....	91
3.2.5.3. Mesleki güçlükler	100
3.2.5.4. Hizmet alanlara ilişkin güçlükler.....	113
3.2.6. Yaşanan güçlüklerle baş etme yöntemleri.....	113
3.2.7. İdeal psikososyal destek hizmetlerine yönelik görüşler/öneriler	118
BÖLÜM IV: SONUÇ VE ÖNERİLER	124
4.1. Sonuç	124
4.2. Öneriler	134
KAYNAKLAR.....	137
EKLER	

EK-1. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

EK-2. YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

EK-3: ETİK KURUL İZİN BELGESİ

EK-4: SAĞLIK TESİSLERİ İZİN YAZILARI

EK-5: ORJİNALLİK RAPORU



TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcılara İlişkin Sosyodemografik Bilgiler.....	39
Tablo 2. Katılımcıların Palyatif Bakım Tanımlamaları.....	46
Tablo 3. Katılımcıların Psikososyal Destek Tanımlamaları.....	54



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Tema ve Alt Temalar.....	44
-----------------------------------	----



KISALTMALAR LİSTESİ

ASCO	American Society of Clinical Oncology (Amerikan Klinik Onkoloji Derneği)
CAPC	Center to Advance Palliative Care (Palyatif Bakımı Geliştirme Merkezi)
IFRC	International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (Uluslararası Kızılhaç ve Kızılay Dernekleri Federasyonu)
IFSW	International Federation of Social Workers (Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Federasyonu)
INEE	The Inter-Agency Network for Education in Emergencies (Acil Durumlarda Ajanslar Arası Eğitim Ağı)
NASW	National Association of Social Workers (Amerikan Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği)
NCHPC	National Coalition for Hospice and Palliative Care (Ulusal Hospis ve Palyatif Bakım Koalisyonu)
NICE	National Institute for Health and Care Excellence (Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü)
WHO	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
WHPCA	The Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (Dünya Geneline Hospis Palyatif Bakım Birliği)

BÖLÜM I: GİRİŞ

World Health Organization [WHO, 2020] tarafından yapılan tanıma göre palyatif bakım; yaşamı tehdit eden hastalıklardan kaynaklanan problemler ile karşılaşan hastaların ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini, başta ağrı olmak üzere tüm fiziksel, psikososyal ve ruhsal problemlerin erken tespit edilerek ve etkili değerlendirmeler yapılarak önlenmesi veya giderilmesi yolları ile artıran bir yaklaşımdır. Bu yönüyle palyatif bakım bireyin sağlık sorunlarına biyopsikososyal bağlamda müdahaleyi içeren bir uygulamadır.

Hastalık sürecinde hastanın deneyimlediği fiziksel semptomların giderilmesi yönündeki tıbbi tedavi ve bakım hizmetlerinin yanı sıra, hem hastaların hem de hasta yakınlarının deneyimlediği psikolojik semptomların ve psikososyal sorunların çözümüne yönelik psikososyal destek hizmetleri palyatif bakım kapsamında sunulan hizmetler arasındadır. Bu yönüyle palyatif bakım, hem hastaların hem de hasta yakınlarının biyopsikososyal sağlığının korunmasına yönelik ekip çalışması dinamiğinde multidisipliner uygulamaların gerçekleştirildiği özel bir bakım hizmetidir. Hastalığın tıbbi boyutunda çeşitli tıp dallarından seçilmiş doktorlar, diyetisyenler, fizik tedavi uzmanları ve hemşireler; psikolojik ve sosyal boyutunda ise psikologlar ve sosyal hizmet uzmanları eşliğinde multidisipliner ekip tarafından çok boyutlu hizmetler verilmektedir.

Dünyada temelleri 1967'ye dayanan palyatif bakım hizmetleri, Türkiye'de ilk olarak 1990'ların başında algoloji kliniklerinin bünyesinde kurulan Palyatif Bakım Birimleri aracılığıyla gerçekleştirilmeye çalışılmıştır (Kabalak, 2017). 2015 yılına gelindiğinde ise T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge kapsamında yataklı sağlık tesisleri bünyesinde kurulan palyatif bakım merkezleri aracılığıyla daha sistematik bir şekilde verilmeye başlandığını söylemek mümkündür. Merkezlerin ana hedef kitlesini ise yaşamı tehdit eden hastalıklara sahip bireyler ve bu bireylerin yakınları oluşturmaktadır. Merkezler aracılığıyla başta ağrı ve diğer semptomları erken tanımlamak ve değerlendirmek olmak üzere, bu kişilere ve yakınlarına tıbbi, psikolojik, sosyal ve manevi destek vererek acılarını hafifletmek veya önleyerek yaşam kalitesini artırmak amaçlanmaktadır. Bu amaca ulaşmak üzere merkezlerde muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin

yanı sıra psikososyal destek, ağrı yönetimi ve beslenme desteği gibi hizmetler klinik ortamda ve poliklinik şartlarında sunulmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015). Ülkenin her ilinde (81 il) Sağlık Bakanlığına bağlı, farklı yatak kapasitelerine sahip olmakla birlikte toplam 5.475 yatak kapasitesine sahip 409 sağlık tesisinde palyatif bakım merkezleri hizmet vermektedir. Ankara’da ise 22 sağlık tesisinde toplam 310 yatak kapasitesi ile hizmet veren palyatif bakım merkezleri bulunmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018).

Bireylerin yaşam sürelerinin uzaması ile paralel şekilde dünyada palyatif bakıma olan ihtiyaç her geçen gün artmaktadır. Bu yönüyle aslında insan haklarının bir gereği olarak kabul edilen palyatif bakım hizmetlerini sunan merkezlerin dünya genelinde her geçen gün sayısı artarken merkezlerce sunulan hizmetler de geliştirilmeye çalışılmaktadır. Palyatif bakım kapsamında verilen psikososyal destek hizmetleri, hem sağlık hem de palyatif bakım kavramlarının tanımlarında fiziksel iyi olmanın yanı sıra psikososyal boyutta iyi olmaya ilişkin vurgu ile bu kapsamda verilen hizmetlerin önemli bir bileşenidir. Palyatif bakım hizmetleri kapsamında sunulan psikososyal destek hizmetlerinin geliştirilmesi ve iyileştirilmesi noktasında ise bu hizmetleri ele alan bilimsel çalışmalar önemlidir. Ancak ulusal alanyazın incelendiğinde, palyatif bakım hizmetleri kapsamında verilen psikososyal destek hizmetlerinin içeriğine ve sunumuna ilişkin bilgi eksikliği mevcuttur. Bu nedenle bu çalışmada; yaşamı tehdit eden hastalığa sahip bireylere ve bu bireylerin yakınlarına palyatif bakım merkezleri aracılığıyla sunulan psikososyal destek hizmetlerinin bu hizmetleri sunan sosyal hizmet uzmanlarının ve psikologların deneyimlerinden yola çıkarak derinlemesine incelenmesi amaçlanmıştır.

Bu amaçla hazırlanan çalışma toplam dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde; giriş bölümüne, araştırmanın kuramsal çerçevesine, araştırmanın problemine, amacına, önemine, varsayımlarına, sınırlılıklarına ve tanımlarına yer verilmiştir. Araştırmanın kuramsal çerçevesinde; palyatif bakım kavramı, palyatif bakımın dünyadaki tarihsel gelişimi, palyatif bakım hizmetlerinin temel bileşenleri, ülkemizde palyatif bakım hizmetlerinin tarihsel gelişimi, mevcut durumda ülkemizde sunulan palyatif bakım hizmetleri, palyatif bakımda sosyal hizmet mesleğinin önemi ve rolü konuları ele alınmıştır. Kuramsal çerçeve, palyatif bakım kapsamında sunulan psikososyal destek hizmetleri ile sosyal hizmet bağlamını bir araya getirmek üzere oluşturulmuştur.

Çalışmanın ikinci bölümünde araştırmanın yöntemi hakkında bilgi verilmektedir. Çalışma, nitel araştırma yaklaşımı ile hazırlanmıştır. Bu bağlamda palyatif bakım merkezinde psikososyal destek hizmeti veren sosyal hizmet uzmanları ve psikologlardan oluşan toplam 18 katılımcı ile yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Çalışmanın üçüncü bölümünde, araştırma kapsamında elde edilen bulgulara ve tartışma bölümüne yer verilmiştir. Bulgular, katılımcıların kendi söylemleri üzerinden derlenmiştir ve bu söylemler görüşmelerden sık sık alıntı yapılarak aktarılmıştır. Elde edilen bulgular, literatürdeki mevcut bilgiler ve araştırmacının kendi görüşleri doğrultusunda tartışılmıştır. Çalışmanın dördüncü olan son bölümünde ise sonuç ve öneriler kısmı yer almaktadır. Çalışmada elde edilen sonuçlar ve bu sonuçlar ışığında getirilen öneriler sunularak çalışma sonlandırılmıştır.

1.1. Kuramsal Çerçeve

1.1.1. Palyatif bakım kavramı ve tarihçesi

Palyatif kelimesinin kökenine bakıldığında Latince *pallium*; pelerin (Pastrana, Jünger, Ostgathe, Elsner ve Radbruch, 2008) ve *palliate* (*palliare*); koruyucu ya da kapsayıcı (Kabalak, Öztürk ve Çağıl, 2013) kavramlarıyla karşımıza çıkar. Fiil olarak *palliate* tıbbi bağlamda ağrının ya da hastalığın şiddetini hafifletmek, yatıştırmak, dindirmek, azaltmak veya geçici rahatlama sağlamak anlamındadır (Pastrana ve ark., 2008). *Palliative* ise İngilizce terminolojide hafifletici, yatıştırıcı, geçici çare anlamına gelmektedir (Kabalak ve ark., 2013).

Palyatif bakım ve palyatif bakıma ilişkin uzmanlığın gelişiminin temelleri modern hospis hareketine dayanmaktadır (Small, 2001). Kelime anlamı olarak misafirperverlik anlamında bir kökten doğan hospisler; orta çağlarda Roma, İtalya, Santiago ve İspanya’da göçmenlerin içinde kronik, ölümcül hastalıkları olan hastalara yardım amaçlı çalışan barınaklar; on altıncı ve on sekizinci yüzyıllarda dini emirleri sunan yerlerdir (Yavuzşen, 2015).

Hemşire, tıbbi sosyal hizmet uzmanı ve tıp eğitimi almış bir hekim olarak yetişmiş olan ve terminal dönemdeki hastalarla ilgilenen Dr. Cicely Saunders, 1967 yılında klinik bakımla bağlantılı eğitim ve araştırmaya yönelik ilk modern hospis olan St. Christopher

hospisini Londra’da kurmuştur (Saunders, 2001). Hospislerde, mevcut olan tüm tedavi yöntemlerinin denenmesine rağmen sonuç alınmamasından dolayı artık tedavi uygulanmadığı ya da bir tedavi aramanın çoktan bırakıldığı ve yaşamının son döneminde bulunan hastaları rahatsız edici semptomların kontrol edilerek ve yaşam kalitesinin mümkün olan en iyi seviyede tutulması sağlanarak bu bireylerin yaşamlarının son dönemlerini geçirmeleri için ev ortamı ve koşullarının sağlanması yoluyla kurumsal bünye içinde sağlık hizmetleri sunulmuştur (Dresske, 2005; akt. Bağ, 2012). Palyatif bakıma yönelik bu girişimler 1980’li yıllara kadar büyük oranda hospis programları olarak devam etmiştir (Şenel, 2017). Böylece ağır hastalığı olan ve terminal dönemde bulunan hastalar için palyatif tedavi sürecinin başlangıcıyla ilgili temel prensipler belirlenmiş, artan taleple birlikte palyatif bakım ve tedavinin sunulduğu kurumların sayısı İngiltere’de ve diğer Avrupa ülkelerinde hızlı bir gelişme göstermiştir (Twycross, 1980; Bağ, 2012).

Ulusal Kanser Enstitüsü (National Cancer Institute), hospis ve palyatif bakım arasındaki farkı şöyle açıklamıştır: Aynı konfor ve destek ilkelerine hospisler de sahip olmasına rağmen palyatif bakım hastalık sürecinde daha erken sunulmaktadır. Birey terminal dönemde olmayıp tedavi sürecinin içindeyken de palyatif bakımdan yararlanabilmektedir. Oysaki birey, hastalığının (yaşam beklentisinin altı ay veya daha az olduğu) terminal döneminde bulunduğu ve yaşamının sonuna yaklaştığında hospiste bakım almaya uygun kişi olabilmektedir. Bu yönüyle hospis bakımı palyatif bakımın bir formudur. Bir diğer fark ise palyatif bakım yaygın olarak palyatif bakım ekibi bulunan hastane, genişletilmiş bakım tesisi, huzurevi gibi kurumlarda uygulanırken hospis bakımı yaygın olarak evde ve ziyaretçi bir hospis hemşiresi gözetiminde aileden bir bakım verenle gerçekleşmektedir (Gamaluddin, Keating, McKenzie ve Kim, 2017).

Hem bir bakım felsefesi hem de organize ve üst düzeyde yapılandırılmış bir bakım verme sistemi olan palyatif bakım, WHO tarafından ilk olarak 1989 yılında tanımlanmıştır (Yavuzşen, 2015). İlk tanımda; küratif tedaviye yanıt vermeyen hastalığa sahip hastaların aktif, total bakımı olarak belirtilmiştir (WHO Expert Committee, 1990). WHO tarafından 2002’de yapılan son tanıma göre ise palyatif bakım; yaşamı tehdit eden hastalıklardan kaynaklanan problemler ile karşılaşan hastaların ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini, başta ağrı olmak üzere tüm fiziksel, psikososyal ve ruhsal problemlerin erken tespit edilerek ve etkili değerlendirmeler yapılarak önlenmesi veya giderilmesi yolları ile artıran bir yaklaşımdır (WHO, 2020).

Tanımından da anlaşılacağı üzere palyatif bakımın asıl amacı bireylerin yaşam kalitesini artırmaktır. Bu noktada yaşam kalitesi kavramına da değinmekte fayda vardır. Yaşam kalitesi; bireyin bulunduğu kültür ve değer sisteminin şartları içinde yaşamdaki konumuna ve amaçları, umutları, standartları ve kaygılarına ilişkin algılarıdır. Kişinin fiziksel sağlığını, psikolojik durumunu, bağımsızlık seviyesini, sosyal ilişkilerini, kişisel inançlarını ve çevrenin göze çarpan özelliklerine yönelik ilişkilerini içeren geniş kapsamlı bir kavramdır (WHO, 1998). Bireyin istek ve gereksinimlerinin tatmin edici bir biçimde karşılanması olarak tanımlanabilen yaşam kalitesi, psikososyal ve ekonomik refahın sağlanması ve dengeli bir biçimde sürdürülmesi üzerine temellenmektedir. Bu yönüyle insan yaşamının iyileştirilmesine ilişkin bir kavram olduğunu söylemek mümkündür. Mutluluk, doyum, uyum ve iyi olma hali yaşam kalitesi ile ilişkili kavramlardır. Psikolojik esenlik, fiziksel esenlik, sosyal ve bireysel esenlik, parasal/maddi esenlik olarak sıralanabilecek bu alanlar yaşam kalitesinin kapsamını oluşturmaktadır (Akdemir, 2005).

WHO'ya göre palyatif bakım şu ayrıntıları içermektedir (WHO, 2020):

- Ağrının ve sıkıntı veren diğer semptomların rahatlatılmasını sağlar.
- Ölümü yaşamın normal bir süreci olarak kabul eder.
- Ölümü ne hızlandırmayı ne de ertelemeyi amaçlar.
- Hasta bakımına psikolojik ve manevi bakış açısını entegre eder.
- Hastaların ölünceye kadar mümkün olduğunca etkin bir şekilde yaşamalarına yardım eden bir destek sistemi sunar.
- Aileye hastaların hastalığı ve kendi yasları süresince başa çıkabilmelerine yardım eden bir destek sistemi sunar.
- Hastaların ve ailelerin (gerekliyse yas danışmanlığını da içeren) ihtiyaçlarına hitap etmek için ekip yaklaşımı kullanır.
- Yaşam kalitesinin artırır ve ayrıca hastalığın sürecine olumlu bir şekilde etki edebilir.
- Kemoterapi veya radyasyon tedavisi gibi yaşam süresini uzatmayı amaçlayan diğer tedavilerle birlikte hastalık sürecinde erkenden uygulanabilir ve sıkıntı veren klinik komplikasyonları daha iyi anlamak ve düzenlemek için gerekli olan araştırmaları içerir.

Center to Advance Palliative Care (CAPC, 2020) tarafından tanımlandığı şekliyle palyatif bakım; ciddi hastalıklarla yaşayan bireyler için özel tıbbi bakımdır. Ciddi

hastalığın getirdiği stres ve diğer semptomların rahatlatılmasına odaklanmaktadır. Amacı hem hastanın hem de ailesinin yaşam kalitesinin artmasının sağlanmasıdır. Yaşamı tehdit edici veya ciddi koşullarla başa çıkan hasta ve hasta yakınlarının karmaşık bakım ihtiyaçlarının etkili bir şekilde karşılanmasına olanak tanımaktadır.

Palyatif bakım bireyin sadece hastalığına odaklanmaz, bireyi bir bütün olarak ele alan bir yaklaşım sergiler. Amacı hastalığın ve tedavisinin semptomlarını ve yan etkilerini mümkün olduğu kadar erken önlemek ya da tedavi etmektir. Buna ek olarak psikolojik, sosyal ve manevi problemlere değinmektedir. Palyatif bakım aynı zamanda konfor bakımı (comfort care), destekleyici bakım (supportive care) ve semptom yönetimi (symptom management) kavramlarıyla da adlandırılmaktadır (National Cancer Institute, 2017).

Önceleri küratif tedavi seçenekleri tükenmiş, son dönem hastaların bakımına odaklanan palyatif bakım içeriğindeki değişimle birlikte bir bakım modelinden ziyade bir bakım felsefesine dönüşmüştür. Bu bağlamda palyatif bakım temel ilkelerinin tanı anından itibaren tüm tedavi ve bakım süreçlerine entegrasyonun esas olmasına yönelik uygulama günümüzde benimsenmektedir (Goldman 2000; WHO, 2014; akt. Çolak, 2017).

1.1.2. Palyatif bakım hizmetlerinin temel bileşenleri

Palyatif bakımın içeriğinde bulunan uluslararası temel prensiplere göre; fiziksel semptomlar, psikiyatrik sorunlar, manevi sorunlar, sosyal sorunlar, ekonomik sorunlar, yaşam sonu ihtiyaçlar ve yas dönemi hastalığa ait sorunlarla baş etmeye ilişkin prensiplerdir. Semptomların değerlendirilmesi, hasta odaklı bakımın planlanması, hasta ve ailesinin bilgilendirilmesi, planlanan bakımın uygulanması, bakım sonuçlarının değerlendirilmesi ve hastanın yaşam kalitesinin artırılması ise bakım sürecine ilişkin prensipleri oluşturmaktadır (Kabalak, Öztürk, Erdem ve Akın, 2012).

The Worldwide Hospice Palliative Care Alliance [WHPCA, 2013] ise palyatif bakımın bileşenlerini şöyle açıklamıştır:

- Fiziksel: Değerlendirme ve semptomların yönetimi, klinik tedavi faaliyetleri, gerektiğinde diğer kliniklere / hastanelere uygun sevk.

- Psikososyal: Duygusal destek, psikososyal gereksinimlerin değerlendirilmesi, bireysel danışmanlık, aile danışmanlığı, yas süreci desteği/danışmanlığı, gerektiğinde diğer hizmetlere uygun yönlendirme.

- Sosyal: Ekonomik ihtiyaçların belirlenmesi, yoksulluğun azaltılması, gıda güvenliği, bakım planlaması, gerektiğinde diğer hizmetlere uygun yönlendirme.

- Hukuksal: Hukuki gerekliliklerin belirlenmesi, insan hakları ile ilgili konuların belirlenmesi, uygun hukuk hizmetlere yönlendirme.

- Spiritüel: Spiritüel/manevi değerlendirme, uygun manevi bakım, hastanın ihtiyaçlarına göre manevi destek uzmanına yönlendirme.

İlerleyen bölümde palyatif bakım hizmetlerinin bileşenleri; sağlık ve bakım hizmetleri ve psikososyal destek hizmetleri başlıkları altında detaylı olarak incelenmektedir.

1.1.2.1. Sağlık ve bakım hizmetleri

Palyatif bakıma ihtiyacı olan hastaları belirlemede yaş faktörü bir etken olmamakla birlikte palyatif bakım çok çeşitli sayıda hastalık için gerekli bir uygulamadır. Palyatif bakıma ihtiyaç duyan yetişkinlerin çoğunluğunu; kardiyovasküler hastalıklara (%38,5), kansere (%34), kronik solunum yolu hastalıklarına (%10,3), AIDS'e (%5,7) ve diyabet (%4,6) hastalığına sahip bireyler oluşturmaktadır. Bunun yanı sıra palyatif bakım koşuluna uyabilecek diğer rahatsızlıklar; böbrek yetmezliği, kronik karaciğer hastalığı, multiple skleroz, parkinson, romatoid artrit, nörolojik hastalıklar, demans, konjenital anomaliler ve ilaç dirençli tüberküloz olarak sıralanabilir (WHO, 2020).

Dünya Palyatif Bakım Kurulu ise kanser, HIV/AIDS, motor nöron hastalıkları, musküler distrofi, multiple skleroz ve son evre demans hastalıklarını palyatif bakım gerektiren tıbbi durumlar olarak belirlemişse de palyatif bakım gerektiren hastalıkların özelliklerine ilişkin ortak bir görüş bulunmamaktadır (Akyüz, 2014).

Yaşamı tehdit eden ciddi bir hastalığa sahip bireyler için özel tıbbi bakım olan palyatif bakım her yaşta her bireye uygulanarak küratif tedavi ile birlikte sağlanabilmektedir. Bu bakım türü, hastalığın semptomlarından ve stresinden bireyleri kurtarmaya odaklanmaktadır (CAPC, 2020).

Palyatif bakım merkezlerinden hizmet alan hastaların fonksiyonel durumlarını ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyen; ağrı, bulantı ve kusma, yorgunluk, iştah ve uyku problemleri, nefes darlığı, ishal-kabızlık, anksiyete, depresyon, deliryum gibi semptomları deneyimlediği görülmektedir (DeVita, Arnold ve Barnard, 2003). Belirtildiği üzere palyatif bakım hastalarında sıkıntıya neden olabilen birçok semptom bir arada bulunur (Shoemaker, Estfan, Induru ve Walsh, 2011). Bu semptomlar çoğu zaman aynı anda ve aynı zamanda ortaya çıkmakta (Aktas, Walsh ve Hu, 2014) ve hem hastanın hem de tüm ailesinin ve yakınlarının da yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek tedaviye uyumu zorlaştırmakta ve bozabilmektedir. Semptomların takibi ve erken palyasyonu tedaviye uyumu kolaylaştırma ve yaşam kalitesini düzenleme adına oldukça önemlidir (Yavuzşen, 2015).

Palyatif bakım hizmetlerinin temel amacı ve önemli hedeflerinden bir tanesi semptomlarının tedavi edilerek yaşam kalitesini artırmaktır (Şahin, 2017). Ağrı, yaşam kalitesini; anoreksi, disfaji, dispne, ağız kuruluğu ve kilo kaybı ise hastalığın seyrini etkileyen en önemli semptomlar olarak öncelikli tedavi edilmesi gerekmektedir. Palyatif bakımda kullanılan farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerle hastalığın neden olduğu semptomların önlenmesi ve tedavi edilmesi sağlanabilmektedir (Kabalak ve ark., 2013). Semptom yönetimi kapsamında; yatak banyosu, saç yıkama, ağız bakımı, yara bakımı gibi hastanın kişisel bakım ve hijyeninin sağlanması, beslenmesinin düzenlenmesi, tuvalet ihtiyacının karşılanması, taşınması ve hareket ettirilmesi, yatak pozisyonu verilmesi gibi bakım hizmetleri de yaşam kalitesinin artırılması amacıyla palyatif bakım kapsamında sunulmaktadır (Sucaklı, 2014).

Hastaların ağrı ve diğer semptomların giderilmesi, beslenme desteği, hastanın fonksiyonel durumunun artırılması, hasta konforunun sağlanması ve bakımı, hasta ve hasta yakınlarının eğitilmesi palyatif bakım kapsamında verilen sağlık ve bakım hizmetlerinin bileşenlerini oluşturmaktadır (WHO Expert Committee, 1990).

Palyatif bakım merkezlerinde sunulan hizmetler farklı meslek grupları tarafından oluşturulmuş multidisipliner bir ekip tarafından sunulmaktadır (Özçelik, Fadıloğlu, Uyar ve Karabulut, 2010). Palyatif bakım kapsamında sağlık ve bakım hizmetlerini gerçekleştiren ekip üyeleri ve üyelerin görevleri kısaca şöyle tanımlanabilir:

- Tıp Hekimleri: Hastalık sürecinde ortaya çıkan semptomları ve yan etkileri rahatlatmak üzere sağlık ekibi ile birlikte çalışırlar (American Society of Clinical Oncology [ASCO], 2020). Palyatif bakım ekibinde bulunan hekimler farklı tıp dallarından olabilmektedir (Bruera, Billings, Lupu ve Ritchie, 2010).

- Hemşireler: Ağrıyı ve diğer semptomları yönetmeye yardım ederler (ASCO, 2020). Bunun yanı sıra; hastanın fiziksel bakımını sağlama, emosyonel destek sağlama, hasta ve aile eğitimi, hastanın içinde bulunduğu ortamın kontrol kaybını azaltmak için organizasyon yapma, hasta ve ailesini sağlık bakım hizmetleri ve diğer disiplinlere yönlendirme gibi koordinasyona yönelik görevleri de bulunmaktadır (Özçelik ve ark., 2014).

- Fizik Tedavi Uzmanı: Palyatif bakımda fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları semptomlar, fonksiyonel kapasite ve yaşam kalitesi üzerinde pozitif etkilere sahip olduğu için fizik tedavi uzmanı palyatif rehabilitasyon programları ile hastanın yaşadığı semptomları azaltarak fonksiyonel kapasitesinin ve yaşam kalitesinin artırılmasına yardımcı olur (Eyigör, 2010).

- Diyetisyen: Süreçteki bulantı, iştahsızlık gibi nutrisyonel (beslenme ile ilgili) zorlukları ele alır. Ek besinler hakkında tavsiyede bulunur ve özel yeme planı düzenler (ASCO, 2020).

1.1.2.2. Psikososyal destek hizmetleri

Yaşamı kısıtlayan ve tehdit eden hastalığın psikolojik ve sosyal birçok sonucu olmaktadır. Bu psikolojik ve sosyal faktörlere ilişkin sorunlar hem hastaların hem de hasta yakınlarının yaşam kalitelerini önemli ölçüde etkileyebilmektedir.

Palyatif bakım kapsamında ağrı, bulantı, kusma, yorgunluk, kabızlık, iştahsızlık gibi

fiziksel semptomların yanı sıra kaygı, korku, endişe, çaresizlik, umutsuzluk, tükenme ve depresyon gibi psikolojik sorunlar da hastalarda sıkça görülmektedir. (National Cancer Institute, 2017). Fiziksel bozulma ve ölüm, acı çekme, bağımsızlığı kaybetme, sevdiğin birinin ölmesi korkusu; bütün olanlara veya başarısız tedaviye karşı duyulan öfke; yaşamın sonunun yaklaşmasına veya hastalık nedeniyle yapılan faaliyetlerin kısıtlanmasına yönelik üzüntü; hastalığın gelişimi için bulunulan faaliyetlerden dolayı pişmanlık ve suçluluk; hasta ve bağımlı olma gibi kimlik hakkında değişikliklere ilişkin düşünceler; görünüşte değişiklikler veya fiziksel fonksiyonların kaybıyla ilişkili kendine güven kaybı; olanlar hakkında ya da geleceğe yönelik kafa karışıklığı hastalık sürecinde en çok görülen psikolojik endişelerdir (Anderson, 2011). Özellikle hastalığın ilerlediği durumlarda; güvenlik hissi, sahiplenme (ihtiyaç duyulduğunu, yük olmadığını hissetme), sevgi (insan ilişkilerinde), anlayış (semptomlar ve hastalık hakkında yapılan açıklamalar ve ölüm ile ilgili tartışma ortamı), kabul edilme (sosyal ve ruh durumu ile görünüşe bakılmaksızın) ve kendine güven (karar verme aşamalarında başkalarına olan bağımlılığın artmasına rağmen rol oynayabilme, karar verebilme imkanı) gibi psikolojik gereksinimler ön plana çıkmaktadır. Ekip üyelerinin bu gereksinimleri karşılayamadığı durumlarda ise ağrının ve diğer semptomların kontrolü olanaksız hale gelebilmektedir (Erdine, 1991).

Psikososyal sorunlar ilerlemiş hastalığı olan bireylerde oldukça yaygındır. Hastalar sıklıkla kaygı, düşük ruh hali gibi öznel psikolojik sıkıntılar bildirmektedir. Bunun yanında bir dizi başka psikososyal sorunlar da yaşayabilmektedir. (Davies ve Bailey, 2006). Hastalık; hastanın alışveriş, temizlik, faturaları ödeme gibi günlük sosyal görevlerini gerçekleştirmeye yönelik performansının kaybına neden olup bu konularda diğer bireylerin yardımına gereksinim duymasına neden olabilir. Bunların yanı sıra ebeveyn veya çalışan birey olma gibi sosyal rollerini de olumsuz etkileyebilir (Anderson, 2011). Lidstone ve ark. (2003) palyatif bakım merkezinde tedavi olan meme kanseri hastaları ile yaptıkları çalışmada hastaların % 70'inin geleceğe dair; % 25'inin başkalarıyla olan ilişkileri hakkında; % 35'inin maddi konular hakkında; %17'sinin iş yaşamı hakkında; % 15'inin ise sosyal destek eksikliğine ilişkin endişeli olduklarını belirtmişlerdir.

Duyan yaptığı çalışmada (1996) hastaların hastanede yattıkları süre içinde karşılaştıkları sorunları; hastalığa ilişkin duygusal (üzüntü, endişe ve korku, depresyon gibi) sorunlar, hastaneye uyum sorunları, uygulanacak tıbbi müdahale hakkında bilgi eksikliği, uygulanacak tıbbi müdahaleye ilişkin (ameliyat öncesi ve sonrası gibi) sorunlar,

hastanın fiziksel olarak bağımlı hale gelmesi, tıbbi bakım almaya direnç gösterme, hastanın vücut imajı ile ilgili sorunlar, hastanın ailesinden uzak kalması nedeniyle sosyal rolünü yerine getirememesi, hastanın yakınlarıyla iletişim kuramaması, hasta yakınlarının ziyarete gelmemesi, hastaneden çıkış ile ilgili sorunları yaşama, hastanede kalınan süre içinde gelir kaybı, hastalığın tedavisi ile ilgili gereksinimleri (ilaç, tetkik, kan gibi) karşılayamama, taburculuk sonrası çalışma yaşamına ilişkin sorunlar ve diğer sorunlar şeklinde ifade etmiştir.

Hastaların ve hasta yakınlarının yaşamlarının anlamını derinlemesine aradıkları, bazılarının manevi inançlara daha çok yaklaşırken bazılarının ise hastalığın neden onların başına geldiğini sorgulamaları yoluyla manevi inançlardan uzaklaşmaları ile kendini gösteren manevi sorunlar da hastalık sürecinin getirilerindendir (National Cancer Institute, 2017).

Çocuklar, yakın arkadaşlar ve resmi olmayan bakıcılar da dahil olmak üzere hasta yakınları palyatif bakım sürecinde çeşitli sorunlar yaşamaktadır (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2011). Hastalığın olumsuz getirilerinden en az hastalar kadar etkilenen hasta yakınları da palyatif bakımın odağında yer almaktadır. Hasta yakınlarının palyatif bakım sürecinde yaşadığı güçlükler şu şekilde sıralanabilir:

– Bakım Veren Yükü: Hastalık sürecinde bakım sağlamanın bakım verenlerin sosyal, mesleki ve kişisel rolleri üzerindeki negatif etkisi bakım veren yükü olarak tanımlanmaktadır. Bakım verenlerin kişisel zamanlarına, sosyal rollerine, fiziksel, duygusal ve finansal durumlarına ilişkin yerine getirdikleri rollerle bakım verme rolü arasındaki dengesizlikten kaynaklanmaktadır (Given, Kozachic, Collins, Devoss ve Given, 2001). Sağlık üzerindeki olumsuz etkiler, sosyal yaşamın kısıtlanması, iş yaşamının kesintiye uğraması ve finansal durumun kötüleşmesi gibi yaşantılar bakımla ilgili çoklu fiziksel, psikolojik, sosyal ve finansal stresörlerdir. Bakım yükü bakım sürecinin bu stresörlere bağlı olarak ortaya çıkan etkilerinden kaynaklanmaktadır (Lindenberger ve Meier, 2013). Bakım verme yükü; objektif ve subjektif olmak üzere iki kısımda incelenmektedir. Objektif bakım yükü, hastaya bakım verme sırasında yaşanan hayat tarzı değişiklikleri, ekonomik durum bozulmaları gibi güçlüklerden, nesnel ve gözlemlenebilir olaylardan oluşmaktadır. Subjektif bakım yükü ise bakım verenin iç dünyası ile ilgilidir (Soner ve Aykut, 2017). Yıldız, Dedeli ve Çınar Pakyüz (2016) tarafından Kanser Hastalarına Bakım Veren Aile

Üyelerinin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi konulu çalışmada bakım verenlerin fiziksel sorunları incelendiğinde aile üyelerinin bazen yorgunluk, iştahsızlık, uykusuzluk, dikkat eksikliği deneyimlediği ve kişisel bakımını ihmal ettiği belirtilmiştir. Bunun yanı sıra stres de bakım verenlerin sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir (Rivera, 2009). Yıldız ve ark. (2016)'na göre aile üyelerinin psikolojik sorunları incelendiğinde bireylerin bazen sıkıntı, güçsüzlük, korku, ümitsizlik yaşadığı görülmüştür. Hastalığın tanısı-teşhisi, nedenleri, önemi ve hastalığa dair semptom yönetimi, hastanın bakımının nasıl yapılacağı, hastanın durumundaki ani değişiklikler, kaynaklar ve bunlara nasıl erişilebileceği gibi konularda bilgi ve eğitim ihtiyacı; psikososyal, finansal, manevi ve aile içi destek ihtiyacı; yas dönemi ihtiyaçları palyatif bakım sürecinde hastaya bakım veren bireyin ortaya çıkan ihtiyaçlarıdır (Ramirez, Addington-Hall ve Richards, 1998).

- Tükenmişlik: Bakım veren kişide uzun süreli stres, parçalanmışlık hissi ve bunalma, gerçeği algılamada bozulma, hastanın bakımında yetersiz olduğuna inanma, hastanın bakımını ihmal, bakım verici rolünden dolayı nefret etme ve hastaya kin duyma, aşırı alkol-sigara-yemek tüketimi gibi bakım veren yükünün getirdiği olumsuzluklar sonucu tükenmişlik gözlemlenebilmektedir (Cimete, 2002; Koç ve Okan, 2017). Literatürde bakım veren hasta eşlerinin bu dönemde yalnızca hasta bakımı ile değil ailenin günlük yaşamını devam ettirme, diğer aile üyelerinin ve kendisinin gereksinimlerini karşılama gibi sorumluluklar ile de ilgilenmek zorunda olması sonucu zamanının ve enerjisinin tümünü kullandığından tükenmişlik oranlarının da arttığı belirtilmektedir (De Nour ve ark., 1996; Ostwald, 2000; akt. Babaoğlu ve Öz, 2003).

- Ekonomik Zorluklar: Bakım sürecinin uzun olmasına ilave olarak tedavi masraflarının da artması hasta yakınları için ekonomik zorlukların ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır. Bakım verme faaliyetini gerçekleştirebilmek üzere bu görevi üstlenen birey işten ayrılmak zorunda kalabilmekte, bu da ekonomik zorlukların katlanmasına neden olmaktadır.

- Ölüm ve Yas Süreci: Çokça sevilen birinin veya bir şeyin kaybindan ya da ondan ayrılmaktan kaynaklanan yoğun acı çekme olarak tanımlanan yasin en yoğun yaşandığı durumlardan biri birinin ani ve beklenilmeyen ölümüdür (Sheafor ve Horejsi, 2014). Hastanın ölüme yaklaşması ile hasta yakınlarında yas dönemi kendini göstermeye başlamaktadır. Bu dönemde hasta yakınları tarafından ölüme ilişkin bilinmezlik ve

belirsizlik üzerine kurulmuş sorular sorulabilmekte, bu durum da yaşadıkları kaygıyı ortaya koymaktadır. Ölüm yaklaşırken bazı hasta yakınları son ana kadar hastanın yanında kalarak hastayı destekleyebilmekte, bazıları ise hastalarının yaşamlarının son anlarında yanında kalmayı tercih etmemektedirler (Cimete, 2002; Koç ve Okan, 2017). Ölüm gerçekleşikten sonraki yas sürecinde de gerek ölümün getirdiği psikolojik yıkım, gerekse cenaze işlemlerine dair yapılacaklara ilişkin adımların varlığı hasta yakınlarının yaşadığı psikososyal zorlukların örneklerindendir.

Buraya kadar yapılan açıklamalarda da görüldüğü üzere hastalar ve hasta yakınları palyatif bakım süreci boyunca birçok psikososyal sorunla baş etmek durumunda kalmaktadır. Psikososyal kelimesi; bireyin yaşantısındaki psikolojik ve sosyal faktörler arasındaki dinamik ilişkiye ve bu ilişkilerin birbirini etkilemesine atıfta bulunmaktadır. Psikolojik boyut içsel, duygusal, düşünsel süreçleri ve tepkileri içerirken sosyal boyut ise ilişkileri, aile ve topluluk ağlarını, sosyal değerleri ve kültürel pratikleri içermektedir (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies [IFRC], 2014). Psikososyal sorunlar ise bir alanın diğerinde sahip olduğu kaçınılmaz etkiyi yansıtan hem psikolojik hem de sosyal çevresel bileşenlere ilişkin problemlerdir (Cowles, 2003). Bu noktada palyatif bakım kapsamında hastalar ve hasta yakınları için sağlanacak psikososyal destek hizmetleri bu problemlerin etkili bir şekilde yönetilmesi yoluyla bireylerin yaşam kalitelerinin artırılması noktasında oldukça önemlidir. Buradan hareketle psikososyal destek hizmetlerine ayrıntılı bir şekilde değinmekte fayda bulunmaktadır.

İnsana yönelik sağlık hizmetleri geçmiş zamanlardan bugüne geleneksel sağlık uygulamalarından biyopsikososyal modele doğru bir değişimle gelmiştir. Biyopsikososyal bir varlık olarak tanımlanabilecek insanı ele alan her alanda olduğu gibi sağlık alanında da biyolojik, psikolojik ve sosyal yönlerin hepsini içinde barındıran bu model sağlığın korunmasında önemli bir noktadadır.

Sinir sistemi, bağışıklık sistemi, davranış biçimleri, bilişsel süreçler ve sağlığın çevresel etkenleri arasında ilişkiler olduğunu öne süren bir sağlık ve hastalık modeli olan biyopsikososyal modelde; biyo biyolojik hastalığın gerçekliğini kabul eder, psiko-sosyal ise sağlığın psikolojik ve sosyal bileşenlerini ortaya koyar. Bu model bireyin fiziksel sağlığını zihin durumu ve çevredeki dünyayla bağlantılandırır. Sağlık ve iyilik hali bireyin hayatına ilişkin fiziksel, entelektüel, duygusal, ruhsal, sosyal ve çevresel yönleri kapsar

(Gerrig ve Zimbardo, 2014). Biyopsikososyal model sağlık alanında psikososyal süreçlerin dikkate alınmasını gerekli kılmakta; bireyin sağlığının korunması, iyilik halinin ve yaşam kalitesinin artırılmasında elzem olan psikososyal destek hizmetlerinin gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Psikososyal destek özellikle afet, acil ve kriz durumları kapsamında; bireylerde, ailelerde ve toplumlarda zorlukları yenme gücünü kolaylaştırıcı süreç olarak tanımlanmaktadır. Bireylerin, ailelerin ve toplulukların sosyal ve psikolojik gereksinimlerini karşılamaya yönelik eylemleri ifade etmektedir. Psikososyal destek bağımsızlık, değer ve baş etme mekanizmaları konuları yoluyla sosyal uyumun ve altyapının iyileştirilmesine katkıda bulunmaktadır. Başka bir ifadeyle psikososyal destek, hayatlarını altüst eden bir krizden sonra bireyleri iyileştirmeye yardım etmektedir. Olumsuz yaşantılardan sonra kendilerini toparlamaları ve eski normal yaşantılarına dönmeleri için bireylerin yeteneklerini geliştirmeyi hedeflemektedir (IFRC, 2009). Bireylerin ve toplulukların acil ve kritik olaylardan sonra psikolojik yaralarını iyileştirmede ve sosyal yapılarını yeniden inşa etmede ve böylece kişileri pasif mağdurlardan aktif bireylere dönüştürmede rol oynamaktadır (IFRC, 2019). Psikososyal destek hizmeti bireylerin, ailelerin ve toplumların psikososyal iyi olma halini artırmak amacıyla yürütülen hizmetleri içermektedir (The Inter-Agency Network for Education in Emergencies [INEE], 2016). Psikososyal iyi olma için yapılabilecek en iyi tanım; WHO tarafından fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak belirtilen sağlığın tanımı ile -özellikle bu üç ana boyutu da içermesiyle- aynıdır (IFRC, 2009). Psikososyal alışma Grubu (Psychosocial Working Group) tarafından geliştirilen çerçeveye göre bireylerin ve toplulukların psikososyal iyi olma hali üç ana alanda tanımlanmıştır (INEE, 2016): (1) Bireyin kapasitesi (fiziksel ve zihinsel sağlık ile bireysel bilgi, kapasite ve yeteneklere vurgu yapmaktadır), (2) sosyal ekoloji (bireyin toplum içindeki ilişkileri, sosyal ağları ve destek sistemlerini içeren sosyal ilişkiler ve sosyal desteğe atıfta bulunmaktadır, sosyal desteği teşvik edici birbirine bağlı bu ilişkiler ruh sağlığı ve psikososyal iyi olma hali için esastır), (3) kültür ve değerler (toplumların çevrelerini nasıl anlayacaklarını, deneyimleyeceklerini ve çevrelerine nasıl karşılık vereceklerini etkileyen özel değerlerine ve kltrlarına değinmektedir).

WHO'nun palyatif bakıma ilişkin 2002'de yaptığı tanımda; hastalığın tanı anından itibaren hem hastaya hem de hasta yakınlarına yönelik fiziksel, psikososyal ve ruhsal

değerlendirmeler yoluyla yaşadıkları sorunlara çözüm bulmanın ve böylece yaşam kalitelerinin artırılmasının hedeflendiğine vurgu yapıldığı görülmektedir. Süreçte ortaya çıkan üzüntü, depresyon, bakım veren yükü, tükenmişlik, ekonomik zorluklar, aile ilişkilerinde meydana gelen bozulmalar gibi psikososyal sorunların değerlendirilmesi ve çözümüne yönelik adımların atılmasını içeren uygulamalar tanıtımda da belirtildiği gibi palyatif bakım felsefesinin önemli basamaklarından birini oluşturmaktadır.

Palyatif bakım kapsamında verilen psikososyal destek hizmetleri uluslararası literatürde psikososyal bakım kavramıyla da karşımıza çıkmaktadır. The National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services palyatif bakım merkezleri kapsamında verilen psikososyal destek hizmetlerini psikososyal bakım kavramıyla; benlik saygısı, hastalığa ve hastalığın sonuçlarına adaptasyon, iletişim, sosyal işlevsellik ve ilişkileri de içeren hastanın ve hasta yakınlarının psikolojik ve duygusal iyi olma hali ile ilgili bakım şeklinde tanımlamıştır. Psikososyal bakım hem hastanın hem de hastanın ailesi, arkadaşları, bakım vereni olmak üzere yakınlarının palyatif bakım sürecindeki yolculuğuna odaklanmaktadır (Jeffrey, 2003).

Psikososyal destek hasta için kayba ve ölümle yüz yüze gelmeye ilişkin psikolojik deneyimleri ele almakta, bu deneyimlerle ilgili olan manevi inançları, kültürü, değerleri ve maddi durum, barınma ve günlük yaşantıya ilişkin yardımlar gibi sosyal faktörleri içermektedir (Jeffrey, 2003).

Sosyal faktörler kavramı ile adlandırılabilen olan sağlığın sosyal belirleyicileri, yaşamı tehdit eden hastalığa sahip bireyler üzerinde güçlü ve bazı zamanlarda da ağır basan etkilere sahiptir. Aile içi iletişim, ilişkiler, roller; hasta ve yakınlarının güçlü yönleri, sosyal destek kaynakları; önceki deneyimler (hastalık, sakatlık, kayıp, ihmal, istismar, sosyal izolasyon vb.); günlük yaşamı kısıtlayıcı faktörler; okul, iş veya mesleki rollere ilişkin değişiklikler; ekonomik güvenliğin bozulması, ekonomik sorunlar (kira, fatura, işsizlik vb.); yaşam ortamı ve yaşam düzenlemelerine ilişkin sorunlar; eğlence faaliyetlerindeki kısıtlamalar; bakım vermeye ilişkin zorluklar; evde bakımın devamına ilişkin ihtiyaçlar; beslenme ihtiyaçları; nakliye ihtiyacı gibi faktörler sağlığın sosyal belirleyicileridir. Bunların yanı sıra kaygı, korku, öfke, üzüntü, suçluluk, umutsuzluk, kafa karışıklıkları, kendine güven kaybı, depresyon, deliryum, travma sonrası stres bozukluğu, intihar düşüncesi gibi faktörler ise hastalık sürecinde bireylerde gözlemlenebilen psikolojik

faktörlerdir. Palyatif bakım, hastaların ve hasta yakınlarının işlevselliğini ve yaşam kalitesini etkileyen bu çevresel, sosyal ve psikolojik faktörlerle yakından ilgilidir (National Coalition for Hospice and Palliative Care [NCHPC], 2018).

Tüm bu psikolojik ve sosyal faktörlerin birbirini etkilemesi ve bir araya gelmesi yoluyla oluşan psikososyal sorunlar; fiziksel, sosyal ve psikolojik yakınmaları da beraberinde getirmektedir. Böylece iyilik hali ve yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir. Bu noktada psikososyal sorunlar palyatif bakımın tanımına ve kapsamına bakıldığında hastaların ve hasta yakınlarının tam iyilik halinin sağlanması ve yaşam kalitesinin artırılması için üzerinde çalışılması gereken sorunlardır. Amacı yaşam kalitesinin artırılması olan palyatif bakımda bunun sağlanması için gerçekleştirilen ve tıbbi bakım-tedavinin dışında kalan uygulamalar psikososyal yaklaşım çerçevesinde yürütülmektedir. Psikososyal yaklaşım hastalığın olumsuz getirilerinin psikolojik ve sosyal boyutunun ele alınması yoluyla bir müdahale planının çizilmesinde ve müdahalenin gerçekleştirilmesinde yol gösterici niteliktedir. Psikososyal destek hizmetleri ise psikososyal yaklaşım çerçevesinde sunulan hizmetleri içermektedir.

Hastanın stres veya anksiyete yaşaması ağrı deneyimini şiddetlendirebildiği gibi ağrı veya kusma gibi fiziksel semptomlar da psikolojik iyilik halini etkileyerek korku, anksiyete veya depresyon duygularına neden olabilir. Bu fiziksel semptomlar aynı zamanda bireyin çalışma yeteneği veya ihtiyaç duyduğu bakım seviyesi gibi sosyal durumunu da etkileyebilir. Yani bireyin fiziksel semptomlarının psikososyal durumuna etki edebileceği ve tam tersi psikososyal durumunun da fiziksel semptomlarına etkilerde bulunabileceği söylenebilir. Bu nedenle psikososyal ihtiyaçları fiziksel ihtiyaçlarla birlikte ele alınması gereken ve bireyin tıbbi olmayan ihtiyaçları olarak tanımlamak mümkündür (Anderson, 2011). Palyatif bakımda yaşamı sınırlayıcı hastalığa sahip bireylerin yalnızca belirli semptomlarına odaklanmak yetersiz bir bakım örneğidir. Bu süreçte hasta ve hasta yakınlarının fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlarının etkileşime girdiği unutulmadan palyatif bakım felsefesine uygun bir bakımın sunulması gerekmektedir. Bu da ancak psikososyal destek hizmetlerinin palyatif bakım kapsamında etkili sunumu ile mümkündür. Psikososyal ihtiyaçların giderilmesi ve psikososyal sorunların çözümü noktasında psikososyal destek hizmetleri bireye yol gösterici niteliktedir. Bu bağlamda psikososyal destek hizmetleri palyatif bakımın önemli bir ayağını oluşturmaktadır.

Amerika’da kaliteli palyatif bakım için kılavuz ilkeler geliştirmek üzere hospis ve palyatif bakım kuruluşlarının iş birliği ile Ulusal Konsensüs Projesi kapsamında Kaliteli Palyatif Bakım için Klinik Uygulama Yönergeleri (National Consensus Project’s Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care - NCP Guidelines) ilk olarak 2004 yılında yayımlanmış, zamanla palyatif bakım alanının gelişmesiyle paralel olarak güncellemeler yapılmıştır. Yayımlanan son kılavuz olan dördüncü baskının amacı; ciddi hastalığa sahip her birey için kaliteli palyatif bakıma erişimin tanıya, hastalığın seyrine ve yaşa bakılmaksızın ulaşılabilir olmasının sağlanması olarak belirtilmiştir. Bu yönde oluşturulan kılavuzda palyatif bakımın içeriğine yönelik 8 alan tanımlanmıştır. Bu alanlardan iki tanesi Bakımın Psikolojik ve Psikiyatrik Yönleri ve Bakımın Sosyal Yönleri başlıkları altında palyatif bakım kapsamında geręekleřtirilen psikososyal uygulamalara yönelik bazı ilkeleri ele almaktadır. Bu ilkelere göre bakımın psikolojik ve psikiyatrik yönleri; psikolojik durum taramalarını, değerlendirmelerini, psikolojik sorunların veya daha karmaşık psikiyatrik sorunların tedavisini, aile çatışmalarına ilişkin değerlendirmeleri, duygusal desteği, kayıp ve yas desteğini içermektedir. Bakımın sosyal yönleri ise hasta ve hasta yakınlarının işlevselliğini ve yaşam kalitesini etkileyen çevresel-sosyal faktörlerin ve bireylerin ihtiyaç alanlarının belirlenmesini, durum değerlendirmelerini, uygun müdahale yöntemlerini, bakım planlamalarını, çeşitli kurum ve kuruluşlarla işbirliğini, yaşam düzenlemelerini içermektedir (NCHPC, 2018). Bu bağlamda psikolojik ve psikiyatrik sorunlar, sosyal sorunlar, ekonomik sorunlar, yaşam sonu ihtiyaçlarının saptanması ve yas dönemiyle baş etme palyatif bakımın bileşenlerindendir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010). Bu bileşenlere yönelik yapılan önlemler ıstırap duygusunu pozitif duygular ve mutlulukla değiştirmeyi amaçlar. Dolayısıyla palyatif bakımın etkisinin yaşam kalitesinin ölçülmesi yoluyla değerlendirilebileceğini söylemek mümkündür (WHO Expert Committee, 1990).

Hastaların ve hasta yakınlarının palyatif bakım sürecinde onları zorlayıcı (depresyon, panik, kaygı gibi durumlar; öfke, inkar, kontrol etme gibi davranış biçimleri; travmatik veya damgalayıcı semptomlara sahip olma durumu; sosyal ve ekonomik zorluklar; aile içi ilişkilerdeki sorunlar vb.) psikososyal problemleri olduğunda yükü paylaşmak adına onlara yol gösterici uzmanlar bulunmalıdır. Pratik, yasal ve finansal konularda yol göstermesi ve psikososyal destek hizmetlerinin harekete geğirilmesini sağlaması adımlarıyla sosyal hizmet uzmanları da bu uzmanlardandır (Caresearch Palliative Care Knowledge Network, 2017). Psikologlar ise palyatif bakım hastalarına ve hasta yakınlarına hastalığa veya ölüme dair kendileri için anlamlı olan değişiklikler ile başa çıkmalarında yardımcı olma yoluyla

hayatlarında fark yaratarak onlara destek sunan uzmanlardır (Caresearch Palliative Care Knowledge Network, 2020). Palyatif bakım kapsamında psikososyal destek hizmeti veren sosyal hizmet uzmanları ve psikologların görevlerini kısaca şöyle tanımlamak mümkündür:

– Sosyal Hizmet Uzmanı: Hasta ve hasta yakınları için danışmanlık sağlar. Ulaşım konularında yardım eder ve toplumsal kaynaklarla iletişim kurulmasını sağlar. Taburculuk aşamasında da faaliyetlerde bulunarak evde bakım seçeneklerini veya gerekiyorsa bakımevi seçeneklerini araştırır (ASCO, 2020). Hastalar ve aileleri için mevcut hizmetlerin koordine edilmesinde görev alır. Hastaneye yatış ve çıkış aşamasındaki ücret, aile sorunları, hastalığın yarattığı travmalar, uyum güçlüğü, tıbbi bakıma direnç, hastane sonrası yaşama ilişkin kaygılar, ulaşım, barınma, aile içinde bakım gibi sorunlar sosyal hizmet uzmanının palyatif bakım hizmeti içerisinde ilgilendiği konulardır (National Association of Social Workers [NASW], 2004).

– Psikolog: Hasta ve hasta yakınları ile terapötik ilişki kurarak onların semptomları ve duyguları öncülüğünde gerçekçi beklentiler ve hedefler oluşturmaları için çalışmalarda bulunur. Bireyin stres, başa çıkamama, anksiyete ve depresyon durumlarını değerlendirir. Bireyin ve ailesinin duygusal ya da ilişkilerine dair meseleleri keşfetmelerine ve iletişim kurma durumlarına odaklanır. Süreçte ortaya çıkan izolasyon ve yalnızlık duygusu ile baş edebilmeleri adına bireysel kaynakları veya aile kaynaklarını harekete geçirir. Fiziksel ya da duygusal ağrıları rahatlatmak amacıyla hasta ve hasta yakınlarıyla meditasyon veya gevşeme egzersizleri gerçekleştirebilir (Caresearch Palliative Care Knowledge Network, 2020).

1.1.3. Türkiye’de palyatif bakım hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve sunulan hizmetler

Türkiye’de Cumhuriyetin ilanı ile birlikte Dr. Refik Saydam, dönemin ilk bakanı olmuş ve sağlık hizmetlerinin kuruluşuna ve gelişmesine yönelik yürüttüğü çeşitli hizmetlerde önemli hastalıklarla mücadele etmek ve koruyucu hizmetlere öncelik vermek bu hizmetlere ilişkin temel ilkeler olmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 1992). Hem bu koruyucu sağlık hizmetlerinin hem de modern tıbbın etkisi ile son kırk yılda yaşlı nüfus oranının artması, kronik ve ilerleyici hastalıklara sahip hastaların yaşam sürelerinde uzama olması ve aile hayatında meydana gelen çekirdek aile yapısına dönüş, aile fertlerinin iş ya

da okul hayatı içinde yer alması gibi değişikliklerin var olması ile terminal dönemde bulunan ya da ilerleyici kronik hastalıklara sahip olan hastaların evde bakımı olanaksızlaşmış, evde bakımın yapılabileceği durumlarda da bu konuya yönelik bir eğitim sisteminin olmaması sonucu hasta yakınları hasta bakımında deneyimsiz ve yalnız kalmışlardır. Ortaya çıkan bu sorunlara çözüm olarak bu hastalara yönelik semptom tedavisi, rehabilitasyon ve bakım hizmetlerinin verilmesi ve bu bakımın evde de devam ettirilerek kaliteli bir yaşam sunulması gerekliliği doğmuştur. Bu bağlamda öncelikle kanser hastalarına ve bu hastaların ağrı tedavilerine yönelik olmak üzere 1990'ların başında algoloji kliniklerinin bünyesinde Palyatif Bakım Birimleri kurulmuştur (Kabalak, 2017).

Hastalara uzun süreli palyatif bakım verebilecek hospis kavramına yakın olarak nitelendirilebilecek ilk kuruluş olan Kanser Bakımevi, Türk Onkoloji Vakfı tarafından İstanbul'da kurulmuş ve 1993-1997 yılları arasında hizmet vermiştir. Palyatif bakım amaçlı ikinci hospis girişimi ise Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı tarafından 2006 yılında sonuçlandırılarak tarihi Ankara Evi 12 odalı bir hospise dönüştürülmüş ancak sonrasında Hacettepe Umut Evi adı ile kanserli hastalara hizmet vermesi öngörülse de kurumun ömrü kısa olmuştur (Sur, 2012).

Ağrı palyasyonuna yönelik ilk çalışmalar anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanı Dr. Serdar Erdine tarafından kurulan Ağrı Derneğinin girişimleriyle 1998 yılında başlamıştır. Aynı dönemlerde medikal onkoloji uzmanı Dr. Şeref Kömürcü ise onkolojide palyatif bakım kavramı üzerine çalışmalarda bulunmuştur. 1999'da Türk Onkoloji Grubu Derneği bünyesinde Dr. Özgür Özyılkan, Dr. Filiz Çay Şenler ve Dr. Deniz Yamaç'ın üye olduğu Destek Tedaviler Çalışma Grubu kurulmuştur. Daha sonra aralarına katılan Dr. Tuğba Yavuzşen, Dr. Serdar Turhal, Dr. Necati Alkış gibi diğer tıbbi onkoloji uzmanları ile birlikte tıbbi onkoloji ve palyatif bakım dernekleri ile palyatif bakım çalışmalarını yürütmüş ve Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi ve diğer kurum, kuruluş ve derneklerle yakın bağlantı içinde ülkemizde palyatif bakımın gelişmesine katkıda bulunmuşlardır. Grubun çabalarıyla ülkemizde palyatif bakım alanında önemli gelişmeler elde edilmiştir (Tanrıverdi ve Kömürcü, 2016).

Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı Ulusal Kanser Kontrol Programının önemli bir bileşeni ve önceliği olarak belirtilen Palyatif Bakım Programı

Eylem Planı çeşitli kurum ve kuruluşlardan uzmanların katılımı ile 2008 yılında düzenlenmiş ve gerçekleştirilen üç çalıştay sonunda (Şahan Uslu ve Terzioğlu, 2015); ülkemiz koşulları ve öncelikleri doğrultusunda mevcut kanser verilerinin ve insan kaynaklarının analiz edilerek palyatif bakım modelinin oluşturulması, en az üç pilot palyatif bakım merkezinin kurulması, palyatif bakım alanında (uygulama ve yönetim) eğitilmiş ve deneyimli profesyonel ekiplerin oluşturulması, opioid bulunabilirliğinin ve kullanılabilirliğinin kolaylaştırılması amaçlanmıştır (Tuncer, 2009). Bu amaçları gerçekleştirebilmek adına; aile hekimliği üzerine kurulu ve Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) ve sivil toplum örgütleri ile desteklenen, hemşirelik bakımı üzerine temellenen ve ülkemizin mevcut sosyo-kültürel yapısına en uygun sistem olduğu belirtilen PALLİA-TÜRK (Palya-Türk) adında bir proje hazırlanmış ve 2011 yılında başlatılmıştır (Gültekin ve ark., 2010; Özgül ve ark., 2012; TBMM, 2010; akt. Şahan Uslu ve Terzioğlu, 2015). Sonraki yıllarda Palya-Türk'ün içeriğindeki değişikliklerle beraber palyatif bakım ilkeleri ile de uyumlu daha geniş çaplı çalışmalar yürütülmüş ve günümüzde palyatif bakım merkezleri iç hastalıkları, tıbbi onkoloji, göğüs hastalıkları, anesteziyoloji, nöroloji ve fizik tedavi alanlarında uzman doktorlar sorumluluğunda bir ekip tarafından yürütülecek hale getirilmiştir (Tanrıverdi ve Kömürcü, 2016).

Palyatif bakım merkezlerinin tanımının, amacının ve kapsamının belirtildiği; merkezlerin kurulmasına, fiziki şartlarına; personelin görev, yetki, sorumlulukları ve çalışma esaslarına; palyatif bakım hizmetlerine başvuru, hasta kabul, sevk ve nakil esaslarına; hasta hakları, hizmetin sonlandırılması, eğitim, denetim ve sorumluluk alanlarına ilişkin bilgilerin yer aldığı Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge 2014 yılında yürürlüğe girmiş ve 2015 yılında revize edilmiştir. Yönergenin amacı; yaşamı tehdit eden hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkan sorunlarla karşılaşan hastalarda ağrı ve diğer semptomları erken tanımlamak ve değerlendirmek, bu kişilere ve aile bireylerine tıbbi, psikolojik, sosyal ve manevi destek vererek acılarını hafifletmek veya önlemek, yaşam kalitesini geliştirmek için faaliyet göstermek üzere palyatif bakım merkezleri kurmak, bunların işleyişini, fiziki şartlarını, bulundurulması gereken araç, gereç ve personel asgari standardını, personelin görev yetki ve sorumluluklarını ve uygulamanın denetimine ilişkin usul ve esasları belirlemektir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015).

Palyatif bakım kapsamında verilen hizmetler multidisipliner bir ekip tarafından gerçekleştirilmektedir. Bruera ve ark. (2010), palyatif bakım ekibinde asgari düzeyde bir hekim, hemşire ya da pratisyen hemşire, sosyal hizmet uzmanı ve papazın bulunması gerektiğini, bazı palyatif bakım programlarının ise beslenme uzmanı, eczacı, dil ve konuşma terapisti, fizik tedavi uzmanı gibi meslek elemanlarını da bünyesinde barındırdığını belirtmişlerdir. Ülkemizdeki uygulamaya bakıldığında palyatif bakım ekibine ilişkin bilgilerin Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge’de yer aldığı görülmektedir. Yönergede merkez hizmetlerinin sorumlu tabibin denetim ve sorumluluğunda tabip, hemşire, tıbbi sekreter, idari ve teknik personel, temizlik elemanı ile diğer unvanlarda personel ile yürütüldüğü; psikolog, sosyal çalışmacı, fizyoterapist veya fizyoterapi teknikeri ve diyetisyenin merkezde tam zamanlı olarak çalışma zorunluluğunun bulunmayıp ihtiyaç halinde hastane içinden veya dışından karşılanabileceği belirtilmektedir. Bunun yanı sıra merkezlerde çalışan personelin görev ve sorumluluklarının sorumlu tabip tarafından belirlenerek yöneticinin onayından sonra ilgililere duyurulduğu ifade edilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015). Ülkemizde manevi bakım uzmanları bazı palyatif bakım merkezlerinde görev alsa da yönergede bu meslek grubuna yönelik bir bilginin yer almadığı görülmektedir.

Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge’de yer verildiği üzere merkezlerde (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015);

- Muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetleri verilir.
- Psikososyal destek, psikososyal değerlendirme (sıkıntı, anksiyete, depresyon, umut, kayıp, yas, keder ve kendine bakmak), ağrı yönetimi (opioid kullanımı), beslenme desteği gibi hizmetler sunulur.
- İlaç, tıbbi cihaz ve malzeme kullanımına ilişkin sağlık raporlarının çıkarılması sağlanır. Merkez, tedavisi düzenlenmiş hastanın tıbbi, psikolojik ve sosyal durumunun gerektirdiği seviyede hizmet almasını temin etmek amacıyla, aile hekimi ve evde sağlık hizmetleri birimleriyle gerekli koordinasyonu sağlar.
- Hizmetler klinik ortamda ve poliklinik şartlarında verilir.

Pediyatrik palyatif bakım kapsamında 2010 yılında açılan ve erişkinlerle beraber hizmet veren İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi tek çocuk palyatif bakım merkezi iken 2015 yılında Bursa Dörtçelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi pediyatrik palyatif bakım

merkezinde hizmet vermeye başlamıştır. 2017 yılında Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, 2019 yılında ise Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanesi (Boyras, 2019) ve Ankara Şehir Hastanesinde çocuk palyatif bakım ünitesi hizmete girmiştir.

2010 yılı başı itibari ile büyük bir bölümü üniversite hastaneleri içinde yer alan 10 adet palyatif merkezi mevcutken (Madenoglu Kıvanç, 2017), 2019 yılı itibariyle T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Palyatif Bakım Hizmetini toplam 81 ilde, 5475 yatak ile 409 sağlık tesisi tarafından vermektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018).

Türkiye’de palyatif bakım eğitiminin durumuna da değinmekte fayda bulunmaktadır. Ülkemizde palyatif bakım alanı henüz ayrı bir uzmanlık alanı olarak kabul edilmediğinden hastane temelli ünitelerde palyatif bakım hizmeti sunan ekipler palyatif bakım uzmanlığı düzeyinde bir eğitim ve öğretim programı alan profesyonellerden oluşmamaktadır. Bu bağlamda ülkemizde palyatif bakım hizmetinin uzman ekipler tarafından verilemediğini söylemek mümkündür. Tıp fakülteleri bünyesinde mezuniyet sonrasında palyatif bakım alanı ayrı bir yan dal uzmanlığı olarak yer almamaktadır (Özçelik ve diğer, 2010; Şahan Uslu ve Terzioğlu, 2015). Hemşireler palyatif bakım kapsamında zorunlu olmamakla birlikte Palyatif Bakım Hemşireliği Sertifika Programı ile eğitim alarak sertifika sahibi olabilmektedirler. Hekim ve hemşire dışındaki diğer sağlık profesyonellerinin lisans ve lisans üstü eğitimlerinde palyatif bakım konusu seçmeli dersler içerisinde yer alabilse de palyatif bakım ayrı bir uzmanlık alanı değildir (Kav ve Bağcıvan, 2020). Diğer sağlık profesyonelleri için sertifika programı şeklinde eğitimler de bulunmamaktadır. Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge’nin altıncı bölümünde; *“Merkezde görevlendirilen personel, bu Yönergede belirlenen görev ve sorumluluklarının gerektirdiği bilgi, beceri ve tutumların kazandırılması, palyatif bakım hizmetleri alanındaki yeniliklerin takip edilmesi, personel arasında bilgi ve uygulama birlikteliğinin sağlanması amacıyla hizmet içi eğitime tabi tutulur.”* (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015) ifadelerine yer verilerek palyatif bakım merkezleri kapsamında çalışan personelin eğitimi noktasında hizmet içi eğitime vurgu yapıldığı görülmektedir.

Palyatif bakım alanının gelişimi yönünde çeşitli çalışmalar gerçekleştiren ulusal organizasyonların amaç, kapsam ve iletişim adreslerine ilişkin bilgilere aşağıda yer verilmiştir (Kav ve Bağcıvan, 2020):

- Palyatif Bakım Derneği (<http://www.palyatifbakim.org.tr/>): Palyatif bakım ile doğrudan ilgili tıp dallarını kapsayan palyatif bakım ünitelerinin kurulmasını ve gelişmelerini sağlamaktadır. Bu alandaki gelişmeleri izlemek, ilgili kuruluşlara önerilerde bulunmak, ülke çapında yaygın olarak palyatif bakım hizmetlerinin verilebilmesi için gerekli yapılanmaların oluşmasına destek vermek, üyelerin bu alanda mesleki bilgi ve tecrübelerini arttırmak, mesleki sorunların çözümü için çalışmak derneğin gerçekleştirdiği faaliyetlerdendir.

- Palyatif Sağlık Hizmetleri Derneği (PASHİDER): Palyatif bakım hizmetleri konusunda ülkemizde hasta, hasta yakınları ve çalışanlar boyutunda bilinçlendirme adına çalışmalar yapmak ve bu konudaki farkındalığı üst düzeylere çıkarmayı amaçlamaktadır. Bu doğrultuda, palyatif bakım (destek bakımı) ve destek evi (hospis) faaliyetlerinin etkinleştirilmesi ve geliştirilmesini sağlamak, terminal dönem hastalarına multidisipliner bakım sağlamak ve bu konuda çalışmalar yapan kişi ve kuruluşlara destek vermektedir. Palyatif bakım hizmetlerinin tanıtılması, geliştirilmesi ve benimsenmesi ile ilgili çalışmaları yürütmek, yapılacak yasal düzenlemelere ilişkin başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere kurumlara önerilerde bulunmakta ve bu hizmetleri sunan kişi veya kuruluşlar arasında koordinasyonu sağlamaktadır.

1.1.4. Palyatif bakım hizmetlerinin sunumunda sosyal hizmet mesleğinin önemi ve rolü

Sosyal hizmet; sosyal uyumu, bireylerin güçlenmesini ve özgürleşmesini destekleyen, merkezinde sosyal adalet, insan hakları, toplu sorumluluk ve çeşitliliğe saygı ilkelerini barındıran uygulama temelli bir meslek ve akademik disiplindir (International Federation of Social Workers [IFSW], 2020). Birey, aile, grup ve toplumun sorun çözme ve baş etme kapasitelerini geliştirme yoluyla psikososyal işlevselliğin sağlanması, onarılması, korunması ve geliştirilmesi; sosyal değişimin desteklenmesi; sosyal politika ve programların insan ihtiyaçlarının karşılanması amacıyla planlanması ve uygulanmasının sağlanması yönünde mesleki uygulamaların gerçekleştirildiği sosyal hizmet disiplini amaç güçlendirme, sorun çözme ve sosyal değişimi sağlamaktır (Işıkhani, 2016). Sosyal hizmet uzmanı ise bu amaçları gerçekleştirmek üzere sosyal hizmetin bilgi, beceri ve değer temelleri ışığında dezavantajlı birey, grup ve topluma yönelik mikro, mezo ve makro düzeyde uygulamalar yürüten meslek elemanıdır.

Sosyal hizmet mesleğinin otaya çıktığı yirminci yüzyılın başından itibaren sağlık bakım ortamlarında sosyal hizmet uygulamalarına ilişkin mesleki uzmanlaşma da başlamış, tıbbi sosyal hizmet alanında görev alan sosyal hizmet uzmanları hastalıkların psikososyal ve ekonomik boyutlarıyla ilgili geçmişten günümüze önemli roller ve sorumluluklar üstlenmişlerdir. Bu nedenle sağlık alanı sosyal hizmet disiplininin en saygın uygulama alanlarından birisidir (Işıkkhan, 2016).

Tıbbi sosyal hizmet fiziksel hastalıkların neden olduğu sosyal ve duygusal problemlerle ilgilenmektedir (Işıkkhan, 2016). NASW, sağlık hizmetleri ortamlarında sosyal hizmet uzmanlarının hastalarla ve hasta yakınlarıyla çalışırken karşılaştıkları birtakım psikososyal problemleri; servislere girişte karşılaşılan engeller, servislerdeki düzenlemelere ilişkin problemler, teşhis, prognoz ve sağlık hizmetlerinin planlanmasına ilişkin problemler, bilinçli karar vermede ve kontrolde hissetmede bilgisizlik, ihtiyaçların karşılanmasında kaynak yetersizliği ve servislerden taburcu olmada karşılaşılan engeller olarak belirtmiştir (Cowles, 2003).

Palyatif bakımda sosyal hizmet (palliative care social work), sosyal hizmetin bir alanı olan tıbbi sosyal hizmetin özel bir formu olarak gelişmiştir (Payne, 2009). Bu nedenle tıbbi sosyal hizmet alanında gözlemlenen hastaların ve hasta yakınlarının ihtiyaç ve sorunları, bunların çözümüne yönelik müdahalelerin varlığı palyatif bakımda sosyal hizmet uygulamalarıyla örtüşmektedir. Bunun yanı sıra palyatif bakım felsefesinin içeriğinde bulunan hastalara ve hasta yakınlarına yönelik psikososyal destek hizmetlerinin gerekliliği, palyatif bakımda sosyal hizmet mesleğinin zorunluluğunu ortaya koymaktadır. Hastaneye yatış aşamasında ve tedavi sürecinde, tedavi bitiminde ise taburculuk sırası ve sonrasında ortaya çıkan ihtiyaçların ve sorunların zamanında ve etkili müdahalelerle çözümlenmesi sosyal hizmet uzmanının palyatif bakım sürecindeki sorumluluklarını oluşturmaktadır. Müdahalede bulunurken insan hakları ve sosyal adaletin gözetilmesi, palyatif bakımın da aynı zamanda insan haklarının bir gereği olması ilkesi ile yakından ilişkilidir. Small (2001); sosyal hizmetin her zaman kayıpla ilgili olması, bireysel deneyimleri geniş bir bağlam çerçevesinde bütüncül bir sistemle ele alması ve değişimin uygulamadaki etkisini iyileştirmeye yardımcı olması yönleriyle palyatif bakımla ortak temalara sahip olduğunu belirtmektedir.

Palyatif bakım hizmetleri multidisipliner bir ekip tarafından yürütülmesi gereken bir

hizmet biçimidir ve sosyal hizmet uzmanları palyatif bakım ekibinin önemli bir üyesidir. Multidisipliner ekip; hastaların ve hasta yakınlarının ihtiyaç alanlarını belirleyerek çözecek, hastanın fonksiyonel kapasitesini en üst düzeye çıkaracak, hastaların ve yakınlarının hedeflerini gerçekleştirmelerinde onları destekleyecek yönde mesleki müdahalelerini gerçekleştirecek bir sosyal hizmet uzmanını bünyesinde bulundurmaktadır. Multidisipliner ekibin bir parçası olarak sosyal hizmet uzmanı; bakımın duygusal yönlerini değerlendiren, yaşamı tehdit eden hastalığın sosyal sonuçlarını ele alan, toplum temelli hizmet ve destek sağlayan kuruluşlarla iş birliği yapan meslek elemanıdır. Sosyal hizmet uzmanı kanıta dayalı uygulamalarıyla; bakımın planlamasında, yönetiminde ve sunumunda uygun yaklaşımları kullanarak hasta ve hasta yakınının yaşam kalitesini artırmaya çalışan meslek elemanıdır (NCHPC, 2018). Palyatif bakımda sosyal hizmet uzmanlarının belirli bilgi, beceri, ampirik teşhis ve sosyal politika ekseninde hastaların ve hasta yakınlarının refahını sağlama yönünde üstlendikleri roller oldukça önemlidir (Reigada, Ramos ve Novellas, 2015).

Palyatif bakımda terminal dönem kavramı öne çıkan kavramlardandır. Terminal sözcüğü bir sürenin bitimi anlamında kullanılırken (Tekindal, 2017); terminal dönem yaşamın son günleri kapsayan süreç (TDK, 2019) olarak tanımlanmaktadır. Terminal dönemdeki birey ise son günlerini yaşayan ve ölmek üzere olan hastayı ifade etmektedir. Terminal evredeki hastanın; başkalarına yük olma, ölürken fiziksel ve mental yeteneklerin kaybolması, ölümle ilgili ağrı beklentisinde olma ve önemli yaşam hedeflerini başaramadan erken ölme korkuları meydana gelmektedir. Bunun yanı sıra terminal evredeki bireyin ölümünden sonra geride kalanlara dair kaygı veya ailesi için planladıklarını gerçekleştiremeden ölecek olmanın üzüntüsü gibi durumlara ilişkin duygusal gereksinimleri bulunmaktadır (Birol, 2005).

Yaşamının sonuna gelmiş olan hastaların ve bu hastaların yakınlarının psikososyal iyi olma halinin sağlanması gerekliliği palyatif bakımın içeriğinde önemli bir noktada bulunmaktadır. Palyatif bakım ekibinde bulunan sosyal hizmet uzmanları bu yönde yaptıkları; yaşamsal değişikliklere rehberlik etme, hastanın ve ailesinin potansiyel güçlerini ve kaynaklarını kullanmalarını mümkün kılarak uyum sorunlarının çözülmesini sağlama, özellikle terminal dönem hastaların yaygın olarak yaşadığı yalnızlık, yalıtılmışlık, anksiyete ve kaygı gibi duyguların ve süreçlerin tanınmasını ve hastanın bu sorunlarla baş etmesine destek olma gibi müdahalelerle yaşam kalitesinin artmasına katkı vermektedir

(NASW, 2004; Tuncay, 2013).

Hastası terminal dönemde bulunan hasta yakınları da bu süreçte yoğun üzüntü, korku, kaygı gibi duyguları yaşamaktadır. Hasta yakınlarının bu tür duygusal gereksinimlerinin dikkate alınması ve psikososyal bağlamda desteklenmeleri gerekmektedir. Ölüm gibi ciddi bir konuda yas halinde olan bireye yaklaşım profesyonel olmalıdır. Aksi halde süreç bir travma yaşantısını beraberinde getirerek kişinin hem fiziksel hem de psikososyal sağlığının ve yaşam kalitesinin bozulmasına yol açacaktır.

Sosyal hizmet uzmanı yerel politika ve prosedürleri takip ederek hizmetlerin yaşamı tehdit eden hastalığa sahip bireylere ve yakınlarına zamanında sunulmasını sağlamak için kişiselleştirilmiş destekte bulunur. Bu destekle bireylerin sosyal işlevselliklerini ve bağımsızlıklarını mümkün olduğunca en üst düzeye çıkarmayı hedefler (NICE, 2011). Palyatif bakım sürecinde bireylerin kişisel ve sosyal iyilik hallerini geliştirmek için yaşamlarında değişiklik yapmak üzere onları destekleyen bir sosyal hizmet uzmanının bu yönde yaptığı çeşitli uygulamalar şöyle sıralanabilir:

- Bireyin durumu ve onun için önemli olan kararları ekseninde gerçekçi hedef ve beklentileri oluşturmak için terapötik ilişki bağlamında öncülük eder.

- Bireyin bakımı ve ilgili diğer konulara yönelik karar almasına ve seçimlerini yerine getirmesine olanak sağlar.

- Bireyin başına gelenlerin psikolojik, duygusal ve sosyal sonuçlarını yönetmede onu destekler ve güçlendirir.

- Arkadaşlar, aile üyeleri gibi hasta yakınlarının gerektiğinde bakım ve karar alma sürecine dahil olmalarına yardımcı olur.

- Bireyin ihtiyacına yönelik ilgili ve mevcut toplum kaynaklarını mümkün olan en iyi şekilde kullanmasına olanak sağlar.

- Finansal sorunların yönetimine yardımcı olmak için bireyin, aile üyelerinin veya bakım verenin finansal destek hizmetleri ile bağlantı kurmasını sağlar.

- Bireyin kendisi için önemli olan diğer kişileri tanımlamasına ve ilişkilerine yönelik sorunlarını vurgulamasına yardımcı olabilir.

- Bitmemiş işleri ve diğerleriyle vedayı tamamlamaya yönelik olarak terminal dönemdeki bireyi güçlendirebilir.

- Bakım veren kişinin de desteğiyle endişeleri fark etme, konfor sağlama ve yalnızlığı hafifletmeye yardımcı olma yoluyla ruhsal acının giderilmesine yardımcı olabilir.

- Ön bakım planlaması sırasında bireye bilgi ve destek sağlar.

- Bireyin cinsel sağlığına ilişkin sorunların çözülmesi adına profesyonel destek sağlanmasında aracı olabilir.

- Bireyin palyatif bakıma veya sağlık ekibine yönelik dileklerini savunabilir.

- En iyi sonuçları elde etmek için bakım ekibi ile irtibat kurar.

- Yakınını kaybetmek üzere olan ya da kaybetmiş yas halindeki aile üyelerine yas danışmanlığı sağlayabilir.

- Yaşlı bakımevi, süreli bakım ve konaklama gibi konuları organize edebilir (Caresearch Palliative Care Knowledge Network, 2020).

Sheldon'un (2000) palyatif bakım merkezlerinde çalışan sosyal hizmet uzmanları ile gerçekleştirdiği çalışmasında, palyatif bakımda çalışan sosyal hizmet uzmanının rolleri 6 kategoride şu şekilde tanımlanmıştır (Saruç, 2013):

1. Aile Odağı

- Aile ilişkilerine odaklanma
- Aile iletişimini etkinleştirme
- Ebeveynlik dersleri
- Geçmiş, bugünü ve geleceği bağlama
- Gelecek için planlama

2. Çevreyi etkileme

- Tavsiye ve bilgi verme
- Finans organize etme
- Önleyici çalışmalar
- Diğer kurumlardaki meslektaşlarıyla bağlantı kurma
- Diğer kurumlardaki meslektaşları destekleme

3. Ekip üyesi olma

- Ekipte rol kurmak
- Ekiple bağlantı kurma
- Ekipteki anlaşmazlıkları ele alma
- Gizlilik ve ekip ile paylaşma arasındaki gerginliği yönetme
- Ekibe model olma

4. Anksiyeteyi yönetme

- Ailelerin anksiyetesini yönetme
- Palyatif bakımdaki profesyonellerin anksiyetesini yönetme
- Risk yönetimi
- Kendi stres yönetimi
- Öz farkındalık
- Geçmiş deneyimleri kullanma

5. Değerler ve değer verme

- Yargılayıcı olmamak
- Müracaatçıyı onaylamak

- Kendi kaderini tayini teşvik etmek
- Gizlilik
- Empati
- Normalleştirme
- Ayrımcılığa meydan okuma

6. Bilme ve Sınırlar Çerçevesinde Çalışma

- Değerlendirme
- Müdahaleye odaklanma
- Geri çekilme
- Sınırları ayarlama
- Öfke ile çalışma
- Müracaatçılar için güvenliği sağlama
- Açık tartışmaları teşvik etme

NASW, sosyal hizmet uzmanlarının yaşamı tehdit eden hastalığa sahip bireyler ve yakınları için sağlık ve sosyal bakım hizmetlerini ve bu alandaki katkılarını güçlendirmek amacıyla 2002 yılında Palyatif Bakım ve Yaşam Sonu Bakımda Sosyal Hizmet Uzmanları için Uygulama Standartları (NASW Standards For Palliative & End of Life Care) belgesini hazırlamıştır. Sosyal hizmet uzmanları için bir rehber niteliği taşıyan bu standartlar, palyatif bakım ve yaşam sonu bakıma ilişkin sosyal hizmet uygulamasının temel aşamalarını içermektedir (Tuncay, 2013). NASW (2004) bu standartları şu şekilde belirtmiştir:

– Standart 1 - Etik ve Değerler: Etik, değerler ve standartlar palyatif ve yaşam sonu bakımda sosyal hizmet uzmanının uygulamalarında yol göstermelidir. Etik Kodları (The NASW Code of Ethics), etik karar verme ve uygulamada ana rehberlerden biridir.

- Standart 2 - Bilgi: Palyatif ve yaşam sonu bakım sosyal hizmet uzmanı müracaatçılar ve profesyonellerle etkili uygulamalar yapabilmek için temel teorik ve biyopsikososyal bilgi temeline sahip olmalıdır.

- Standart 3 - Değerlendirme: Sosyal hizmet uzmanı müdahale ve uygulama planı geliştirmek için kapsamlı bilgiler içeren değerlendirmeler yapmalıdır.

- Standart 4 - Müdahale/Uygulama Planı: Sosyal hizmet uzmanı müracaatçıların yeteneklerini ve kararlarını geliştiren müdahale planlarını değerlendirmelere dahil etmelidir.

- Standart 5 - Tutum/Öz Farkındalık: Sosyal hizmet uzmanı müracaatçıların self determinasyon ve onuruna yönelik haklarına saygı duyarak onlara şefkat ve duyarlılık davranışını göstermelidir. Kendi inançlarının, değerlerinin, duygularının ve kişisel özelliklerinin uygulamalarına nasıl etkide bulunduğunun farkında olmalıdır.

- Standart 6 - Güçlendirme ve Savunuculuk: Sosyal hizmet uzmanı müracaatçıların ihtiyaçları, kararları ve hakları için savunuculuk yapmalıdır. Onların biyopsikososyal ihtiyaçlarına yönelik kaynaklara eşit erişimlerini sağlamayı amaçlayan sosyal ve politik eylemlerde bulunmalıdır.

- Standart 7 - Belgeleme: Sosyal hizmet uzmanı müracaatçılarla olan bütün uygulamalarını müracaatçı dosyaları veya hasta tabelaları yoluyla belgelemelidir. Bu belgeler yazıya dökülmüş veya elektronik kayıt şeklinde olabilir.

- Standart 8 - Disiplinler Arası Ekip Çalışması: Sosyal hizmet uzmanı palyatif ve yaşam sonu bakım servislerinin verimi için disiplinler arası çabanın bir parçası olmalıdır. Ekip üyeleriyle iş birliği yapmak için çabalamalı, müracaatçıların ihtiyaçları için tarafsız bir şekilde savunuculuk yapmalı, hastalık süreci boyunca hastanın onun bakımını sağlayan personelle ilişkilerini güçlendirmek için çalışmalar yapmalıdır.

- Standart 9 - Kültürel Yeterlilik: Sosyal hizmet uzmanı tarih, gelenekler, değerler ve farklı gruplara ait olan aile sistemleri hakkında uzmanlık bilgisine ve anlayışa sahip olmalı, bu anlamda gelişimini de sürdürmelidir. Sosyal Hizmet Uygulamalarında Kültürel Yeterlilik Standartları (NASW Standards for Cultural Competence in Social Work Practice)

hakkında bilgili olmalı ve bu standartlarla uyumlu hareket etmelidir.

– Standart 10 - Sürekli Eğitim: Sosyal hizmet uzmanı sürekli profesyonel gelişimi için Sürekli Profesyonel Eğitim Standartları (NASW Standards for Continuing Professional Education) ile uyumlu kişisel sorumluluğunu üstlenmeli ve gereklilikleri belirlemelidir.

– Standart 11 - Süpervizyon, Liderlik ve Staj: Palyatif ve yaşam sonu bakımda uzmanlaşmış olan sosyal hizmet uzmanı bireylerle, gruplarla, örgütlerle araştırma çabasına yönelik eğitsel ve yönetsel rehberlik etmelidir.

Bütün sosyal hizmet uzmanları meslek yaşamlarının bir noktasında kayıp, yaşam sonu, yas alanlarıyla karşılaşsalar da bazı sosyal hizmet uzmanları, palyatif bakım sosyal hizmet uzmanı (palliative care social worker) unvanıyla palyatif bakım alanında uzmanlaşmış olarak hizmetlerini yürütmektedir (Association of Palliative Care Social Workers, 2016). Ülkemizde henüz sosyal hizmet uzmanlarının palyatif bakım alanında uzmanlaşmasını sağlayacak sertifikalı palyatif bakım eğitimleri bulunmamaktadır. Bu nedenle ülkemizde sosyal hizmet uzmanları palyatif bakım sosyal hizmet uzmanları unvanıyla görev almasa da ekibin daimi bir üyesi olarak merkezde sürekli aktif bulunabilmektedir. Ekipte sosyal hizmet uzmanı bulunmaması durumunda ise hastane bünyesinde bulunan sosyal hizmet birimlerinden ihtiyaç halinde konsültasyon yolu ile uzmanların görüşlerine başvurulabilmektedir. Sosyal hizmet uzmanlarının palyatif bakım merkezlerinde çalışma sistemlerine ilişkin düzenleme 2015 yılında T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge’de yer almaktadır.

Tuncay’ın (2013) belirttiği üzere; gelişmiş ülkelerde ölmekte olan hastalara yönelik hizmetlerde sosyal hizmet uzmanları aktif olarak çalışmakta, hastalara kapsamlı tıbbi ve psikososyal destek hizmetleri sunan disiplinlerarası ekipte önemli roller üstlenmektedir. Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri’nde, Ulusal Kanser Enstitüsünün bildirdiğine göre kanser merkezlerinden hizmet alan hastalara yönelik psikososyal destek çalışmalarının %75’i sosyal hizmet uzmanları tarafından yürütülmektedir.

1.2. Araştırmanın Problemi

Türkiye’de palyatif bakım hizmetleri, 2015 yılında T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge kapsamında, yataklı sağlık tesisleri bünyesinde kurulan palyatif bakım merkezleri aracılığıyla daha sistematik bir şekilde verilmeye başlanmıştır. Merkezlerce yaşamı tehdit eden hastalıklara sahip hastalar ve hasta yakınlarına tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin yanı sıra psikososyal destek, ağrı yönetimi ve beslenme desteği gibi hizmetlerle acılarını hafifleterek veya önleyerek yaşam kalitesini artırmak amaçlanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015). Ülkenin her ilinde (81 il) Sağlık Bakanlığına bağlı, farklı yatak kapasitelerine sahip olmakla birlikte toplam 5.475 yatak kapasitesine sahip 409 sağlık tesisinde palyatif bakım merkezleri hizmet vermektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018).

Ülkemizde palyatif bakım merkezlerinin açılması ve hizmetlerin verilmesi ile birlikte bu alanda yapılan bilimsel çalışmalarda da artış olduğu görülmektedir. Alanyazında hastaların, yakınlarının ve hizmet sunucuların palyatif bakım hizmetlerini değerlendirmelerini ele alan çalışmalara rastlanmaktadır (Madenoglu Kıvanç, 2017; Kostak ve Akan, 2011; Turgay ve Kav, 2012). Bu çalışmaların hem yaşamı tehdit eden hastalığa sahip bireyler ve yakınları hem de sağlık personelinin değerlendirmelerini içeren bulguları, palyatif bakım hizmetleri içerisinde verilen veya verilmesi gereken/beklenen psikososyal destek hizmetlerinin önemini vurgular niteliktedir. Bununla birlikte, hastaların ve yakınlarının psikososyal destek hizmetlerine dair ihtiyacının yüksek olduğu çalışmalarda belirtilmiştir.

Palyatif bakım merkezlerinden hizmet alan bireyler ve yakınları sahip oldukları ölümcül hastalıkla baş etmede önemli derece psikososyal destek hizmetlerine ihtiyaç duymaktadır. Psikososyal destek hizmetleri; stres kaynaklarının hafifletilmesi ve stresin azaltılması, ekonomik anlamda yaşanan zorluklara müdahale edilmesi, bakım veren kişinin yükü ve tükenmişliği üzerine çalışmalarda bulunulması, aile üyelerinin süreçteki ihtiyaç ve sorunlarına zamanında çözüm bulunması gibi uygulamaları içererek hastalık sürecinin hem hastalar hem de hasta yakınları için daha kolay atlatılmasını sağlamaktadır. Bu yönüyle palyatif bakım kapsamında semptom yönetimi amacıyla sunulan hizmetlerde tıbbi bakım ve tedavi kadar psikososyal destek hizmetleri de önemli bir rol oynamaktadır. Asıl amacı

hastaların ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini artırmak olan palyatif bakımda bunu psikososyal destek hizmetleri olmadan tam anlamıyla gerçekleştirmenin mümkün olamayacağı söylenebilir. Bireyin yaşam kalitesinin artması ve tam iyilik halinin sağlanabilmesi psikososyal destek hizmetlerinin etkili sunumu ile yakından ilişkilidir.

Ülkemizde palyatif bakım hizmetlerinin sunumuna ilişkin ilgili mevzuatta (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015) palyatif bakım hizmetlerinin bir çerçevesi çizilmeye çalışılmıştır. Yönergede psikososyal destek hizmetlerinin kavramsal tanımına yer verilmekle birlikte hizmetlerin içeriği ve hangi meslek elemanı tarafından ne gibi hizmetlerin veya kimler tarafından bu hizmetlerin sunulması gerektiğine ilişkin detaylı bilginin olmadığı söylenebilir.

Psikososyal destek hizmetleri bu alanda eğitim almış sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve psikiyatristler aracılığıyla sunulması gereken hizmetlerdir. Ancak ilgili yönergede (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015) psikososyal desteği sunmakla görevlendirilen sosyal hizmet uzmanı ve psikoloğun merkezde tam zamanlı çalışmadığı, merkez sorumlu hekiminin ihtiyaç duyması halinde merkeze çağrılan meslek elemanları arasında yer aldığı görülmektedir. Bu durum, bireyler ve yakınları için oldukça önemli olan psikososyal destek hizmetlerinin sunumunda önemli sorunların yaşandığını düşündürmektedir. Bununla birlikte alanyazında, psikososyal destek hizmetlerinin ve bu hizmetlerin sunumunda sosyal hizmet uzmanları ve psikologların deneyimlerinin ayrıntılı bir şekilde incelendiği çalışmalara rastlanmamıştır. Alandaki çalışmaların nicel yöntemlerle tasarlanmış, merkezlerce verilen hizmetleri genel değerlendiren çalışmalardan (Akyüz, 2014; Gürel Yavuzdemir, 2019; Topkaya, 2018) oluştuğu görülmektedir. Dolayısıyla palyatif bakım hizmetleri kapsamında yaşamı tehdit eden hastalığa sahip bireylere ve bu bireylerin yakınlarına palyatif bakım merkezleri aracılığıyla sunulan psikososyal destek hizmetlerinin değerlendirilmesine ve bu hizmetleri sunan sosyal hizmet uzmanlarının ve psikologların hizmetleri sunmaya ilişkin deneyimlerine dair daha derinlemesine bilgiye olan ihtiyaç bu çalışmanın problemini oluşturmaktadır.

1.3. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı; yaşamı tehdit eden hastalığa sahip bireylere ve bu bireylerin yakınlarına palyatif bakım merkezleri aracılığıyla sunulan psikososyal destek hizmetlerinin

bu hizmetleri sunan sosyal hizmet uzmanlarının ve psikologların deneyimlerinden yola çıkarak derinlemesine incelenmesidir. Bu genel amaca ulaşmak üzere aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır:

1. Palyatif bakım merkezlerince verilen psikososyal destek hizmetleri bu hizmetleri sunan sosyal hizmet uzmanları ve psikologlar tarafından nasıl algılanmaktadır?
2. Psikososyal destek hizmetlerini sunan sosyal hizmet uzmanlarının ve psikologların palyatif bakımda çalışmaya ilişkin deneyimleri nasıldır?
3. Sosyal hizmet uzmanlarının ve psikologların palyatif bakım merkezlerinde psikososyal destek hizmeti vermeye ilişkin deneyimleri nasıldır?
4. Sosyal hizmet uzmanlarının ve psikologların palyatif bakım merkezlerince verilen psikososyal destek hizmetlerine ilişkin önerileri nelerdir?

1.4. Araştırmanın Önemi

Ülkemizde palyatif bakım hizmetlerinin önemli bir hizmet bileşeni olan psikososyal destek hizmetlerinin içeriğine ve sunumuna ilişkin bilgi eksikliği mevcuttur. Bu yönüyle bu çalışmanın literatürdeki bilgi boşluğunun doldurulmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmaların gösterdiği üzere palyatif bakım hizmeti alan hasta ve hasta yakınlarının psikososyal destek hizmetlerine olan ihtiyacı yüksektir. Bu yönüyle palyatif bakım hizmeti alan hasta ve yakınlarına yönelik etkili psikososyal destek hizmetlerinin geliştirilmesi ve sunulması oldukça önemlidir. Dolayısıyla bu çalışmanın sonuçlarının, psikososyal destek hizmetlerinin geliştirilmesine ve sunumuna ilişkin gerekli sosyal politikaların oluşmasına önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Böylece palyatif bakım hizmeti alan hasta ve yakınlarının ve bu hizmetleri sunan meslek elemanlarının yaşadıkları sorunların aşılması sağlanabilecektir.

Bu çalışmanın psikososyal destek hizmetlerini sunan sosyal hizmet uzmanları ve psikologlar ile gerçekleştirilmesinin de ayrıca önemli olduğu düşünülmektedir. Meslek elemanlarının bu hizmetlere dair deneyimlerinin ortaya konması ile hizmetlerin içeriği, hizmetlerin önemi, hizmet sunumunda karşılaşılan güçlükler ve hizmetlerin geliştirilmesi gereken noktalarına ilişkin önemli bilgiler elde edilecektir. Elde edilen bu bilgiler, etkili

psikososyal destek hizmetlerinin geliştirilmesinde hizmeti sunan meslek elemanlarının görüşlerine başvurulmasının önemini bir kez daha ortaya koyacaktır.

1.5. Araştırmanın Varsayımları

Bu araştırma tasarlanırken ve süreç içerisinde ilerlerken araştırmacı tarafından çeşitli varsayımlarda bulunulmuştur. Bu varsayımlar şunlardır;

– Palyatif bakım hizmetleri kapsamında sunulan psikososyal destek hizmetlerinin sınırlı olduğu varsayılmıştır.

– Palyatif bakım hizmetleri kapsamındaki psikososyal destek hizmetlerini sunan sosyal hizmet uzmanları ve psikologların hizmet sunumunda çeşitli güçlükler yaşadıkları varsayılmıştır.

– Araştırmada kullanılan veri toplama aracının (Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu) psikososyal destek hizmetlerini sunan sosyal hizmet uzmanları ve psikologların deneyimlerini derinlemesine açığa çıkaracak nitelikte olduğu varsayılmıştır.

– Araştırma kapsamında görüşülen sosyal hizmet uzmanları ve psikologların, araştırmacının yönelttiği sorulara içten ve doğru yanıtlar verdikleri varsayılmıştır.

1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma süresince araştırmayı sınırlayan birkaç faktör bulunmaktadır. En temel sınırlayıcı, zaman ile ilgilidir. Araştırmanın belli bir süre içinde tamamlanması gerekliliği ve sınırlı ekonomik olanaklar ile yürütülmesi araştırmanın önemli sınırlandırıcı unsurlarından biridir.

Araştırmanın bir diğer önemli sınırlayıcı unsuru ise dünyayı etkileyen COVID-19 pandemisi ile birlikte araştırmanın gerçekleştirilmesi planlanan hastanelerden izin alınamamasına ve görüşmelerin tamamının yüz yüze gerçekleştirilememesine ilişkindir. Araştırmanın doğası mesleki deneyimleri anlamayı amaçladığından yüz yüze derinlemesine görüşmeler yapılması planlanmış olsa da tüm katılımcılarla salgın riski nedeni ile derinlemesine görüşmeler yapılamamış, bazı katılımcılardan e-posta yoluyla görüş alınmıştır. Bu yönüyle veriler katılımcıların paylaşmak istedikleri veya paylaşabildikleri ile sınırlanmıştır.

1.7. Araştırmanın Tanımları

Palyatif bakım merkezi: Yaşamı tehdit eden hastalığa sahip bireylerin ve bu bireylerin yakınlarının karşılaştıkları fiziksel, psikososyal ve ruhsal problemlerin erken tespit edilerek ve etkili değerlendirmeler yapılarak önlenmesi veya giderilmesi yoluyla yaşam kalitelerinin artırılmasına yönelik çalışmaların gerçekleştirildiği, T.C. Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler bünyesinde bulunan ve araştırmaya dahil edilen merkezlerdir.

Yaşamı tehdit eden hastalığa sahip birey (Hasta): Palyatif bakım kapsamında tedavi gören hastaları ifade etmektedir.

Hasta yakını: Bakım verip vermediğine bakılmaksızın palyatif bakım kapsamında tedavi gören hastanın ailesi (anne, baba, kardeş, çocuk vs.), yakın arkadaşları ve resmi olmayan bakıcılar da dahil olmak üzere, süreçte karşılaştıkları psikososyal sorunlar dolayısıyla desteklenmeleri gereken bireyleri ifade etmektedir.

Psikososyal sorun: Yaşamı kısıtlayan hastalığın bir sonucu olarak hem hastalar hem de hasta yakınlarının psikolojik ve sosyal durumlarına ilişkin problemlerdir.

Psikososyal destek hizmetleri: Yaşamı tehdit eden hastalığa sahip bireylerin ve bu bireylerin yakınlarının karşılaştıkları psikososyal sorunların çözümlenmesine yönelik çalışmaları içeren ve palyatif bakım merkezlerinde görevli sosyal hizmet uzmanları ve psikologlar tarafından gerçekleştirilen hizmetlerdir.

Sosyal hizmet uzmanı: Üniversitelerin sosyal hizmet lisans programından mezun, T.C. Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler bünyesinde hizmet veren ve araştırma kapsamındaki palyatif bakım merkezlerinde görevli psikososyal destek hizmetlerini gerçekleştiren meslek elemanıdır.

Psikolog: Üniversitelerin psikoloji lisans programından mezun, T.C. Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler bünyesinde hizmet veren ve araştırma kapsamındaki palyatif bakım merkezlerinde görevli psikososyal destek hizmetlerini gerçekleştiren meslek elemanıdır.

BÖLÜM II: ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Araştırmanın bu bölümünde araştırmada kullanılan bilimsel yönteme ve bu yöntemin kullanılmasına ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

2.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırmanın amacı; yaşamı tehdit eden hastalığa sahip bireylere ve bu bireylerin yakınlarına palyatif bakım merkezleri aracılığıyla sunulan psikososyal destek hizmetlerinin bu hizmetleri sunan sosyal hizmet uzmanlarının ve psikologların deneyimlerinden yola çıkarak derinlemesine incelenmesidir. Meslek elemanlarının deneyimlerinin derinlemesine incelenmesine olanak sağlaması yönüyle bu araştırma nitel araştırma yaklaşımı ile gerçekleştirilmiştir. Nitel araştırma; gözlem, derinlemesine görüşme ve doküman analizi gibi nitel veri toplama tekniklerinin kullanıldığı, algıların ve olayların doğal ortamda gerçekçi ve bütüncül bir biçimde ortaya konmasına yönelik nitel bir sürecin izlendiği araştırma yaklaşımıdır (Yıldırım ve Şimşek, 2018). Nitel araştırmada öncelikli amaç katılımcıların bakış açısını yansıtabilmektir. Bu bağlamda katılımcıların neyi önemli ve anlamlı gördüklerine göre araştırma yönlendirilir. Temel ilgisi anlam olan nitel araştırma kapsamında araştırmacı farklı insanların yaşamlarını nasıl anlamlandırdıklarının yanı sıra bakış açıları ile de ilgilenmektedir (Özden ve Saban, 2019). Bu çalışmada da; nitel araştırma yaklaşımına dayanarak yapılmış yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler aracılığıyla, sosyal hizmet uzmanları ve psikologların palyatif bakım hizmetleri kapsamında sundukları psikososyal destek hizmetlerine ilişkin deneyimlerinin derinlemesine ortaya çıkarılması sağlanmaya çalışılmıştır.

Araştırmada nitel araştırma desenlerinden biri olan fenomenoloji (olgubilim) deseni kullanılmıştır. Hem bir felsefi bakış hem de bir araştırma yaklaşımı olan fenomenolojinin hareket noktasını bireysel deneyimlerin meydana getirdiği bakış açısı oluşturmaktadır. İnsanların deneyimleriyle oluşturduğu anlamlara odaklanan fenomenolojik felsefe deneyimlerin davranışları biçimlendirdiğini, davranışların basit bir yanıt ya da tepkiden ziyade kasıtlı ve amaçlı olduğunu, davranışların amaçlar, inançlar, korkular, istekler veya algılara göre şekillendiğini, aynı fenomeni deneyimleyen bireylerin deneyimlerinin ve

oluşturdukları anlamların farklı olduğunu, bireylerin güncel olduğu kadar geçmiş deneyimlerinin de önemli olduğunu savunur. Buradan hareketle fenomenolojik araştırma bireylerin kendi bakış açısından algı ve deneyimlerini ön plana çıkarmayı amaçlayan bir araştırma deseni olarak tanımlanabilmektedir (Ersoy, 2019). Psikososyal destek hizmetlerini sunan sosyal hizmet uzmanları ve psikologların palyatif bakım merkezlerinde çalışma deneyimlerine ilişkin bilgilerin, görüşlerinin, algılarının, bakış açılarının ve değerlendirmelerinin ön plana çıkarılmasına ve dolayısıyla deneyimlerin derinlemesine irdelenmesine olanak sağlaması nedeniyle fenomenoloji yaklaşımı tercih edilmiştir.

2.2. Araştırmanın Katılımcıları

Araştırmanın planlama aşamasında araştırmanın katılımcılarını, amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt örnekleme yöntemi kullanılarak T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğüne bağlı (2019) Ankara’da bulunan, yatak sayısı 15’ten fazla olan 7 palyatif bakım merkezinde psikososyal destek hizmetlerini vermekle görevlendirilen sosyal hizmet uzmanları ve psikologların oluşturması planlanmıştır. Ancak araştırmanın gerçekleştirilmesi için izin başvurusunda bulunulan 6 hastane (7 palyatif bakım merkezi) içerisinde sadece iki tanesinden (T.C. Sağlık Bakanlığına bağlı Pirsaklar Devlet Hastanesi ve Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Eğitim Araştırma Hastanesi) olumlu yanıt alınmıştır. Araştırma için olumlu dönüşte bulunmuş, Ankara ilindeki bu hastanelerin bünyesinde bulunan 2 palyatif bakım merkezinde psikososyal destek hizmetlerini sunan 13 meslek elemanından 12’si ile yüz yüze görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

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

farklı illerde (Ankara, İstanbul, Ordu) bulunan hastanelerin palyatif bakım merkezlerinde psikososyal destek hizmeti veren sosyal hizmet uzmanları ve psikologlara ulaşılmıştır.

Sonuç olarak onay alınan 2 hastaneden (2 merkezden) 12 meslek elemanı ve kartopu örnekleme yöntemiyle ulaşılan 6 meslek elemanı olmak üzere toplam 18 kişi araştırmanın katılımcılarını oluşturmuştur. Katılımcılara ait sosyo-demografik bilgilere Tablo 1’de yer verilmiştir:

Tablo 1. Katılımcılara İlişkin Sosyodemografik Bilgiler

Katılımcı	Doğum Yılı	Cinsiyet	Öğrenim Durumu/ Mezuniyet Yılı	Meslek	Mesleki Deneyim Süresi	Palyatif Bakımda Çalışma Süresi	Palyatif Bakım Eğitimi	Merkezde Çalışma Durumu
K1	1988	Kadın	Lisans 2016	Sosyal Hizmet Uzmanı	2 Yıl	2 Yıl	Yok	Tam Zamanlı
K2	1980	Kadın	Lisans 2004	Sosyal Hizmet Uzmanı	14 Yıl	1 Yıl	Yok	Tam Zamanlı
K3	1988	Erkek	Lisans 2012	Sosyal Hizmet Uzmanı	8 Yıl	6 Ay	Yok	Konsültasyon Yolu İle
K4	1965	Kadın	Yüksek Lisans 1996	Psikolog	32 Yıl	1 Yıl	Yok	Konsültasyon Yolu İle
K5	1966	Kadın	Lisans 1990	Psikolog	27 Yıl	1 Yıl	Var	Konsültasyon Yolu İle
K6	1983	Kadın	Yüksek Lisans Devam Ediyor	Sosyal Hizmet Uzmanı	13 Yıl	1 Yıl	Yok	Konsültasyon Yolu İle
K7	1972	Kadın	Lisans 1995	Sosyal Hizmet Uzmanı	24 Yıl	7 Yıl	Yok	Konsültasyon Yolu İle

K8	1986	Kadın	Yüksek Lisans 2011	Psikolog	10 Yıl	6 Yıl	Var	Tam Zamanlı
K9	1990	Kadın	Lisans 2013	Sosyal Hizmet Uzmanı	6 Yıl	1 Yıl	Yok	Konsültasyon Yolu İle
K10	1972	Kadın	Lisans 1994	Sosyal Hizmet Uzmanı	23 Yıl	3 Yıl	Yok	Konsültasyon Yolu İle
K11	1979	Kadın	Lisans 2008	Sosyal Hizmet Uzmanı	3 Yıl	3 Yıl	Yok	Konsültasyon Yolu İle
K12	1987	Kadın	Yüksek Lisans Devam Ediyor	Psikolog	10 Yıl	5 Yıl	Var	Yarı Zamanlı
K13	1987	Kadın	Lisans 2010	Sosyal Hizmet Uzmanı	10 Yıl	-	Yok	Konsültasyon Yolu İle
K14	1979	Erkek	Lisans 2001	Psikolog	17 Yıl	3 Yıl	Yok	Yarı Zamanlı
K15	1988	Kadın	Yüksek Lisans Devam Ediyor	Psikolog	5 Yıl	2 Yıl	Yok	Tam Zamanlı
K16	1991	Kadın	Yüksek Lisans 2016	Psikolog	4 Yıl	2 Yıl	Yok	Tam Zamanlı
K17	1993	Kadın	Lisans 2016	Sosyal Hizmet Uzmanı	3 Yıl	2 Yıl	Yok	Yarı Zamanlı
K18	1992	Erkek	Yüksek Lisans 2020	Psikolog	7 Yıl	6 Yıl	Yok	Tam Zamanlı

Tablo 1’de katılımcılara ait sosyodemografik bilgiler incelendiğinde; katılımcıların çoğunluğunu (%55,6 - n:10) sosyal hizmet uzmanları oluşturmakla birlikte %44’ünü (n:8) psikologlar oluşturmaktadır. Katılımcılar çoğunlukla 27-34 yaş aralığında (%61,1 - n:11)

olup %16,7'si (n:3) 35-42, %11,1'i (n:2) 43-50, %11,1'i (n:2) ise 50+ yaş aralığındadır. %83,3'ü (n:15) kadın olan katılımcıların %16,7'si (n:3) erkektir. Öğrenim durumları incelendiğinde; katılımcıların çoğunluğu (%61,1 - n:11) lisans mezunlarından oluşmakla birlikte %22,2'si (n:4) yüksek lisans mezunu olup %16,7'si (n:3) ise yüksek lisans eğitimine devam etmektedir. Katılımcıların %61,1'inin (n:11) mesleki deneyim süresi 2-12 yıl, 16,7'sinin (n:3) 13-22 yıl, %22,2'sinin (n:4) ise 23-32 yıl aralığındadır. Palyatif bakım alanında çalışma süresi açısından bakıldığında; en fazla 7 yıl olmakla birlikte katılımcıların çoğunluğunun (72,2 - n:13) 3 yıl ve altı çalışma sürelerine sahip olduğu görülmektedir. Katılımcıların palyatif bakıma yönelik eğitim ve palyatif bakım merkezinde çalışma durumlarına ilişkin bilgilere araştırmanın Bulgular ve Tartışma kısmında ayrıntılı olarak yer verilmiştir.

2.3. Veri Toplama Yöntemi ve Aracı

Bir konuyu, durumu veya problemi doğal ortamında kavrayabilmek amacıyla yoğun şekilde veri toplanmasını gerekli kılan (Buran, 2015) nitel araştırmada veri toplama yöntemleri; görüşme, gözlem ve doküman incelemesi olmak üzere üç türdür (Yıldırım ve Şimşek, 2018). Bu çalışmada, kişilerin duyguları, deneyimleri, fikirleri ve bilgileri ile ilgili doğrudan alıntılar yapılabilmesine olanak tanınması (Patton, 2014) yönüyle nitel araştırmada en çok kullanılan yöntemlerden biri olan derinlemesine görüşme yöntemi kullanılması planlanmıştır. Derinlemesine görüşmeler; araştırmanın ele aldığı konuya, görüşmenin gerçekleştirileceği kişi sayısına ve soruların yapısına göre yapılandırılmış, yarı yapılandırılmış ve yapılandırılmamış görüşme olmak üzere gruplara ayrılmaktadır (Buran, 2015).

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

ifade edilmiştir. Görüşmelerin tamamında katılımcılardan onayı dahilinde ses kaydı alınmıştır. Ses kayıtları görüşmelerin hemen sonrasında bilgisayar ortamına aktarılmıştır.

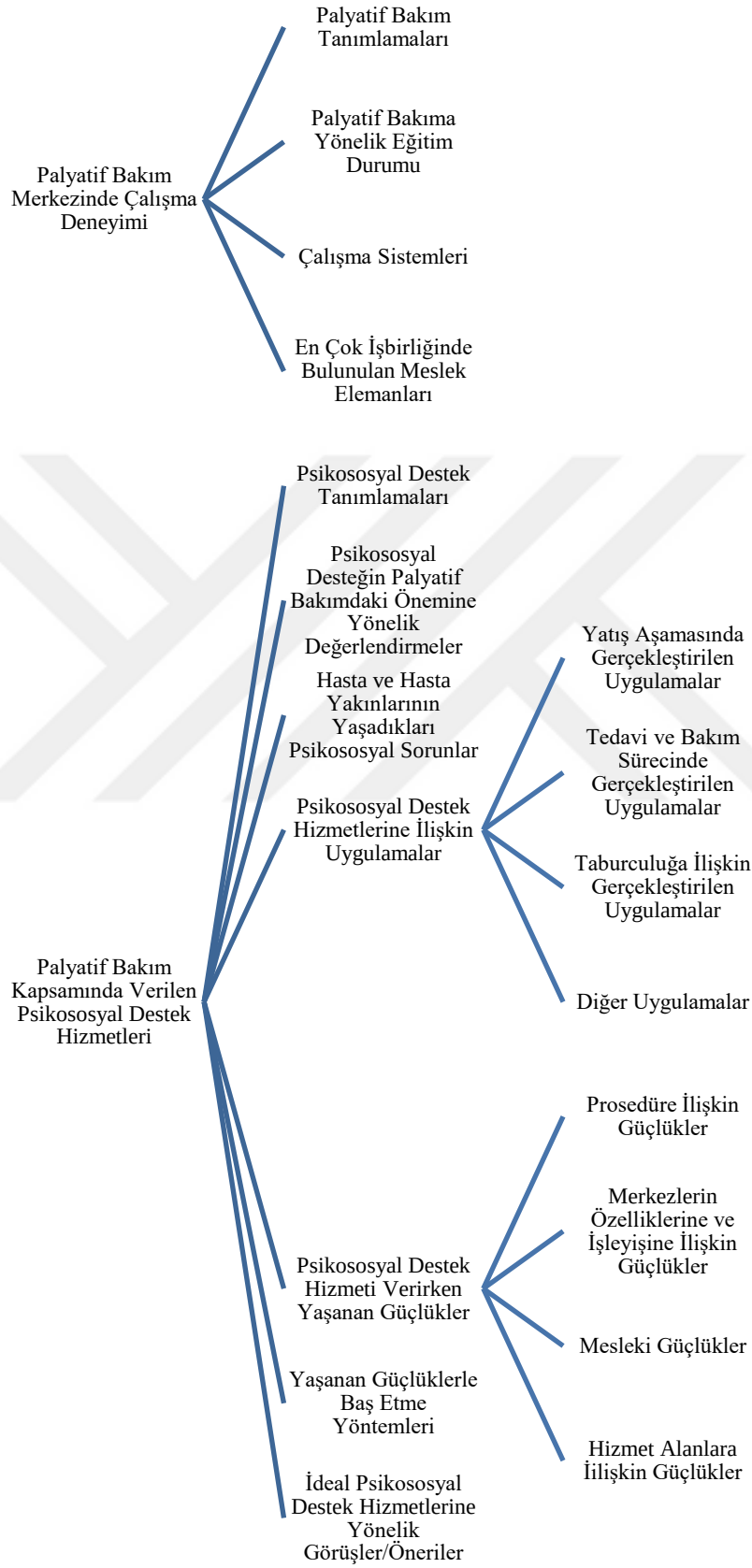
Araştırmanın verilerinin diğer kısmı ise kartopu örnekleme yöntemiyle kendilerine ulaşılan ve araştırmaya katılmayı kabul eden, ancak COVID-19 pandemisinden kaynaklı bulaş riski nedeni ile yüz yüze görüşmeyi kabul etmeyen katılımcılardan e-posta yoluyla toplanmıştır. Katılımcılara e-posta ile yarı yapılandırılmış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

Toplamda 18 katılımcı ile gerek yüz yüze gerekse e-posta yoluyla gerçekleştirilen görüşmelerde açık uçlu soruların ağırlıklı olduğu yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme formu, araştırmacının amacına uygun olarak sormayı planladığı soruları önceden hazırlaması ile oluşturulan ve açık uçlu soruların bulunduğu, böylece verilerin hem belirli bir çerçeve içerisinde hem de aynı zamanda esnek olarak toplanmasını sağlayan bir görüşme formu türüdür. Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmanın amacına uygun şekilde literatürden yararlanılarak oluşturulmuş toplam 21 adet sorudan oluşan yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. İki bölüm olarak oluşturulan görüşme formunun ilk bölümünde katılımcılara ilişkin tanıtıcı bilgileri elde etmeye yönelik 9 adet soru bulunmaktadır. İkinci bölümde ise katılımcıların palyatif bakım merkezlerinde sunulan psikososyal destek hizmetlerine ilişkin değerlendirmelerini açığa çıkarmayı amaçlayan 12 adet soru yer almaktadır (Bakınız, EK-2).

2.4. Verilerin Analizi

Araştırmada görüşme ve e-posta yoluyla elde edilen verilerin işlenmesi amacıyla içerik analizi yöntemi kullanılmıştır. Toplanan verileri açıklayabilecek kavramlara ve ilişkilere ulaşmak amacıyla gerçekleştirilen içerik analizinde; toplanan verilerin önce kavramsallaştırılması, sonrasında ise ortaya çıkan kavramlara göre mantıklı bir biçimde düzenlenmesi ve buna göre veriyi açıklayan temaların saptanması gerekmektedir. Bu doğrultuda birbirine benzeyen verileri belirli kavramlar ve temalar çerçevesinde bir araya getirmek ve bunları okuyucunun anlayabileceği bir biçimde düzenleyerek yorumlamak içerik analizi çerçevesinde temelde yapılan işlemlerdir. Verilerin kodlanması, temaların bulunması, kodların ve temaların düzenlenmesi, bulguların tanımlanması ve yorumlanması nitel araştırma verilerinin işlenmesinde içerik analizinin aşamalarını oluşturmaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2018). Toplanan veriler baştan sona ve birkaç defa okunarak her bir görüşmedeki benzer anlamlara sahip ifadelerle kodlar oluşturulmuş, bu kodların kategorize edilmesi ile de temalar belirlenmiştir. Son aşamada ise ortaya çıkan bulgular yorumlanarak araştırmada sunulmuştur. Araştırmada elde edilen verilerden içerik analizi yoluyla oluşturulan temalar, alt temalar ve kategoriler aşağıda belirtilmiştir:

Şekil 1. Tema ve Alt Temalar



BÖLÜM III: BULGULAR VE TARTIŞMA

Çalışmanın bu bölümünde araştırmanın bulguları açıklanmıştır. İlk olarak çalışmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının ve psikologların palyatif bakım merkezinde çalışma deneyimlerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Bu kapsamda; katılımcıların palyatif bakım tanımlamalarına, palyatif bakıma yönelik eğitim durumlarına, palyatif bakım merkezlerinde çalışma sistemlerine ve en çok işbirliğinde bulundukları meslek elemanlarına dair bilgilere yer verilmiştir. Sonrasında, palyatif bakım kapsamında verilen psikososyal destek hizmetlerine ilişkin bilgiler ele alınmıştır. Bu doğrultuda öncelikle katılımcıların psikososyal destek tanımlamalarına, ardından psikososyal desteğin palyatif bakımdaki önemine yönelik değerlendirmelerine yer verilmiştir. Devamında, palyatif bakım sürecinde hasta ve hasta yakınlarının yaşadıkları psikososyal sorunlar katılımcıların gözünden incelenmiş ve bu sorunlar üzerinde katılımcıların psikososyal destek hizmetlerine ilişkin gerçekleştirdikleri uygulamalar açıklanmıştır. Bu uygulamaları gerçekleştirirken katılımcıların yaşadıkları güçlükler ve bu güçlüklerle baş etme yöntemleri üzerinde durulmuştur. Katılımcıların palyatif bakımda ideal psikososyal destek hizmetlerine yönelik görüş ve önerilerine ise son kısımda yer verilerek çalışmanın bulgular kısmı sonlandırılmıştır.

Bulgular kısmında, araştırma bulgularının özetlenmesinden hemen sonra, bazı bulgular katılımcıların görüşmelerde belirttikleri kendi ifadelerinden alıntı yapılarak desteklenmiştir. Bu alıntı cümlelerinin en sonunda, parantez içerisinde, kişilerin görüşmede kullanılan takma isimleri, yaşları, cinsiyetleri ve meslekleri yer almıştır.

3.1. Palyatif Bakım Merkezinde Çalışma Deneyimi

Bu bölümde katılımcıların palyatif bakım merkezlerinde çalışma durumlarına ilişkin; palyatif bakım tanımlamalarına, palyatif bakıma yönelik eğitim durumlarına, palyatif bakım merkezlerinde çalışma sistemlerine ve en çok işbirliğinde bulundukları meslek elemanlarına dair elde edilen bulgular aktarılmıştır.

3.1.1. Palyatif bakım tanımlamaları

WHO'nun palyatif bakıma dair ilk tanımı, küratif tedaviye yanıt vermeyen hastalığa sahip hastaların aktif, total bakımı şeklindedir (WHO Expert Committee, 1990). 2002'de yapılan son tanıma göre ise palyatif bakım; yaşamı tehdit eden hastalıklardan kaynaklanan problemler ile karşılaşan hastaların ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini, başta ağrı olmak üzere tüm fiziksel, psikososyal ve ruhsal problemlerin erken tespit edilerek ve etkili değerlendirmeler yapılarak önlenmesi veya giderilmesi yolları ile artıran bir yaklaşımdır (WHO, 2020). Tanımlar incelendiğinde; ilk tanıma göre palyatif bakım tedaviye yanıt vermeyen hastalara yönelik bir bakım türüdür. İkinci tanımda ise palyatif bakımın hasta profilinin genişlediği, sadece tedaviye yanıt vermeyen hastaların değil yaşamı tehdit eden çeşitli hastalıklara sahip hastaların da palyatif bakım hastası olabileceği görülmektedir. Bunun yanı sıra hasta yakınları da palyatif bakımda hizmet alanlar kapsamına dahil edilmiştir. Fiziksel problemlerin yanında psikososyal ve ruhsal problemler, bu problemlere yönelik müdahaleler de palyatif bakımın içeriğine eklenmiştir. Tüm bunlarla birlikte palyatif bakımın amacı hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitesinin artırılması olarak belirtilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların Palyatif Bakım Tanımlamaları

Palyatif bakım tanımı	n*
Son dönem/terminal dönem hastaların bakımı	11
Yaşam kalitesinin artırılması	8
Fiziksel, ruhsal ve psikososyal bakım	5
Hasta ve hasta yakınlarının desteklenmesi	5
Ağrıların ve acıların dindirilmesi	3
Yaşamın sonlanması aşamasında destek	3
Bakıma muhtaç hale gelmiş hastaların bakımı	3
Semptomların azaltılmasının sağlanması	2
Son dönem hastaların psikolojik desteklenmesi	2
Ölüm	2
Ölümden önceki son durak	1
Rahat bir tedavi	1
Mesleki doyum sağladığım bir yer	1
Sığınak liman	1
İnsanlık hakkı	1
Tedaviye alışma ve uyum sağlanmasına yardımcı	1

*Birden fazla yanıt alınmıştır (n=18).

Katılımcıların palyatif bakım tanımlamalarına ilişkin ifadelerinden yola çıkılarak oluşturulan kodlara göre katılımcıların çoğunluğunun palyatif bakıma ilişkin ifadelerinde

son dönem ve terminal dönem kavramlarına vurgu yaptıkları, palyatif bakımı terminal dönem hastaların bakımı olarak algıladıkları görülmektedir. Katılımcılar palyatif bakımı çoğunlukla hastalar üzerinden tanımlamışlardır. Bu durum katılımcıların palyatif bakımı WHO tarafından yapılan ilk tanımındaki hali ile algıladıklarını, güncel tanım kapsamında yer alan genişlemiş hasta profiline yeteri kadar odaklanılmadığını göstermektedir. Bununla birlikte palyatif bakımda önemli unsur olan hasta yakınlarının da ihmal edildiğini düşündürmektedir.

“Palyatif bakım son dönem hastalarının bakım, tedavi, tedavisinin tamamlandığı bir birim ya da hizmetler bütünü.” (K7, Kadın, 48, Sosyal hizmet uzmanı)

“Palyatif bakım aslında bakarsanız medikal anlamda bir şey yapılamayacak durumdaki hastaların son dönem psikolojik olarak desteklenmesini içeriyor biz psikologlar açısından.” (K5, Kadın, 54, Psikolog)

Diğer bir vurgu yapılan kavram yaşam kalitesidir. Yaşam kalitesinin artırılması, katılımcıların bir kısmının palyatif bakım tanımlamaları arasındadır:

“Terminal dönemdeki hastaların işte hem ruhsal hem fiziksel bakımdan işte sonlandırmaya yakın daha kaliteli yaşaması.” (K4, Kadın, 55, Psikolog)

“Palyatif bakım; tedavisi artık mümkün olmayan hastaların ağrılarının dindirilmesi, yaşam kalitesinin en üst seviyede tutulabilmesi.” (K2, Kadın, 40, Sosyal hizmet uzmanı)

Bazı katılımcıların tanımlamalarını yaparken sadece terminal dönemdeki hastaları değil, bakıma muhtaç hale gelmiş hastaları da belirttikleri görülmektedir:

“Palyatif bakım yaşamının sonuna gelmiş ya da hayatının geri kalanını engelli olarak, yatağa bağımlı, muhtaç, bir kişinin bakımına muhtaç hale gelmiş insanların daha kaliteli bir hayat sürdürmesi için eğitim verilen klinik.” (K1, Kadın, 32, Sosyal hizmet uzmanı)

“Özel olarak ilgilenilmesi ve sürekli kontrol altında bulunması gereken hastalıklara sahip hastalara verilen hizmet.” (K15, Kadın, 32, Psikolog)

Katılımcıların bir kısmının palyatif bakım tanımlamalarında hasta yakınlarına da yer vermeleri, palyatif bakım kapsamında sadece hastaların değil hasta yakınlarının da desteğe ihtiyaçlarının olduğunu farkında olduklarını göstermektedir:

“...tam olarak ölüm öncesi demek istemiyorum ama hem hastalar hem hasta yakınları açısından çok ihtiyaçları olduğunu düşündüğüm bir dönem.” (K8, Kadın, 34, Psikolog)

“Yaşam kalitesini artırıcı, hasta ile yıpranan yakınlarını koruyucu.” (K14, Erkek, 41, Psikolog)

“Hasta yakınlarının hastalık sırasında yaşanan sorunlarla baş edebilmesi için destek sağlamak. Yas dönemi de dahil olmak üzere hasta ve ailesinin gereksinimlerini belirlemek ve gidermek.” (K16, Kadın, 29, Psikolog)

Palyatif bakımı tanımlarken ölüm kavramına vurgu yapan katılımcılar da bulunmaktadır:

“Palyatif bakım benim için açık konuşmam gerekirse şey yani ölüm, zihnimde oluşturduğu ölümden sonraki son durak gibi hissettiriyor bana.” (K9, Kadın, 30, Sosyal hizmet uzmanı)

“Rahat bir tedavi, ölüm.” (K12, Kadın, 33, Psikolog)

Bir katılımcı palyatif bakımı mesleki doyum sağladığı bir yer olarak tanımlamıştır:

“...daha mesleki doyum sağladığım bir yer... Çünkü daha fazla hani insana dokunuyorsunuz bir yerde hani bu çok önemli çok kıymetli bence.” (K6, Kadın, 37, Sosyal hizmet uzmanı)

Palyatif bakımın WHO tarafından yapılan son tanımına en uygun tanımlamayı K18 (Erkek, 28, Psikolog)’ın yaptığı görülmektedir. Tanımlamasına son dönem hastaların yanı sıra çeşitli hastalıklara sahip hastaları ve hasta yakınlarını da dahil etmiştir. Ayrıca palyatif bakımın bir insan hakkı olması yönüne de vurgu yapmaktadır:

“Palyatif bakım son dönem hastaların acıların hafifletilmesi, şikayetlerinin azaltılması amacı ile sadece hasta değil aynı zamanda hasta yakınlarını da içeren bir sağlık hizmetidir. Hayatın son dönemlerinin şaşırtıcı ve zor ikliminde yol bulmaya çalışanlara bir sığınak liman işlevi gördüğünü düşünüyorum. Kişisel açıdan yıkıcı bu dönemin etkilerini daha az yaşamasına imkan sağlayarak insan onuruna ve değerlerine katkı sağlayan bir insanlık hakkıdır. Bu durum sadece son dönem hastaları için geçerli değil. Aynı zamanda kronik ve benzeri hastalık ile yatağa bağımlı hale gelmiş hastalar için tedaviye alışma ve uyum sağlama konusunda oldukça yararlı olduğunu gözlemliyorum.”

3.1.2. Palyatif bakıma yönelik eğitim durumu

Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015)’nin altıncı bölümünde palyatif bakım merkezlerinde görevli personelin eğitime ilişkin şu ifadeler yer almaktadır: *“Merkezde görevlendirilen personel, bu Yönergede belirlenen görev ve sorumluluklarının gerektirdiği bilgi, beceri ve tutumların kazandırılması, palyatif bakım hizmetleri alanındaki yeniliklerin takip edilmesi, personel arasında bilgi ve uygulama birlikteliğinin sağlanması amacıyla hizmet içi eğitime tabi tutulur.”* Ancak bu çalışmanın katılımcılarının çoğunluğunun (%83,3) palyatif bakım alanında eğitim almadığı (bakınız, Tablo 1), eğitim alan sadece iki kişinin olduğu görülmüştür. Eğitim alan bu katılımcılar, yönergede belirtildiği üzere aldıkları eğitimin bakanlık tarafından verilen hizmet içi eğitim olduğunu ve aldıkları eğitimin yeterli olduğunu düşündüklerini ifade etmişlerdir:

“Eğitim denebilir evet. Meslek içi eğitim evet aldık.” (K5, Kadın, 54, Psikolog)

“Evet aldım. Üç-dört günlük bir eğitim vardı. Bu hemşireler, doktorlar ve psikologlar için yapılan Ankara’da bir eğitim olmuştu. Yani palyatifte görevli olduğum için beni de göndermişlerdi. Kapsamlı bir eğitimdi, içinde psikolojik, sosyal ihtiyaçlara yönelik eğitim de vardı. Biraz daha tıbbi eğitim de vardı, hani bizim çok alanımıza girmeyen eğitim de vardı. Ama yine de faydalandım. Sertifikalıydı.” (K8, Kadın, 34, Psikolog)

Katılımcıların ifadeleri incelendiğinde aldıkları eğitimlerin kısa süreli eğitimler olduğu, psikososyal destek hizmetlerini detaylandıran eğitimlerden çok palyatif bakım hizmetlerine ilişkin hizmet veren bütün meslek elemanlarına yönelik gerçekleştirilen genel eğitimler olduğu söylenebilir. Bununla birlikte ilgili yönergede belirtildiği üzere bu merkezlerde çalışan personele yönelik hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi ve personelin katılımı konusunda aksaklıkların olduğunu söylemek mümkündür.

3.1.3. Çalışma sistemleri

Araştırmanın katılımcılarının çalışma biçimleri incelendiğinde; konsültasyon, tam zamanlı ve yarı zamanlı olmak üzere üç farklı biçimde çalıştıkları görülmektedir. Ancak katılımcıların paylaşımlarından çoğunlukla konsültasyon yoluyla palyatif bakım merkezlerinde çalıştıkları anlaşılmaktadır:

“Psikologlarımıza sistem üzerinden konsültasyon atıyorlar da bize daha çok telefonla hani palyatif servislerindeki sorumlu hemşirelerde ve doktorlarda bizim numaralarımız var, onlar bizi telefonla arayıp hani kim daha müsaitse gidiyoruz.” (K9, Kadın, 30, Sosyal hizmet uzmanı)

“Genelde konsültasyon şekliyle. Yani bunu ya hemşiresi bildiriyor ya doktoru bildiriyor... ihtiyaç dahilinde bunun bize ihtiyacı olduğunu düşünüp bizi arıyorlar. Biz ondan sonra devreye giriyoruz.” (K10, Kadın, 48, Sosyal hizmet uzmanı)

“Bazen telefonla arıyorlar yani çoğunlukla telefonla arıyorlar. Konsültasyon formumuz da var. Konsültasyon formunu doldurarak da bize konsültasyon isteğinde bulunabiliyorlar.” (K7, Kadın, 48, Sosyal hizmet uzmanı)

Hatta iki katılımcının merkezde tam zamanlı görevli olmasına rağmen konsültasyon yolu ile çalıştığını gösteren şu ifadeleri aslında konsültasyonun çalışma sisteminde vakanın kendisine havale edildiğini gösteren bir form olarak kullanıldığını da göstermektedir:

“Aslında tam zamanlı görevliyiz ama orada bilfiil bulunmuyoruz. Her gün uğruyoruz belli saatte... Şimdi bizim hastanede standart şöyle başlıyoruz; hasta palyatife yattıyor, yattığı andan itibaren biz diyoruz bütün hastaları bize konsülte edin

gönderin çünkü sistemsel bu tabi prosedir. Biz yoksa konsülte etmeden de biz gidip görüyoruz değerlendiriyoruz hastaları...” (K2, Kadın, 40, Sosyal hizmet uzmanı)

“Şu an bir yıldır ihtiyaç duyulduğunda çağrılıyorum. En kısa zamanda sabahları iki saatimi boşaltıp vizitelerime başlamak istiyorum. Uygun şartların oluşmasını bekliyorum. Şu anda ilk çağrılışımda hastayı değerlendirip uygun görüşme hizmeti (her gün, haftada bir, ihtiyaç duyduğunda) şeklinde bir plan yapılmakta...” (K18, Erkek, 28, Psikolog)

Konsültasyon yolu ile palyatif bakım merkezinde çalışmanın hastaya ilişkin bilgilere (hastalığı, geçmişi, merkeze gelişi, tedavi süreci vb.) hakim olunamamasından, bu yönüyle gerçekleştirilen müdahalelerin etkililiğini olumsuz etkilediğine dair dezavantajlarından bahsedilmektedir:

“Palyatifte de işte yaptığımız işin kalitesi ve hani o işe kendini vermekle alakalı bence ve hani servis içinde olmak da kendini oraya ait hissetmeni çok netleştiren bir şey bence. Hani servis içinde psikososyal destek biriminin kurulmuş olması, o servisteki aktivitelere her şeye katılıyor olman, işte vizitlerde olmak çok kıymetli bence. Çünkü o an hani seninle ilgili bir şey varsa hemen dönülüyor ve sen hemen diyorsun ki işte ‘şu şu şu olabilir’ ya da ‘ben buna bir bakayım, size dönüş sağlayayım’ deme şansın oluyor. Ama dışarıdan seni aradıkları zaman, orada olmadığın zaman aradıklarında işte şöyle bir hasta var, ya sen hastanın geçmişini bilmiyorsun, gelme sürecini bilmiyorsun, sonraki tedavi takibi ne şekilde olacak, ne zaman taburcu olacak, bir sürü soru işaretiyle gittiğin zaman biraz havada kalıyorsun. İşte hekimlerle o anlamda iletişim kurmakta eğer sıkıntı da varsa hakikaten böyle yaptığın şey çok havada kalıyor.” (K6, Kadın, 37, Sosyal hizmet uzmanı)

Merkezde tam zamanlı çalışan bir katılımcının çalışma rutini arasında günlük vizitler yer almakla birlikte bu katılımcı merkezde tam zamanlı çalışmanın hasta ve hasta yakınlarının uzmanlara ulaşabilmeleri noktasında kolaylık sağladığını belirtmektedir:

“... ilk yatış aşamalarında konsültasyon geliyor... Hastaya günlük vizitlerle de bunu devam ettiriyoruz... Zaten sürekli de serviste olduğumuz için çoğunlukla koridorda durdurup sorularını soruyorlar.” (K1, Kadın, 32, Sosyal hizmet uzmanı)

Katılımcıların paylaşımlarından hareketle konsültasyon veya tam zamanlı çalışma gibi çalışma sistemi fark etmeksizin tüm yeni yatışı yapılan hastalarla hastane bilgi sistemi üzerinden takip edilerek bağlantı kurulduğu ve mesleki müdahalelerin gerçekleştirildiği söylenebilir:

“Bizim bir sistemimiz var hastanede. İşte o sistemi açtığımız zaman bugün kim yatmış, işte önce neralere gitmiş, oradan tüm hastanın tıbbi geçmişini görebiliyorum. Her gün o sistemi açıyorum, bakıyorum. Yeni hasta var mı? Her yeni hastayla görüşmeye çalışıyorum. Sonra bir plan yapıyorum. Yani hastanın ihtiyacı varsa... Yani her yatan hastayla görüşmüş oluyorum, hasta yakınıyla da görüşmüş oluyorum...Haftalık, bazen üç güne bir, bazen dört güne bir. Hasta taburcu olacaksa ona göre tekrar bir planlama yapıyoruz.” (K8, Kadın, 34, Psikolog)

Palyatif bakım merkezinden hizmet alan 100 hasta ve 100 aile üyesiyle gerçekleştirilen bir çalışmada da (Gürel Yavuzdemir, 2019); hastaların tamamına kabulden itibaren psikolog tarafından psikososyal destek verildiğini, hastanın bakımını üstlenen aile üyelerine de ölüm sırasında bakım ve yas süreci desteği ile gereksinim halinde psikososyal destek verildiğinin belirtilmesi palyatif bakım merkezlerinden hizmet alan hasta ve yakınları ile mesleki müdahale yapıldığını gösterir niteliktedir.

Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge’nin üçüncü bölümünde, merkezlerdeki personelin görevlendirilmesi ile ilgili olarak “Psikolog, sosyal çalışmacı, fizyoterapist veya fizyoterapi teknikeri ve diyetisyenin merkezde tam zamanlı olarak çalışma zorunluluğu bulunmamakta olup ihtiyaç halinde hastane içinden veya dışından karşılanır.” ifadeleri yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015). Bu ifade, palyatif bakım merkezlerinde psikososyal destek hizmetlerini sunmakla yükümlü sosyal hizmet uzmanları ve psikologlar için standart çalışma sistemlerinin bulunmamasının nedeni olarak gösterilebilir.

Sosyal hizmet uzmanlarının ve psikologların palyatif bakım merkezinde tam zamanlı çalışmasının ve yaptıkları günlük hasta ziyaretlerinin palyatif bakım merkezinde bireylere yönelik psikososyal destek hizmetlerinin aksamaması ve her bireye ulaşabilmesi açısından oldukça önemli olduğu söylenebilir. Merkezde sürekli aktif bulunmak ayrıca personelin aidiyet duygusunu ve uygulamaların etkililiğini artırması yönünden de oldukça önemlidir.

3.1.4. En çok işbirliğinde bulunulan meslek elemanları

Araştırma katılımcılarının palyatif bakım hizmetlerinin sunumunda ekip çalışmasının öneminin farkında olarak multidisipliner çalışma yapmayı deneyimlediği söylenebilir:

“Doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı. Çünkü bu bir ekip işi.” (K12, Kadın, 33, Psikolog)

“Biz görüşmemizi yapıyoruz gidince. Bilgilendirmemizi de hemşire ve doktor her ikisine de... burada çalışma ortamımız, ilişkilerimiz de iyidir psikologlarla. Onlar hani bizimle ilgili herhangi bir durum söz konusu olduğunda bizimle irtibata geçiyor, biz onlarla ilgili bir durum söz konusu olduğunda irtibata geçiyoruz. Yani karşılıklı ekip çalışması şeklinde çözmeye çalışıyoruz sorunları.” (K7, Kadın, 48, Sosyal hizmet uzmanı)

Bununla birlikte sosyal hizmet uzmanları ve psikologların psikososyal destek hizmetlerini daha çok birlikte yürütmekle birlikte hemşireler ve doktorlarla da yakın iletişimde oldukları anlaşılmaktadır:

“Bizim, genellikle psikologlarla çalışıyoruz. Yani psikologlara yönlendirdiğimiz durumlar olabiliyor. Ekseriyetle de hemşirelerle irtibat halindeyiz.” (K3, Erkek, 32, Sosyal hizmet uzmanı)

“Psikolog, hemşire ve doktor... psikolog arkadaşlarımızla kesinlikle yani her gruptan sonra psikolog arkadaşımıza bir vaka yönlendiriliyoruz. En az bir vaka.” (K9, Kadın, 30, Sosyal hizmet uzmanı)

“...hastaya destek açısından ben kendi adıma psikologlarla çok görüşüyorum, psikiyatristlerle çok görüşüyorum... Genelde psikologlarla daha iyi ortak çalışmalarımız oluyor aslında.” (K2, Kadın, 40, Sosyal hizmet uzmanı)

“Sosyal hizmet uzmanı ile görüşmelerimiz yoğunlukta oluyor. Psikososyal destek çalışmalarımız ve görüşmelerimiz hemen hemen aynı şekilde yürütülmekte olduğu için irtibat daha fazla olmaktadır.” (K15, Kadın, 32, Psikolog)

“Hemşireler ile. Hasta ve yakını ile daha sık görüşmeleri dolayısı genel durumları ile ilgili daha fazla bilgileri olabiliyor. Bu yüzden onların yönlendirmelerinden yararlanıyorum.” (K18, Erkek, 28, Psikolog)

Sosyal hizmet uzmanları ve psikologların bilgi alışverişi, görüş bildirme, yönlendirme, ortak etkinliklerde bulunma gibi işbirliğine dayalı uygulamaları palyatif bakım sürecinde bireyleri zorlayan psikososyal sorunlarla etkili mücadele etmek için oldukça önemlidir.

3.2. Palyatif Bakım Kapsamında Verilen Psikososyal Destek Hizmetleri

Bu bölümde palyatif bakım merkezleri kapsamında verilen psikososyal destek hizmetleri; katılımcıların psikososyal destek tanımlamaları, psikososyal desteğin palyatif bakımdaki önemine yönelik değerlendirmeleri, palyatif bakım sürecinde hasta ve hasta yakınlarının yaşadıkları psikososyal sorunlara ilişkin görüşleri, palyatif bakım merkezleri kapsamında verilen psikososyal destek hizmetlerine ilişkin uygulamaları, bu uygulamaları gerçekleştirirken yaşadıkları güçlükler, güçlüklerle baş etme yöntemleri ve palyatif bakımda ideal psikososyal destek hizmetlerine yönelik görüşleri/önerileri doğrultusunda elde edilen bulgularla aktarılmıştır.

3.2.1. Psikososyal destek tanımlamaları

Tablo 3. Katılımcıların Psikososyal Destek Tanımlamaları

Psikososyal destek tanımı	n*
Bireylerin psikolojik ve sosyal bağlamda desteklenmesi	10
Bütüncül değerlendirme	4
Tamamlayıcı hizmet	1

Kaliteyi artırıcı hizmet	1
En fazla memnun kalınan hizmet	1
İnsanın kendisi olabildiği bir hizmet	1
Profesyonel bir iş	1

* Birden fazla yanıt alınmıştır. (n=18)

Tablo 3’te katılımcıların psikososyal destek tanımlamalarına ilişkin ifadelerinden yola çıkılarak oluşturulan kodlara göre katılımcıların çoğunun psikososyal desteğe ilişkin tanımlamalarını bireylerin psikolojik ve sosyal bağlamda desteklenmesi ifadesi etrafında şekillendirdikleri söylenebilir:

“Psikososyal destek, yani hastalığın getirdiği psikolojik problemler daha çok işte biraz önce de dediğim gibi hastadan çok biz hasta yakınlarıyla hani müracaatçımız hasta yakınları, onların psikolojik problemleri olabiliyor yani aslında hastalık ortaya çıktığında ailenin tüm bireyleri etkileniyor. Yani bir tane hasta oluyor ama hasta onun işi oluyor, çocuğu oluyor, anne babası oluyor, etrafındaki insanlar oluyor, hepsi etkileniyor. Sosyal problemler...Hepsinin yaşadığı farklı problemler olabiliyor, farklı bakış açıları olabiliyor. Onları destekliyoruz.” (K2, Kadın, 40, Sosyal hizmet uzmanı)

“... hani nasıl diyeyim, hem psikolojik manada desteklenmesi hem sosyal hakları.” (K7, Kadın, 48, Sosyal hizmet uzmanı)

“Hastanın durumu anlayabilme ve buna yönelik psikolojik destek verme, bakım veren kişilerle ilgili sıkıntılar konusunda yardımcı olma, bakım veren kişilerin de bu süreçte yaşadıkları sıkıntılar konusunda yardımcı olma.” (K15, Kadın, 32, Psikolog)

“Afet, acil durum, hastalık vb. durumlarda oluşan hezeyanlara karşı; iyileşme, başa çıkma becerilerinin artırılması ve destek alabileceği birimlere yönlendirilmesi.” (K13, Kadın, 33, Sosyal hizmet uzmanı)

Katılımcıların önceki bölümde palyatif bakımı tanımlarken hasta yakınlarına yer vermemesine karşın psikososyal desteği tanımlarken hasta yakınlarına dair söylemlerde bulunmaları, hasta yakınlarının psikososyal destek ihtiyacının sosyal hizmet uzmanları ve psikologlar tarafından fark edilen önemli bir mesele olarak algılandığını düşündürmektedir. Bununla birlikte katılımcıların psikolojik ve sosyal faktörlerin yanı sıra bireylerin süreçte

ortaya çıkan ihtiyaçlarına yönelik hizmetlerden yararlanmalarının sağlanmasına ve bunun için de toplumdaki kaynakların harekete geçirilmesinin önemine psikososyal destek tanımlamalarında vurgu yaptıkları söylenebilir:

“Benim için psikososyal destek hastanın hem işte psikolojik hem işte dışarıdaki etkileşimi, ihtiyaçları işte hasta yakınları ya da ailesinde çevresinde ihtiyacı olan tüm hizmetlerden yararlanması, bilgi alması diye düşünüyorum.” (K4, Kadın, 55, Psikolog)

“Psikososyal destek hastanın sadece tıbbi boyutu değil de bu hani insan sosyal bir birey ya tam olarak böyle iyi olması hali bence. Hem psikolojik hem sosyal olarak... Hani o şeylerin desteklenmesi. Toplumdaki kaynakların harekete geçirilmesi uygun hasta tipi için.” (K6, Kadın, 37, Sosyal hizmet uzmanı)

Bütüncül değerlendirme ifadesinin bazı katılımcıların psikososyal desteği tanımlarken üzerinde durdukları ifadelerden biri olduğu söylenebilir. WHO’nun sağlığın tanımında fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörlerin hepsine vurgu yapması aslında sağlık alanında çalışan her meslek elemanının uygulamalarında bu faktörlerin hepsini gözetmesini gerekli kılmaktadır. Psikososyal destek de tanımı ve kapsamı itibarıyla birbiriyle etkileşim halinde olan bu faktörleri birlikte ele alan ve bireylerin ihtiyaçlarının giderilmesi, sorunlarının çözülmesi noktasında önemli bir araç olan bütüncül değerlendirmeyi içinde barındırmaktadır. Katılımcıların psikososyal desteği tanımlarken bütüncül değerlendirmenin önemine ilişkin ifadeleri şu şekildedir:

“Psikososyal destek... Yani burada tabi ki hem bireysel hem de bireyin toplumla ilişkisindeki şeye bakmak gerekiyor. Yani şimdi psikolojik destek veriyoruz tabi ki biz burada ama sosyal şeyi biz de ihmal ettiğimiz zaman yani işte o aileden çıkıp sadece ona birey olarak yaklaştığımız zaman eksik yaklaşmış oluyoruz... Aile, toplum, çevre, bu çevreyi nasıl algılıyor, o çevre onu nasıl etkiliyor, bütüncül bir şekilde değerlendirmemiz gerekiyor.” (K8, Kadın, 34, Psikolog)

“Psikososyal destek aslında çok geniş kavram diye düşünüyorum. Yani hem o kişinin psikolojik durumunu anlayıp ona o konuda destek vermek bir psikolog gibi, aynı

zamanda da işte sosyal yoksunluğunu gidermek için neler yapılabilir? Bir bütünü ifade ediyor aslında her anlamda.” (K10, Kadın, 48, Sosyal hizmet uzmanı)

Katılımcılardan biri psikososyal desteği tanımlarken tıbbi tedavi ve bakımı tamamlayan ve bu yönüyle kaliteyi artıran hizmet olduğunu, bunun yanı sıra hasta ve hasta yakınlarının zaman zaman en fazla memnun kaldıkları hizmet olduğunu belirtmiştir:

“Tamamlayıcı ve kaliteyi artırıcı hizmet. Uzun ve zor bir süreçte yardımcı, bazen de hasta ve yakınlarının en fazla memnun kaldığı hizmet.” (K14, Erkek, 41, Psikolog)

Bir katılımcı psikososyal desteği insanın kendisi olabildiği bir hizmet olarak tanımlamış ve bu ifadesini şu şekilde açıklamıştır:

“İnsanın kendisi olabildiği bir hizmettir. Hemşireler ile ilişkide hasta ya da hastaya bakım veren kişidir, doktorla ilişkisinde tedavi edilen kişi ve kişiden sorumlu yakındır. Ama psikolog ile ilişkisinde kendisidir. Korkuları, düşünceleri, inançları, suçlulukları, değersizliği, anlamsızlığı, yorgunluğu ile vardır o kişi. Bunları dile getirdiği için yargılanmayacağını bilir, ihtiyacı olduğunda nasıl bir destek alabileceğini bilir. Bazen bakım verdiği eşinden ne kadar nefret ettiğini anlatır. Bazıları sevdiklerinin acı çekmesinden çok ölmelerini yeğlediği düşüncesini suçlulukla açar. Son dönemlerde hastalar büyük sırlarını getirir, onları yaşamları boyu saklamışlardır ancak bununla ölmek istemezler. Eşi hayatındayken fatura bile ödemeyen bir kadının onu kaybettikten sonra nasıl yaşayabileceğini somutlaştırırsınız. Yani insana dair, insan için, onlara rağmen değil onlarla birlikte yapılan hizmeti ifade eder.” (K18, Erkek, 28, Psikolog)

Bir diğer katılımcı ise psikososyal desteğe ilişkin eğitim aldığını ve bu eğitimden sonra psikososyal desteğin aslında ne kadar profesyonel bir iş olduğunu anladığını ifade etmiştir:

“Psikososyal destek benim için çok anlamlı. Çünkü ben psikososyal destek eğitimi aldım... Sağlık Bakanlığı-Aile Sosyal Politikalar birlikte yaptılar... İşte psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve çocuk gelişimciler vardı. Psikolojik ilk yardım olsun, sonra krize müdahale vs. kapsamında dersler aldık. Psikososyal desteğin ne kadar önemli,

nasıl da aslında profesyonel bir iş olduğunu ben orada gördüm.” (K9, Kadın, 30, Sosyal hizmet uzmanı)

3.2.2. Psikososyal desteğin palyatif bakımdaki önemine yönelik değerlendirmeler

Palyatif bakım; felsefesi, içeriği, amacı ve hedefleri doğrultusunda bireyi biyopsikososyal kapsamda ele alan bir alandır. Bu nedenle palyatif bakım bir multidisipliner ekiple yürütülür ve bu multidisipliner ekip bireyi her yönüyle ele alacak tıp hekimleri, hemşireler, sosyal hizmet uzmanları, psikologlar gibi çeşitli meslek elemanlarından meydana gelir. Bütün bu yapı aslında palyatif bakımın bireye bütüncül ve kapsamlı yaklaşımının bir oluşumdur.

Katılımcıların palyatif bakımda psikososyal destek hizmetlerine yönelik değerlendirmelerinde de palyatif bakımın bu bütüncül yaklaşımına vurgu yaparak tam ve kaliteli bir palyatif bakımdan söz etmek için psikososyal destek hizmetlerinin palyatif bakım kapsamında olmazsa olmaz bir hizmet olarak, bu yönüyle psikososyal destek hizmetlerinin palyatif bakımın önemli bir bileşeni olarak belirttikleri görülmektedir:

“... Dünya Sağlık Örgütü sağlığın tanımını yaparken salt şeyden bahsetmiyor, kişinin fiziki tam iyilik halinden bahsetmiyor. Kişinin ruhsal ve sosyal tam iyilik hallerini de ekleyerek sağlığın tanımını yapıyor. Psikososyal destek özellikle bu süreçte palyatif bakıma ihtiyaç duyan hasta veya yakınlarının önemli derecede ihtiyaç duyduğu bir bölüm diyelim. Önemli. Sağlıklı bir şekilde yerine getirilirse hastalığı yenme noktasında da başarıya ulaştıracağını düşünüyorum. Çünkü önemli bir husus. Kişinin anksiyetesi çöktüğü zaman, düştüğü zaman tedaviye vereceği cevapla anksiyete durumunun iyi olduğu dönemde tedaviye vereceği cevap arasında çok fark var. Önemli.” (K3, Erkek, 32, Sosyal hizmet uzmanı)

“Psikososyal destek hizmetleri palyatif bakımın kuruluş felsefesi ve mantığında vurgulanmış en önemli hizmet alanıdır. Psikososyal destek hizmetinin olmadığı bir palyatif bakım merkezi tam olarak bir palyatif bakım merkezi değildir. Bir palyatif bakım merkezinin yetkinliği ve kalitesini yordayan en önemli hizmettir. Bir yolculukta yol kenarından olan meyvesiz bir ağaç gibi. Gölgesinde insanlar dinleyip

serinleyebilir ancak meyvelerinden yiyerek doyup, güçlenip daha dinç bir biçimde yola devam edemezler. Bu yüzden ülkemizde modern bir palyatif bakım hizmetleri sistemi kurulması isteniyor ise psikososyal destek bunun mihenk taşlarındandır.” (K18, Erkek, 28, Psikolog)

“...kapsamlı değerlendirme açısından önemli. Yani psikososyal destek olmadan bence yine eksik olurdu. O zaman yine sadece insanı tanımlardan, işte ilaç, mesela doktorlar şöyle tanımlar hastayı ‘birinci odadaki, birinci yataktaki kişi’. Onun bir ismi var, onun bir ailesi var, onun bulunduğu bir mahalle var, çevre var, yaşadığı toplumda hani kültür var. Hem o kültürü ekiliyor hem o kültürden etkileniyor. O yüzden bir parçası olarak değerlendirmek gerekiyor.” (K8, Kadın, 34, Psikolog)

Palyatif bakımın psikososyal destek hizmetlerini de içinde barındırarak bütüncül yaklaşıma sahip olması palyatif bakımı diğer servislerden ayıran bir özellik olarak ifade edilmiştir:

“Olmazsa olmaz, kesinlikle olmazsa olmaz. Çünkü eğer sadece fiziksel tedavi olsaydı palyatif bakım diye bir şey olmazdı, normal klinikler olurdu servisler olurdu, doktor ve hemşire çalışırdı orada tıbbi tedavisini yapardı. Çünkü palyatif bakım bu değil. Palyatif bakımı servisten ayıran özellik sosyal, ekonomik, psikososyal desteğin olması. Hani diğer kliniklerden, diğer servislerden ayıran özellik bu bence.” (K2, Kadın, 40, Sosyal hizmet uzmanı)

Katılımcılardan biri palyatif bakımın sadece tıbbi tedavi ve bakımdan oluşmadığını, psikososyal destek hizmetlerinin bireyin bakım sürecini tamamladığını belirtmiştir. Palyatif bakımın hedeflerinden bir tanesi de hasta yakınının bakım konusunda eğitilmesi ve hastanın evde bakıma hazır hale getirilmesidir. Bu noktada hastanın fiziki bakımına ilişkin eğitimler önemli olmakla birlikte, evde bakım sürecini kolaylaştıracak sosyal hizmetlere ilişkin bilgilendirmeler ve yönlendirmeler de oldukça önemlidir. Katılımcının ifadelerine göre bu müdahalelerin gerçekleştirilmesi evde bakımı mümkün olan hastaların hastaneye gereksiz başvurularını önlemektedir:

“Şöyle söyleyebilirim olmazsa olmazlarından birisidir. Çünkü biz hastalara bütüncül yaklaşımla yaklaşıyoruz... Biz hastanın çevresi içindeki kişilerle beraber ailesi, aile

üyeleri, doktorları, hemşiresi, psikoloğu, sosyal hizmet uzmanı, çevresi, belediyesi, şusu busu hepsini bir bütün halinde değerlendiriyoruz. Hani o yüzden bu tek başına tıbbi tedavi değil, sosyal hizmetler ya da psikososyal destek hizmetleri bu noktaya girmezse dediğim gibi hasta zaten yarım kalıyor çünkü bu destekleri almayan bir kişiyi eve çıkardığınız zaman bir hafta sonra zaten tekrar geri geliyor hastaneye durumu daha kötü olarak. Çünkü sosyal desteklerden mahrum kalmış bir hasta, sosyal hizmetlerden mahrum kalmış, bundan bir haberi olmayan. Evde eğitimden ya da hastaya nasıl yaklaşılması gerektiğinden bir haber bir kişi hastayı daha kötü yapıyor zaten, tekrar hastaneye geliyor, bu kısırdöngüye dönüşüyor. Hani benim için tıbbi bakım daha önemlidir diyemeyeceğim, yüzde elli oysa yüzde ellisini de psikososyal destek oluşturuyor.” (K1, Kadın, 32, Sosyal hizmet uzmanı)

Katılımcılardan biri palyatif bakımda ilk amacın hastanın tıbbi tedavi ve bakımının gerçekleştirilmesi olsa da süreç içerisinde bireylerin psikososyal gereksinimlerinin de ekipteki diğer çalışanlar tarafından fark edildiğini ve bu noktada psikososyal destek hizmetlerinin önemini anladıklarını ifade etmiştir:

“Tabi ki hastaneye ne amaçla gideriz, bir hastanın ağrısının dindirilmesi, bu da tıbbi tedaviyi gerektirir. Evet birincil amaç tıbbi tedavi gibi oluyor aslında ama olaya girildiğinde o süreç-hastanın yattığı süre uzayınca sonra sağlıkçılar işte doktorlar, hemşireler veya hasta yakınları da aslında psikososyal boyutunu, bizlerin de katkılarının önemli olduğunu süreç içinde anlıyorlar.” (K2, Kadın, 40, Sosyal hizmet uzmanı)

Bir diğer katılımcı ise palyatif bakımda tıbbi tedavi ve bakım hizmetlerinin daha önemsenmesinin nedenlerinden birini hastaların ve hasta yakınlarının beklentilerinin bu yönde olması olarak belirtmiştir. Bunun yanı sıra palyatif bakımda psikososyal destek hizmetlerine verilen öneminin özellikle merkezin sorumlu hekiminin palyatif bakım algısı etrafında şekillendiğini, bu durumun da ilgili meslek elemanlarının uygulamalarına etkide bulunduğunu belirtmiştir:

“Palyatif bakım merkezlerinde hemşirelik ve doktorluğu içeren fiziksel acıların azaltılmasında tıbbi tedavi hizmeti olan farmakolojik destek ve bakım hizmetleri daha öncülleniyor. Bunu oluşturan şey sadece sağlık sistemi değil aynı zamanda

hasta ve yakınları beklentileridir... Hasta ve yakınları ile olumsuz durumlar genellikle iş yükünü ve işleyişini bozduğu bu durumlarda psikososyal destek daha önemli bulunuyor. Oysa yas sürecinin desteklenmesi, olumsuz duygu ve düşüncelerinin ele alınması, aile iletişimin artırılması, sosyal destek mekanizmasının canlandırılması, depresyon, anksiyete gibi psikopatolojilerin değerlendirilmesi ile gerekli yönlendirmelerin yapılması, iş yükünden etkilenen palyatif bakım çalışanlarının desteklenmesi konusunda önemli görevler göz ardı edilmektedir. Bu göz ardı edilen konular bazı sorumlu hekimler tarafından önemsenmekte ancak düzenli bir sistem halinde devam etmemekte. Palyatif bakım algısı kişisel bazı inançlardan oldukça etkileniyor. Sorumlu hekim psikolojik destekler ile ilgili düşünceleri o noktada psikologların etkililiğini oldukça yorduyor.” (K18, Erkek, 28, Psikolog)

Ulusal literatürde palyatif bakım kapsamında hizmet alan bireylerin psikososyal gereksinimlerine ve sorunlarına değinen birçok çalışma (Akyüz, 2014; Arkın, 2017; Başdınç, 2019; Budak, 2019; Çakıcı, 2010; Çetin, 2018; Egici ve ark., 2019; İlhan, 2018; Kado, 2017; Kahraman, 2017; Karadeniz, 2018; Karakaya, 2020; Karakurt ve ark., 2018; Köleoğlu, 2018; Öksüzöğlu, 2018; Özdemir, 2016; Özhan, 2019; Topkaya, 2018; Torun, 2019; Uysal ve ark., 2015; Yılmaz, 2015) bulunmaktadır. Çalışmaların ortaya koyduğu sonuçlar incelendiğinde, palyatif bakımda psikososyal destek hizmetlerinin tıbbi tedavi ve bakım kadar önemsenmesinin ve etkili uygulanmasına zemin oluşturulmasının bu çalışmalarda değinilen psikososyal gereksinimlerin ve sorunların giderilmesi noktasında oldukça önemli olduğu vurgulanmıştır. Yine Çakıcı (2010) palyatif bakımda görevli hekim ve hemşirelerle gerçekleştirdiği çalışmasında katılımcıların %69’unun psikososyal destek sağlamanın en önemli palyatif bakım konusu olduğunu belirtmektedir. Bu yönüyle literatürde de bu çalışmanın bulguları ile benzer şekilde psikososyal destek hizmetlerinin palyatif bakımın önemli bir tedavi bileşeni olduğu vurgulanmaktadır.

3.2.3. Hasta ve hasta yakınlarının yaşadıkları psikososyal sorunlar

Yaşamı tehdit eden hastalığa sahip olma gerçeği hastalar açısından kabullenmesi zor bir durumdur. Hastalık sürecinin zorluğunun yanı sıra ölümün yaklaşıyor olması hastalığı kabullenmede zorluk yaşanmasına neden olmaktadır. Bunun sonucunda da bireyde inkar tepkileri ortaya çıkmakta, tedaviye ve hastaneye uyum sorunları baş göstermektedir.

Hastalığı ve ölümü kabullenmede zorluk, hastalık ve ölüm sürecine ilişkin korkular ve uyum sorunları katılımcılar tarafından palyatif bakım sürecinde hastalarda gözlemlenen sorunlar olarak belirtilmiştir:

“... genellikle hastanın işte yaşamını sonlandırmakla ilgili ya da ölümü kabullenmek, hastalığı kabullenme süreciyle ilgili sıkıntıları oluyor. Yani mesela uykusuzluğu oluyor, altta yatan ölüm korkuları.” (K5, Kadın, 54, Psikolog)

“... cidden ihtiyaçları olduğunu görüyoruz hem işte tanıyı kabullenmekle ilgili destek almaları gereken bir süreç yaşıyorlar.” (K8, Kadın, 34, Psikolog)

“... işte tedaviyi düzenleme, uyum sağlama, hastane sürecine uyum sağlama, kalması gerekiyorsa hastaneye uyum sağlama...” (K8, Kadın, 34, Psikolog)

Hastalık süreci hastanın yaşamında birçok şeyin kaybını yaşadığı bir dönem olabilmektedir. Fiziki zorlukların getirdiği bağımsızlığın kaybı, çalışamaz hale gelme nedeniyle işin kaybı, psikolojik sağlığın kaybı gibi çeşitli ve çoklu kayıplar bu sürecin getirilerine örnektir. Katılımcılardan biri hastalık sürecini kayıp dönemi olarak tanımlamış ve sağlığın kaybının yanı sıra bunun sonucunda ortaya çıkan iş kaybı, sosyal hayat kaybı gibi faktörlerle bireyin baş edebilmesi ve yeni koşullara uyum sağlayabilmesi adına desteklenmesi gerektiğini ifade etmiştir:

“Aslında ben bunu şey olarak görüyorum, bir kayıp dönemi. Yani nasıl insan bir yakını vefat ettiği zaman bir yas dönemine girer, sağlıkla ilgili bir kayıp oluyor, bu sağlık kaybının getirdiği de diğer kayıplar oluyor. İşte rolleri değişiyor, iş kaybı oluyor, sosyal hayattan biraz çekilmek durumunda kalıyorlar, özellikle kemoterapi alırken. Tüm bunlarla baş edip ya da uyum sağlayıp hani o çerçeveyi yeniden düzenlemek, yeniden o koşullara uyum sağlamak için mümkün olduğunca destek almaları gerekiyor.” (K8, Kadın, 34, Psikolog)

Yaşamı tehdit eden hastalığa sahip olmanın yanında tedavinin ve bakımın hastanede gerçekleşmesi bireyin yaşamındaki günlük rutininin önemli ölçüde bozulmasına neden olmaktadır. Hastalıkla birlikte bireyin olağan giden hayatının değişmesi ifadesiyle günlük rutininin bozulduğu belirtilmiştir:

“... aslında hani standart olağan giden bir hayatın değişebiliyor.” (K9, Kadın, 30, Sosyal hizmet uzmanı)

Bireyin günlük rutinini hastalıkla birlikte yaşamında meydana gelen çoklu kayıpların etkilediğini söylemek mümkündür. İşin kaybı, çalışmanın günlük rutinde büyük bir yer tutması nedeniyle günlük rutinin bozulması noktasında bireyin yaşadığı önemli bir sorun olarak belirmektedir:

“... işte eğer çalışıyorsa çalışamaz hale geliyor, emekliyse de ya da çalışmıyorsa da yine hayatında bir sürü değişiklik oluyor hem hastanın hem hasta yakınının.” (K8, Kadın, 34, Psikolog)

Palyatif bakım hastalarında çok sık gözlemlenen bir bulgu olan anksiyete yakınlaşan ölüm gerçeğine, belirsizliğe ve ıstıraba verilen doğal bir tepki olmakla birlikte bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen ruhsal bir bozukluk olarak da belirebilmektedir. Palyatif bakım hastalarında anksiyetenin sıklıkla tıbbi nedenlere bağlı olarak ortaya çıktığı görülse de ruhsal, varoluşsal, ailesel ve maddi nedenlerden dolayı da bireyde anksiyete gelişebilmektedir. Palyatif bakım hastalarında gözlemlenebilen bir diğer bulgu olan depresif duygu durumu da hastanın mevcut durumuna uygun bir psikolojik tepkidir. Depresif duygu durumu kapsamında ele alınabilecek elem, keder, karamsarlık, umutsuzluk, mutsuzluk, değersizlik, suçluluk hissi gibi tepkilerin majör depresyonun bulguları olduğu düşünüldüğünde bu depresif belirtilerin tanınması ve uygun bir şekilde tedavi edilmesi hem hastaların hem de hasta yakınlarının iyilik hali açısından önemlidir (Sertöz, 2017). Anksiyete ve depresif duygu durumu katılımcılar tarafından palyatif bakım sürecinde görülen sorunlar olarak belirtilmiştir:

“Şimdi terminal dönemde olduğu için hastaların çoğu genelde dördüncü evre zaten, bu kabulleniş süresi, hani git gide işte bir sona yaklaşma, hani işte zaten anksiyetesi-depresif durumu oluyor hastanın da...” (K4, Kadın, 55, Psikolog)

“Hasta açısından özellikle duygusal problemler yaşıyorlar tabi ki. Yalnızlık, çökkünlük, bıkkınlık. Yani bu süreç içinde değişiyor ama şok, öfke hani depresif duygu durumları görebiliyoruz.” (K8, Kadın, 34, Psikolog)

Yılmaz (2015) çalışmasında; palyatif bakım servisine kabul edilen hastaların %62'sinde anksiyete tariflendiğini, tedavi sonrasında ise anksiyetenin şiddetinde azalma saptandığını ifade etmiştir. Palyatif bakım birimine ait koordinasyon kurulunda psikolog ve sosyal hizmet uzmanının olmasının anksiyete kontrolünü daha kolay hale getirdiğini belirtmiştir. Arkın (2017) ise 109 hasta yakınıyla gerçekleştirdiği, palyatif servis hastalarına primer bakım veren hasta yakınlarında algılanan sosyal destek, depresyon ve anksiyete riskinin incelenerek psikososyal açıdan değerlendirilmelerini amaçlayan çalışmada; palyatif bakım hastalarına bakım verenlerin sosyal destek algısındaki artışın anksiyete ve depresyon semptomlarındaki azalmayla ilişkili bulunduğunu ortaya koymuştur. Palyatif bakım gereksinimi olan hastaların yanı sıra onlara bakım verenlerin de sağlık ve iyilik halini koruyabilmek için psikososyal destek sağlamaya yönelik çalışmalara ihtiyaç olduğunu vurgulamıştır. Görüldüğü üzere; palyatif bakım hizmeti alan hem hastalarda hem de hasta yakınlarında sıklıkla gözlemlenen anksiyete, depresif duygu durumu ve depresyon şiddetinin sosyal hizmet uzmanı ve psikolog tarafından gerçekleştirilen profesyonel mesleki müdahaleler ve uygulamaları içeren psikososyal destek hizmetleri sayesinde azalmasıyla birlikte bireylerin iyilik halinin ve yaşam kalitesinin artması sağlanabilmektedir.

Maddi sıkıntılar hastalık sürecinin bireyin yaşamına etkilerinden biridir. Birey yaşamı tehdit eden hastalığı sebebiyle çalışamaz hale gelebilmekte, işini kaybedebilmektedir. Aynı şekilde hasta yakınları da hastaya bakım vermek için işinden ayrılmak zorunda kalabilmektedir. Bakım sürecinin uzun olmasının yanında bu süreçte ortaya çıkan ayni-nakdi ihtiyaçlar ve tedavi masrafları bireylerin ekonomik anlamda zorlanmalarına neden olmaktadır. Palyatif bakım sürecinde görülen hastaların ve hasta yakınlarının yaşadıkları sorunlar kapsamında maddi sıkıntılar katılımcılar tarafından en çok üzerinde durulan konu olmuştur:

“Maddi durumları, ekonomik anlamda da ihtiyaçları olabiliyor.” (K8, Kadın, 34, Psikolog)

“Burada hastaların çoğunluğunun birincil isteği aslında ekonomik oluyor, yani bu parasal da olabilir, malzeme açısından da olabilir. Çünkü hastaya bakarken birçok malzemeye de ihtiyaç duyuyorlar. Hepsi küçük de olsa birer gider olunca, hepsi bir araya gelince büyük meblağlar olabiliyor.” (K2, Kadın, 40, Sosyal hizmet uzmanı)

“... çoğunlukla hastalar maddi açıdan çok sıkıntı yaşıyabiliyorlar. Palyatif bakımdaki hastaların işte ne bileyim bez ihtiyacı oluyor, tıbbi malzeme ihtiyacı oluyor, bunları bir müddet karşılıyorlar ama belli bir süre sonra herkesin imkanı tükeniyor.” (K11, Kadın, 41, Sosyal hizmet uzmanı)

Bu bulgularla uyumlu şekilde; Turgut ve Soylu (2020) çalışmalarında gelir kaybına uğrama durumunun palyatif bakımda hastaya sahip olmanın katılımcılar üzerindeki ekonomik etkilerinden biri olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Özhan’ın (2019) 30 hasta yakınıyla gerçekleştirdiği çalışmasında hasta yakınlarının %76,7’si bakım verme sürecinde maddi konularda güçlük yaşadıklarını belirtmişlerdir. Topkaya’nın (2018) palyatif bakım hizmeti alan 110 hasta ve 110 hasta yakınıyla gerçekleştirdiği çalışmasında ise hastanede olmanın neden olduğu sorunlar bağlamında hasta ailelerinin %24,5’i iş yerinde sorun yaşama, %23,6’sı ekonomik açıdan zorlanma ifadelerini kullanmışlardır.

Aile ilişkilerindeki bozulmalar hastalıkla birlikte ortaya çıkan sorunlardan biri olarak ifade edilmiştir:

“Yani kendi aralarında farklı problemler de çıkıyor aslında. Şimdi bir tane hasta oluyor, kim bakacak? Başta aslında aile ilişkileri çok iyi oluyor ama hastalıktan sonra o aile ilişkileri de zayıflayabiliyor, farklılaşabiliyor...” (K2, Kadın, 40, Sosyal hizmet uzmanı)

Palyatif bakım kapsamında hizmet verirken hastanın hiçbir yakınının olmaması, kimsesiz olması veya yakınlarının hastayla ilgilenmemesi katılımcılar tarafından karşılaştıkları bir sorun olarak belirtilmiştir:

“Hastanın hiç yakınının olmaması, tek başına kalması, hastanın mesela onkolojiye sevkinin yapılması ya da onkolojiye bir evrağın gidip gelmesi, bunu yapacak hiç kimsesinin olmaması. Bunlar bizim için başvuruların çoğu.” (K9, Kadın, 30, Sosyal hizmet uzmanı)

Aile ilişkilerindeki bozulmalarla ilgili olarak hastalık sürecinde bireye bakım veren bir yakınının olmaması da karşılaşılan sorunlardandır. Bu noktada hastaya bir bakım verenin sağlanması adına aile ilişkilerine yönelik çalışmalar yapıldığı belirtilmiştir:

“... işte birçoğunun bakıcı problemi vs. oluyor, ailelerini-akrabalarını harekete geçirme olsun, bu tarz şeyler yaptım şu ana kadar.” (K9, Kadın, 30, Sosyal hizmet uzmanı)

Kimsezipliğin yanı sıra hastanın taburculuktan sonra gidecek bir yerinin olmaması yani barınmaya ilişkin sorunlar da uzmanlara başvuru sebebi olarak ifade edilmiştir:

“Şu olabiliyor; hastanın kimsesi yoktur, taburculuk zamanı gelmiştir, gidecek yeri yoktur ya da yakınları ilgilenmiyordur ya da ekonomik anlamda yoksunluk yaşıyordur. Bu tarz belirtiler olduğu zaman ya da bilgi olduğu zaman bizi çağırıyorlar.” (K3, Erkek, 32, Sosyal hizmet uzmanı)

Palyatif bakım kapsamında hastanın bakımı özellikle önem verilen bir konudur. Yaşamı tehdit eden hastalığın getirdiği ağrı, acı, hareket kısıtlılığı, fiziki kayıplar, yatağa bağımlılık gibi durumlar hastanın yaşam kalitesini önemli ölçüde bozmakta ve bu nedenle hasta için iyi bir bakımı gerekli kılmaktadır. Hastanın bakımını bunu meslek edinmiş bakıcılar gerçekleştirebilmektedir. Fakat ülkemizde kültürün de etkisiyle bakım veren rolünü büyük oranda aile bireylerinden biri üstlenmektedir. Bakım veren olmak bireyin yaşamında birçok değişikliğe neden olarak fiziki ve psikososyal problemleri de beraberinde getirebilmektedir. Katılımcılar palyatif bakım sürecinde hasta yakınlarının karşılaştığı birtakım problemlere ve özellikle bakım veren olmanın fiziki ve psikososyal zorluklarına değinmişlerdir. Bakım veren olmanın bireyin rollerine bir yenisini daha eklediği, bu durumun da bireyin sorumluluklarını artırdığı ve günlük yaşam rutinini etkilediği belirtilmiştir:

“... hem de hasta yakınlarının da desteğe ihtiyacı oluyor. Çünkü bakım vermek kolay değil... Hasta yakını açısından da rolleri artıyor hasta yakınının. Yani mesela işte kadınsa hasta yakını, onun hem hasta bakım rolü oluyor hem anne rolü devam etmek zorunda oluyor, işte birinin çocuğu oluyor. Yani bir sürü rol de tekrar eklenmiş oluyor.” (K8, Kadın, 34, Psikolog)

“Bu süreç zor bir süreç. Hasta yakınları açısından çok zor. Çoğu özellikle hastanede yatarken mesela refakatçi kalıyor. Günlük rutinleri bozuluyor.” (K5, Kadın, 54, Psikolog)

Bu çalışmanın bulguları ile uyumlu bir şekilde; Özhan'ın (2019) çalışmasında hasta yakınlarının %70'inin bakım verme sürecinde sorumluluklarını yerine getirmede güçlük yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır. Topkaya'nın (2018) çalışmasında hasta ailelerinin %25,5'i hastanede olmanın sorumluluklarını etkilediğini ifade ederken %51,8'i ise kısmen etkilediğini söylemiştir. Hastanede olmanın neden olduğu sorunlar bağlamında ise hasta ailelerinin %63,6'sı günlük işleri sürdürmede yetersizlik, %16,4'ü ise bakım verici rolde zorlanma ifadelerini kullanmışlardır.

Palyatif bakım sürecinde hasta yakınlarının baş etme güçlükleri yaşadıkları ifade edilmiştir. Bunda rollerin, sorumlulukların ve sorunların artmasının etkili olduğunu söylemek mümkündür. Geleceğe yönelik bilinmezlik ve planlama yapamama belirtilen sorunlar arasındadır:

“Ama genelde hasta yakınını biz yönlendirdik. Onlarda da gerçekten hani baş edememeleri olaylara, herhangi bir planlama yapamamaları geleceğe yönelik.” (K9, Kadın, 30, Sosyal hizmet uzmanı)

Bakım veren bireylerde korku, tedirginlik, endişe duygularının da gözlemlendiği bazı katılımcılar tarafından ifade edilmiştir:

“... birdenbire hayatınıza yatalak bir hastanın girmesi, yedi yirmi dört onun bakımını verecek olmanız bütün hasta yakınlarını tedirgin ediyor. Korkuyorlar ilk başta, ‘dokunamıyorum ben yarasına bakamıyorum’ vs. gibi tepkilerle hastalar karışlaşıyorlar.” (K1, Kadın, 32, Sosyal hizmet uzmanı)

“... palyatif bakımda özellikle doktorlar da eğer son aşamada artık medikal anlamda bir şey de yapılamıyorsa eve taburcu etmekten yanalar yani. Ama benim gözlemim şu yönde; aile yakınları bunu çok istemiyor. Yani hani belki evde bakımı daha zor olacak hastanın, belki de endişelendikleri için hani artık yani sona geldiğinde ne yapacaklarını bilemedikleri için... Bazen de sırf böyle sosyal nedenlerle yatıyor hasta.” (K5, Kadın, 54, Psikolog)

Bakım verme sürecinde yorgunluk ve yıpranma hasta yakınlarının karşılaştığı problemlerden biri olarak belirtilmiştir:

“Bu süreçte de biraz tabi ki yorgunluk oluyor hani hem fiziksel hem de ruhsal anlamda desteğe ihtiyaçları olduğu dönem oluyor.” (K8, Kadın, 34, Psikolog)

“... bir kişi kesinlikle bir kişinin bakımında asla yeterli olmuyor. Çünkü hastaya bakan kişi çok çok yıpranıyor bu durumda. Hem psikolojik olarak hem fiziksel olarak da çok yıpranıyor doğal olarak... Tabi uzun dönem baktığı için yakını artık bir nasıl anlatayım bıkkınlık da olabiliyor, yorgunluk da oluyor. O yüzden onlara destek olmak birincil amacımız oluyor aslında.” (K2, Kadın, 40, Sosyal hizmet uzmanı)

Nitekim Başdınç'ın (2019) palyatif bakım kapsamında bakım veren 200 hasta yakınıyla gerçekleştirdiği çalışmasına göre; hasta yakınlarının hasta bakımında en sık karşılaştığı sorunun % 100'ünün (n=200) hastalarının günlük yaşam aktivitelerini (hijyen, beslenme vb.) yerine getirme konusunda olduğu belirlenmiştir. Bunun yanı sıra, hasta yakınlarının bakım verirken psikososyal açıdan en fazla ihtiyacı olan gereksinimin ise % 100 oranında (N=200) dinlenme gereksinimi olduğu ifade edilmiştir.

Bakım veren kişide uzun süreli stres, parçalanmışlık hissi ve bunalma, hastanın bakımında yetersiz olduğuna inanma, hastanın bakımını ihmal, bakım verici rolünden dolayı nefret etme ve hastaya kin duyma gibi bakım veren yükünün getirdiği olumsuzluklar sonucu tükenmişlik gözlemlenebilmektedir (Cimete, 2002; Koç ve Okan, 2017). Katılımcılar bakım veren hasta yakınlarının bakım sürecinde bunalma, bıkkınlık, nefret, pişmanlık duygularına sahip olabildiklerini belirtmişlerdir:

“Kimisi ne bileyim işte çok bitmiş oluyor, ‘ben bakamıyorum, ben yetişemiyorum, bunaldım, benim başka sorumluluklarım da var, bitmiş durumdayım’ diyor.” (K11, Kadın, 41, Sosyal hizmet uzmanı)

“Bazen bakım verdiği eşinden ne kadar nefret ettiğini anlatır. Bazıları sevdiklerinin acı çekmesinden çok ölmelerini yeğlediği düşüncesini suçlulukla açar... Eşi hayatındayken fatura bile ödemeyen bir kadının onu kaybettikten sonra nasıl yaşayabileceğini somutlaştırırsınız.” (K18, Erkek, 28, Psikolog)

“... hani öyle bir hastaya işte bakım hizmeti vermenin getirdiği işte birtakım sıkıntılar özellikle. İşte hani böyle kabullenememe, sona hazırlık, o duyguları

paylaşma, işte keşkeleri, yani işte konuştuğumuz şeyler ‘keşke şu da olmasaydı’...”
(K4, Kadın, 55, Psikolog)

Nitekim Turgut ve Soylu’nun (2020) 15 hasta yakını ile gerçekleştirdiği nitel araştırmasında palyatif bakımda hastaya sahip olmanın katılımcılar üzerindeki etkilerinden psikolojik etkiler teması altında yer alan çökkün/tükenmiş hissetme en çok tekrar eden kategoriler arasında belirtilmiştir.

3.2.4. Psikososyal destek hizmetlerine ilişkin uygulamalar

Bireylerin günlük yaşam rutinlerini sekteye uğratabilecek zorlu koşulların ortaya çıkmasıyla beraber bu koşullara uyumun sağlanması ve sorunların çözümlenebilmesi adına yapılması gereken çeşitli psikososyal müdahaleler bulunmaktadır. Yaşamı tehdit eden hastalığa sahip olmak ve palyatif bakım merkezinde tedavi görmek hastanın günlük yaşamını ve yaşam kalitesini etkilediği gibi hasta yakınları da bu süreçten etkilenmektedir. Bu noktada gerçekleştirilecek psikososyal müdahaleler ve uygulamalar palyatif bakım kapsamında verilen psikososyal destek hizmetlerinin içeriğini oluşturmaktadır.

Bu bölümde araştırma kapsamında görüşlerine başvuru alan sosyal hizmet uzmanları ve psikologların palyatif bakım merkezlerinde çalışırken psikososyal destek hizmetlerine ilişkin gerçekleştirdikleri uygulamalar yer almaktadır.

3.2.4.1. Yatış aşamasında gerçekleştirilen uygulamalar

Ön değerlendirme – ihtiyaç ve sorun belirleme

Sosyal ve psikolojik gereksinimleri karşılamaya yönelik eylemleri ifade eden psikososyal destek (IFRC, 2009), öncesinde bu gereksinimlerin saptanması yönünde bir ön değerlendirmeyi gerektirmektedir. Ön değerlendirme; duruma ilişkin bilgi toplama, durumu resmetme, duruma yönelik ne yapılması gerektiğine ve nasıl başa çıkılacağına ilişkin bir görüş biçimlendirme imkanını tanıyan önemli bir aşamadır (Thompson, 2013).

Katılımcıların ifadeleri incelendiğinde hastanın palyatif bakım merkezine yatışıyla birlikte öncelikle ön değerlendirme gerçekleştirilerek bireylerin ihtiyaçlarını ve sorunlarını belirlemeye çalıştıkları görülmektedir. Palyatif bakımda hastanın bakımı en önem verilen

konulardan biridir. Bu nedenle ön değerlendirme kapsamında hastanın bakımına ve bakım verene ilişkin değerlendirmeler öncelikli olabilmektedir. Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının da ön değerlendirme kapsamında öncelikle üzerinde durdukları konunun palyatif bakım merkezinde tedavi gören hastanın bakımını kimin, nasıl gerçekleştireceğinin olduğu görülmektedir. Sonraki değerlendirme konusunu ise bireylerin sosyoekonomik durumları oluşturmaktadır. Ön değerlendirme yapmanın palyatif bakım kapsamında hizmet alan bireylerin gereksinimleri doğrultusunda bir müdahale planı oluşturulmasına katkı sağladığı anlaşılmaktadır:

“Yattığı andan itibaren tabi ki önce tanıyoruz. İşte karşı tarafı anlamaya, tanımaya çalışıyoruz. Sosyoekonomik değerlendirmelerini yapıyoruz, aile görüşmeleri yapıyoruz. Ailesini, ilişkileri anlamaya çalışıyoruz yani aile hastaya bakımı nasıl, ortak beraber yapabiliyor mu, bakabiliyor mu, tek kişiye mi görev verilmiş? Yani aile içi problemleri veya aile içi bağları, ilişkileri anlamaya çalışıyoruz. Sonra sosyoekonomik durumunu ilk başta tespit etmeye çalışıyoruz. İhtiyaçlarını belirlemeye çalışıyoruz çünkü hani ilk önce problemini anlayacağız, ihtiyaçlarını bileceğiz, daha sonraki süreçte de müdahale edip destek olmaya çalışıyoruz.” (K2, Kadın, 40, Sosyal hizmet uzmanı)

Hastanın bakımının kimin tarafından sağlanacağına yönelik ön değerlendirme yapmanın, taburculuk sonrası hastanın evde bakımına ilişkin planlamaya da katkı sağladığı belirtilmiştir:

“Öncelikle hastanın bakımını kim yapacak, hastanın bakımını yapacak işte annesi, kardeşi vs. bakımını yapabilecek niteliklere ve donanımına, bilişsel düzeye sahip mi, bunun değerlendirmesini yapıyoruz... Bizim ilk başta önem verdiğimiz şey bu. Hastanın bakımını yapacak kişi kim ve bunu burada öğrenebilecek düzeyde mi çünkü evde de tek başına devam ettirecek bu kişi.” (K1, Kadın, 32, Sosyal hizmet uzmanı)

Araştırmaya katılan psikologların ise ön değerlendirme, ihtiyaç ve sorun belirleme kapsamında bireylerin psikolojik ihtiyaçlarını değerlendirdikleri ve belirledikleri görülmektedir:

“Yani ihtiyaçlarını önce fark etmeleri gerekiyor. Bunun için tabi ki önce duygularını fark etmeleri gerekiyor hastaların ve hasta yakınlarının... hani ne hissettiğini, neye ihtiyacı olduğunu, bununla ilgili ne yapabileceğini, işte kaynaklarını nasıl kullanabileceğini burada hem maddi hem manevi kaynakları, onu biraz daha anlamasına yardımcı olmayı sağlamak.” (K8, Kadın, 34, Psikolog)

“Psikolog olarak yeni yatış yapan bir hasta ve hasta yakının değerlendirilmesi, psikolojik ihtiyaçlarının ortaya çıkarılması... düzenli bir şekilde tam zamanlı çalışmalarında verdiğim hizmetlerdir.” (K18, Erkek, 28, Psikolog)

3.2.4.2.Tedavi ve bakım sürecinde gerçekleştirilen uygulamalar

Aracılık

Sosyal hizmet müdahalesi kapsamında sosyal hizmet uzmanının yerine getirmesi gereken çeşitli rolleri vardır. Bu rollerden biri aracılık rolüdür. Hizmete ihtiyacı olan insanlar olarak mracaatların toplum kaynakları ile arasındaki bağlantıyı gerçekleştirmeye çalışan sosyal hizmet uzmanları aracılık rolü bağlamında bunu; mracaatların ihtiyaçlarını tanımlama, farklı kaynaklar kullanmaları yönünde mracaatların kapasitelerini ve motivasyonlarını lme ve onlara kaynaklara ulaşmalarında yardım etme görevlerini yerine getirerek gerçekleştirmektedirler (Sheafor ve Horejsi, 2014).

Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanları palyatif bakım kapsamında psikososyal destek hizmeti verirken çeşitli sivil toplum kuruluşları, belediyeler ve derneklerle iletişim kurarak mracaatların ihtiyaçları doğrultusunda aracılık rollerini yerine getirdiklerini belirtmişlerdir. Palyatif bakım sürecinde hasta ve hasta yakınlarının hijyen malzemeleri, kıyafet, medikal cihaz gibi ayni ihtiyaçları için kurum-kuruluşlarla aracılık sağlanarak bireylerin ihtiyaçlarının giderildiği ifade edilmiştir:

“...buradaki bakımda temizlik malzemesi sıkıntısı çok fazla çekiyorlar bizim hastalarımız, Kızılay ile irtibata geçiyoruz genelde, hijyen paketleri-hijyen malzemeleri alıyoruz. Kılık kıyafet ihtiyacı varsa Pursaklar Belediyesinin Tebessüm arşısı var, orayla iletişime geçerek kıyafet temininde bulunuyoruz. Yani işte çeşitli derneklerle, belediyelerle bunları yapıyoruz. Ambulans hizmetlerinden

yararlanmalarını sağlıyoruz. Büyükşehir Belediyesinin nakil ambulansları var, onlardan.” (K1, Kadın, 32, Sosyal hizmet uzmanı)

“...cihaz teminiyle ilgili sıkıntılar yaşandı diyelim oksijen konsantratörü, nebulizatör yani medikal cihaz temini. Onunla ilgili gerekli iletişimler sağlanıyor işte SGK ile medikal şirketlerden bilgi alma manasında onlarla iletişime geçiliyor.” (K7, Kadın, 48, Sosyal hizmet uzmanı)

“Bizim şimdi Löseyle bir iş birliğimiz var. Lösev diyor ki ‘bize hastalığını ve ekonomik durumunu kanıtlasın, biz ona destek olalım’. Hem aynı nakdi olarak şeye ayrılıyor hem de bazen böyle beyaz eşya vs. şeklinde de destekleri olabiliyor ailenin durumuna göre. Bir de sanırım hastalığı ve burada gördüğü tedavisi sürecinde belli bir nakdi destek oluyorlar. Onlar için biz başvuru belgelerini doldurtuyoruz, daha sonra gerekli kişilere yönlendirmeyi yapıyoruz.” (K9, Kadın, 30, Sosyal hizmet uzmanı)

Palyatif bakım merkezinden taburcu olduktan sonra bakım ihtiyacı olan ve kalacak yeri olmayan hastaların bakımevlerine yerleştirilmesi adına ilgili birimlerle iletişime geçilmesinin bireylerin kurum bakımına yerleştirilmesi noktasında gerçekleştirilen aracılık faaliyetine bir örnek olduğu söylenebilir:

“...çoğunlukla sosyal güvencesi olmayan, yeşil kartlı ya da hiçbir geliri olmayan, özellikle de yalnız yaşayan insanlardan çok çıkıyor... bakıma ihtiyacı var ama kalacak yeri yok. Böyle durumlarda da özel bakımevleri olsa bile öncelikli olarak sosyal hizmetlere bağlı il müdürlüğüne müracaat ediyoruz. Orası kendi uygun kurumunda boş alan yoksa özelliklere kendi kontenjanından yerleştiriyor.” (K10, Kadın, 48, Sosyal hizmet uzmanı)

Aracılık rolünü yerine getirmenin hasta ve hasta yakınlarının taburculuk sonrasındaki yaşam düzenlerine katkıda bulunduğu, özellikle hasta yakınlarının bilgi eksikliklerinin giderilmesine yardımcı olduğu için psikolojik anlamda da desteklenmiş oldukları dile getirilmiştir:

“Dış kurumlarla bağlantılarını biz sağladığımız için hastaların evde gittikleri zaman ‘ben ne yapacağım işte hasta olursam ne olacak ya da hastamı hastaneye nasıl götüreceğim neyle götüreceğim’ gibi soru işaretlerini kafalarından kaldırdığımız için hasta yakınları psikolojik olarak da rahatlanmış, desteklenmiş ve yalnızlıklarını unutmüş oluyorlar bir nebze.” (K1, Kadın, 32, Sosyal hizmet uzmanı)

Yönlendirme

Bireylerin ihtiyaçlarının belirlenmesinin ardından bu ihtiyaçların giderilmesine yönelik ilgili kurum ve kuruluşlara yönlendirmenin yapılması planlı müdahale sürecinin yöntemlerinden biridir. Bu yönüyle yönlendirme, müracaatçılarla kaynakları bir araya getirme sürecinin bir parçasıdır. Sheafor ve Horejsi (2014) yönlendirmeyi sosyal hizmet uzmanının aracılık rolünün bir bileşeni olarak değerlendirmektedir. Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının da hasta ve hasta yakınlarının gereksinimlerine yönelik değerlendirmelerinden sonra ilgili kurum ve kuruluşlara yönlendirme yaptıkları anlaşılmaktadır. Sosyal hizmet uzmanlarının palyatif bakımda en çok maddi yardımlar ve kurum bakımı için yönlendirme yaptıkları görülmektedir. Bu bağlamda Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlükleri, Sosyal Dayanışma ve Yardımlaşma Vakıfları ve özel bakımevleri yönlendirme yapılan kurumlardır:

“...gerekirse kurum bakımına ya da evde bakım ücretlerine yönlendiriyoruz hastaları... Evde sağlık hizmetine yönlendiriyoruz, hastayı hastaneye getirmeden evde ihtiyaçlarını karşılıyorlar, bu onlar için çok değerli oluyor hasta yakınları için. Ya da ekonomik anlamda çok desteğe ihtiyacı olan hastamız da hani şöyle söyleyeyim yüzde yetmiş diyebilirim hastalarımızın evde bakım ücreti için uygun olan hastalar... uygun olanları sosyal hizmet il müdürlüğüne yönlendiriyoruz ve büyük bir çoğunluğuna bağlanıyor, yüzde yetmişine bağlanıyor diyebilirim. Bu da hastanedeki tıbbi sosyal hizmet biriminin sayesinde oluyor.” (K1, Kadın, 32, Sosyal hizmet uzmanı)

“Maddi sıkıntıları daha çok valilik kanalıyla çözüyoruz. Valiliğin sosyal yardımlaşma vakfı var içerisinde.” (K10, Kadın, 48, Sosyal hizmet uzmanı)

“... özel bakım merkezine hemen hastaneden transferi sağlanabiliyor. Araştırıyoruz, hangisi olabilir, neresi olabilir vs. o konuda yönlendirme yapıyoruz yine.” (K9, Kadın, 30, Sosyal hizmet uzmanı)

Yönlendirmenin sadece kurum ve kuruluşlara yapılmadığı, bireylerin psikolojik gereksinimleri için psikologlara yönlendirildikleri görülmektedir. Katılımcılardan biri gerçekleştirdikleri grup çalışmalarından sonra psikolojik desteğe ihtiyaç duyan hastaları ve hasta yakınlarını mutlaka psikologlara yönlendirdiklerini belirtmiştir:

“...psikolog arkadaşlarımızla kesinlikle yani her gruptan sonra psikolog arkadaşımıza bir vaka yönlendiriliyoruz. En az bir vaka... Gerçekten hani baş edememeleri olaylara, herhangi bir planlama yapamamaları geleceğe yönelik. Önce bir rahatlama gerekiyor, sen ne söylesen mesela on defa anlattığım şeyi hala anlamama durumu var. Orada bir şey yapamıyorsun. Bir psikolog arkadaşın görsün istiyorsun. Çünkü bir rahatlama lazım. Bir de şeyler var böyle işte psikiyatrik ilaçlar kullanan hasta ve hasta yakınları var. O zaman da yine riske atmıyoruz, ters giden bir şeyler gözlemlediğimiz zaman yönlendiriyoruz arkadaşlarımıza.” (K9, Kadın, 30, Sosyal hizmet uzmanı)

Araştırmaya katılan psikologların bireylerin psikolojik ihtiyaçları dışındaki gereksinimlerini tespit ettikleri zaman ilgili meslek elemanlarına yönlendirme yaptıkları anlaşılmıştır. Katılımcılardan biri sosyal hizmetlerle ilgili bilgilendirilme ihtiyacı olan, bir diğeri maddi durumu kötü olan bireyleri sosyal hizmet uzmanlarına yönlendirdiklerini belirtmişlerdir. Bir katılımcı ise bazı hastaların manevi destek talebinde bulunduğunu, kendisinin de bu yönde yönlendirme yaptığını ifade etmiştir:

“... işte bir bilgilendirme ya da başka bir şey olduğunda bilgilendirme amaçlı sosyal hizmet uzmanlarına yönlendiriyoruz.” (K4, Kadın, 55, Psikolog)

“Sosyal hizmet uzmanları... Beraber çalışmış oluyoruz aslında. ... ben görüştüğümde hastalarla en azından maddi durumu kötü olan ya da ihtiyacı olan hastaları ben de yönlendiriyorum.” (K8, Kadın, 34, Psikolog)

“Beklentileri olan kişileri doğru kişilere yönlendiriyorum. Bazı hastalar manevi (dini) destek istiyor.” (K14, Erkek, 41, Psikolog)

Palyatif bakım kapsamında görevli meslek elemanlarının hasta ve hasta yakınlarının kendi alanları dışındaki ihtiyaçları doğrultusunda ilgili profesyonellere yönlendirme yapmalarının palyatif bakım alanında önemli olan ekip yaklaşımına katkıda bulunduğu söylenebilir. Özellikle sosyal hizmet uzmanları ve psikologların koordineli çalışma yürütmelerinin bireylerin ihtiyaç ve sorunlarına etkili çözümler sağlamanın yanı sıra palyatif bakım alanında psikososyal destek hizmetlerinin gelişmesinde de oldukça önemli olduğu düşünülmektedir.

Arabuluculuk

Arabuluculuk çatışan gruplara yardım ederken taraflar arasında bir uzlaşmaya varılmasının sağlanmasına yönelik girişimleri içermektedir (Thompson, 2013). Müracaatçı ve bakım veren arasında, aile üyeleri arasında, müracaatçı ve uzman arasında, uzman ve onun amiri arasında, belirli bir vakayla ilgilenen multidisipliner ağa dahil olan insanlar arasında vb. örneklerle çatışma senaryoları görülebilmektedir (Thompson, 2013). Psikososyal destek hizmeti sunucularının palyatif bakım merkezlerinden hizmet alan bireylerle çalışırken yukarıda sıralanan örneklere yönelik arabuluculuk rolünü yerine getirmesi bakım sürecinin olumsuz etkilenmesini engelleyecek önemli bir faktördür.

Katılımcıların ifadeleri incelendiğinde çoğunlukla hasta ile aile bireyleri arasında arabuluculuk gerçekleştirdikleri görülmektedir. Özellikle hastalık sürecinde bozulmuş aile ilişkilerinin düzeltilmesi, hastaya sosyal destek sağlanması ve hastanın bakımını gerçekleştirebilecek aile bireyleri ile iletişime geçilmesi arabuluculuk kapsamında atılan adımları oluşturmaktadır:

“...bazen hasta çocuğuna küsmüş oluyor, eşine küsmüş oluyor. Ben kurum bakımı istiyorum diyor. Sonra siz hani devreye giriyorsunuz olay çözülüyor... aile ilişkileri bozursa mutlaka hani çocuğu, eşi ya da ona bakım verebilecek kimse varsa ondan destek istiyoruz. Hani birazcık arabuluculuk gibi oluyor aslında burada.” (K10, Kadın, 48, Sosyal hizmet uzmanı)

“Birimdeki hizmet kapsamı içeriğinde, yatan hastalardan sosyal destek kaynağı eksik olan hastaların yanı sıra hasta yakınları ile iletişime geçmek, hastaya destek olmaları yönünde görüşmeler yapmak.” (K16, Kadın, 29, Psikolog)

Hasta ile aile bireyleri arasında gerçekleştirilen arabuluculukta uzmanın; bazı zamanlarda aile bireylerinden olumlu dönüşler aldığı için aile üyeleri arasında bağı kurabildiği, arabuluculukta başarılı olduğu fakat bazı zamanlarda hasta ile aile bireylerinin ilişkilerinin çok fazla yıpranmış olmasından dolayı başarılı olamadığı ifade edilmiştir:

“... arabulucu gibi olmaya çalışıyoruz hakikaten. Çünkü rolümüz, görevimiz bence biraz da bu... Öyle bir durumda ulaştığımız zaman bazen olumlu dönütler olabiliyor ama bazen de ilişkiler o kadar yıpranmış oluyor ki hani görüşmek istemiyor. Benim arayıp ‘babanız vefat etti, gelip cenazenizi alacak mısınız’ dediğimde ‘hayır almayacağım, ne yapıyorsanız yapın’ deyip telefonu kapatan danışanlarım bile olmuştu.” (K6, Kadın, 37, Sosyal hizmet uzmanı)

Bir katılımcı ise hasta ile doktor arasındaki çatışmalar konusunda kendisinden destek istendiğini, kendisinin de bu noktada arabuluculuk yaptığını belirtmiştir:

“... mesela diyelim ki işte hastayı çıkarmak istiyor doktor, hasta çıkmak istemiyor falan. Genelde de böyle sıkıntılı dönem zamanlarda bir uzlaşa sağlayalım diye konsilerler bizden. Hasta ya ilacını kullanmak istemiyordur, işte ya çıkmak istemiyordur, bir uyumsuzluk vardır doktorla hasta arasında falan. Mesela gidiyorum görüşüyorum işte doktora diyorum ‘siz böyle yapın’, hastaya diyorum ‘şöyle yap’ falan.” (K5, Kadın, 54, Psikolog)

Bilgilendirme

Palyatif bakım sürecinin başından sonuna kadar çeşitli durumlarla ilgili hastaların ve hasta yakınlarının bilgilendirilme ihtiyacı ortaya çıkabilmektedir. Tedavinin gidişatı ve hangi tedavi yönteminin veya tıbbi girişimin neden yapılacağı konularında bilgi sahibi olma isteği bireyler için öncelikli olabilmektedir. Bu konularda bilgilendirme hekim ve hemşireler tarafından yapılmaktadır. Bunun yanı sıra bireylerin özellikle taburcu olduktan

sonra evde bakım sürecini kolaylaştıracak ve maddi durumlarına katkıda bulunacak hizmetler hakkında bilgilendirme yapmak taburculuk sonrası yaşamlarının daha kaliteli hale gelmesini sağlayacak önemli bir mesleki müdahaledir.

Hasta ve hasta yakınlarının yararlanabilecekleri sosyal hizmetlere ilişkin bilgi eksikliklerinin olması araştırmaya katılan çoğu sosyal hizmet uzmanı tarafından dile getirilmiştir. Bu bağlamda sosyal hizmet uzmanlarının palyatif bakım merkezlerinde hastalara ve hasta yakınlarına sosyal hizmetlere yönelik bilgilendirme yaptıkları, bilgilendirme konularının ise evde sağlık hizmeti, evde bakım ücreti, evde temizlik hizmeti, engelli raporu, hasta bezi raporu ve 2022 aylıklarına ilişkin olduğu görülmektedir:

“Hastanın servise yatışının ardından hasta ve yakınları ziyaret edilerek sosyal hizmet içeriği, alabilecekleri hizmetler hakkında bilgilendirilir.” (K13, Kadın, 33, Sosyal hizmet uzmanı)

“Genel olarak hizmetler hakkında bilgi veriyoruz, hem Sağlık Bakanlığının hem belediyelerin hem sosyal hizmetlerin. İşte neler bunlar? Evde sağlık hizmetleri, evde bakım ücreti, işte tabi çok yaşlı genelde hastalar yaşlı olunca ona bakan eşi de yaşlı oluyor işte belediyenin verdiği hizmetler var sizler de bilirsiniz temizliktir vs. tabi hepsi dediğim gibi karşı tarafın ihtiyacına göre bunlar değişiyor. İşte sosyoekonomik yardımlar, taburculuk sonrası alacakları hizmetler ama benim için en önemlisi evde sağlık hizmeti. Yıllardır yatalak olan hastası için evde sağlık hizmetini bilmeyen o kadar çok hasta var ki. Birçok kez hastaneye gitmiş ve bu hizmet hakkında hiç kimse bilgi vermemiş. Ben buna çok şaşıyorum mesela.” (K2, Kadın, 40, Sosyal hizmet uzmanı)

“... 2022 maaşından bahsediyoruz. Engelli bakım ücretinden bahsediyoruz. Engelli raporunu hepsinden önce bahsediyoruz zaten.” (K9, Kadın, 30, Sosyal hizmet uzmanı)

“İnsanlar çoğu engelli maaşından haberleri yok ya da işte bez raporla yazılabilen bir şey, bunu hekimi, sekreteri atladıysa o bezi aylarca yıllarca cebinden almaya çalışan hasta bezini insanlar var. İşte orada sosyal hizmet uzmanının rolü çok önemli... bazen atlanabiliyor böyle şeyler ama sen biliyorsan ki o taburcu olduktan

sonra hakikaten o bezi alabilecek durumu yok, rapor çıktığı zaman ücretsiz alabiliyorsun. Ama onu bile hani hasta bilmeyebilir, gerçekten bilmeyebilir, hekim atlayabilir. Ama sosyal hizmet uzmanının oradaki en ufak bir şeyi bir destektir bence.” (K6, Kadın, 37, Sosyal hizmet uzmanı)

Araştırmaya katılan psikologların ise palyatif bakımda kendi görevlerine, ulaşım bilgilerine, bakım sürecine ve hasta-hasta yakınının sürece ilişkin edinmek istediği bilgilere yönelik bilgilendirmede bulundukları görülmektedir:

“İhtiyaç olduğunuz zaman biz buradayız, bize ulaşabilirsiniz. Öncelikle bunu söylemek gerekiyor. Yani taburcu olsalar da kontrole geldikleri zaman bize ulaşabilirler. Yani bunu fark ettirmek. Yani önce bilgilendirme aslında psikoeğitim gibi.” (K8, Kadın, 34, Psikolog)

“Hasta ya da yakınının hastaneye yatış ve süreci ile ilgili kaygısı varsa bilgilendirme yapıyoruz.” (K15, Kadın, 32, Psikolog)

“... hastanın bilgilendirilmesi ile ilgili eksiklik var ise eksiklik görülen durumları çözmek adına gerekli yerlerle bilgi akışında bulunup hasta veya yakınına bilgilendirmede bulunmaya çalışıyoruz.” (K16, Kadın, 29, Psikolog)

Grup çalışmaları

Grup çalışmaları grup etkinlikleri aracılığıyla bireylerin entelektüel, duygusal ve sosyal gelişimlerini kolaylaştırmakla ilgilenir. Grup çalışmalarının sosyalizasyonu gerçekleştirme, karşılıklı bilgi alışverişi yapma, hataları sınırlama, uğraş sağlama, daha iyi ilişkilerin kurulmasına yardımcı olma gibi hedefleri vardır (Zastrow, 2015).

Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının palyatif bakım merkezlerinde gerçekleştirdikleri grup çalışmalarının çoğunlukla bireylerin yararlanabilecekleri sosyal hizmetlere ilişkin bilgilendirme amaçlı olduğu görülmektedir. Bu doğrultuda grup çalışmalarının eğitim grupları şeklinde planlandığı söylenebilir. Hasta ve hasta yakınlarının

yararlanabilecekleri sosyal hizmetlere ilişkin bilgi eksikliklerinin fazla olması nedeniyle uzmanların grup çalışmalarının içeriğini bu doğrultuda planladığı anlaşılmaktadır:

“Bu grup çalışmasının içeriği yoğun bir şekilde sosyal hizmet modellerini tanıtmaya, bir şeye ihtiyaçları var mı hani bu sosyal hizmetle alakalı herhangi bir yardım destek gerekiyor mu? Çünkü belli bir yerden sonra zaten birçoğu engelli sınıfında. Bu engelli sınıfı da ağır olan yani ağır engellilik sınıfı. Böyle olunca da devlette birçok destek alabilme imkanları varken bihaberler. Biz bu konuda onlara bilgilendirme yapıyoruz. O yüzden aslında düşününce bizim grup çalışmamız eğitsel oluyor, eğitim amaçlı.” (K9, Kadın, 30, Sosyal hizmet uzmanı)

Bunun yanı sıra bireylerin sosyal hizmetlere ilişkin bilgi eksikliklerinin gerçekleştirilen grup çalışmaları sayesinde uzmanlar tarafından daha iyi fark edildiği de belirtilmiştir:

“Sosyal hizmet modellerini insanlar bilmiyor. Nasıl yararlanabilirler, nerelere başvurabilirler? ... İnanın grup çalışmalarında bunu daha iyi gördük. Evde bakım maaşı nedir, engelli maaşı nedir, sosyal ekonomik destek nedir, sosyal yardımlaşmalardan nasıl faydalandırılabilir, sağlık kuruluna bu hasta girebilir mi, rapor alabilir mi? Bunu bilmiyorlar. Bu grup çalışmalarında özellikle bunların üzerinde durarak bilgilendirmelerini yapıyoruz.” (K3, Erkek, 32, Sosyal hizmet uzmanı)

Grup çalışmaları sayesinde çalışmalara katılan ve benzer durumda bulunan bireylerin, özellikle hasta yakınlarının, birbirleriyle fikir alışverişi gerçekleştirmeleri sağlanmaktadır:

“Yine sosyal hizmet bilgilendirmesi yapılıyordu. Daha sonra bu süreçte yaşayabilecekleri sorunlarla ilgili fikir alışverişi, görüş alışverişi, diğer hasta yakınlarının birbirleriyle irtibatının sağlanması, benzer sorunları yaşayanların birbirlerine bunu paylaşarak çözüm üretmelerini sağlıyorduk.” (K3, Erkek, 32, Sosyal hizmet uzmanı)

Araştırmaya katılan psikologlar ise palyatif bakım merkezlerinde hasta yakınlarına yönelik, onların duygularını açığa çıkarmak amacıyla duygu paylaşımı odaklı grup çalışmaları gerçekleştirdiklerini belirtmişlerdir:

“... böyle etkileşim grubu gibi hasta yakınlarıyla yapıyoruz. Genelde bir etkileşim grubu ya da biraz böyle işte psikodrama ağırlıklı... Daha çok öyle yani duygu paylaşımı diyelim.” (K4, Kadın, 55, Psikolog)

“Biz hem bireysel görüşmeler yapıyoruz hem de grup çalışması olarak çalışmalar da yürütüyoruz hasta yakınlarıyla... haftalık toplantı yapıyorum. Yani duygu paylaşımı üzerine oluyor o daha çok, duygu odaklı bir toplantı oluyor.” (K8, Kadın, 34, Psikolog)

Psikolojik görüşme gerçekleştirme

Psikolojik görüşmeler bireyin geçmişteki veya mevcut davranışları, inanışları, tavırları, duyguları ve problemleri hakkında bilgi toplamanın bir yöntemidir (Plotnik, 2009).

Araştırmaya katılan psikologlar hastalarla ve hasta yakınlarıyla palyatif bakım sürecinde psikolojik görüşmeler gerçekleştirerek bu görüşmeler ışığında bireylere psikolojik destek sağladıklarını ifade etmişlerdir. Psikolojik görüşmelerin bireylerin ihtiyaç ve istekleri doğrultusunda veya gerekli görülen durumlarda planlandığı anlaşılmaktadır:

“Yatan hastalarla, her hastayla görüşüyorum. Hastaların ihtiyacı ve isteği doğrultusunda onlarla görüşme planı yapıyoruz. Bazen bu haftalık oluyor, bazen 2-3 güne bir. Hastanın durumuna göre tabi ki. Bazen hastalar çok konuşabilir durumda olmuyor. Hasta yakınlarıyla da birebir görüşme yapıyorum. İsterlerse de o görüşmeleri devam ettiriyoruz ihtiyacı varsa.” (K8, Kadın, 34, Psikolog)

“... gerekli görülen görüşmeler ile aile ve yakınlarının psikolojik desteklenmesinin sağlanması... düzenli bir şekilde tam zamanlı çalışmalarında verdiğim hizmetlerdir.” (K18, Erkek, 28, Psikolog)

“Ruh sağlığını korumaya yönelik görüşmeler yapılmakta gerek görüldüğü durumda psikolojik destek ve psikoteknik değerlendirmelerde bulunmaktadır.” (K16, Kadın, 29, Psikolog)

Psikolojik görüşmelerde duygu paylaşımı yoluyla bireyin duygularını ifade etmesi ve duygu boşalımının sağlanmasıyla birlikte bastırılmış duygular açığa çıktığı ve bireyin bu duygularla yüzleşebildiğı, böylece bireyin hem fiziksel hem de psikososyal sağlığını etkileyebilecek olumsuz duygularla baş edebilmesinin sağlandığı ifade edilmiştir:

“Her yatan hastayla bir psikolojik görüşme yapmak... Hasta yakınlarıyla yani ihtiyacı varsa onunla da ayrıca görüşme yapıyoruz... o duyguları paylaşma, işte keşkeleri, yani işte konuştuğumuz şeyler ‘keşke şu da olmasaydı’, hani bastırmadan ziyade işte yakınına ilişkin duygularını hani o ortamda paylaşmasını sağlamak. Aslında hastaların duygularına bir katarsis sağlama. Önemli olan onu anlayıp geri bildirim verip hastanın duygu boşalımını sağlamak, kendisini ifade etmesi. Öyle olduğu zaman zaten işte anksiyete duygusu da baştaki o işte hani o bastırılmış duygulardaki derecesi de git gide azalmış oluyor. Biraz daha yüzleşmiş oluyor.” (K4, Kadın, 55, Psikolog)

Psikolojik test uygulama

Psikolojik testler bireylerin özelliklerini, tutumunu, duygularını ve inanışlarını değerlendirmeye yardımcı olan testlerdir (Plotnik, 2009).

Araştırmaya katılan psikologların bir kısmı hastaların ve hasta yakınlarının psikolojik durumlarını değerlendirmek ve patolojik bulguların ortaya çıkmasıyla birlikte psikiyatriste yönlendirme yapmak üzere palyatif bakım kapsamında psikolojik test uyguladıklarını belirtmişlerdir. Psikolojik testlerin her birey için değil, sadece gerekli görülen durumlarda uygulandığı anlaşılmaktadır:

“Her yatan hastayla bir psikolojik görüşme yapmak, işte daha önce destek tedavisi alıp almadığını sorgulamak, gerekirse işte hastaya test uygulamak, eğer psikiyatrik ihtiyacı varsa psikiyatriye yönlendirmek...” (K4, Kadın, 55, Psikolog)

“... genel olarak hastane depresyon skalamız var, onu kullanıyoruz daha çok. Hasta yakınlarına da kullanabiliyoruz yeri geldiğinde. En azından hani depresyon ve anksiyete düzeylerinin patolojik olup olmadığına bakmak için. Eğer şeyse medikal tedavi gerektirecek düzeydeyse çünkü psikiyatri konsültasyonu istememiz gerekiyor.” (K5, Kadın, 54, Psikolog)

“Bazen hastalara mini mental test uygulayabiliyorum ama bunu her zaman yapmıyorum. Doktorlar benden talep ettiğinde uyguluyorum.” (K8, Kadın, 34, Psikolog)

Ayni-nakdi yardım sağlama

Araştırmaya katılan bazı sosyal hizmet uzmanları palyatif bakım merkezlerinde tedavi gören ve ekonomik ihtiyaçları bulunan bireyler için çalıştıkları hastanelerin imkanları dahilinde ayni ve nakdi yardımda bulunduklarını belirtmişlerdir. Bireylerin para ve kılık kıyafet gibi ayni-nakdi ihtiyaçlarını daha çok bağışlar vasıtasıyla giderildiği görülmektedir:

“... ekonomik olarak desteklenmeye ihtiyacı olan insanlar mutlaka oluyor. Burada da öyle bağış şeklinde gelen şeyler oluyor hani para getiriliyor, pijama temin ediyoruz mesela tutanakla.” (K6, Kadın, 37, Sosyal hizmet uzmanı)

“İşte maddi sıkıntı yaşıyorsa burada buraya gelen bağışlar ne olabilir, ona nasıl destek olabilirim diye o anki sorununu çözmeye çalışıyorsunuz. Burada mesela taburcu olup evine gidemeyen insanlar var. Ne yapıyoruz, biz buraya gelen ya da kendi arkadaşlarımız arasında yardımlar topluyoruz. Hani elimizde varsa o an için onun mesela maddi sıkıntısını gideriyoruz. Ya da bir kıyafet sorunu oluyor, pijaması yok, işte olmamış, terliği yok. Buradan onları temin etmeye çalışıyoruz.” (K10, Kadın, 48, Sosyal hizmet uzmanı)

Hasta yakını eğitimi

Palyatif bakım alanında fiziksel bakım kapsamında yatak pozisyonu verilmesi, yara bakımının yapılması, hijyenin sağlanması gibi bakım faktörlerinin hasta taburcu olduktan sonra da sürdürülebilmesi önem taşımaktadır. Hasta yakınlarına bu yönde çeşitli eğitimler genellikle servis hemşireleri tarafından verilmektedir. Bunun yanı sıra hem hastanın hem de hasta yakınının psikososyal gereksinimlerine yönelik verilebilecek eğitimler de taburculuk sonrası bireylerin hayatlarını kolaylaştırma adına en az fiziksel bakıma ilişkin eğitimler kadar önemlidir. Bu nedenle hasta yakını eğitimi psikososyal destek hizmetlerinin önemli bir parçası olarak değerlendirilmektedir.

Katılımcıların ifadelerine göre palyatif bakım merkezlerinde hasta yakınlarına verilen eğitimlerde hastanın evde bakımının nasıl gerçekleştirileceği konusu ön planda olmakla beraber palyatif bakımın tanıtımı, sosyal hizmetler, yas süreci konuları da hasta yakınlarına verilen eğitimlerin içeriğini oluşturmaktadır:

“Buradaki bakım bir nebze yürüyor hastanedeki bakım ama eve çıktıklarında daha zorlu bir süreç onları bekliyor. Onları bir nebze burada yatarken de eve hazırlamak gerekiyor.” (K11, Kadın, 41, Sosyal hizmet uzmanı)

“... yas üzerine aile ve yakınlarına psikoeğitimler verilmesi... düzenli bir şekilde tam zamanlı çalışmalarında verdiğim hizmetlerdir.” (K18, Erkek, 28, Psikolog)

Özellikle hasta bakımına yönelik verilen eğitimlerin bireylerin yaşam kalitesini yükselten önemli bir uygulama olduğu belirtilmiştir:

“Biz hasta yakınlarına eğitim veriyoruz; hijyen eğitimleri, temizlik, palyatif nedir gibi eğitimler veriyoruz. Bakımevlerini anlatıyoruz... Şu anki palyatif bakımla hastalara eğitim verildiği için hasta bakımlarında işte temizliği nasıl olur, mamasını nasıl yer, altı nasıl değiştirilir, cihazlarını nasıl kullanır vs. eğitim verildiği için hastaların hayat kalitesini yükselten bir yer.” (K1, Kadın, 32, Sosyal hizmet uzmanı)

Katılımcılardan biri çalıştığı palyatif bakım merkezinde hasta yakınlarının eğitimi kapsamında bir proje geliştirildiğini, bu proje sayesinde hasta bakımına ilişkin

bilgilendirmelerin ve bireylerin yararlanabilecekleri hizmetlere ulaşımının sağlandığını ifade etmiştir:

“Hasta yakınına hastanın bakımıyla ilgili bilgilendirme eğitimleri önemli... Palyatif hastalarıyla ilgili Yaşam Destek Okulu Projesi kapsamında hasta yakınlarına eğitimler verildiği için yönlendirmeler ve hasta yakınının ulaşması önemli olmuştur.” (K17, Kadın, 27, Sosyal hizmet uzmanı)

3.2.4.3. Taburculuğa ilişkin gerçekleştirilen uygulamalar

Taburculuğa hazırlık

Taburculuğa hazırlık bireyin bakım sürecinde sona gelinmesiyle birlikte hastaneden ayrılmadan önceki aşama olup taburcu olmak için tamamlanması gereken birtakım işleri içermektedir. Bunlar son kontroller, evraklar, ulaşım, barınılacak yer gibi konulara ilişkin işlerdir. Özellikle taburculuk sonrası yaşam düzenlemelerinin planlanması noktasında bu aşamada sosyal hizmet uzmanına önemli görevler düşmektedir. Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanları da taburculuğa hazırlık aşamasının bireylerin taburculuk sonrası yaşam düzenlemelerine katkıda bulunma yönünü vurgulamışlardır. Bu noktada; çeşitli hizmetlere ve ilaçlara erişimi mümkün kılacak engelli raporu, ilaç raporu gibi raporların hazırlanmasını sağladıkları, engelli aylıkları, evde bakım ücreti gibi hizmetlerle ilgili bilgilendirme ve yönlendirmeler yaptıkları, barınma ile ilgili değerlendirme ve yönlendirmeler yaptıkları görülmektedir:

“Taburculuk aşamasında da, taburculuk öncesi biz burada yatan tüm hastaların eğer son dönem hasta değilse, taburcu olmadan önce mutlaka hepsinin engelli raporunu ve diğer ilaç raporlarını, birçok ilaçların raporlarını çıkartıyoruz. Şimdi sistem değişti, her şeyi hazırlıyoruz, taburcu olurken veriyoruz... Biz hastanede yattığından itibaren taburcu olmadan önce yapılacak tüm işlemleri yapıyoruz, taburculuktan sonra onların yapması gereken, hastaneye götürmesi gereken bir durum kalmıyor.” (K2, Kadın, 40, Sosyal hizmet uzmanı)

“Hani hasta buradan taburcu olmadan, çünkü sağlık kurulu raporu çıkarmak biraz uzun süren de bir iş. Ve hani palyatifteki hastalar yürüyüp kendi işlerini çoğu zaman yapamayan hastalar olduğu için rapor sürecinde bir destek olunuyor. Hani buradan

çıkmadan evde bakım yardımı alabilecek bir hastaysa hani o yönlendirmesi yapılıyor, engelli maaşı alabilecek bir hastaysa ona yönelik bir çalışma gerçekleştiriliyor.” (K6, Kadın, 37, Sosyal hizmet uzmanı)

“Şimdi bizim burada tedavi süreci doldu ve burada artık tedaviye gerek yok, enfeksiyon hastane enfeksiyonu var ve hastanın bir an önce taburcu edilmesi lazım... E böyle olunca da bizim onu bakım merkezine yönlendirmemiz gerekiyor. Bu süreci de maddi manevi onların hani planlanmasında destekliyoruz.” (K9, Kadın, 30, Sosyal hizmet uzmanı)

Araştırmaya katılan psikologlardan biri ise palyatif bakımda taburculuğa hazırlık aşamasında hastalarla ve hasta yakınlarıyla görüşmeler yaptığını, ihtiyaç duyulması halinde taburculuk sonrasında da görüşmelere devam ettiğini belirtmiştir:

“Taburculuk sırasında hastanın yanı sıra hasta yakını veya refakatçisi ile görüşülmekte sonrasında gerek görülürse ayaktan psikoloji birimimizde hastanın takibi yapılmaktadır.” (K16, Kadın, 29, Psikolog)

Takip

Vaka takibi, palyatif bakım süreci boyunca psikososyal müdahalede bulunan hastaların ve hasta yakınlarının merkezden taburcu olduktan sonraki durumlarının kontrol edilmesi yoluyla palyatif bakım sürecinde gerçekleştirilen psikososyal müdahalelerin etkililiğini değerlendirme noktasında bir izleme çalışmasıdır. Bunun yanı sıra süreçte tamamlanamayan müdahalelerin devamının sağlanması ve tamamlanması için de vaka takibi gereklidir.

Katılımcılar palyatif bakımdan taburcu olan her hastanın takibini yapmadıklarını, gerekli görülen durumlarda takip çalışması yaptıklarını belirtmişlerdir:

“Bu süreçte de zaten en uygun olan modellerin belirlenip hasta yakını ve hastaya gerekli yönlendirmeler yapıp devamında takibi gerekirse sağlanıyor. Genelde de bizim hastane olduğu için hastaneden çıktıktan sonra çok takip yaptığımız

söylenemez. Biz genelde gerekli resmi kurumlarla iletişimleri sağlayıp yazışmayı yapıp artık devri onlara yapıyoruz.” (K9, Kadın, 30, Sosyal hizmet uzmanı)

“Taburculuk sırasında hastanın yanı sıra hasta yakını veya refakatçısı ile görüşülmekte sonrasında gerek görülürse ayaktan psikoloji birimimizde hastanın takibi yapılmaktadır.” (K16, Kadın, 29, Psikolog)

Hastanın tedavi gördüğü sırada tamamlanamayan çalışmalar için taburculuk sonrasında takip gerçekleştirmenin yanı sıra bazı hastalarla duygusal bağ kurulduğu için de taburculuk sonrası durumları hakkında bilgi edinmek adına takip gerçekleştirilebilmektedir:

“Taburculuk sonrası yani çok fazla değil ama bazı hastaların oluyor evet. Şöyle olabiliyor; mesela yarım kalmış işler varsa takibini yapıyoruz... Bir de bazı hastalarla duygusal bağlarımız da oluyor açıkçası. Sadece hani nasıl oldu hastan, iyi mi ya da şu anki aşaması nasıl? ... duygusal anlamda bu da olabiliyor ama yüzde yüz tüm hastaların takibini yapıyoruz diyemeyeceğim.” (K2, Kadın, 40, Sosyal hizmet uzmanı)

3.2.4.4. Diğer uygulamalar

Ekip üyelerine yönelik çalışmalar

Yaşamı tehdit eden hastalığa sahip bireylerle ve yakınlarıyla çalışmanın meslek elemanları için getirdiği çeşitli zorluklar bulunmaktadır. Bakımın zorluğu, iş yükü, hizmet sunumundaki aksaklıklar gibi çalışma faktörüne bağlı zorlukların yanı sıra stres, tükenmişlik gibi bireysel faktörler meslek elemanlarının çalışmalarının etkililiğini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu bağlamda ekip üyelerine yönelik psikososyal destek çalışmaları da önem kazanmaktadır.

Katılımcılardan çoğunlukla psikologların ekip üyelerine yönelik çalışmalar gerçekleştirdiği; çalışmaların bireysel görüşmeler, toplantılar, eğitimler ve moral-motivasyon günleri şeklinde yapıldığı görülmektedir. Hastayla iletişim yolları, iş yükü, tükenmişlik, merhamet yorgunluğu, hiyerarşik problemler ve nöbet düzenlemelerine ilişkin problemlerin ekip üyelerine yönelik çalışmaların temelini oluşturduğu anlaşılmıştır:

“Özellikle hemşire grubu baya bir ciddi etkileniyor palyatif bakımdan. Mesela kemoterapide falan baya ciddi anlamda şey yapıyorlar. Onlarla bireysel görüşme yapılıyor hepsiyle.” (K5, Kadın, 54, Psikolog)

“Biz hemşirelerle toplanıyoruz zaman zaman. Onların ihtiyaçlarına yönelik yine tekrar görüşmeler yapıyoruz. Bazen böyle onların arasında çatışmalar oluyor koşullardan dolayı. Çünkü palyatifte çalışmak biraz yüklü, psikolojik olarak da. Bir de sayıları zaman zaman yetersiz oluyor, o yüzden iş yükleri biraz fazla oluyor. Arada böyle toplantılar yapıyoruz hani ne olabilir, ne yapabilirler? Hem duygu paylaşımı oluyor hem de biraz daha iyileştirmeye yönelik. Doktorlarla birlikte öyle çalışmalar yapıyoruz zaman zaman. (Tükenmişlik durumları olabiliyordur muhtemelen?). Evet evet. Biraz da hiyerarşik problemler olabiliyor. Ya da nöbetlerde bazen sorunlar olabiliyor. Ya da hasta veya hasta yakınlarıyla iletişimlerinde bazen sorun yaşayabiliyorlar. Onlarla ilgili görüşüyoruz... İşte kahve günlerimiz oluyor, kahvaltı yapıyoruz. Güzel oluyor. Yani bu iyi oluyor. Hem hastaları konuşmadan toplanmış oluyoruz.” (K8, Kadın, 34, Psikolog)

Katılımcılardan biri hasta yakınlarından daha çok ekip üyelerinin psikolojik anlamda desteğe ihtiyaçları olduğunu vurgulamıştır. Bu noktada ekip üyelerine yönelik çalışmaların önemli olduğu anlaşılmaktadır:

“Bu sene palyatif bakım servisinde çalışan personelin hemşireler, doktorlar, temizlik görevlileri, sosyal hizmet uzmanları, hizmetli destek personelinin kapsayan motivasyon günü yapmıştık. Bu toplantıya yöneticilerimizi davet edip sorunları, çözüm yollarını ele alıp hasta ile iletişim, tükenmişlik, merhamet yorgunluğu üzerine eğitimler verilmiştir. Hastanemizde palyatif bakımda eksikliğimizi hissedendenler hasta yakınlarından daha çok ekip arkadaşlarımız. Palyatif bakımda psikologların varlığı çalışan personel için önemli bir destek mekanizmasını oluşturuyor.” (K18, Erkek, 28, Psikolog)

Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarından biri ise sosyal hizmet mesleği çoğu çalışan tarafından bilinmediği için ekip üyelerine yönelik çalışmalar kapsamında mesleğin tanıtımına dair eğitim faaliyetleri gerçekleştirdiklerini ifade etmiştir:

“...ekip üyelerine yönelik; sosyal hizmetler insanların akıllarında çok belirsiz, siz ne iş yapıyorsunuz, hani hastanede sosyal çalışmacı ne iş yapar, bu çok soruluyor... sosyal hizmet uzmanı nedir kimdir ne iş yapar, palyatife de aynı şekilde anlattık.”
(K1, Kadın, 32, Sosyal hizmet uzmanı)

Bilimsel çalışmalar

Araştırmaya katılan psikologlardan biri palyatif bakım merkezinde uygulayıcı olarak çalışmasının yanı sıra palyatif bakımda psikoloji mesleğine ilişkin gerçekleştirdiği bilimsel çalışmalarla da alana katkıda bulunmaktadır. Bunu bir psikoloğun palyatif bakımda araştırmacı rolüne örnek olarak göstermek mümkündür:

“Bunlara ek olarak palyatif bakım hizmeti ile ilgili sempozyum ve kongrelerde psikolog görevlerini ve etik zorluklar ile ilgili konularda konuşmacı olarak katılmaktayım. Hem uygulayıcı, hem araştırmacı olarak çalışmaktayım. Şu an üzerine çalıştığım bir makalem mevcut.” (K18, Erkek, 28, Psikolog)

3.2.5. Psikososyal destek hizmeti verirken yaşanan güçlükler

Sosyal hizmet uzmanları ve psikologların palyatif bakım merkezlerinde psikososyal destek hizmetlerini yürütürken karşılaştıkları birtakım güçlükler bulunmaktadır. Bu bölümde bu güçlükler; prosedüre ilişkin güçlükler, merkezlerin özelliklerine ve işleyişine ilişkin güçlükler, mesleki güçlükler ve hizmet alanlara ilişkin güçlükler alt temaları altında ele alınarak açıklanmıştır.

3.2.5.1. Prosedüre ilişkin güçlükler

Prosedürün ve bürokratik işlemlerin (hasta kabul, kayıt, evrak vb.) işleyişindeki gecikmeler

TDK (2019) tarafından işlem ve yöntem kelimeleriyle açıklanan prosedür, bir işte yapılması gereken işlemleri, izlenmesi gereken yol ve yöntemleri belirten bir kavramdır. Sosyal hizmet uzmanları müracaatçıları hizmetlerle buluştururken ilgili kurum ve kuruluşların prosedürlerine uygun olarak çalışmalarını gerçekleştirmek durumundadırlar.

Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının bir kısmı çalışmalarını prosedüre uygun gerçekleştirdiklerini fakat işleyişteki gecikmeler noktasında güçlük yaşadıklarını belirtmişlerdir:

“Bizim ülkemizde maalesef birçok kanunlar, hizmetler de, prosedürler de çok yavaş işliyor. Yani mesela bir tane refakatçisi yoksa hastanın yalnızsa, biz sosyal hizmetleri hemen arıyoruz hemen bulunuyormuş gibi algılanıyor ama olmuyor öyle bir şey.” (K2, Kadın, 40, Sosyal hizmet uzmanı)

“... Aile Bakanlığının da belli bir prosedürü ve uygulaması var. Hani atıyorum sen hastayı bugün yazdın bakımevi için bir ay sonra çıkabiliyor yani hemen bugün yazdın bugün gitme şansı yok.” (K6, Kadın, 37, Sosyal hizmet uzmanı)

“...bu birimde tedavi gören hastaların son dönem bakım hastaları olduğu unutulmadan verilen hizmetlerin hiyerarşiye ve yönetmelik maddelerine takılı kalmaması gerekiyor, hızlandırılmış bir şekilde tamamlanması gerekiyor.” (K13, Kadın, 33)

Kaynak yetersizliği

Kaynak yönetimi müracaatçının ihtiyaç ve sorunlarının çözümü noktasında sosyal hizmet uzmanının gerçekleştirdiği önemli bir mesleki müdahaledir. Müracaatçının halihazırda kullandığı kaynaklarla alışverişini uyarmak, kullanmadığı kaynaklara ulaşmasını sağlamak, olmayan kaynakların ise geliştirilmesini sağlamak kaynak yönetimi kapsamında sosyal hizmet uzmanının görevlerini oluşturmaktadır (Duyan, 2003).

Araştırmanın bulgularında da açıklandığı üzere hastaların ve hasta yakınlarının ihtiyaç ve sorunlarının ardından bunlara ilişkin kaynakların belirlenmesi sosyal hizmet uzmanlarının önemli uygulamalarından biridir. Fakat kaynak yetersizliği sosyal hizmet uzmanlarının bu uygulamaya ilişkin yaşadıkları güçlüklerden biri olarak belirtilmiştir:

“... yeterince onların istediği ölçüde destek-maddi destek sağlayamıyor olabiliriz. Çünkü bu maddi destek de hani imkanlar ölçüsünde oluyor. Ya da valiliğin sunduğu miktarlar açısından olabiliyor.” (K10, Kadın, 48, Sosyal hizmet uzmanı)

“Hani tepeden çünkü, diyor ki ‘şunu şunu yapın’ diyor. E yapayım da, benim elimde imkanım yok. Nasıl yapacağım? ‘Şunu yap’. Tamam oldu amenna.” (K11, Kadın, 41, Sosyal hizmet uzmanı)

Kaynak yönetimi kapsamında kaynaklara ulaşma noktasında yaşanan zaman kaybı da güçlüklerden biri olarak ortaya çıkmıştır:

“Ya da kaynaklara ulaşmada bazen çok zaman kaybı yaşıyoruz. Kızılay’la olsun, belediyeyle olsun. Bekliyor hani hastaya atıyorum bir haftada gelmesi gereken, ihtiyacı olan malzemeyi biz bazen iki üç haftada temin ediyoruz. Bu da bizim direkt olarak bize sağlanan bir maddi fon olmadığı için, direkt maddi yardım yapma yetkisi olmadığı için bizde bunlar için zaman kaybı diyebilirim. Ulaşamıyor değiliz, ulaşıyoruz ama biraz zor oluyor.” (K1, Kadın, 32, Sosyal hizmet uzmanı)

Sosyal hizmetlerin sunumundaki aksaklıklar

Hastaların ve hasta yakınlarının yönlendirmelerinin yapıldığı sosyal hizmetlerin sunumundaki aksaklıklardan dolayı bireylerin ihtiyaç ve sorunlarının tam anlamıyla çözümlenememesi sosyal hizmet uzmanlarını zor durumda bırakan bir faktör olarak ifade edilmiştir. Bu nedenle katılımcılardan biri mesleki uygulamaları gerçekleştirme noktasında geri planda durmak zorunda kaldığını belirtmiştir:

“Bir de bizim ülkemizde sosyal hizmet altyapısı tam oturmamış. Hani biz bunun sıkıntısını çok yaşıyoruz. Onun için mesela biz diyelim ki görüştük, şimdi hasta nakil, hasta nakilde hizmetlerinde o kadar zorlanıyoruz ki. Yani hani 112 doktorun aramasını istiyor. İşte 188 refakatçisi olmadan hastayı götürmüyor. Ama zaten hani biz kimsesiz hastanın sorununu çözmek istiyoruz. Sen hani kimsesizin kimsesi olacaksın. Böyle bir iddiada bulunmuştun. Ama öyle bir hizmet yok yani. Şimdi ondan sonra işte maddi yardım. Evet maddi durumum bozuk diyor. Vakıflara ilçe

vakıflarına gönderiyorsunuz sosyal yardımlaşmalara. Maddi yardım neredeyse hiç yapılmıyor, aynı yardım yapılıyor. Yani kurum bakımı, kurum bakımında çok zorlanıyoruz mesela o kadar çok uzun sıralar bekletiliyor ki, işlemler çok uzun sürüyor. Onun için insanlar hani o altyapının eksikliğinden dolayı diyor ki bana ne vereceksin, niye görüştün? Hani onun için biz biraz daha geri planda durmak durumunda kalıyoruz... Mesela işte yabancı uyruklu hasta. O kadar çok hizmetler oturmamış durumda ki göç idaresini defalarca arıyorsunuz. Asla ulaşamıyorsunuz. Yani bir sürü konuda sıkıntılar var... Hani çok hizmetlerden faydalanma konusunda sıkıntı var. Yani onun dışında hizmetler biraz daha aktif hale getirilerek hastaların mağduriyeti giderilebilir diye düşünüyorum.” (K7, Kadın, 48, Sosyal hizmet uzmanı)

Ekonomik getirinin olmaması / azlığı

Palyatif bakım kapsamında psikososyal destek hizmeti verirken bu hizmetin karşılığında ekonomik kazancın az olması veya olmaması bazı psikologlar tarafından yaşanan güçlükler kapsamında dile getirilmiştir:

“Ekonomik açıdan da tatmin edici bir sistem mevcut değil.” (K18, Erkek, 28, Psikolog)

“... özellikle bu son zamanlarda gündemde ya bu performans bilmem ne olayları yani bu çok adaletsiz bir sistem. Çünkü performans dediğinizde şurada bir ekip çalışıyor yani 7-8 kişilik bir ekip çalışıyor ama sadece doktor performans alıyor. Yani bana konsültasyon yazıyor doktor, ben gidiyorum 45 dakika hastayı görüyorum, ama benim gördüğüm o emeğimin karşılığını para olarak doktor alıyor, konsültasyon istediği için. Acı.” (K5, Kadın, 54, Psikolog)

3.2.5.2. Merkezlerin özelliklerine ve işleyişine ilişkin güçlükler

Profesyonel görüşme yapmanın önündeki engeller / Mekan yetersizliği

Hastanelerin fiziki koşullarının yetersizliği müracaatçı mahremiyeti ve gizlilik ilkesi çerçevesinde mesleki görüşme yapılmasının gerekli olduğu durumların önünde engel

oluşturmaktadır. Profesyonel görüşme yapmak için uygun bir çalışma ortamının olmaması sosyal hizmet uzmanlarının kaynak eksikliğinden ötürü alanda yaşadıkları sorunların başında gelmektedir (Bekiroğlu, 2016). Bu genellemeyi psikologlar için de yapmak mümkündür. Özellikle palyatif bakım merkezlerinde psikososyal destek hizmeti veren meslek elemanlarına ayrılan odalar bulunmamaktadır. Birçok katılımcı mesleki görüşmelerini gerçekleştirecekleri odalara sahip olmadıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcılar palyatif bakım kapsamında psikososyal destek hizmeti verirken yaşadıkları güçlükler noktasında en çok mekan yetersizliği konusu üzerinde durmuştur:

“Bence en büyük sorun işte mekan sorunu, oda sorunu. Yani hani ben kaç yıldır buradayım işte yirmi küsur yıldır hani bu ilk yerim de değil, nereye giderseniz gidin bizim gibi mesleklerdeki şey sağlıklı bu. Sosyal hizmet uzmanları için de aynı şey geçerli, yıllardır birlikte çalışıyoruz. Yani hani böyle bir özel oda hastayla teke tek görüşebileceğin ki hele bizim mutlaka öyle olması gerekiyor. Hani bunu defalarca söylemenize rağmen maalesef öyle bir şey yok.” (K4, Kadın, 55, Psikolog)

“... geldiğimden itibaren zorlandığım şey görüşme odalarımızın olmaması. Yani bizim mesela psikologlara ait ya da sosyal hizmet uzmanlarına ait odalarımız yok. Yani bu bence en büyük problem... Ama palyatifte oradaki klinik şefi o odayı bana vermeseydi benim orada yine görüşme odam olmayacaktı... Yani en büyük zorluk bence bu.” (K8, Kadın, 34, Psikolog)

Gizlilik ilkesi sosyal hizmet ve psikoloji disiplinlerinde mesleki görüşmelerin en önemli ilkelerinden biridir. Mesleki görüşmelerin gizlilik ilkesine göre planlanması ve gerçekleştirilmesi müracaatçının mahremiyetini korumak adına oldukça önemlidir. Bu doğrultuda mekana, zamana ve diğer bireylere yönelik doğru planlamaların yapılması gerekmektedir. Katılımcıların ifadelerinden yola çıkarak; görüşme odası olsa bile oda şartlarının profesyonel bir görüşme yapmak için yeterince uygun olmaması, görüşmeyi hasta odasında diğer kişilerin yanında yapıyor olmak, diğer sağlık çalışanları tarafından görüşmelerin sıklıkla bölünmesi profesyonel görüşme yapmalarının önündeki büyük engeller olmakla birlikte gizlilik ilkesine de aykırı durumlar olarak belirtmiştir:

“Şu an bir psikolog odası mevcut değil... Bu konuda zorluk çekiyoruz. Görüşmelerimiz için bir oda oluşturulmuştu ancak yan odaya sesin çok fazla gidiyor

olmasından dolayı bu odayı kullanmadım... Hasta yakınlarının yanında görüşmeyi yapmak da oldukça zor. O oda diğer ekip arkadaşlarımız tarafından yoğun olarak tedavi sürecinde kullanılıyor. Daha sessiz bir ortamda görüşmeler daha iyi olurdu.” (K18, Erkek, 28, Psikolog)

“...orada bir odamızın olması gerekiyor. Çünkü hastalarla görüşmelerimizi biz hasta odasında yapıyoruz, bu da birçok kez bölünüyor, içeriye giren çıkan hasta yakını, hemşire, doktor vs. eksik kalıyor.” (K2, Kadın, 40, Sosyal hizmet uzmanı)

“Kat içerisinde bize ait oda ayrılmadı. Görüşme hasta ile yapılacaksa odasında birebir yapılıyor. Eğer yakını ile görüşme yapılacaksa koridorda ya da boş olan hasta odası varsa orada yapılıyor. Görüşme odasının olamaması görüşmelerin bölünmesine, hastanın ya da yakının rahatça konuşabilmesine engel oluyor. Görüşme yaparken odaya sağlık çalışanlarının müsaade istemeden girmeleri, koridorda hasta yakını ile görüşürken dikkatin dağılması, durumunu rahat anlatamaması, etkinlik yapılacaksa ek odanın olmaması...” (K15, Kadın, 32, Psikolog)

Katılımcılardan biri görüşmelerini gerçekleştirebilmesi adına kendisi için merkez içerisinde bir oda oluşturulduğunu fakat odanın bir psikolojik görüşme için gereken standartlara pek uymadığını ifade etmiştir. Buna rağmen mahremiyeti koruyabildiklerini belirtmesi gizlilik ilkesinin sağlanması açısından önemlidir:

Mesela bizim görüşme odamız var, depo olarak planlanmış, sonradan orayı görüşme odası yaptık. Var ama çok şey değil, kitabi bilgilere uygun değil açıkçası. Yani şey işte masa şurada duracak, doksan derecelik açıyla, işte hasta orada oturacak. Öyle bir oda değil. (Gülüyor). Ama yine de mahremiyeti koruyabiliyoruz, o önemli... Yani böyle çok sağlıklı değil ama en azından palyatifte küçük de olsa bir odanın olması iyi, umut verici yani.” (K8, Kadın, 34, Psikolog)

Katılımcıların mekan yetersizliği sorunundan dolayı mesleki görüşmelerini gerçekleştirmek üzere palyatif bakım merkezi dışında bulunan kendi birimlerine ait odalar, merkez içerisindeki aile odaları, dinlenme odaları gibi boş olan odaları değerlendirdikleri görülmektedir:

“... hasta odasında, hastanın bilinci açık değilse bazı şeyleri daha rahat konuşuyoruz ama eğer hasta algılayabiliyorsa anlayabiliyorsa genelde buraya çağırıyoruz, odaya çağırıyoruz. Veya bizim palyatifte dinlenme odalarımız var, aile odalarımız var, oraya geçip orada görüşüyoruz.” (K2, Kadın, 40, Sosyal hizmet uzmanı)

“Eğer yakını ile görüşme yapılacaksa koridorda ya da boş olan hasta odası varsa orada yapılıyor.” (K15, Kadın, 32, Psikolog)

Mekan yetersizliği, grup çalışmaları gerçekleştirme noktasında da yaşanan bir güçlük olarak belirmiştir. Aynı palyatif bakım merkezinde çalışan iki katılımcı kendi alanlarına yönelik grup çalışmalarını, hastanede iki adet palyatif bakım merkezi bulunmasına rağmen birindeki mekan yetersizliğinden dolayı sadece Palyatif 2 olarak adlandırdıkları palyatif bakım merkezinde gerçekleştirdiklerini belirtmişlerdir. Grup çalışmalarının hastaların ve hasta yakınlarının tedavi sürecine olumlu katkılar sağladığı bilinmektedir. Fakat mekan yetersizliği gibi sorunlar hizmetlerin ihtiyacı olan her bireye ulaştırılması noktasında sorunlar oluşturmaktadır:

“Grup çalışması için bir toplantı odası var, palyatif 2’de var, palyatif 1’de de var ama orayı doktorlar aktif kullanıyorlar. (Burası palyatif 1 mi?). 1 evet, ayrı bina olan palyatif 1. Orada aslında toplantı odası olarak kullanıyordum ben, sonra doktorlar orayı çalışma odası olarak kullanmaya başladı, o yüzden çok sağlıklı olmadı yine. Şimdi mesela biz hasta yakınlarıyla toplandığımızda bir taraftan telefon çalıyor, bir taraftan hasta yakınları geliyor orada doktor var zannedip işte bir şeyler sormaya çalışıyorlar. O yüzden palyatif 1’de yapmamaya başladım böyle toplu çalışma. Ama palyatif 2’nin bir toplantı salonu var, orası zaten rahat hani böyle girip çıkan olmayan, telefonun çalmadığı bir yer. Orada haftalık toplantı yapıyorum, paylaşım toplantılarını yapıyorum. Yani verimli oluyor orada.” (K8, Kadın, 34, Psikolog)

“... grup çalışmamızı zaten palyatifte çok amaçlı bir salon var orada yapıyoruz. Çok amaçlı salonda böyle birkaç kişi oturabileceğimiz büyük bir masa var, sandalyeler mevcut. Bu da zaten grup çalışması için yeterli. Biz çünkü sunum vs. yapmadığımız için şu an yeterli oluyor. Biz o şeyden aslında şimdilik hiç yoktan iyidir memnunuz.

(İki palyatif bakım merkezinde de yapıyor musunuz?). Birinde problem var hani o yüzden orada salon problemi olduğu için orada yapmıyorum ben 2'ye gidiyorum, 2'de salon problemi yok. Orada yapıyoruz.” (K9, Kadın, 30, Sosyal hizmet uzmanı)

Hastanın tedavi programındaki işlemler de profesyonel görüşme yapmanın önündeki engellerden biri olarak belirtilmiştir. Görüşme sırasında hastanın tedavi programı gereği hasta görüşmeden ayrılmak zorunda kalabilmekte, bu durumda görüşme bölünmekte ve tamamlanamamaktadır. Bu nedenle hastanın tedavi programına göre görüşmeleri ayarlamanın ve bu konuda esnek olmanın önemi K8 (Kadın, 34, Psikolog) tarafından ifade edilmiştir:

“Yani ekiple konuşup görüşmeleri ona göre ayarlamak da önemli. Şimdi bazen mesela şey oluyor, hastanın mesela odasına gidiyorsunuz, röntgen çektirilmesi gerekiyor, onu ben önceden öğrenmezsem görüşme sırasında birisi gelecek ‘ya hocam onun röntren çektirilmesi lazım’, hop görüşme 10 dakika içinde bölünmüş oluyor. Ya da hasta tam böyle ağlıyor, çok gerçekten derin bir şeyden bahsetmeye başlıyor, sorunundan bahsetmeye başlıyor, görüşme maalesef bölünüyor. O yüzden onu düzenlemeye çalışmak gerekiyor ama bu da her zaman çok mümkün değil. Çünkü orada bir sistem işliyor, siz oraya o sisteme girmeye çalışıyorsunuz, o yüzden o bizim kontrolümüzde değil. Mümkün olduğunca o görüşme saatlerini hani o işlemlerin olmadığı sürelerle denk getirmek gerekiyor.”

Bu noktada özellikle sorumlu hemşire olmak üzere ekip üyeleri arasında iletişim kurulmasının önemli olduğu düşünülmektedir. K8’in (Kadın, 34, Psikolog) ifadelerini ekip üyeleri arasında iyi iletişimin gerekliliği konusunda örnek göstermek mümkündür.

Ekip çalışmasının yetersizliği/Ekip üyesi olmamanın olumsuzlukları

Biyolojik, fizyolojik, psikolojik ve sosyal olmak üzere çok boyutlu özellikleri bulunan bireyin hastalık sürecine ilişkin gereksinimleri de aynı şekilde çeşitlilik göstermektedir. Bu nedenle sağlık sisteminde sunulacak hizmetlerde hastaya ve hasta yakınlarına biyopsikososyal boyutu göz önünde bulundurarak çok yönlü bakış açısıyla

yaklaşmak gerekmektedir. Bu da ancak iyi bir ekip yaklaşımı çerçevesinde yürütülecek hizmetlerle mümkündür.

Ortak bir amaç doğrultusunda birbirine bağlı bir şekilde çalışan iki veya daha fazla kişinin oluşturduğu bileşim ekip olarak tanımlanır. Her bir ekip üyesinin kendi alanına yönelik gerekleri yerine getirmesiyle birlikte işin bütününe ilişkin verimlilik ise ekip çalışmasının bir sonucudur (WHO, 2020). Palyatif bakım alanını ekip çalışmasının ve yaklaşımının kullanılmasına iyi bir örnek olarak göstermek mümkündür. Hekimler, hemşireler, sosyal hizmet uzmanları, psikologlar, fizik tedavi uzmanları, diyetisyenler, hasta bakıcılar gibi birçok meslek elemanını içerisinde barındıran ekibiyle palyatif bakımda ekip yaklaşımı, hem hastaların hem de hasta yakınlarının ihtiyaçlarına çok yönlü odaklanılmasını sağlayacak önemli bir detaydır.

Palyatif bakımın ekip yaklaşımına dayalı bir uygulama olduğu alana yönelik her çalışmada dile getirilmiş olsa da pratikte bu boyutun göz ardı edilerek hizmetlerin ekip yaklaşımının uzağında, her meslek elemanı tarafından birbirinden bağımsız olarak yürütülmesi söz konusu olabilmektedir. Araştırmanın katılımcıları da bu yöndeki görüşleriyle ekip çalışmasının yetersizliğini palyatif bakım kapsamında çalışırken yaşadıkları güçlüklerden biri olarak belirtmişlerdir:

“Ekip, birlikte ortak ekip çalışması çok eksik mesela... Bizim en büyük eksikliğimiz ekip çalışmasının olmaması, beraber birlikte hastaların değerlendirilmemesi. Herkes kendine göre bir plan yapıyor, herkes kendine göre çalışıyor. İşte doktor çalışıyor, hemşire çalışıyor, biz gidiyoruz kendi alanımızla ilgili çalışıyoruz. İşte psikolog gidiyor çalışıyor. Ama hiçbirimiz birbirimizin çalışmaları hakkında bilgi sahibi olamıyoruz. En büyük eksiklik o bence psikososyal destekte. Yani ekipteki tüm üyeler bir arada çalıştığı takdirde bence daha güçlü olacaktır diye düşünüyorum.” (K2, Kadın, 40, Sosyal hizmet uzmanı)

“Palyatif bakım merkezinde sorunların ekip halinde ele alınıp çözülmesinin önemli olduğunu düşünüyorum. Ekipte herkes eşit miktarda haklara sahip olmalı. Palyatif bakım merkezleri psikososyal konularda çalışan ekip üyeleri için yabancı bir yer olarak kalıyor. Çünkü sanki asıl ekip orda sürekli bulunduğunu düşünen hemşire ve

doktorlar tarafından oluşuyor. Ekip çalışması, şartların ekip şeklinde ele alınması ve çözümü ile mümkündür.” (K18, Erkek, 28, Psikolog)

İletişimin ve iş birliğinin eksikliği, ekip çalışmasının yetersizliğinin bir sonucu olarak ortaya çıkmıştır:

“Yatan hastaların stabil durumu hakkında hem bizim birimimizin hem de hastaların bilgilendirilmesi eksik. Diğer birimler ile iletişim eksikliği var.” (K16, Kadın, 29, Psikolog)

“Doktorlarla iş birliği yapmakta zorluk yaşamaktayız. Hastanın hizmet için talebi halinde doktorlara bu durumda resmi işlemler için imzaları gerekmektedir ve bunun için zorluk çıkaran doktorlar var maalesef.” (K17, Kadın, 27, Sosyal hizmet uzmanı)

Palyatif bakım merkezinde konsültasyon yolu ile çalışmaktan dolayı merkezde sürekli bulunmamanın yanı sıra ekip çalışmasının da yetersiz olması uzmanın hastaların ve hasta yakınlarının bilgilerine, ihtiyaçlarına ve sorunlarına tam anlamıyla hakim olamamasına neden olmaktadır:

“Palyatifte de işte yaptığımız işin kalitesi ve hani o işe kendini vermekle alakalı bence ve hani servis içinde olmak da kendini oraya ait hissetmeni çok netleştiren bir şey bence. Hani servis içinde psikososyal destek biriminin kurulmuş olması, o servisteki aktivitelere her şeye katılıyor olman, işte vizitlerde olmak çok kıymetli bence. Çünkü o an hani seninle ilgili bir şey varsa hemen dönülüyor ve sen hemen diyorsun ki işte ‘şu şu şu olabilir’ ya da ‘ben buna bir bakayım, size dönüş sağlayayım’ deme şansın oluyor. Ama dışarıdan seni aradıkları zaman, orada olmadığın zaman aradıklarında işte şöyle bir hasta var, ya sen hastanın geçmişini bilmiyorsun, gelme sürecini bilmiyorsun, sonraki tedavi takibi ne şekilde olacak, ne zaman taburcu olacak, bir sürü soru işaretiyle gittiğin zaman biraz havada kalıyorsun. İşte hekimlerle o anlamda iletişim kurmakta eğer sıkıntı da varsa hakikaten böyle yaptığın şey çok havada kalıyor.” (K6, Kadın, 37, Sosyal hizmet uzmanı)

Bahsedilen durum meslek elemanının palyatif bakım alanına ve ekibine olan aidiyet duygusunu da olumsuz etkilemektedir:

“Her yerin bir sosyal hizmet uzmanı olmalı, her yerin bir psikoloğu olmalı, hani o ekibin içinde dahil olmalı, sadece oraya ait olmalı ve oraya gelen her hastayı bilmeli... Sende kendini daha ait hissedersin. Öbür türlü çok aitmiş gibi de hissetmiyorsun zaten.” (K4, Kadın, 55, Psikolog)

Ekip çalışmasının yetersizliğinin palyatif bakım kapsamında psikososyal destek hizmeti verirken yaşanan güçlüklerden biri olarak belirtilmesinin sosyal hizmet uzmanları ve psikologların merkez içerisinde odalarının bulunmaması ve bu nedenle orada sürekli bulunmamaları ile de ilgili olduğu düşünülmektedir. İhtiyaç halinde görüşlerine başvurulanan psikososyal destek hizmeti sunucularının ekip çalışmalarına yeterince dahil edilmediği görülmektedir. Bu durumu ekip üyesi olmamanın getirdiği bir olumsuzluk olarak da yorumlamak mümkündür. Bu nedenle sosyal hizmet uzmanları ve psikologların ihtiyaç halinde görüşlerine başvurulanan, merkezlere çağırılan meslek elemanları olarak değil, ekibin daimi üyeleri olarak palyatif bakım kapsamında görevli olmaları gerekmektedir. Nitekim ulusal literatürde çeşitli çalışmalarda (Arkın, 2017; Çakıcı, 2010; Karadeniz, 2018; Karakaya, 2020) palyatif bakımda psikososyal destek hizmetlerinin önemine ve gerekliliğine değinilmiştir. Turgay’ın (2010) 369 sağlık personeliyle gerçekleştirdiği çalışmasına göre katılımcıların %65’i palyatif bakım ekibinde sosyal hizmet uzmanının, %88,3’ü ise psikoloğun bulunması gerektiğini belirtmişlerdir. Akyüz (2014) ise 472 kanser hastasıyla gerçekleştirdiği çalışmada; hastaların %78,39’unun tıbbi tedavi alırken psikolojik destek talep ettiğini, %69,07’sinin tedavi alırken ailesinin hastalıktan dolayı psikolojik yardım almasını istediklerini belirterek palyatif bakım hizmet modelinde sosyal hizmet uzmanı ve psikolog desteğinin olması gerektiğini ifade etmiştir. Uysal ve ark. (2015) ise 108 palyatif bakım hastasıyla gerçekleştirdikleri çalışmalarında, palyatif bakım kliniğine yatış sırasında hastaların %92’sinde görülen endişe semptomunun şiddetinde yatış süresince anlamlı azalmanın sağlanamamasının nedeni olarak klinikte tam zamanlı çalışan psikolog ve sosyal hizmet uzmanının olmamasını göstermişlerdir. Buradan yola çıkarak palyatif bakım alanında önemli bir yeri bulunan psikososyal destek hizmetlerinin etkili sunumu için sosyal hizmet uzmanları ve psikologların daimi ekip üyeleri olarak merkezlerde tam zamanlı görevlendirilmeleri gerektiği düşünülmektedir.

Vakaların geç bildirilmesi

Palyatif bakım merkezinde tedavi gören ve psikososyal destek hizmetine ihtiyaç duyan bireylerin sosyal hizmet uzmanları ve psikologlara bildiriminin geç yapılması, bunun sonucunda da mesleki çalışmalarda aksaklıklar meydana gelmesi katılımcıların yaşadıkları güçlükler kapsamında ortaya çıkmıştır:

“... sosyal hizmet uzmanına, psikoloğa yönlendirme konusunda bazı gecikmeler, aksaklıklar oluyor. Onlar problem diyebilirim. Hani aslında artık sağlık personelinin bir şekilde onları bize daha çabuk yönlendirmesi gerektiğini öğrenmiş olmaları lazımdı... hala sağlık personelimiz bazı vakaları bildirmekte gecikiyor.” (K9, Kadın, 30, Sosyal hizmet uzmanı)

“... hasta tam böyle taburcu olacak ya da taburcu olmak istemiyor hop bizi çağırıyorlar. Yani bu hasta yeni mi bu hale geldi? ... Neye ihtiyaç var, nerede yaşıyor bu kadın-bu adam? Yani psikiyatrik bir rahatsızlığı var mı yok mu? Ne olmuş? Hiç yardım almış mı şimdiye kadar? Bununla ilgili bilgiye sahip mi? Bence bunun sorulması lazım. Bununla ilgili de bize yönlendirmeleri lazım ama en son noktada bize başvuruyorlar. Yani böyle çıkmaza girdiklerinde, bir sorun olduğunda. İşte bir şeyleri reddettiğinde, kabul etmediğinde. Ne bileyim ya da intihar düşüncesi duyuyor mesela, o zaman çağırıyor. Ama o gün m aklına geldi o insan değil mi? Hayatına son vermek istemesi yani.” (K8, Kadın, 34, Psikolog)

Özellikle kurum bakımı ihtiyaı olan hastaların sosyal hizmet uzmanlarına bildiriminin taburculuk aşamasında yapılması uzmanların karşılaştıkları güçlüklerden biridir. Aynı zamanda bu durum sosyal hizmet uzmanlarıyla merkezdeki diğer personel arasında çatışma nedeni olarak ifade edilmiştir. Vaka bildiriminin geç yapılmasının yanı sıra kurum bakımına yerleştirmeye dair prosedürler noktasında yaşanan güçlükler de uzmanların vaka yönetiminde zorlanmalarına neden olmaktadır:

“... palyatif için özellikle hani uzun vadede kaldıkları için insanlar zaten taburculuğa yakın sana ulaştıkları için yapacağın hizmet şeyi de çok sınırlı kalıyor. Çünkü aile bakanlığının da belli bir prosedürü ve uygulaması var. Hani atıyorum sen hastayı bugün yazdın bakımevi için bir ay sonra çıkabiliyor yani hemen bugün

yazdın bugün gitme şansı yok. Servisle o noktada çok çatışılıyor bence.” (K6, Kadın, 37, Sosyal hizmet uzmanı)

“Taburculuk sorunu olan hasta ya da kurum bakımı olan hasta taburcu edileceği zaman fark ediliyor. Bu defa nasıl bir şey oluyor, çünkü kurum bakımı bir süreç gerektiriyor. Yani hemen onların istediği anda siz anında sosyal indirme raporunu hazırlayamıyorsunuz. Sonuçta en az bir gün buna ihtiyacınız oluyor... Hani bunların hepsi bir süreyi kapsıyor. Size son anda diyorlar ki işte biz bugün bu hastayı taburcu edeceğiz, işte gidecek yeri yokmuş sonra gelip görüşür müsünüz? Şimdi en büyük sıkıntı bundan kaynaklanıyor. Hani böyle bir durumda bizim ne kadar önceden haberimiz olursa olayı daha çabuk çözüyoruz.” (K10, Kadın, 48, Sosyal hizmet uzmanı)

3.2.5.3. Mesleki güçlükler

İlgili mesleklerin tanınırlık sorunu/İlgili mesleklere verilen önemin azlığı

Sosyal hizmet ve psikoloji mesleklerinin tanınırlık sorunu olduğu, sosyal hizmet uzmanlarının ve psikologların görevlerinin diğer sağlık çalışanları tarafından çoğunlukla bilinmediği katılımcıların dile getirdikleri güçlüklerden bir tanesidir.

Ülkemizde her iki meslek grubunun da gerek sağlık alanında gerekse diğer alanlarda uzun birer geçmişe sahip olduğu göz önünde bulundurulduğunda tanınırlık sorununun bu mesleklere verilen önemin azlığından ileri geldiği düşünülmektedir. Bazı katılımcıların; ara eleman gibi görülme, bu mesleklerin diğer çalışanlar tarafından kabul edilebilirliğinin olmaması, tıbbi tedavi ve bakımın öncülenmesi kavramlarına vurgu yapmaları bu düşünceyi destekler niteliktedir:

“Hakikaten sosyal hizmet uzmanları, bu psikolog grubu hastanenin ara elemanları gibi görüldüğümüz için... Hani ilk başta ‘ay sosyal hizmet uzmanı ne yapıyor ki, ne iş yapıyor ki onlar’ gözüyle bakılıyor ama atıyorum palyatifte ya da başka bir serviste terk bir hasta olduğu zaman hani sizden başka kimse ona müdahale edemediği için yangır yangır hemen ‘sosyal hizmet uzmanı nerede, gelsin işte baksın, hani bu sizin alanınız, bu hasta sizin’ hemen öyle bir durumda hani sıkıştıkları zaman çözümü kimin bulacağını en azından biliyorlar. Normalde çok görünür görmeseler de hani

başları sıkıştığı zaman o çözümün kimde olduğunu, kimin bununla ilgili çalışabileceğini en azından öyle bir fikirleri var diyeyim.” (K6, Kadın, 37, Sosyal hizmet uzmanı)

“...mesleğimizin insanlar tarafından kabul edilebilirliği, sonradan girmişiz, hani tedavi deyince ilk aklınıza gelen doktor ve hemşire oluyor, bizler hani palyatif bakım sonradan ortaya çıkan hani bizim ülkemizde yeni yeni popüler olan, sosyal hizmet uzmanlarının, psikologların hani bu alana alımı doktor ve hemşireye göre daha yeni olduğu için evet ilk başta hani ‘ne yapıyorsunuz?’ falan mesleğimizi anlama konusunda bir tepkili olabiliyorlar aslında... En çok bu konuda biz sıkıntı yaşıyoruz. Kendimizi ifade etme, kendimizi tanıtmaya açısından. Birincil çalışan olarak görülmediğimiz için.” (K2, Kadın, 40, Sosyal hizmet uzmanı)

“... bazen palyatif sanki belli başlı meslek gruplarının tekelinde gibi hissetmelerimiz oluyor. Benim desteğime yeterince başvurulduğunu düşünüyorum. Ama bunun için uzun bir süre geçmesi gerekti. Yeni kurulan bir palyatif bakım merkezinde bu sorunlar çok daha yoğun.” (K18, Erkek, 28, Psikolog)

Özbesler ve İçağasıoğlu Çoban (2010) yaptıkları araştırmada; tıbbi sosyal hizmet alanında mesleki açıdan en önemli sorunların neler olduğunu öğrenmek adına sosyal hizmet uzmanlarından görüş istemişler ve mesleğin hastanede çalışan diğer personel ve yöneticiler tarafından yeterince tanınmaması, yetki ve sorumluluklarımızın tam olarak belli olmaması, oturmuş bir sistem olmaması, bilgi verilmesine rağmen sosyal hizmet uzmanına yönlendirme yapılmaması yani meslek elemanlarına saygı duyulmaması, yasadaki görev tanımlarının sınırlı olması ifadelerinin ilk sırada yer aldığını belirlemişlerdir. Bu bulgular, yukarıda sosyal hizmet uzmanlarının belirttikleri görüşlere katkı sağlar niteliktedir.

Diğer çalışanlar tarafından kabul edilebilirliğin sağlanması için alana ilişkin donanımına sahip olunması ve etkili mesleki uygulamaların gerçekleştirilmesi gerektiği üzerinde durulmuştur:

“...yukarı çıkıyorsunuz, size ihtiyaç duyulmadığını hissediyorsanız kendinizi savunmak için kendinize güvenmeniz gerekiyor, bir donanımınızın olması gerekiyor. İlk başta bu sorunu yaşıyorsunuz, sonra kendinizi geliştirdikçe bu alanda, bir şeyler

yaptığınızı gördükçe, başardıkça, kendinize güveniniz geldikçe o zaman karşı tarafın sizi kabullenmesi daha kolay oluyor.” (K2, Kadın, 40, Sosyal hizmet uzmanı)

Katılımcılardan biri ise ilk çalışma yıllarına göre mesleğinin daha tanınır olduğunu, önemsendiğini, belirli konularda görüşlerine daha fazla başvurulduğunu ifade etmiştir:

“... ben şey görüyorum yani hani bizim gibi meslekler için yıllardır çalıştığım için bunu biliyorum, daha çok önemsendiğini düşünüyorum. Yani hani daha çok işte fikir alındığını, işte birçok şeyde olaylara katıldığını görüyorum hani bunun için de aslında seviniyorum. Yeni gelen neslin bizim meslek açısından, sosyal hizmet uzmanları için de aynı, aslında daha avantajlı olduğunu düşünüyorum. Bizim ilk çalışma yıllarımıza göre meslekler bilinmezdi, yaptığın iş bilinmezdi ama şimdi o gelinen nokta yeterli mi? Tabi ki değil. Ama yıllara göre çok daha iyi olduğunu düşünüyorum.” (K4, Kadın, 55, Psikolog)

Eğitim eksikliği

Palyatif bakım alanına ilişkin eğitim eksikliği, araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının birçoğu tarafından yaşadıkları güçlükler kapsamında dile getirilmiştir. Sosyal hizmet eğitimi açısından bakıldığında ülkemizde palyatif bakım alanı tıbbi sosyal hizmet dersi kapsamında yer almaktadır. Fakat palyatif bakım Türkiye’de 1990’ların başında Palyatif Bakım Birimleri kurulması (Kabalak, 2017) yoluyla yeni gelişmeye başlayan bir alan olduğu için tarihi 1961 yılına dayanan sosyal hizmet eğitimi (Duyan, 2008) kapsamında sosyal hizmet müfredatına da sonradan dahil edilmiştir. Bu nedenle meslekte uzun yıllar deneyimi olan birçok uzmanın lisans veya lisansüstü eğitimi sırasında tıbbi sosyal hizmet dersi alsa bile palyatif bakıma ilişkin eğitim almadığı söylenebilir. Günümüzde palyatif bakımın tıbbi sosyal hizmet dersi kapsamında yer aldığı bilinse de birçok üniversitede seçmeli ders niteliğinde olduğu için bu dersi almadan hastane bünyesinde ve palyatif bakım merkezlerinde çalışmaya başlayan meslek elemanları alana ilişkin büyük bir eğitim eksikliği ile görevlerine başlamakta ve hizmetlerini gerçekleştirmek zorunda kalmaktadırlar.

Hizmet içi eğitim çalışanlara mesleki bilgi ve becerilerini geliştirmeleri için çalıştıkları süre içerisinde verilen eğitim olarak tanımlanmaktadır (Saruç, 2013). Bu yönüyle hizmet içi eğitim mesleki uygulamaların önünde bir engel olan eğitim eksikliğinin giderilmesinin bir yolu olarak değerlendirilebilir. Meslek elemanlarına yönelik gerçekleştirilecek hizmet içi eğitimler çalışma hayatında var olan bilgilerin güncellenmesi, yeni bilgi ve beceriler edinilerek etkili uygulamaların gerçekleştirilmesi noktasında oldukça önemlidir.

Palyatif bakım sürecinde hastanın bakım, tedavi, psikososyal veya maneviyatla ilgili problemlerinin öncelik sıralamalarının değişebilir olması palyatif bakımda multidisipliner ekip çalışmasına önem verilmesini gerektirmektedir. Özellikle hizmet içi eğitim noktasında merkezlerin sorumlu hekimlerinin ekip üyelerinin palyatif tedavi ve bakımla ilgili eğitimlerine katkıda bulunacak donanımına sahip olması beklenmektedir (Sabatowski, Radbruch, Nauck, Loick, Meuser ve Lehmann, akt. Bağ, 2012). Ülkemizde palyatif bakım alanında çalışacak hemşireler Palyatif Bakım Hemşiresi unvanını edinebilmekte, bu yönde palyatif bakım hemşireliği sertifika programları ile eğitim alabilmektedirler (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015). Palyatif bakım merkezlerinde görevli sosyal hizmet uzmanları ve psikologlar için ülkemizde bu nitelikte bir eğitim sistemi bulunmamaktadır. Bunun yanında üniversite sürecinde ve hizmet içi eğitim kapsamında da palyatif bakım alanına ilişkin eğitim almamış olmaktan dolayı eğitim eksikliği katılımcıların yaşadıkları en önemli güçlüklerden biri olarak araştırma sonucunda ortaya çıkmıştır. Bu bulgularla uyumlu bir şekilde; Turgay (2010) tarafından sağlık personelinin palyatif bakıma ilişkin bilgi ve görüşlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan, 5 sosyal hizmet uzmanı ve 4 psikoloğun da dahil olduğu sağlık personelleri ile gerçekleştirilen çalışmada; sağlık personellerinin yarıdan fazlasının (% 53.7) palyatif bakım hakkında bilgi almadıkları, % 86.2'sinin ise çalıştığı kurumda hizmet içi eğitim programının olmadığını ifade ettiği belirtilmektedir. İçipek'in (2020) çalışmasında ise palyatif bakım çalışanlarının palyatif bakım ile ilgili yeterli eğitimin verilmemesinden kaynaklı güçlükler yaşadıkları tespit edilmiştir.

Katılımcılardan biri üniversite sürecinde palyatif bakıma ilişkin eğitim almamış olmanın yanında çalışma yaşamında da hizmet içi eğitimin olmaması nedeniyle kendi çabalarıyla alana yönelik bilgi edinmeye çalıştığını ve uygulamalarını bu şekilde gerçekleştirdiğini ifade etmiştir:

“...en önemlisi her şeyden önce bu konuyla ilgili eğitim konusunda çok yetersiziz. Biz kendi çabamızla palyatif bakımda neler yapabilirizi hep düşündük, çabaladık, öğrendik ve bir şeyler yapmaya çalıştık. Mesela ne okulumuzda ne Sağlık Bakanlığında buna yönelik bir eğitim verilmedi. Tıbbi sosyal hizmet çok yetersizdi...” (K2, Kadın, 40, Sosyal hizmet uzmanı)

Sosyal hizmet alanının sürekli güncellenen yönlerinin bulunması nedeniyle hizmet içi eğitimin gerekli olduğu, eğitim eksikliğinin mesleki uygulamalarda eksikliklere ve karışıklıklara neden olduğu vurgulanmıştır:

“Güncel bilgilerimiz çaba sarf etmezsek yok. Çaba sarf etmeyelim demiyorum, çaba sarf edelim ama keşke Sağlık Bakanlığı da bizlere yönelik yeni uygulamalar, yeni yönetmelikler vs. bir hizmet içi eğitim düzenleseler bizim için çok iyi olur. Çünkü sosyal hizmet mevzuatı devamlı olarak güncellenen bir şey. Kadına şiddet sürekli güncelleniyor, çocuk istismarı devamlı güncelleniyor, palyatif bakım daha dün çıktı vs. intihar vakaları falan. Çok sürekli olarak güncellenen bir alanız. Hani bazen eksikliklerimiz oluyor, karışıklıklar oluyor vs. bunlar için eğitim şart. Eğitim ömür boyu devam etmesi gereken bir şey, okulla bitmemesi gerekiyor.” (K1, Kadın, 32, Sosyal hizmet uzmanı)

Eğitim eksikliğinin bir sonucu olarak kendine güvensizlik ve yetersizlik duygularının ortaya çıktığı, bunun sonucunda da mesleki uygulamalarda çeşitli sorunlar yaşandığı dile getirilmiştir:

“Yani aslında bizler daha donanımlı olur isek bence kendimizi daha rahat, daha kendimize güvenerek bu söylediğim sorunlarla daha rahat baş edebiliriz. Birazcık da kendimize olan bilgi eksikliğinden kaynaklı güvensizlikten dolayı da ilk başta bu sorunları yaşıyorsunuz aslında. Çünkü okulda bu dersi almıyorsunuz. Sağlık Bakanlığına geliyorsunuz çalışıyorsunuz ama bu alanda hiç kimse size eğitim vermiyor.” (K2, Kadın, 40, Sosyal hizmet uzmanı)

“Yoksa yarım yamalak hani birkaç şey okumayla işte kendi çabamla öğrendiklerimle yeterli olabilir miyim? O konuda ben soru işareti bırakırım her zaman.” (K11, Kadın, 41, Sosyal hizmet uzmanı)

Palyatif bakımda karşılaşılan ani ölümlerin bireyi oldukça etkilediği, bu nedenle alanda çalışmaya başlamadan önce alınacak eğitimlerle ölüm konusuna ilişkin psikolojik hazırlık sürecinin tamamlanması gerektiği ifade edilmiştir:

“Ama bir gün önce gördüğün insanı ertesi gün görememek mesela yıllar geçtiği halde bu benim içimde hep kalmıştır. Hani buna yönelik bir psikolojik hazırlık süreci ya da ‘böyle bir şeyle de karşılaşabilirsiniz’ denilseydi daha hazır olurdum diye düşünüyorum. Ya eğitimle desteklenmesi önemli, süpervizör hani hocalar böyle bir destek sağlayabilirler.” (K6, Kadın, 37, Sosyal hizmet uzmanı)

Eğitim eksikliği yaşamının sonuna yaklaşmış bireylerle çalışırken mesleki hata yapmaya ilişkin uzmanda korku ve tedirginlik yaratan bir faktör olarak belirtilmiştir:

“Eksik hissediyorum ben. Bunun eğitimini ben okulda almadım. İşte hani mülakat nasıl yapılır, kişiye nasıl yaklaşılır vs. Ama direkt palyatif bakım, terminal dönem hasta bende bir korku yaratıyor. Acaba yanlış bir şey yapar mıyım, yanlış bir şey söyler miyim? Çünkü ağzınızdan çıkan her kelimeyi düşünmeniz gerekiyor ki karşıdaki etkisini bilmek açısından. Ağzınızdan çıkan yanlış bir kelime o kişide yıkıcı etki yaratabilir. O yüzden böyle bir tedirginlik var. O yüzden palyatiften korkuyorum zaten... Hep böyle dikkatli, oraya gittiğimde hep dikkatli konuşmaya çalışıyorum. Çok farklı bir şey son dönem hasta.” (K11, Kadın, 41, Sosyal hizmet uzmanı)

Eğitime sahip olmak meslek elemanının alana hazır olmasını sağlayan bir unsur olarak belirtilmiştir. Düzenlenecek eğitimlerle psikososyal destek hizmeti sunan meslek elemanlarının yetkinliğinin artırılması gerektiği üzerinde durulmuştur:

“Palyatif bakım merkezi benim spesifik olarak eğitimini aldığım bir alan değil. Poliklinik hizmetim gözlem ve görüşme teknikleri, psikopatoloji, test eğitimleri ile hazır olduğum bir alan... Bu konuda hizmet veren kişiler yetkin kişilerden oluşmalıdır. Alana yeni meslek gruplarının alana dahil edilmesinden daha çok mevcut çalışanların yetkinliği artırılmalıdır.” (K18, Erkek, 28, Psikolog)

İş yükü

Sosyal hizmet uzmanlarının meslek yaşamlarında karşılaştıkları müracaatçılara ilişkin problemlerin tür, boyut ve ciddiyet açısından çeşitlilik göstermesi ve bunlara sürekli olarak yeni problemlerin de eklenmesi sosyal hizmet mesleğinin sınırsız bir talep karşısında hizmet vermesine neden olmaktadır. Bu nedenle sosyal hizmet uzmanları fazlaca zaman ve enerji gerektiren yoğun çalışma temposuna sahip meslek elemanlarıdır (Thompson, 2013). Bekiroğlu'nun (2016) çalışmasında belirttiği üzere; Sağlık Bakanlığı Çekirdek Kaynak Yönetim Sisteminde (ÇKYS) yer alan Bilgi Toplama Formuna 2015 Aralık ayı itibari ile bilgi girişinde bulunan 312 hastanenin verilerine göre hastanelerde çalışan sosyal hizmet uzmanları çoğunlukla sosyal hizmet birimi (%45.9), hasta iletişim birimi (%13.4) ve çalışan hakları güvenliği biriminde (%7.1) çalışmaktadırlar. Bunun yanı sıra poliklinikler, yataklı servisler, idari birimler, evde sağlık hizmetleri gibi alanlar da sosyal hizmet uzmanlarının hizmet verdikleri alanları oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanları çalıştıkları hastanelerde hasta hakları, çalışan hakları, tıbbi sosyal hizmet birimi, sigara bırakma polikliniği, palyatif bakım merkezi ve diğer servislerde görevli olduklarını ifade etmişlerdir. Bu sonuç, hastanedeki sosyal hizmet uygulamaları konusunda yapılan diğer araştırmalarda (Aydemir, 2003; Kol, 2009; Özbesler ve İçağasioğlu Çoban, 2010) sosyal hizmet uzmanlarının hastanelerde farklı birimlerde çalıştıklarını gösteren sonuçlarla benzerlik göstermektedir:

“... dönüşüm var mesela bizim hastanemizde, çalışan hakları da sosyal hizmet uzmanlarında, hasta hakları da sosyal hizmet uzmanlarında, tıbbi sosyal hizmetler de sosyal hizmet uzmanlarında, servislerde şey çıkarsa vaka çıkarsa onlar da sosyal hizmet uzmanlarında. Ben mesela görevlendirmem tıbbi sosyal hizmette ama sigara bırakma polikliniğinde aktif çalışıyorum. Orada da vaka çıktıkça gidiyorduk. Sağ olsun hocamın dediğim gibi yönlendirmesiyle palyatifte de grup çalışmaları yapmaya başladık.” (K3, Erkek, 32, Sosyal hizmet uzmanı)

Hastanenin farklı birimlerinde görevli olmanın uzmanın iş yükünü artırdığı ve çalışmalarını detaylı gerçekleştirmesini engellediği ifade edilmiştir. Palyatif bakım merkezinde hasta ve hasta yakınlarıyla her gün görüşebilmek ve etkili çalışmalar

yapabilmek adına orada uzmana ait bir odanın bulunmasının ve tam zamanlı çalışmanın gerekliliği vurgulanmıştır:

“...mesela ben palyatife bakarken aynı zamanda acile de bakıyorum, farklı birimlere de bakıyorum. Bence orada tam zamanlı olarak çalışmamız gerekiyor... Hani orada daha çok tam zamanlı çalışırsak hem hasta yakınlarının bizi daha iyi tanıyacağı hem bizim onların sorunlarını gözden kaçırmayacağımız bir ortam oluşmuş olur... Hani bunu yapmak istiyoruz ama dediğimiz gibi birçok yere bölünmekten yapamıyoruz. Tam zamanlı çalıştığımız zaman bence hiçbir sorun olmaz.” (K1, Kadın, 32, Sosyal hizmet uzmanı)

“... sayımız fazla ama keşke işte hasta haklarından alsalar da atıyorum palyatifte bizim de bir odamız olsa... bir şeyler planlanıp her gün hasta görülebilir. İşte ona çok fırsat kalmıyor çünkü biz bu odadan çıktığımız anda odada kimse olmadığı zaman gidip bu sefer ‘hasta haklarında kimse yok’ ya da ‘telefonu kimse açmıyor’ diye şikayet ediliyoruz.” (K6, Kadın, 37, Sosyal hizmet uzmanı)

Hastanede çalışan psikologlar da hasta hakları, çalışan hakları, psikoloji polikliniği, palyatif bakım merkezi olmak üzere hastanenin çeşitli birimlerinde görev almaktadırlar. Bu durum psikologların da iş yükünü artıran bir faktör olarak belirmektedir:

“Zaten çalışanlarımızın çoğu hani böyle çok kalabalıksa işte böyle hasta hakları, çalışan hakları yani hep oralarda. İşte şu anda sosyal hizmet uzmanları var çalışan haklarında daha önce psikologlar vardı.” (K4, Kadın, 55, Psikolog)

“Hastanemiz bünyesinde bulunan palyatif bakım merkezi çalışanları psikososyal desteğin önemli olduğunu düşünmekte. Ancak sistem bir psikoloğun orda düzenli çalışmasına müsaade etmemekte. Yönetimsel açıdan diğer poliklinik işlemleri palyatif bakım merkezinden daha acil ve önemlilik sıralamasında görülmüyor.” (K18, Erkek, 28, Psikolog)

Uygulamaya yönelik mesleki standartların olmaması

Ülkemizdeki tıbbi sosyal hizmet uygulamaları illere, hastanelere ve meslek elemanlarına göre farklılıklar göstermektedir. Bunun sebebi ise mesleki uygulamaya yönelik ulusal düzeyde standartların bulunmamasıdır (Bekiroğlu, 2016). Özbesler ve İçağasioğlu Çoban'ın (2010) gerçekleştirdikleri çalışmanın sonunda ulaşılan en genel sonuç; hastanelerde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının yürüttüğü uygulamalar açısından ulusal düzeyde uygun bir standardın bulunmadığıdır. Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanları da bu duruma değinmişler; uygulamalar noktasında standartların bulunmaması nedeniyle her uzmanın çalışmalarını kendi bildikleri ve çabalarıyla gerçekleştirmeye çalıştıklarını, bunun ise üst makamların inisiyatifine kaldığını belirtmişlerdir:

“Bizim mesleki anlamda tıbbi sosyal hizmet uzmanları olarak söylüyorum, biz bunu her zaman kendi aramızda da konuşuyoruz, bizim böyle genel bir şeyimiz yok ortak bir uygulamamız yok Sağlık Bakanlığında. Herkes sen a yolundan gidiyorsun, ben b yolundan gidiyorum. Ortak bir uygulama yok.” (K1, Kadın, 32, Sosyal hizmet uzmanı)

“... bunun artık bir oturtulup bir böyle standart bütün hastanelerde olan hani bütün palyatif bakım hizmetlerinde bu şekilde ilerliyor olmalı. Ama şu an görünen o ki biz kendi özverimizle, yapmak istediğimiz şeylerle ilerliyoruz. Yönetimin inisiyatifine kalıyor. Sen yapmak istiyorsun, o da yap derse oluyor. Bunun artık bence sonlanması ve her şeyin gerekli prosedürler, izinler önceden alınarak yapılıyor olması lazım.” (K9, Kadın, 30, Sosyal hizmet uzmanı)

Araştırmaya katılan psikologlardan biri de psikososyal destek hizmetlerinin standartlara bağlı olarak yürütülmesi gerektiğini ifade etmiştir:

“İhtiyaç dahilinde değil herkesin kolaylıkla ulaşabileceği bir hizmet olmalı. Hastaneden hastaneye değişmemeli, yöneticilerin tutumu ile farklılaşmamalı.” (K18, Erkek, 28, Psikolog)

Burada dikkat edilmesi gereken nokta standartların hizmetlerin sunuluş biçimine vurgu yapıyor olmasıdır. Sosyal hizmet ve psikoloji mesleklerinin odağında her danışanın biricikliği ve bireyin özel ihtiyaç ve sorunlarına uygun müdahalelerin varlığı söz

konusudur. Standart olması gereken özel ihtiyaç ve sorun tespitinden sonra bireyin yönlendirileceği hizmetlere ilişkin prosedür olmalıdır.

Uygulamaya ilişkin standartların olmaması noktasında mevzuat eksikliğine de değinilmiştir. Sosyal hizmet uzmanı ve psikolog meslek grubuna ait meslek yasasının olmamasının yanında uygulamalara yönelik ayrıntılı yönerge ve yönetmeliklerin bulunmaması meslek elemanlarının iş yaşamında kendilerini güvende hissetmemelerine neden olan bir faktör olarak belirtilmiştir:

“... prosedürün resmi anlamda hani bir donanımlı, genişletilmiş bir yönetmelik yönerge olmaması, bazı şeyleri kendi çabanla yapıyor olman, (K8 (Kadın, 34, Psikolog): ‘meslek yasamız yok’) evet en başta o yani kendimizi güvende hissetmiyoruz, yaptığımız her şeyi ‘acaba legal mi’ diye düşünerek yapıyoruz.” (K9, Kadın, 30, Sosyal hizmet uzmanı)

Çatışma

Belirli sorunlar karşısında taraflar arasında yaşanan çatışma, katılımcıların palyatif bakım kapsamında çalışırken yaşadıkları güçlüklerden biri olarak ifade edilmiştir.

Katılımcılardan biri, doktorlar ile hasta yakınları arasında hastanın taburcu edilmesi noktasında oluşan çatışma durumunda arabuluculuk rolünü yerine getirmeye çalıştığını fakat bazı zamanlarda bunda zorlandığını belirtmiştir:

“... palyatif bakımda özellikle doktorlar da eğer son aşamada artık medikal anlamda bir şey de yapılamıyorsa eve taburcu etmekten yanalar yani. Ama benim gözlemim şu yönde; aile yakınları bunu çok istemiyor. Yani hani belki evde bakımı daha zor olacak hastanın, belki de endişelendikleri için hani artık yani sona geldiğinde ne yapacaklarını bilemedikleri için. O konuda biraz sıkıntı yaşıyoruz mesela hastayı doktorlar taburcu etmekten yana, hasta yakınları olmamaktan yana. En çok çatışma bu alanda çıkıyor bizim açıkçası. Yani arayış bulmakta bazen zorlanıyorum.” (K5, Kadın, 54, Psikolog)

Kurum bakımı ihtiyacı olan hastanın sosyal hizmet uzmanlarına bildiriminin geç yapılması uzmanlarla merkez çalışanları arasında çatışmaya neden bir faktör olarak ortaya çıkmıştır:

“Hani atıyorum sen hastayı bugün yazdın bakımevi için bir ay sonra çıkabiliyor yani hemen bugün yazdın bugün gitme şansı yok. Servisle o noktada çok çatışılıyor bence. Hani onlar ‘bir an önce taburcu olsun’, çünkü palyatif yatağı da çok kıymetli, yoğun bakım yatağı da çok kıymetli, hani hasta bir an önce palyatiflik süreci bittiyse servis tabi ki çıkarmak istiyor.” (K6, Kadın, 37, Sosyal hizmet uzmanı)

“O zaman servisle bizim aramızda problem çıkıyor. Hani niye bu hasta hala daha burada? İşte gitmedi çünkü burası bir bakım kurumu değil, sonuçta tedavi kurumu. Ama bize çok genç yansıdığı için bu tip vakalar ve bizim önceden bunu tespit etme şansımız yok.” (K10, Kadın, 48, Sosyal hizmet uzmanı)

Bir katılımcının ifadesine göre meslektaşlar arasında da çatışma görülebilmektedir:

Bir de kendi meslektaşlarıyla alakalı tabi ki, meslektaşın sana taş koyabiliyor, yolunda ilerlerken olumsuz bir yorumu bile seni engelleyebiliyor ya aslında.” (K9, Kadın, 30, Sosyal hizmet uzmanı)

Tükenmişlik

Tükenmişlik çalışanların iş ortamında yaşadığı yoğun iş stresine tepki olarak ortaya çıkan ve mevcut başa çıkma yeteneklerinin yetersiz kaldığı durumlarda yaşanan olumsuz bir deneyimdir. Fiziksel tükenme, bitkinlik, umutsuzluk, mutsuzluk, kin, kişinin kendisini mesleki anlamda geri çekmesi, negatif tutumlar bu deneyimlere örnek olarak gösterilebilir (Işıkhani, 2010).

Tükenmişlik, katılımcıların palyatif bakım merkezinde hizmet verirken yaşadıkları güçlüklerden biri olarak ifade edilmiştir. Palyatif bakım kapsamında genellikle terminal dönem hastalarına hizmet veriyor olmaktan dolayı hastanın iyileştiğinin görülmemesi ve

ölüm sürecine tanıklık edilmesi meslek elemanlarını tükenmişliğe sürükleyen bir durum olarak belirtilmiştir:

“Tabi ki palyatif hastaları daha zor. Yani hani bizim açımızdan nesnel yaklaşmak daha zor palyatif hastaya. Uzun süre palyatif bakımda çalıştığınızda bir psikolog olarak tükenmişlik sendromu gösterebilirsiniz. Yani bu her meslek grubu için geçerli. Çünkü verdiğiniz emeğin karşılığı şey değil hani iyileştiğini görmüyorsunuz hastanın yani. Daha iyi olduğunu görmüyorsunuz. Yaşamı sonlandırma planı gibi.” (K5, Kadın, 54, Psikolog)

Palyatif bakım katılımcılar tarafından duygusal anlamda yıpratıcı bir alan olarak belirtilmiştir. Bu bağlamda duygusal yıpranma katılımcıların yaşadıkları güçlüklerdendir. Bunu tükenmişliğin alt boyutlarından biri olan duygusal tükenme olarak tanımlamak mümkündür. Duygusal tükenme, daha çok insanlarla yüz yüze, birebir ilişkinin yoğun olduğu işlerde çalışanlarda ortaya çıkmakta ve kişinin yaşadığı aşırı psikolojik ve duygusal yüklenmeden kaynaklanmaktadır (Işıksan, 2010). Duygusal tükenmeye sebep olan durumlar; uzun süreli bakım sürecinde geliştirilen duygusal bağ ve ölüm sürecindeki hastadan etkilenme olarak ifade edilmiştir:

“Zaman içerisinde o sürece alışıyorsunuz ama bir süre sonra tabi birçoğu yıpratıcı aslında. Çünkü bir duygu bağımız da oluyor hastayı gördüğümüz için... İşte o kayıplar yani insanı aslında baya yıpratıyor.” (K4, Kadın, 55, Psikolog)

“Yani başlarda bireysel güçlük şöyle yaşamıştım, yani takip ettiğim hastalar ölüyordu. Özellikle ilk yıl gerçekten zorlanmıştım, rüyalarım bile girmişti o anlamda.” (K8, Kadın, 34, Psikolog)

Bu konuyla ilgili meslek elemanlarının baş etme becerilerinin geliştirilmesi noktasında profesyonel destek almaları gerektiği belirtilmiştir:

“...palyatif bakım biraz da duygusal anlamda çok yıpratıcı bir alan. İlk çalışmaya başladığımız zaman daha çok etkilenmiştim aslında. Yani hastadan etkileniyorsunuz, özellikle genç hastalar geldiği zaman kendinize dönük düşünebiliyorsunuz. Ölümü, hastalığı daha yakın görüyorsunuz kendinize çünkü genç bir hasta var diyorsunuz,

hep yaşı hastalar yok sonuçta. Yani bununla ilgili olarak da stresle baş etme konusunda bizlerin de, çalışanların da destek alması gerekiyor bence.” (K2, Kadın, 40, Sosyal hizmet uzmanı)

WHO (2019), mesleki deformasyonu tükenmişlik kavramı ile açıklamış ve enerji tükenmesi, kişinin işine artan zihinsel mesafesi veya işiyle ilgili olumsuzluk duyguları ve azaltılmış mesleki etkinlik ifadelerini tükenmişliğin boyutları olarak belirtmiştir. Bir katılımcı mesleki deformasyonu yaşadığı güçlüklerden biri olarak ifade etmiştir. Bu noktada da kendisini mesleki anlamda geri çektiğinden bahsetmiştir. Bu bağlamda uzmanın zaman zaman tükenmişlik yaşadığı görülmektedir:

“... mesleki hani deformasyon böyle şey artık bir şey çözümsüz olduğu zaman çok da fazla artık onunla bir daha ilgilenmek ya da savaşmak istemiyorsun. Diyorsun ki ‘zaten olmayacak’, herkeste oluyordur diye düşünüyorum.” (K9, Kadın, 30, Sosyal hizmet uzmanı)

Etik sorunlar

Etik sorunlar, ahlaki bir yargıda bulunmayı ve seçim yapmayı gerektiren, mutlak doğru ya da yanlış olarak tanımlanabilecek kadar basit ve kesin çözümleri olmayan, karmaşık ve kişiyi ikilemede bırakan sorunlardır. Yaşamının son döneminde ve sınırlı bir yaşam beklentisi olan hasta için ne kadar ve ne tür bir bakımın anlamlı olduğuna dair endişelerden ortaya çıkmakta olup; toplumlar arası kültürel, etnik, ekonomik, eğitimsel, dinsel farklı bakış açıları konuyu daha da karmaşık hale getirmektedir. Bu bağlamda sağlık çalışanları bu sürece dahil olarak birçok konuda karar vermek zorunda kalmakta ve etik sorunlarla karşılaşmaktadırlar (Seçik, b.t.). Palyatif bakım da özellikle yaşamın son dönemini içinde barındırması yönüyle etik sorunlarla sıklıkla karşılaşılacak bir alandır. Palyatif bakımda etik ilkelerin belirsizliğinin K18’in (Erkek, 28, Psikolog) terminal dönemdeki hastalarla görüşmelerini etkilediği ve bu noktada etik sorunların palyatif bakım kapsamında çalışırken yaşadığı güçlüklerden biri olduğu görülmektedir:

“Görüşme içerikleri, patolojik yas, etik ilkelerin belirsizliği konularında zorlandığım oluyor. Örneğin son dönem hastası olduğunu bilmeyen bir palyatif bakım hastası etik

açından bu konuda bilgi sahibi olmazsa benim son döneminde onun ile görüşmem oldukça yüzeysel kalıyor. Ailenin temel isteği ölüyor olduğunu paylaşmamak ancak hastanın bunu bilmemesi palyatif bakım mantığı ile uyuşmuyor. Aile kendi inkar mekanizması ile çalışmamızı zorlaştırıyor.”

3.2.5.4. Hizmet alanlara ilişkin güçlükler

Vaka yönetiminde zorlanma

Palyatif bakımda kayıp ve yas olguları etrafında gelişen bakım sürecinde hastaların ve hasta yakınlarının bu yönde gösterdikleri tepkiler neticesinde katılımcıların vaka yönetiminde zorlanmaları yaşadıkları güçlüklerden biri olarak ortaya çıkmıştır:

“Bazen şey olabiliyor hani hasta açısından, hastalarımız bizim işte palyatif hastaları biraz daha gergin, daha agresif olabiliyorlar, hani onları biraz açmak zor oluyor, hani o anlamda biraz sıkıntı olabiliyor.” (K5, Kadın, 54, Psikolog)

“Bazı hasta yakınları, hastalarının çok ağır durumda olması ve uzun süre hastane ortamında kalmaları nedeni ile görüşme esnasında olumsuz tepkiler verebilmektedir.” (K13, Kadın, 33, Sosyal hizmet uzmanı)

“Psikolojik tedavi polikliniğinde yas sürecinde olan kişiler ile psikoterapi görüşmeleri yapıyoruz. Ancak o sırada hem vefat etmiş hem de üzerinden belirli bir zaman geçmiş oluyor. Palyatif bakım merkezinde ise olay o an yaşanıyor ve bu durumunun yönetilmesi daha güç olabiliyor.” (K18, Erkek, 28, Psikolog)

3.2.6. Yaşanan güçlüklerle baş etme yöntemleri

Sosyal hizmet uzmanları ve psikologların palyatif bakım kapsamında psikososyal destek hizmeti verirken yaşadıkları güçlüklerle karşı birtakım baş etme yöntemleri bulunmaktadır. Bu bölümde katılımcıların baş etme yöntemlerine değinilmiştir.

Katılımcıların ifadeleri incelendiğinde yaşanan güçlükler noktasında birim sorumlusu, hastane yönetimi, ilgili bakanlık gibi üst makamlarla görüşmek ve yaşanan

sorunları ileterek çözüm arayışında bulunmak en çok başvurulan baş etme yöntemi olarak ortaya çıkmıştır:

“Birim sorumlusu ile iletişime geçme, hastanın bilgilendirilmesi ile ilgili eksiklik var ise eksiklik görülen durumları çözmek adına gerekli yerlerle bilgi akışında bulunup hasta veya yakınına bilgilendirmede bulunmaya çalışıyoruz.” (K16, Kadın, 29, Psikolog)

“Tabi yönetimle gidip görüşülüyor. İşte yapacağımız çalışmaları mesela anlatıyoruz ‘şunu yapabiliriz, bunu yapabiliriz’. İdare fena değil ya yine burası da şey ılımlı yani çok bizi zorlayan bir şeyle gelmiyorlar.” (K6, Kadın, 37, Sosyal hizmet uzmanı)

“Biz direkt Bakanlığa yazı yazıyoruz. Evet çünkü sözle hiçbir şey olmuyor. Biz direkt yazıyoruz.” (K1, Kadın, 32, Sosyal hizmet uzmanı)

Palyatif bakım hastaları ve hasta yakınlarıyla çalışırken meslek elemanının bireylerle sempati yerine empati geliştirerek profesyonel ilişki kurması ve profesyonel sınırların farkında olması süreçten olumsuz etkilenmemesi adına baş etme yöntemlerinden biri olarak ifade edilmiştir. Meslekteki ve palyatif bakım alanındaki deneyim ve mesleki olgunluk da yaşanan güçlüklerle baş etme noktasında önemli görülmektedir:

“Yani hani böyle daha çok işin içine giriyoruz, daha böyle sempati gibi bir şey oluyor. Sonrasında daha profesyonel ve empati kurup hani bir dışına çıkıyorsunuz. O sürece alıştıyorsunuz. Hani sanki rutin gibi... Evet konuşuyorsunuz ama onu da orda bırakmayı beceriyorsunuz hani öğreniyorsunuz hani işin dışına çıkıyorsunuz. Yani dediğim gibi kendinize yönelik baş etme becerileriniz işte.” (K4, Kadın, 55, Psikolog)

“... her zaman şunun farkında olmak gerekiyor yani hani sempati değil de empati duymak gerekiyor hastaya. Sempati duyduğunuzda işler zorlaşıyor. Yani hani mesleğin başlangıcında biraz öyle şeyler yaşanabiliyor ama sonra tecrübelendikçe hani ‘nasıl daha nesnel bakabilirim olaya?’. Çünkü siz de duygusal davrandığınızda somut çözümler getirmeniz çok zor oluyor bu sefer olaya. O biraz deneyimle ilgili bence. Aşabilme şeyi o, yani deneyim kazandıkça artık hani benzer şeyler

yaşamışsınız hani 'bunda da bunlar, bu tarz sıkıntılar olabilir' diye öngörebildiğiniz zaman çözümü daha kolay buluyorsunuz yani." (K5, Kadın, 54, Psikolog)

"Profesyonel sınırların farkında olmak benim için önemli baş etme yöntemlerimden. Palyatif bakım merkezi eve gittiğinizde zihninizde olabilecek bir yer. Bunun sınırını çizdiğimde daha rahat çalışmaya başlamıştım." (K18, Erkek, 28, Psikolog)

"Aslında psikolojik olgunlukla alakalı olduğunu düşünüyorum, bunu da mesleki olgunluğa böyle devşiriyorum. Çünkü diyorum ki 'altı yıl önce böyle düşünmüyordum'. Altı yıl önce daha az saygı duyuyordum hani daha sinirleniyordum, daha öfkeleniyordum." (K9, Kadın, 30, Sosyal hizmet uzmanı)

Takip edilen hastaların ölümünün meslek elemanı üzerindeki olumsuz etkileri karşısında süpervizyon almak etkili bir baş etme yöntemi olarak belirtilmiştir:

"Yani başlarda bireysel güçlük şöyle yaşamıştım, yani takip ettiğim hastalar ölüyordu. Özellikle ilk yıl gerçekten zorlanmıştım, rüyalarım bile girmişti o anlamda. Bunun için de süpervizyon aldım. Yani bizim mesleğimizde süpervizyon almak çok kıymetli diye düşünüyorum... Yani hem akran süpervizyonu önemli hem de bir uzmandan süpervizyon almak çok önemli o aşamada. O beni rahatlatmıştı bireysel olarak." (K8, Kadın, 34, Psikolog)

Ölüm ve yas faktörünün zorlayıcı etkilerine karşı arkadaşlarla ve diğer meslek elemanlarıyla paylaşımda bulunmak baş etme yöntemlerinden biri olarak belirmiştir. Bunun yanı sıra mizah bir katılımcı tarafından çok etkili bir baş etme yöntemi olarak ifade edilmiştir:

"Yas konuları özellikle palyatif bakımın ilk dönemlerinde çok daha zorlayıcıydı. Ölüm ve varoluş hakkında anlamsızlık, ölüm kaygısı, merhamet yorgunluğu ortaya çıkabiliyor. Bu konuda çalışma arkadaşlarım ile ilişkiler kurmak çok yararlı oluyor. Palyatif bakım hemşire odası düşünülenin aksine kahkahaların, hikayelerin, planların bol olduğu bir yer. Sanırım karışık tepki geliştirip o havayı dağıtıyoruz hep birlikte. Mizah çok etkili bir baş etme benim için." (K18, Erkek, 28, Psikolog)

"Arkadaşlarımızla konuşuyoruz burada..." (K8, Kadın, 34, Psikolog)

Profesyonel destek almak tükenmişlik karşısında başvurulacak baş etme yöntemlerinden biridir:

“Tükenmişlik sendromu yaşıyabiliyoruz, o zaman da destek alıyoruz.” (K12, Kadın, 33, Psikolog)

Psikososyal destek hizmeti sunucularına ve mesleklerine verilen önemin azlığı karşısında mesleğini ve uygulamalarını diğer sağlık çalışanlarına anlatmak, bunun yanında mesleğini iyi şekilde yapmaya çalışmak kendini ve mesleğini kabul ettirme noktasında bir baş etme yöntemi olarak ifade edilmiştir. Diğer çalışanlar ile yaşanan sorunlarla ilgili olarak da kendileriyle görüşülerek sorunların çözümlenmeye çalışıldığı belirtilmiştir:

“Baş etme yöntemlerim ben aslında iletişimimin iyi olduğunu düşünüyorum, ifade etmeye çalışıyorum, kendimi tanıtmaya çalışıyorum, işimi anlatmaya çalışıyorum... kendileriyle de paylaşıyoruz. Bir şekilde çözmeye çalışıyoruz ama daha çok işimizi yaparak var olmaya çalışarak atlatmaya çalışıyoruz.” (K2, Kadın, 40, Sosyal hizmet uzmanı)

Mekan yetersizliği sorununa karşı hastalar ve hasta yakınlarıyla profesyonel görüşme yapabilmek adına uygun görüşme mekanı yaratmanın baş etme yöntemlerinden biri olduğu görülmektedir:

“Psikolojik görüşmeleri yapabilmek için boş olan hasta odalarını değerlendirmeye çalışıyorduk.” (K15, Kadın, 32, Psikolog)

“... hasta odasında, hastanın bilinci açık değilse bazı şeyleri daha rahat konuşuyoruz ama eğer hasta algılayabiliyorsa anlayabiliyorsa genelde buraya çağırıyoruz, odaya çağırıyoruz. Veya bizim palyatifte dinlenme odalarımız var, aile odalarımız var, oraya geçip orada görüşüyoruz.” (K2, Kadın, 40, Sosyal hizmet uzmanı)

Sosyal hizmetlerin sunumundaki aksaklıklar ve yaşanan zaman kaybı karşısında baş etme yöntemlerinden biri olarak hizmet veren kurumlardaki tanınan kişilerle iletişime geçerek müracaatçıların hizmetlerden yararlanmalarının sağlandığı belirtilmiştir:

“İşte dedektif gibi çalışıyoruz. Nüfus idaresinden tanıdıklarımız varsa bilgi alıyoruz. İşte aile çalışmadan konuşuyoruz arkadaşlarla. Onun dışında hizmetleri zorluyoruz diyeyim. Mesela hasta nakil konusunda rica minnet, işte kurum bakımında sürekli sürekli görüşüyoruz. Orada bir tanıdık birisi daha önceden görüştüğümüz birisi falan varsa biraz daha onu zorluyoruz. Hani hizmetleri zorlama manasında bir şeyler yapabiliyoruz... Yani biraz daha hizmetleri zorlayarak daha çok evet yardım almalarını, her konuda yardım almalarını, sosyal hizmetlerden faydalanmalarını sağlamaya çalışıyoruz.” (K7, Kadın, 48, Sosyal hizmet uzmanı)

Palyatif bakım kapsamında karşılaşılan etik sorunlar karşısında konuyla ilgili mesleki gelişimi sağlamaya yönelik faaliyetlerde bulunmak bir baş etme yöntemi olarak ifade edilmiştir:

“Etik konularında bol bol okuyorum. Bu konuda yurtdışı yayınları daha derinlikli bilgi sunuyor. Bunlardan eğitimler çıkarıp kongre ve sempozyumlarda sunuyorum.” (K18, Erkek, 28, Psikolog)

Özel hayata ilişkin düzenlemeler, tatile gitmek, hobilerle ilgilenmek, sosyal aktiviteler, molalar, öz şefkat, meditasyon ve dua da palyatif bakım kapsamında çalışırken karşılaşılan güçlüklerle baş etme yöntemlerindendir:

“... palyatif bakımda çalışırken özellikle SA’lı hastalarla çalışırken hani kendinize özgü yöntemler işte ilk başta tabi ki çok etkileniyorsunuz. İşte ara ara molalar belki, işte ne bileyim daha çok işte kendi arkadaş gruplarınızla olayı orada bırakıp hani farklı bir şeylerle uğraşmak. Ne bileyim dışarı çıkıp hava almayı severim. Biraz öz şefkat eğilimleri böyle becerileri yaparım. Biraz böyle hani meditasyon gibi ya da işte kendi şey işte mesela dua yani.” (K4, Kadın, 55, Psikolog)

“... o zaman özel hayatımla ilgili birtakım düzenlemeler yapıyorum. Tatile gidiyorum, ne bileyim sevdiğim işlerle uğraşıyorum falan. Öyle yani.” (K5, Kadın, 54, Psikolog)

3.2.7. İdeal psikososyal destek hizmetlerine yönelik görüşler/öneriler

Palyatif bakım kapsamında verilen psikososyal destek hizmetlerinin daha kaliteli hale getirilmesi, iyileştirilmesi, geliştirilmesi ve etkili sunumunun sağlanması yönünde araştırmanın katılımcıları çeşitli görüşler ve öneriler dile getirmişlerdir. Bu bölümde, bu görüş ve öneriler aktarılmıştır. Sunulan önerilerin katılımcıların palyatif bakım alanında çalışırken yaşadıkları güçlüklerle ilişkili oldukları anlaşılmıştır.

Yaşanan önemli güçlüklerden biri olan konsültasyon usulü çalışma yoluyla palyatif bakım ekibine dahil olmamak, bu nedenle vaka takibinin iyi yapılamaması noktasında katılımcılar sosyal hizmet uzmanları ve psikologların palyatif bakım ekibine dahil edilmesi ve merkezler içerisinde odalarının bulunması gerektiğini önerileri arasında belirtmişlerdir:

“Her yerin bir sosyal hizmet uzmanı olmalı, her yerin bir psikoloğu olmalı, hani o ekibin içinde dahil olmalı, sadece oraya ait olmalı ve oraya gelen her hastayı bilmeli.” (K4, Kadın, 55, Psikolog)

“Hep orada olmalıyız. Yani benim birebir vizitlere katılıp o hastayı görmem gerekiyor. Hem tıbbi durumunu bilmem gerekiyor, hem sosyal durumunu bilmem gerekiyor, hem ailevi şartlarını bilmem, maddi şartlarını bilmem gerekiyor. Birebir o ekibin içinde olup o hastayı tanımam gerekiyor, hasta ya da hasta yakınını diyelim. Tanımam gerekiyor ki müdahale planını oluşturabileyim.” (K11, Kadın, 41, Sosyal hizmet uzmanı)

“Yani tabi ki sosyal hizmetlerin de orada aktif ünitelerde çalışmasını isteriz. Yani o daha az önce ifade ettiğimiz gibi uzmanlaşmayı sağlar, en azından bir eleman oraya görevlendirildiğinde efektif bir hizmet sunulmasını sağlar.” (K3, Erkek, 32, Sosyal hizmet uzmanı)

Palyatif bakımda önemli bir faktör olan bütüncül yaklaşımın sağlanabilmesi adına ekip çalışmasının geliştirilmesi gerekliliği katılımcıların önerilerinden biridir:

“Yani ekipteki tüm üyeler bir arada çalıştığı takdirde bence daha güçlü olacaktır diye düşünüyorum.” (K2, Kadın, 40, Sosyal hizmet uzmanı)

“Sağlıklı bir ekip çalışması ve ekibi yönlendirebilecek iyi bir lider.” (K3, Erkek, 32, Sosyal hizmet uzmanı)

“Ekip üyeleri tarafından hastaların psikolojik ve sağlık durumları gün içerisinde bir araya gelip konuşulmalı.” (K15, Kadın, 32, Psikolog)

Ekip çalışmasının geliştirilmesi ile ilgili olarak meslek elemanlarıyla iş birliğinin sağlanması gerekliliği de belirtilen önerilerdendir:

“Bizim diğer meslek elemanlarıyla iş birliği içinde olmamız çok önemli... Hasta sadece işte duygusal belirtilerden ibaret değil ya da sadece bedensel fiziksel belirtilerden ibaret değil. Bizim de bu konuda diğer elemanlarla dediğim gibi iş birliği yapmamız lazım.” (K8, Kadın, 34, Psikolog)

Sosyal hizmet uzmanlarının ve psikologların görevlerinin diğer sağlık çalışanları tarafından tam olarak bilinmemesi ve bu meslek gruplarına verilen önemin azlığı katılımcılar tarafından belirtilen güçlüklerden biri olarak ortaya çıkmıştır. Bu noktada psikososyal destek hizmetlerine, sosyal hizmet ve psikoloji mesleklerine ve meslek elemanlarının görevlerine ilişkin tanıtımların ve bilgilendirmelerin yapılmasının yanı sıra uygulamalarla görünürlüğün artırılması gerekliliği katılımcıların önerileri arasındadır:

“Yani palyatif bakım sadece gelip burada işte beslenmemizin desteklendiği, oksijenimizin desteklendiği ya da kemoterapi aldığımız bir yer bir ünite değil. Yani yaygınlaştırılması çok önemli... Yani bizim de tanıtmamız lazım ne iş yaptığımızı. Belki bunu tabi uygulayarak da göstermemiz lazım.” (K8, Kadın, 34, Psikolog)

“İşte ‘sosyal hizmet uzmanları ne iş yapıyor?’ çoğu hastanedeki genel algı bence bu. Çok görünür olamadığımız için ya da yaptığımız şeylerin biraz reklamını yapmak lazım diye düşünüyorum... Hani biraz kendin kişiyle de çok alakalı hani ne yapabileceğin ama mesela palyatif için de sen palyatifte çalışıyorsan git de ki ya da palyatif sana verildi işte servisler bölüşüldü, hocam git klinik şefine işte ‘ben sosyal hizmet uzmanıyım şu kadar yıldır, şunları şunları yapabilirim siz de uygun bulursanız’. Hazırla slaytlarını, çık servis çalışanlarına anlat ‘ben şuyum, bakın böyle bir vaka olduğunda yapılmış örnekleri var ben şunları şunları’. Tabi ki sihirli

bir değnek yok elimizde yaptığımız şeyler sınırlı ama yapabildiklerimiz de var sonuçta hani bunu onlara gösterebilmek lazım.” (K6, Kadın, 37, Sosyal hizmet uzmanı)

Bu konuda personelin psikososyal destek hizmetlerine ve bu hizmetleri sunan sosyal hizmet uzmanları ve psikologların görevlerine ilişkin eğitilmesi gerektiği ifade edilmiştir:

“... personelin kesinlikle sosyal hizmet uzmanı-psikolog ne yapar, ne iş yapar, eğitilmiş olması ve hani deneyimli olması lazım palyatifte özellikle.” (K9, Kadın, 30, Sosyal hizmet uzmanı)

Eğitim eksikliği palyatif bakım alanında çalışırken katılımcıların yaşadıkları önemli güçlüklerdendir. Bu bağlamda meslek elemanlarına alana ilişkin eğitimler verilmesi gerektiği katılımcıların önerilerindendir:

“Mesela hani ilk atadınız, palyatif çalışacaksınız, onunla ilgili bir ön eğitim gibi bir şey planlanabilir.” (K6, Kadın, 37, Sosyal hizmet uzmanı)

“Ayrıca psikologların doğuştan palyatif bakım merkezi hakkında bilgilerle doğduğunu düşünmek yerine eğitime ve süpervizyona ihtiyacın olduğu kabul edilmelidir. Bu konuda yeterli eğitim olursa alana olan merak artabilir ve verilen hizmetin kalitesi değişir.” (K18, Erkek, 28, Psikolog)

“Okulda palyatif eğitimi versinler. Özellikle terminal dönem hastalara nasıl yaklaşacağız? Birebir bunun eğitimi alınsa çok daha iyi olur.” (K11, Kadın, 41, Sosyal hizmet uzmanı)

Eğitim eksikliğinin giderilmesi noktasında palyatif bakım alanıyla ilgili akademik çalışmalara ağırlık verilmesi gerektiği belirtilmiştir:

“Palyatif bakım eğitimi sadece hemşirelerin sertifikalandığı bir sistemde sağlık bakanlığı tarafından veriliyor. Bunca yılda sadece bir psikolog bu eğitimi almak istedi. Alan olarak psikologlar bu alanla daha az ilgili. Bu alanın daha görünür yapılmasını sağlamak üniversitelerin akademisyenlerin sorumluluğundadır.” (K18, Erkek, 28, Psikolog)

Süpervizyon almanın gerekliliği palyatif bakım alanında çalışırken karşılaşılan tükenmişlikle mücadele noktasında belirtilen bir öneridir:

“Yani dediğim gibi yine süpervizyon almak çok önemli bence. Çünkü tükenmiş hissediyorsak ya da bir hastayla görüştüğümüzde öfke hissediyorsak, çaresiz hissediyorsak o görüşmeleri çok sağlıklı devam ettiremeyiz. O yüzden bizim süpervizyon almamız lazım onunla ilgili.” (K8, Kadın, 34, Psikolog)

Katılımcıların palyatif bakım kapsamında çalışırken ulusal düzeyde mesleki standartların bulunmaması ile ilgili olarak yaşadıkları güçlükler noktasında psikososyal destek hizmetlerine ilişkin uygulamaların standartlara bağlı olarak yürütülmesi gerektiği öneriler arasındadır:

“Tabi ki profesyonel olmalı. Tabi ki bunun artık bir oturtulup bir böyle standart bütün hastanelerde olan hani bütün palyatif bakım hizmetlerinde bu şekilde ilerliyor olmalı. Ama şu an görünen o ki biz kendi özverimizle, yapmak istediğimiz şeylerle ilerliyoruz. Yönetimin inisiyatifine kalıyor. Sen yapmak istiyorsun, o da yap derse oluyor. Bunun artık bence sonlanması ve her şeyin gerekli prosedürler, izinler önceden alınarak yapılıyor olması lazım.” (K9, Kadın, 30, Sosyal hizmet uzmanı)

“İhtiyaç dahilinde değil herkesin kolaylıkla ulaşabileceği bir hizmet olmalı. Hastaneden hastaneye değişmemeli, yöneticilerin tutumu ile farklılaşmamalı.” (K18, Erkek, 28, Psikolog)

Bununla ilgili olarak yetkili merciler tarafından sistemsal değişiklikler yapılması gerektiği de belirtilmiştir:

“Kişisel merak, ilgi ve akademik araştırmalar ile kişisel gelişim yerine kökten bir sistem ile psikososyal desteklerin çeşitlenmesi ve gelişmesi gerekiyor. Maalesef kalite standartlarında kaç görüşme yapıldığı, hangi eğitimler verildiğinin önemi yok. Çoğunlukla kişisel çabalar ile sistem yürürken bunların yetkili merciler ile ele alınması önemli.” (K18, Erkek, 28, Psikolog)

Sosyal hizmetlerin sunumundaki aksaklıkların giderilmesi adına hizmetlerin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi gerekliliği belirtilen önerilerdendir:

“Yani hizmetler biraz daha oturmuş olup daha böyle rutine bağlanırsa hani bizim burada mesela tek görevimiz ney, gideceğiz görüşeceğiz, hizmetleri tespit edeceğiz ve onları yönlendirip hemen hizmetlerini almasını sağlayacağız... Yine bu ambulans hizmetleri, hasta nakil hizmetleri mesela. Hani biraz daha esnek hale getirilerek mesela bu hizmetler kullanılmasın şeklinde düzenlenmez de biraz daha esnek olup daha çok kullanışlı hale getirilebilir.” (K7, Kadın, 48, Sosyal hizmet uzmanı)

Bununla ilgili olarak hizmetlere ulaşım kolaylığı için bakanlıklar arasında kurumlar arası işbirliği sağlanması gerektiği de ifade edilmiştir:

“Yani ihtiyaçlarımız işte özellikle bu altyapı, mesela Aile Çalışmayla Sağlık Bakanlığı konusunda bir protokol imzalanabilir. Kurum bakımına yerleştirme konusunda. Sosyal yardımlaşma mesela. Sosyal yardımlaşma da zaten Aile Çalışmanın kapsamında artık. Onlarla ilgili işte bu maddi yardımlarla ilgili hani bizim görüşmelerimiz sonucunda ihtiyacı olan hastalara maddi destek sağlanabilir.” (K7, Kadın, 48, Sosyal hizmet uzmanı)

Palyatif bakım kapsamında çalışırken özlük haklarının iyileştirilmesi özellikle ekonomik getirinin olmaması noktasında belirtilen bir öneridir:

“Hani biz meslek grupları açısından lisans mezunlarının inşallah daha özlük haklarının daha iyi olduğu günler görürüz bundan sonra. (Gülüyor). Hem hakkımız olsun hem yetkimiz olsun hem de işte bir şeyler yapıyoruz, yapılanlar görülsün takdir edilsin istiyoruz yani. Bu sosyal hizmet uzmanı arkadaşlarım açısından da böyle...” (K5, Kadın, 54, Psikolog)

Alanda çalışan meslek elemanlarının karşılaştıkları güçlüklerle baş edebilmeleri adına mesleki birlik oluşturulabileceği ifade edilmiştir:

“Sahada aktif çalışanlarla iş birliği olabilir mesela. Hangi sorunlarla karşılaşılıyor? Sahada şunlar, şunlar var. Ama imkan yok, bu sorunları çözecek imkanlar yok. E ne olabilir? Bu sorunlara yönelik çalışmalar olabilir... Çünkü burada hani kamu yararı sonuçta, insan sağlığı için çalışıyoruz özellikle hastanelerde. İnsanların iyiliği için

alışıyoruz. Ortak bir doğru üzerinde birleşip ne yapılması gerekiyorsa kaynaklar kullanarak, seferber edilerek yapılabilir.” (K11, Kadın, 41, Sosyal hizmet uzmanı)



BÖLÜM IV: SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde öncelikle araştırmanın sonuçlarına, sonrasında ise bu sonuçlar doğrultusunda oluşturulan önerilere yer verilmiştir.

4.1. Sonuç

Yaşamı tehdit eden hastalığa sahip bireylere ve bu bireylerin yakınlarına palyatif bakım merkezleri aracılığıyla sunulan psikososyal destek hizmetlerini bu hizmetleri sunan sosyal hizmet uzmanları ve psikologların bakış açısı ile ele alan bu çalışmada, yapılan derinlemesine görüşmeler sonucunda çeşitli sonuçlara ulaşılmıştır. Bu sonuçlardan ilki, palyatif bakımın katılımcılar için anlamını ortaya çıkarmak üzere palyatif bakıma ilişkin tanımlamalarına dair olmuştur. Buna göre katılımcıların çoğunluğu palyatif bakımı son dönem/terminal dönem hastaların bakımı olarak tanımlamaktadır. Buna ek olarak; yaşam kalitesinin artırılması, fiziksel, ruhsal ve psikososyal bakım, hasta ve hasta yakınlarının desteklenmesi, ağrıların ve acıların dindirilmesi, yaşamın sonlanması aşamasında destek, bakıma muhtaç hale gelmiş hastaların bakımı, semptomların azaltılmasının sağlanması, son dönem hastaların psikolojik desteklenmesi, ölüm, ölümden önceki son durak, rahat bir tedavi, mesleki doyum sağladığım bir yer, sığınak liman, insanlık hakkı, tedaviye alışma ve uyum sağlanmasına yardımcı ifadeleri de katılımcıların palyatif bakım tanımlamalarında yer verdikleri ifadelerdendir.

Katılımcıların çoğu palyatif bakım alanında eğitim almamakla birlikte, eğitim alanlar psikologlardır. Katılımcıların aldıkları eğitimlerin ise kısa süreli eğitimler olduğu, psikososyal destek hizmetlerini detaylandıran eğitimlerden çok palyatif bakım hizmetlerine ilişkin hizmet veren bütün meslek elemanlarına yönelik gerçekleştirilen genel eğitimler olduğu anlaşılmaktadır. Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge’de merkezlerde görevlendirilen personelin eğitiminde hizmet içi eğitimlere vurgu yapılırsa da araştırma sonuçlarında alana ilişkin hizmet içi eğitimlerin yetersiz olduğu görülmektedir. Palyatif bakım; yaşamı tehdit eden hastalıkları ve dolayısıyla ölümü içinde barındıran, bu nedenle de palyatif bakım merkezlerinde tedavi gören hastalara ve bu hastaların yakınlarına yönelik belirli bilgi birikimini ve becerileri

içeren çalışmaların yürütülmesi gereken bir alandır. Dolayısıyla bu hassas gruplarla çalışan özellikle psikososyal destek sunucularının alana ilişkin eğitim almaları, bilgi ve beceri edinerek etkili müdahalelerde bulunmalarını sağlayacak önemli bir faktördür. Ancak araştırmada katılımcıların büyük bir bölümünün palyatif bakım alanına dair herhangi bir eğitime sahip olmadıkları görülmüştür. Bu durumun ortaya çıkmasında palyatif bakımda uzmanlaşmaya yönelik eğitim seçeneklerinin kısıtlı olmasının da etkili olduğu düşünülmektedir. Özellikle çalışmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarından hiçbirinin alana yönelik eğitiminin bulunmaması palyatif bakımda sosyal hizmet mesleğinin yerine, gelişimine ve geleceğine ilişkin önemli sorunlar oluşturabilecek bir unsurdur. Palyatif bakım felsefesi ve prensipleri hala formal tıp eğitiminde yer almamaktadır. Bunun yanı sıra sağlık profesyonellerinin ve toplumun konuyla ilgili farkındalığı da yeterli değildir. Palyatif bakım eğitimi henüz mezuniyet öncesi müfredatlara dahil edilmediğinden, alana ilişkin eğitim eksikliği mezuniyet sonrası hemşire sertifika programları, kurs ve sempozyumlarla giderilmeye çalışılmaktadır (Oğuz ve Kömürcü, 2020). Ülkemizde palyatif bakım alanında çalışacak hemşireler Palyatif Bakım Hemşiresi unvanını edinebilmekte, bu yönde palyatif bakım hemşireliği sertifika programları ile eğitim alabilmektedirler (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015). Yurt dışında palliative care social worker (palyatif bakım sosyal hizmet uzmanı) ve palliative care psychologist (palyatif bakım psikoloğu) unvanlarını alarak palyatif bakım alanında uzmanlaşmış sosyal hizmet uzmanları ve psikologlar psikososyal destek hizmetlerini gerçekleştirebilmektedirler. Ülkemizde de hemşirelere yönelik olduğu gibi palyatif bakım alanında hizmet veren sosyal hizmet uzmanları ve psikologlara yönelik sertifikalı ve özel eğitimlerin verilmesinin bu meslek elemanlarının alanla ilgili uzmanlaşmalarını ve etkili uygulamalar gerçekleştirmelerini sağlayacağı düşünülmektedir.

Palyatif bakım merkezlerinde katılımcılar konsültasyon, tam zamanlı ve yarı zamanlı olmak üzere üç farklı biçimde çalışmaktadır. Üç tür çalışma sisteminde de katılımcıların aslen hastane bünyesinde kendi alanlarına ilişkin birimlerde görevli oldukları, bununla birlikte palyatif bakım merkezlerinde de çalışmalar gerçekleştirdikleri belirlenmiştir. Katılımcıların paylaşımlarından çoğunlukla konsültasyon yoluyla palyatif bakım merkezlerinde çalıştıkları anlaşılmıştır. İlgili yönergede sosyal hizmet uzmanları ve psikologların merkezlerde tam zamanlı çalışma zorunluluğunun bulunmadığının belirtilmesi ile merkezlerin sosyal hizmet uzmanları ve psikologlar için farklı çalışma sistemleri uyguladıkları, çoğunlukla da palyatif bakım ekibine dahil etmeden ihtiyaç

halinde konsültasyon yolu ile görüşlerine başvurdukları görülmektedir. Oysaki bu durumun sosyal hizmet uzmanları ve psikologların palyatif bakım merkezlerinde hizmet sunacakları bireylere ilişkin birçok bilgiye tam olarak hakim olamamalarına neden olduğu ve bu yönüyle gerçekleştirdikleri müdahalelerin etkililiğini olumsuz etkilediği katılımcılar tarafından dile getirilmiştir. Palyatif bakımda ihtiyaç analizi süreklilik içermelidir. Bu doğrultuda gerek bakım sürecinin başlangıcında ortaya çıkan öncelikli ihtiyaçların, gerekse sürecin ilerleyen aşamalarında kendini gösteren diğer ihtiyaçların her birinin göz ardı edilmeden incelenmesi gerekmektedir. Palyatif bakım merkezlerinden hizmet alan hasta ve hasta yakınlarının psikososyal ihtiyaçlarını ve sorunlarını bakım süreci boyunca takip ederek doğru kaynaklarla ve çözümlerle buluşmalarını sağlamak ancak sosyal hizmet uzmanları ve psikologların tam zamanlı çalışma sistemi ile ekibin daimi birer üyesi olarak merkezlerde aktif bulunmaları ile mümkündür.

Palyatif bakım merkezlerinde çalışırken en çok işbirliğinde bulunulan meslek elemanlarına ilişkin sonuçlarda, katılımcıların palyatif bakım hizmetlerinin sunumunda ekip çalışmasının öneminin farkında olarak multidisipliner çalışma yapmayı deneyimlediği görülmektedir. Bununla birlikte sosyal hizmet uzmanları ve psikologların psikososyal destek hizmetlerini daha çok birlikte yürütmekle birlikte hemşireler ve doktorlarla da yakın iletişimde oldukları anlaşılmıştır.

Araştırma bulgularının ikinci bölümünde ise Palyatif Bakım Kapsamında Verilen Psikososyal Destek Hizmetleri başlığı altında ilk olarak psikososyal desteğin katılımcılar için anlamını ortaya çıkarmak üzere psikososyal destek tanımlamaları ele alınmıştır. Araştırma sonuçlarına göre katılımcıların çoğu psikososyal desteğe ilişkin tanımlamalarını bireylerin psikolojik ve sosyal bağlamda desteklenmesi ifadesi etrafında şekillendirmişlerdir. Bunun yanı sıra; bütüncül değerlendirme, tamamlayıcı hizmet, kaliteyi artırıcı hizmet, en fazla memnun kalınan hizmet, insanın kendisi olabildiği bir hizmet, profesyonel bir iş ifadeleri de katılımcıların psikososyal desteğe ilişkin tanımlamalarında vurgu yaptıkları ifadelerdendir. Burada dikkat çeken bir nokta, katılımcıların palyatif bakımı tanımlarken hasta yakınlarına yer vermemelerine karşın psikososyal desteği tanımlarken hasta yakınlarına dair söylemlerde bulunmalarıdır. Bu durum hasta yakınlarının psikososyal destek ihtiyacının katılımcılar tarafından fark edilen önemli bir mesele olarak algılandığını düşündürmüştür.

Psikososyal desteğin palyatif bakımdaki önemine yönelik değerlendirmelerine ilişkin sonuçlarda katılımcıların en çok palyatif bakımın bütüncül yaklaşımına vurgu yaptıkları, tam ve kaliteli bir palyatif bakımdan söz etmek için psikososyal destek hizmetlerini palyatif bakım kapsamında olması gereken önemli bir bileşen olarak belirttikleri görülmektedir.

Araştırmada katılımcıların palyatif bakım merkezlerinde çalışırken hastaların ve hasta yakınlarının bu süreçte yaşadıkları psikososyal sorunlara ilişkin gözlemlerine de yer verilmiştir. Buna göre katılımcılar öncelikle bireylerin palyatif bakım sürecinde ortaya çıkan ihtiyaçları ve yaşadıkları psikososyal sorunlar kapsamında ön değerlendirme-ihtiyaç ve sorun belirleme uygulamasını gerçekleştirmektedir. Maddi sıkıntılar, hasta ve hasta yakınlarının palyatif bakım sürecinde karşılaştıkları psikososyal sorunlar içerisinde katılımcıların en çok üzerinde durduğu konu olmuştur. Bununla bağlantılı olarak bireylerin maddi destek alabilecekleri kurumlara yönlendirilmeleri ve merkezlerin imkanları dahilinde ayni-nakdi yardım sağlama faaliyetleri, sosyal hizmet uzmanlarının maddi sıkıntılar konusunda psikososyal destek hizmetlerine ilişkin gerçekleştirdikleri öne çıkan uygulamalar olarak belirtmiştir. Hastanın kimsesiz olmasının veya yakınlarının hastayla ilgilenmemesinin yanı sıra hastanın taburculuktan sonra gidecek bir yerinin olmaması yani barınmaya ilişkin sorunlar da bireylerin palyatif bakım sürecinde yaşadıkları psikososyal sorunlar kapsamında dile getirilmiştir. Araştırma sonucunda sosyal hizmet uzmanlarının palyatif bakımda en çok maddi yardımlar ve kurum bakımı için yönlendirme yaptıkları anlaşılmıştır. Bu bağlamda Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlükleri, Sosyal Dayanışma ve Yardımlaşma Vakıfları ve özel bakımevleri yönlendirme yapılan kurumlar olarak belirtmiştir. Sosyal hizmet uzmanlarının ilgili kurumlara yönlendirme yaparken aracı rolünü yerine getirdikleri görülmüştür.

Bireylerin palyatif bakım sürecinde ortaya çıkan ihtiyaçları doğrultusunda yararlanabilecekleri sosyal hizmetlere ilişkin bilgi eksiklikleri birçok sosyal hizmet uzmanı katılımcı tarafından dile getirilmiştir. Palyatif bakım merkezlerinde sosyal hizmet uzmanları tarafından gerçekleştirilen grup çalışmalarının ve hasta yakını eğitimlerinin öncelikli olarak sosyal hizmetlere ilişkin bilgilendirme amaçlı olduğu anlaşılmıştır. Bu noktada, hasta ve hasta yakınları için sosyal hizmetlere yönelik bilgilendirme faaliyetleri araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının öne çıkan uygulamalarından biri olarak ortaya çıkmıştır. Bilgilendirme konularının içeriğini ise evde sağlık hizmeti, evde bakım

ücreti, evde temizlik hizmeti, engelli raporu, hasta bezi raporu ve 2022 aylıkları oluşturmaktadır.

Araştırma sonuçlarına göre taburculuğa hazırlık aşaması sosyal hizmet uzmanlarının aktif rol aldığı bir aşamadır. Bu aşamada uzmanların bireylerin çeşitli hizmetlere ve ilaçlara erişimini mümkün kılacak engelli raporu, ilaç raporu gibi raporların hazırlanmasını sağladıkları; engelli aylıkları, evde bakım ücreti gibi hizmetlerle ilgili bilgilendirme ve yönlendirmeler yaptıkları; barınma ile ilgili değerlendirme ve yönlendirmeler yaptıkları anlaşılmıştır.

Korku, tedirginlik, endişe, anksiyete, depresif duygu durumu palyatif bakım sürecinde hasta ve hasta yakınlarının en çok yaşadıkları psikolojik problemler olarak ifade edilmiştir. Bunların yanı sıra hastalığa ve tedaviye uyum sorunları, kayıplar, günlük rutinin bozulması, maddi sıkıntılar, aile ilişkilerindeki bozulmalar ve bakım vermeye ilişkin zorluklar da bireylerin psikolojik anlamda desteklenmesi gereken konular olarak belirmiştir. Bu noktada psikolojik görüşmeler, araştırmaya katılan psikologların sunduğu önemli bir psikososyal destek hizmeti olarak ortaya çıkmıştır. Psikolojik görüşmelerin ise özellikle duygu paylaşımının ve boşalımının sağlanması amaçlı gerçekleştirildiği anlaşılmıştır. Psikologların palyatif bakım kapsamında gerçekleştirdikleri grup çalışmalarının da duygu paylaşımı odaklı olduğu görülmüştür. Psikolojik test uygulama, psikologların hastaların ve hasta yakınlarının psikolojik durumlarını değerlendirme ve patolojik bulguların ortaya çıkmasıyla birlikte psikiyatriste yönlendirme yapma noktasında gerçekleştirdikleri bir uygulama olarak belirmiştir.

Hem sosyal hizmet uzmanlarının hem de psikologların aktif oldukları bir uygulama olarak beliren arabuluculuğun çoğunlukla palyatif bakım sürecinde aile ilişkilerindeki bozulmalar noktasında hasta ile aile bireyleri arasında gerçekleştirildiği görülmüştür.

Taburculuk sonrası vaka takibinin katılımcılar tarafından gerekli görülen durumlarda gerçekleştirildiğinin ifade edilmesi, etkili uygulanmadığını akla getirmiştir.

Hasta ve hasta yakınlarının yanı sıra ekip üyelerine yönelik çalışmalar da psikososyal destek hizmeti kapsamında öne çıkan uygulamalar olarak belirmiştir. Katılımcıların ifadelerine göre temelini; hastayla iletişim yolları, iş yükü, tükenmişlik, merhamet

yorgunluğu, hiyerarşik problemler ve nöbet düzenlemelerine ilişkin problemlerden alan ekip üyelerine yönelik çalışmaların çoğunlukla psikologlar tarafından gerçekleştirildiği ve bireysel görüşmeler, toplantılar, eğitimler ve moral-motivasyon günleri şeklinde yapıldığı anlaşılmıştır. Psikososyal destek hizmetleri kapsamında çok değinilmeyen ve araştırmada da sadece bir katılımcı tarafından dile getirilmiş olan bilimsel çalışmalar ise palyatif bakım alanında psikososyal destek hizmetlerinin gelişimine katkıda bulunacak önemli bir uygulama olarak değerlendirilmiştir.

Palyatif bakım sürecinde hasta ve hasta yakınlarının yaşadıkları psikososyal sorunlarla ilgili olarak sosyal hizmet uzmanlarının bireyleri ihtiyaç duydukları hizmetlerle buluşturma ve bağlantılandırma boyutunda, psikologların ise psikolojik destek boyutunda daha aktif oldukları belirlenmiştir. Katılımcıların palyatif bakım merkezlerindeki mesleki uygulamalarını çalışma sistemlerinin el verdiği ölçüde gerçekleştirdikleri görülmektedir. Belirtildiği üzere sosyal hizmet uzmanları çoğunlukla konsültasyon yolu ile çalışmalarını nedeniyle uygulamalarını sadece bireyleri hizmetlerle buluşturma ve bağlantılandırma noktasında gerçekleştirmektedir. Oysaki sosyal hizmet disiplini bundan daha fazlasını içermektedir. Klinik sosyal hizmet bireylerin psikososyal işlevselliklerinin artırılması yönünde rehabilite edici çalışmalarla palyatif bakım felsefesine katkıda bulunacak önemli bir alandır. Bunun yanı sıra yas danışmanlığı palyatif bakım merkezlerinde hem sosyal hizmet uzmanlarının hem de psikologların gerçekleştirebileceği önemli bir rehabilitasyon aracı olmasına rağmen araştırma sonuçlarında katılımcıların gerçekleştirdiği uygulamalar arasında yer almadığı görülmektedir. Bu noktada konsültasyon yolu ile çalışma sistemi nedeniyle katılımcıların mesleki uygulamalarını yeterince yerine getiremedikleri ve hasta-hasta yakınlarının süreçte ortaya çıkan her ihtiyacına karşılık veremedikleri söylenebilir. Bu durum sosyal hizmet uzmanları ve psikologların palyatif bakım merkezlerinde sürekli aktif bulunarak mesleki uygulamalarının gereklerini daha iyi şekilde yerine getirmelerine olanak sağlaması nedeniyle tam zamanlı çalışmaları gerektiğinin önemini bir kez daha ortaya koymaktadır.

Katılımcılar palyatif bakım merkezleri kapsamında psikososyal destek hizmeti verirken birçok güçlük yaşamaktadır. Katılımcıların yaşadıkları güçlükler; prosedüre ilişkin güçlükler, merkezlerin özelliklerine ve işleyişine ilişkin güçlükler, mesleki güçlükler ve hizmet alanlara ilişkin güçlükler olmak üzere dört başlık altında incelenmiştir.

Prosedürün ve bürokratik işlemlerin (hasta kabul, kayıt, evrak vb.) işleyişindeki gecikmeler, kaynak yetersizliği ve sosyal hizmetlerin sunumundaki aksaklıklar araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının palyatif bakım merkezlerinde hizmet verirken prosedüre ilişkin güçlüklerle ilgili olarak yaşadıkları güçlükler olarak ortaya çıkmıştır. Prosedüre ilişkin güçlüklerin, araştırma sonuçlarına göre uygulamalarını bireyleri ihtiyaç duydukları hizmetlerle buluşturma ve bağlantılandırma temeli üzerine gerçekleştiren sosyal hizmet uzmanlarının bunu sağlamaya çalışırken yaşadıkları önemli güçlükler olduğu görülmüştür. Palyatif bakım kapsamında psikososyal destek hizmeti verirken bu hizmetin karşılığında ekonomik kazancın az olması veya olmaması da prosedüre ilişkin güçlüklerdendir.

Merkezlerin özelliklerine ve işleyişine ilişkin yaşanan güçlükler kapsamında elde edilen sonuçlarda birçok katılımcı palyatif bakım merkezlerinde hizmet verirken mesleki görüşmelerini gerçekleştirecekleri odalara sahip olmadıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcılar palyatif bakım kapsamında psikososyal destek hizmeti verirken yaşadıkları güçlükler noktasında en çok mekan yetersizliği konusuna değinmişlerdir. Katılımcıların *“görüşmeyi hasta odasında diğer kişilerin yanında yapmak, diğer sağlık çalışanları tarafından görüşmelerin sıklıkla bölünmesi”* ifadeleri, mesleki görüşmelerinde gizlilik ilkesinin yeterince sağlanamadığını göstermektedir. Bu noktada mekan yetersizliğinin katılımcıların profesyonel görüşme gerçekleştirmelerinin önündeki en büyük engel olduğu anlaşılmıştır. Ekip çalışmasının yetersizliği ve ekip üyesi olmamanın getirdiği olumsuzluklar yine birçok katılımcının üzerinde durduğu güçlüklerdendir. Ekip yaklaşımı palyatif bakım felsefesinin önemli yapı taşlarından biri olmasına rağmen pratikte yeterince gerçekleştirilemediği görülmektedir. Araştırma sonuçlarında da belirtildiği üzere katılımcılar aslen hastane bünyesinde kendi alanlarına ilişkin birimlerde görevli olmalarından dolayı palyatif bakım ekibinin daimi üyeleri arasında yer almamaktadırlar. Bu durumun katılımcıların palyatif bakım alanına ve ekibine olan aidiyet duygusunu olumsuz etkileyen bir faktör olduğu söylenebilir. Ekip çalışmasının yetersiz olmasının katılımcıların hasta ve hasta yakınlarının bilgilerine, ihtiyaçlarına ve sorunlarına tam anlamıyla hakim olamamasına neden olduğu görülmektedir. Bu güçlüğün ortaya çıkmasında ise yine katılımcıların çalışma sistemlerinin etkili olduğu söylenebilir. İhtiyaç halinde görüşlerine başvurulmuş sosyal hizmet uzmanları ve psikologların merkezlerde sürekli aktif bulunamamaları nedeniyle ekip çalışmalarına yeterince dahil edilmedikleri düşünülmektedir.

Merkezlerin özelliklerine ve işleyişine ilişkin yaşanan güçlükler kapsamında psikososyal desteğe ihtiyacı olan bireylerin katılımcılara bildiriminin diğer merkez çalışanları tarafından geç yapılması da önemli güçlüklerden biri olarak ortaya çıkmıştır. Bu nedenle katılımcıların bireylere ilişkin bilgilere tam olarak hakim olamadıkları ve çalışmalarında aksaklıklar meydana geldiği görülmektedir. Bu durumun ortaya çıkmasında merkezlerdeki ekip yaklaşımının yetersizliği nedeniyle palyatif bakım merkezlerinde görevli meslek elemanları arasında işbirliği ve iletişimin sağlanamamasının etkili olduğu söylenebilir. Bu noktada sosyal hizmet uzmanları ve psikologların palyatif bakım ekibine dahil edilmelerinin yanı sıra ekip liderlerinin çalışmalarıyla da palyatif bakım merkezlerindeki ekip yaklaşımının geliştirilmesi hizmetlerin etkili sunumu noktasında oldukça önemlidir.

Mesleki güçlüklerle ilişkin elde edilen sonuçlarda, sosyal hizmet ve psikoloji mesleklerinin tanınırlık sorunu ve bu mesleklere verilen önemin azlığı katılımcıların çalışmalarını gerçekleştirmeleri önünde önemli bir güçlük olarak değerlendirilmiştir. Öyle ki katılımcıların yaşadıkları diğer güçlüklerin temelini de bu durumun oluşturduğu düşünülmektedir. Çoğunlukla araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının dile getirdiği palyatif bakım alanına ilişkin eğitim eksikliğinin mesleki uygulamalarda eksikliklere, karışıklıklara ve uzmanda kendine güvensizlik sorununa neden olduğu görülmektedir. Nitekim palyatif bakım merkezlerinde görevli sosyal hizmet uzmanları ve psikologlar için ülkemizde sertifikalı eğitim programları bulunmamaktadır. Bunun yanında üniversite sürecinde ve hizmet içi eğitim kapsamında da palyatif bakım alanına ilişkin eğitim almamış olmaktan dolayı eğitim eksikliği katılımcıların yaşadıkları önemli güçlüklerden biri olarak ortaya çıkmıştır. İş yükü de daha çok sosyal hizmet uzmanlarının üzerinde durduğu güçlüklerden bir tanesidir. Hastanenin birçok biriminde görevli olmanın palyatif bakım merkezinde hizmet verirken detaylı çalışma gerçekleştirme önünde bir engel olduğu görülmüştür. Mesleki güçlüklerden biri olan uygulamaya yönelik mesleki standartların bulunmamasından dolayı katılımcılar çalışmalarını kendi bildikleri ve çabalarıyla gerçekleştirmeye çalıştıklarını ifade etmişlerdir. Bu bağlamda katılımcıların mesleki uygulamalarında yol gösterici bir dayanaklarının olmaması nedeniyle birçok noktada zorlandıkları anlaşılmıştır.

Belirli sorunlar karşısında taraflar arasında yaşanan çatışma, güçlüklerden biri olarak ortaya çıkmıştır. Doktorlar ile hasta yakınları arasında, katılımcılarla diğer merkez

Çalışanları arasında ve meslektaşlar arasında çatışma senaryoları görülmektedir. Palyatif bakım merkezinde özellikle terminal dönem hastaları ve bu hastaların yakınlarıyla çalışma, dolayısıyla ölüm olgusuyla karşı karşıya kalma nedeniyle katılımcıların yaşadıkları tükenmişlik bir diğerk güçlük olarak belirmiştir. Etik sorunlar kapsamında palyatif bakım alanındaki etik ilkelerin belirsizliğı de ortaya çıkan mesleki güçlüklerden bir tanesidir.

Kayıp ve yas olguları etrafında gelişen bakım sürecinde hastaların ve hasta yakınlarının bu yönde gösterdikleri tepkilerden dolayı katılımcıların vaka yönetiminde zorlanmaları hizmet alanlara ilişkin yaşadıkları bir güçlük olarak ortaya çıkmıştır.

Palyatif bakım merkezleri kapsamında psikososyal destek hizmeti verirken yaşanan güçlüklerle baş etme yöntemlerine ilişkin sonuçlar derlendiğinde; birim sorumlusu, hastane yönetimi, ilgili bakanlık gibi st makamlarla görüşme ve yaşanan sorunları ileterek çözüm arayışında bulunma en çok başvurulan baş etme yöntemleridir. Bunun yanı sıra; empati, deneyim/mesleki olgunluk, süpervizyon almak, paylaşım, mizah, profesyonel destek almak, mesleğini ve uygulamalarını diğerk sağıık çalışanlarına anlatmak, mesleğini iyi şekilde yapmaya çalışmak, profesyonel görüşme için mekan yaratmak, hizmet veren kurumlardaki tanınan kişilerle iletişime geçmek, mesleki gelişime yönelik faaliyetlerde bulunmak, özel hayata ilişkin düzenlemeler, tatile gitmek, hobilerle ilgilenmek, sosyal aktiviteler, molalar, öz şefkat, meditasyon ve dua katılımcıların baş etme yöntemlerini oluşturmaktadır.

Araştırma sonuçlarına göre palyatif bakım kapsamında verilen psikososyal destek hizmetlerinin daha kaliteli hale getirilmesi, iyileştirilmesi, geliştirilmesi ve etkili sunumunun sağılanması yönünde katılımcıların dile getirdiğı çeşitli görüş ve öneriler ise şu şekildedir:

- Sosyal hizmet uzmanları ve psikologlar palyatif bakım ekibine dahil edilmeli,
- Sosyal hizmet uzmanları ve psikologlar merkezler içerisinde çalışmalarını gerçekleştirebilecekleri mekanlara sahip olmalı,
- Ekip alışması geliştirilmeli,
- Diğerk meslek elemanlarıyla iş birliğı sağılanmalı,
- Psikososyal destek hizmetlerine ilişkin tanıtımlar ve bilgilendirmelerle görünürlük artırılmalı,

- Diğer meslek elemanları psikososyal destek hizmetlerine ve bu hizmetleri sunan sosyal hizmet uzmanları ve psikologların görevlerine ilişkin eğitilmeli,
- Sosyal hizmet uzmanları ve psikologlara palyatif bakım alanına ilişkin eğitimler verilmeli,
- Palyatif bakım alanıyla ilgili akademik çalışmalara ağırlık verilmeli,
- Sosyal hizmet uzmanları ve psikologlar süpervizyon almalı,
- Psikososyal destek hizmetlerine ilişkin uygulamalar noktasında standartlar geliştirilmeli,
- Yetkili merciler tarafından sistemsal değişiklikler yapılmalı,
- Sosyal hizmetler iyileştirilmeli ve geliştirilmeli,
- Kurumlar arası işbirliği sağlanmalı,
- Özlük hakları iyileştirilmeli,
- Mesleki birlik oluşturulmalı.

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

4.2. Öneriler

Araştırma kapsamında elde edilen sonuçlardan yola çıkılarak geliştirilen öneriler şu şekildedir:

- Etkili psikososyal destek hizmetlerinin sunumunda süreklilik oldukça önemlidir. Palyatif bakım merkezlerinden hizmet alan bireylerin gereksinimlerinin gözden kaçırılmaması ve bunlara ilişkin zamanında müdahalelerde bulunulması sosyal hizmet uzmanları ve psikologların palyatif bakım merkezlerinde sürekli aktif bulunmaları ile mümkündür. Bu noktada sosyal hizmet uzmanları ve psikologların palyatif bakım merkezlerinde çalışma sistemlerinin standartlaştırılarak tam zamanlı ve ekibin daimi birer üyesi olarak çalışmaları sağlanmalıdır.
- Yurt dışında palliative care social worker (palyatif bakım sosyal hizmet uzmanı) ve palliative care psychologist (palyatif bakım psikoloğu) unvanlarını alarak palyatif bakım alanında uzmanlaşmış sosyal hizmet uzmanları ve psikologlar psikososyal destek hizmetlerini gerçekleştirebilmektedirler. Ülkemizde ise palyatif bakım alanında sadece hemşireler uzmanlık kazanabilmektedir. Palyatif bakım alanında diğer meslek elemanlarının da uzmanlaşmalarının önü açılmalıdır. Bu yönde sertifikalı eğitimler oluşturulmalıdır. Ülkemizde de hemşirelere yönelik olduğu gibi palyatif bakım alanında hizmet veren sosyal hizmet uzmanları ve psikologlara yönelik sertifikalı ve özel eğitimlerin verilmesinin bu meslek elemanlarının alanla ilgili uzmanlaşmalarını ve etkili uygulamalar gerçekleştirmelerini sağlayacağı düşünülmektedir.
- Sertifika eğitiminin yanı sıra meslek elemanlarının sürekli hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi gereklidir. Palyatif Bakım Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge’de merkezlerde görevli personelin eğitimi noktasında hizmet içi eğitimlere vurgu yapılmasına rağmen, araştırmada palyatif bakım alanına ilişkin hizmet içi eğitimlerin yetersiz olduğu sonucundan hareketle ilgili kurumlarca hizmet içi eğitimlerin geliştirilmesi ve artırılması önerilmektedir.

- Bunun yanında meslek elemanlarının etkili uygulama gerçekleştirmeleri noktasında önemli bir rehber olan süpervizyon alabilmeleri için uygun ortamlar yaratılmalıdır.
- Sosyal hizmet uzmanları ve psikologlar için her palyatif bakım merkezi bünyesinde bireysel görüşmeler, grup çalışmaları, eğitim faaliyetleri, moral-motivasyon etkinlikleri gibi çalışmalarını icra edebilecekleri uygun ortamlar oluşturulmalıdır. Özellikle bireysel görüşmelerde gizlilik ilkesinin sağlanarak hasta ve hasta yakınlarının mahremiyetini koruma adına profesyonel standartlarda görüşme odaları kurulmalıdır.
- Katılımcıların merkezlerdeki diğer sağlık çalışanlarının sosyal hizmet uzmanları ve psikologların görevlerini bilmediklerini ve bu konuda eğitilmesi gerektiğini belirtmelerinden hareketle, palyatif bakım merkezlerinde istihdam edilen sosyal hizmet uzmanları ve psikologların görev tanımları yapılarak mesleki uygulama standartları geliştirilmesi ayrıca önemlidir.
- Sosyal hizmet ve psikoloji disiplinleri ve disiplinlerin uygulayıcıları olan sosyal hizmet uzmanları ve psikologlar günümüzde hala birçok kesim tarafından tam olarak bilinmemektedir. Bu mesleklerin genelde toplum, özelde ise diğer sağlık çalışanları açısından tanınırlığını artırma yönünde bilgilendirici faaliyetler ve eğitimler düzenlenmelidir.
- Bunun yanı sıra katılımcıların psikososyal destek hizmetlerinin içeriğinin ve öneminin sağlık çalışanları tarafından bilinmediğini belirtmesinden hareketle, öncelikle merkezlerin bağlı bulundukları sağlık tesislerinde olmak üzere diğer kamu kurum ve kuruluşlarında palyatif bakım hizmetleri ve bu hizmetlerin önemli bir bileşeni olan psikososyal destek hizmetleri hakkında bilgilendirici toplantılar düzenlenmelidir.
- Multidisipliner ekip tarafından sunulması gereken bir hizmet yapılanması olan palyatif bakım hizmetleri kapsamında merkezlerde multisidisipliner ekip yaklaşımı geliştirilmelidir. Bu doğrultuda, ekip lideri (merkez sorumlu hekimi) tarafından

düzenli ekip toplantıları gerçekleştirilerek vaka çalışmaları yapılabilir. Vaka çalışmaları yoluyla her mesleğin uygulayıcılarının diğer mesleklerin görevlerine hem hakim olmaları hem de mesleki sınırlarının farkına varmaları sağlanabilir. Bu faaliyetlerin diğer sağlık çalışanlarının psikososyal destek hizmetlerine, sosyal hizmet uzmanları ve psikologların görevlerine hakim olmalarını sağlayacağı düşünülmektedir.

- Hasta ve hasta yakınlarının erişebileceği sosyal hizmetlerin çeşitliliği sağlanmalı, var olan hizmetlerden yararlanabilmeleri noktasında ise oluşturulacak kurumlararası işbirliği ile bürokratik işlem ve engeller aşılmaya çalışılmalıdır.
- Tüm bu önerilerin gerçeğe dönüşmesinde büyük payı olacak olan sosyal hizmet uzmanlarının ve psikologların sayısı artırılmalı, eğitim olanakları desteklenerek güçlendirilmeli, çalışma koşulları iyileştirilmeli ve palyatif bakımda psikososyal destek hizmetlerinin gelişmesi için ön ayak olunmalıdır.
- Türkiye’de palyatif bakım hizmetleri kapsamında verilen psikososyal destek hizmetlerini ele alan bilimsel çalışmaların oldukça sınırlı olduğundan ve katılımcıların da bunu dile getirmesinden hareketle, bu alandaki bilimsel çalışmaların artırılması önerilmektedir. Alanda, palyatif bakım hizmetleri kapsamında verilen psikososyal destek hizmetlerinin birçok açıdan (hastalar, hasta yakınları, sistem vb.) ele alınmasına ihtiyacın olduğu düşünülmektedir. Bu eksikliklerin araştırmacılar tarafından belki bu çalışma üzerinden de dikkate alınarak özellikle hastalar ve hasta yakınları özelinde gelecek araştırmalarda konu edinilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Akdemir, N. (2005). Hemşirelik uygulamalarında temel kavramlar. N. Akdemir ve L. Birol (Ed.), *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı* (2. baskı) içinde (s. 3-24). Ankara.
- Aktas, A., Walsh, D. ve Hu, B. (2014). Cancer symptom clusters: an exploratory analysis of eight statistical techniques. *J Pain Symptom Manage*, 48(6), 1254-1266. doi:10.1016/j.jpainsymman.2014.02.006
- Akyüz, S. (2014). *Kanser hastalarına uygulanacak palyatif bakım uygulamalarına ilişkin bir araştırma* (Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Aydemir, İ. (2003). *Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde tıbbi sosyal hizmet uygulamaları* (Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- American Society of Clinical Oncology. (2020). *ASCO answers palliative care*. 02.01.2020, https://www.cancer.net/sites/cancer.net/files/palliative_care.pdf
- Anderson, L. (2011). Psychosocial support for palliative care patient. *Wound Essentials*, 6, 84-86.
- Arkın, S. (2017). *Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Verenlerde Anksiyete, Depresyon ve Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi* (Tıpta Uzmanlık Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir.
- Association of Palliative Care Social Workers. (2016). *The Role of Social Workers in Palliative, End of Life and Bereavement Care*. 05.01.2020, <https://www.apcsw.org.uk/resources/social-work-role-eol.pdf>
- Babaoğlu, E. ve Öz, F. (2003). Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal sorunları arasındaki ilişki. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2, 24-33.

- Bağ, B. (2012). Almanya örneğinde sağlık sisteminde palyatif bakım uygulamaları. *Türk Onkoloji Dergisi*, 27(3), 142-149.
- Bağ, B. (2012). Hospis ve Hospiste Ölüme Hazırlanma. *Akademik Geriatri Dergisi*, 4(3), 120-125.
- Başdınç, Ş. E. (2019). *Palyatif Bakımda Yatan Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yükü ve Psikososyal Gereksinimleri* (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Bekiroğlu, S. (2016). Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Kapsamında Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamaları. İ. Cılga, E. Erkul, B. Yıldırım ve İ.B. Adıgüzel (Ed.), *Sosyal çalışma ve sosyal politika yazıları* (1. Baskı) içinde (s. 137-164). Ankara: Bellek Yayınları.
- Birol, L. (2005). Terminal Evredeki Hasta Bakımı. N. Akdemir ve L. Birol (Ed.), *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı* (2. baskı) içinde (s. 207-212). Ankara.
- Boyras, G. (2019). *Yenidoğan Palyatif Bakım Tutum Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması ve Web Tabanlı Palyatif Bakım Eğitiminin Etkinliğinin Değerlendirilmesi* (Doktora Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara.
- Bruera, E., Billings, J., Lupu, D., ve Ritchie, C. (2010). Academic Palliative Medicine Task Force of the American Academy of Hospice and Palliative Medicine. AAHPM position paper: requirements for the successful development of academic palliative care programs. *J Pain Symptom Manage*, 39(4), 743-755.
- Budak, S. (2019). *Palyatif Bakım Alan Peg(perkütan endoskopik gastrostomi) ve Ng(nazogastrik)' li Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Balıkesir Üniversitesi, Balıkesir.
- Buran, A. (2015). Nitel Araştırmada Veri Toplama. F. N. Seggie ve Y. Bayyurt (Ed.), *Nitel Araştırma Yöntem, Teknik, Analiz ve Yaklaşımları* (1. Baskı) içinde (s. 43-59). Ankara: Anı Yayıncılık.
- Büyüköztürk, Ş., Kılıç Çakmak, E., Akgün, Ö., Karadeniz, Ş. ve Demirel, F. (2014). *Bilimsel araştırma yöntemleri*. Ankara: Pegem Akademi.

- Caresearch Palliative Care Knowledge Network. (2017). *Psychosocial Complexity*. 27.07.2020, <https://www.caresearch.com.au/caresearch/tabid/3427/Default.aspx>
- Caresearch Palliative Care Knowledge Network. (2020). *Psychologists*. 27.07.2020, <https://www.caresearch.com.au/caresearch/tabid/2746/Default.aspx>
- Caresearch Palliative Care Knowledge Network. (2020). *Social Workers*. 27.07.2020, <https://www.caresearch.com.au/caresearch/tabid/2738/Default.aspx>
- Center to Advance Palliative Care. (2020). *What is Palliative Care?* 01.01.2020, <https://www.capc.org/about/palliative-care/>
- Cimete, G. (2002). *Yaşam Sonu Bakım: Ölümcül Hastalarda Bütüncü Yaklaşım*, İstanbul: Nobel.
- Cowles, L.A.F. (2003). *Social Work in The Health Field: A Care Perspective* (2. Baskı). New York.
- Çakıcı, N. I. (2010). *Hekim ve Hemşirelerin Kansersiz Çocuklara Yönelik Palyatif Bakım Uygulamaları* (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Çetin, Ö. (2018). *Psikoeğitimin Palyatif Bakım Vericilerin Stresle Baş Etme ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi* (Yüksek Lisans Tezi). Celal Bayar Üniversitesi, Manisa.
- Çolak, D. (2017). Palyatif Bakım Dünya Uygulamaları. *Türkiye Klinikleri Anesthesiology Reanimation-Special Topics*, 10(1), 13-19.
- Davies, A. ve Bailey, F. (2006). Palliative care. S. Johnston ve C. Swanton (Ed.), *Handbook of Metastatic Breast Cancer* (1. Baskı) içinde (s. 211-225). London: Informa Healthcare.
- DeVita, M. A., Arnold, R. M. ve Barnard, D. (2003). Teaching palliative care to critical care medicine trainees. *Critical care medicine*, 31(4), 1257-1262.

- Duyan, V. (1996). *Sağlıkta psiko-sosyal boyut (tıbbi sosyal hizmet)*. Ankara:72 TDFO Limited Şti..
- Duyan, V. (2003). Sosyal Hizmetin İşlev ve Roller. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 14(2), 1-22.
- Duyan, V., Sayar, Ö. Ö. ve Özbulut, M. (2008). *Sosyal Hizmeti Tanımak ve Anlamak*. Ankara: Öncü Basımevi.
- Egici, M.T., Kök Can, M., Toprak, D., Öztürk, G.Z., Esen, E.S., Özen, B. ve Sürekci, N. (2019). Palyatif Bakım Merkezlerinde Tedavi Gören Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yükleri ve Tükenmişlik Durumları. *JAREN*, 5(2), 123-131.
- Erdine, S. (Ed.). (1991). *Kanserde palyatif bakım*. Algoloji Derneği Yayınları.
- Eyigör, S. (2010). Physical Activity and Rehabilitation Programs Should Be Recommended on Palliative Care for Patients with Cancer. *Journal Of Palliative Medicine*, 13(10), 1-2.
- Ersoy, A. F. (2019). Fenomenoloji. A. Saban ve A. Ersoy (Ed.), *Eğitimde nitel araştırma desenleri içinde* (s. 81-138). Ankara: Anı Yayıncılık.
- Gamaluddin, S. A., Keating, S. S., McKenzie, R. R. ve Kim, K. Y. (2017). Palliative Care For Persons With Severe Mental Illness. M. Silbermann (Ed.), *Palliative Care : Perspectives, Practices and Impact on Quality of Life, a Global View içinde*(s. 3-21).
- Gerrig, R. J. ve Zimbardo, P. G. (2014). *Psikoloji ve Yaşam -Psikolojiye Giriş-* (Doç. Dr. G. Sart, Çev. Yrd.). Ankara: Nobel.
- Given, B., Kozachik, S., Collins, C., Devoss, D. and Given, C.W. (2001). Caregiver role strain. M. Maas, K. Buckwalter, M. Hardy, T. Tripp-Reimer ve M. Titler (Ed.), *Nursing care of older adults: diagnosis, outcomes and interventions içinde* (s. 679-695). St Louis, Missouri: Mosby.

- Gürel Yavuzdemir, H. (2019). *Bir palyatif bakım merkezi örneğinin yatan hasta özellikleri, kullanıcı memnuniyeti, bakım hizmetinin niteliği ve maliyet boyutlarıyla değerlendirilmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Bülent Ecevit Üniversitesi, Zonguldak.
- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. (2009). *Psychosocial Interventions – A Handbook*. 05.01.2020, http://legacy.pscentre.org/wp-content/uploads/PSI-Handbook_EN_July10.pdf
- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. (2014). *Strengthening Resilience: A Global Selection Of Psychosocial Interventions*. 02.01.2020, <http://legacy.pscentre.org/wp-content/uploads/Strengthening-Resilience.pdf>
- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. (2019). *Psychosocial support*. 05.01.2020, <https://www.ifrc.org/fr/what-we-do/health/psychosocial-support/>
- International Federation of Social Workers. (2020). *Global Definition of the Social Work Profession*. 12.08.2020, <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>
- Işıkkhan, V. (2010). *Sosyal Hizmet ve Tükenmişlik*. Ankara: Vizyon Yayınevi.
- Işıkkhan, V. (2016). Palyatif Bakım Hizmetlerinde Sosyal Hizmet Mesleğinin Yeri ve Geleceği. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 27 (2), 97-113.
- İçipek, H. (2020). *Palyatif Bakım Çalışanlarının Karşılaştıkları Güçlüklerle Baş Etmede Dini Değerlerin Rolü* (Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- İlhan, H. (2018). *Palyatif Bakım Hastalarının Bakıcılarında Tükenmişlik Düzeylerinin Sosyal Yaşamları Üzerindeki Etkisi* (Yüksek Lisans Tezi). Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tokat.
- Jeffrey, D. (2003). What Do We Mean By Psychosocial Care in Palliative Care? M. Lloyd-Williams (Ed.), *Psychosocial Issues in Palliative Care* içinde (s. 1-13). New York: Oxford University Press.

- Kabalak, A. A. (2017). Türkiye'de Palyatif Bakım Çalışmaları. *Türkiye Klinikleri Anesthesiology Reanimation-Special Topics*, 10(1), 7-12.
- Kabalak, A. A., Öztürk, H. ve Çağıl, H. (2013). Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu; Palyatif Bakım. *Yoğun Bakım Dergisi*, 11(2), 56-70.
- Kabalak, A. A., Öztürk, H., Erdem, A. T. ve Akın, S. (2012). SB Ulus Devlet Hastanesi'nde Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi Uygulaması. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 2(2), 122-126.
- Kado, A. (2017). *Palyatif Bakım İhtiyacı Olan Kansere Hastaları ve Hasta Yakınlarının Karşılaştıkları Sorunlar ve Çözüm Önerileri* (Yüksek Lisans Tezi). Yeni Yüzyıl Üniversitesi, İstanbul.
- Kahraman, Ö. (2017). *Palyatif Bakımda Sosyal Destek Algısı: Ankara Örneği* (Yüksek Lisans Tezi). Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Karadeniz, N. (2018). *Palyatif Bakım Biriminde İzlenen Hastalarda Semptom Kontrolünün Değerlendirilmesi* (Tıpta Uzmanlık Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir.
- Karakaya, C. (2020). *Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi: Karabük Örneği* (Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Karakurt, P., Köse, S., Yıldız Çiltaş, N. ve Doğan, M. (2018). *Palyatif Bakım Kliniğinde Yatan Hastaların Bakım Vericilerinin Bakım Yükü ve Sosyal Destek Düzeylerinin Belirlenmesi*. International Health Sciences Conference (IENSC 2018), Diyarbakır.
- Kav, S. ve Bağcıvan, G. (2020). Palyatif Bakım Eğitimi ve Toplumsal Bilinç. *Türkiye Klinikleri Tıbbi Onkoloji-Özel Konular*, 13(1), 83-89.
- Koç, M. ve Okan, İ. (2017). Palyatif Bakım Hizmeti Alan Hastaların Ailelerinin Psikososyal Sorunları. *Türkiye Klinikleri J Psikiyatri Nurs-Special Topics*, 3(1), 69-75.

- Kol, E. (2009). *Türkiye’de sağlık işletmelerinde sosyal hizmet uygulamaları* (Yüksek Lisans Tezi). Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.
- Kostak, M. A. ve Akan, M. (2011). Terminal dönemdeki çocuğun palyatif bakımı. *Türk Onkoloji Dergisi*, 26(4), 182-192.
- Köleoğlu, Ş. (2018). *Palyatif Bakım Ünitesinde ve Dahiliye Servisinde Yaşlı Hastaya Bakım Verenlerin Deneyimlediği Bakım Verme Yükü ve Baş Etme Stratejileri* (Yüksek Lisans Tezi). Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep.
- Lidstone, V., Butters, E., Seed, P. T., Sinnott, C., Beynon, T., ve Richards, M. (2003). Symptoms and concerns amongst cancer outpatients: identifying the need for specialist palliative care. *Palliative medicine*, 17(7), 588-595.
- Lindenberger, E. ve Meier, D. E. (2013). What special considerations are needed for individuals with amyotrophic lateral sclerosis, multiple sclerosis, or parkinson disease? N. Goldstein ve R.S. Morrison (Ed.), *Evidence-Based Practice in Palliative Medicine* içinde (s. 317-329). Elsevier.
- Madenoglu Kıvanç, M. (2017). Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4(2), 132-135.
- Meho, L. (2006). E-Mail Interviewing in Qualitative Research: A Methodological Discussion. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 57(10), 1284–1295.
- National Association of Social Workers. (2004). *NASW Standards for Palliative & End of Life Care*. 02.01.2020, <https://www.socialworkers.org/LinkClick.aspx?fileticket=xBMd58VwEhk%3D&portalid=0>
- National Cancer Institute. (2017). *What is palliative care?* 01.01.2020, <https://www.cancer.gov/about-cancer/advanced-cancer/care-choices/palliative-care-fact-sheet#what-is-palliative-care>

- National Cancer Institute. (2017). *What issues are addressed in palliative care?* 01.01.2020, <https://www.cancer.gov/about-cancer/advanced-cancer/care-choices/palliative-care-fact-sheet#what-issues-are-addressed-in-palliative-care>
- National Cancer Institute. (2017). *Who gives palliative care?* 02.01.2020, <https://www.cancer.gov/about-cancer/advanced-cancer/care-choices/palliative-care-fact-sheet#who-gives-palliative-care>
- National Coalition for Hospice and Palliative Care. (2018). *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care*. 14.08.2020, https://www.nationalcoalitionhpc.org/wp-content/uploads/2020/07/NCHPC-NCPGuidelines_4thED_web_FINAL.pdf
- National Institute for Health and Care Excellence. (2011). *End of life care for adults*. 03.08.2020, <https://www.nice.org.uk/guidance/qs13/resources/end-of-life-care-for-adults-pdf-2098483631557>
- Oğuz G. ve Kömürcü Ş. (2020). Kanser hastalarının palyatif bakım hizmetlerine erişimi, sorunlar ve öneriler. F. Çay Şenler (Ed.), *Onkolojide Palyatif Bakım* içinde (s. 15-21). Ankara: Türkiye Klinikleri.
- Öksüzoğlu, S. (2018). *Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Verenlerde Depresyon ve Tükenmişlik Durumunun Bakım Süresiyle Olan İlişkisi* (Tıpta Uzmanlık Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir.
- Özbesler, C. ve İçağasıoğlu Çoban, A. (2010). Hastane Ortamında Sosyal Hizmet Uygulamaları: Ankara Örneği. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 21(2), 31-46.
- Özçelik, H., Fadiloğlu, Ç., Karabulut, B. ve Uyar, M. (2010). Palliative care activity in the field of oncology in Turkey. *Journal of Palliative Care*, 26(4), 305-310.
- Özçelik, H., Fadiloğlu, Ç., Uyar, M. ve Karabulut, B. (Ed.) (2010). *Kanser Hastaları ve Aileleri İçin Palyatif Bakım*. İzmir: Üniversite Opset.

- Özçelik, H., Fadiloğlu, Ç., Karabulut, B., Uyar, M., Elbi, H., Eyigör, S., . . . Çalışkan, Z. (2014). Kanser hastasının palyatif bakımında vaka yönetimine dayalı multidisipliner bakım protokolü. *Ağrı Dergisi*, 26(2), 47-56.
- Özdemir, F. (2016). *Palyatif Bakım Alan Hastaların Yakınlarının Yaşadıkları Psikososyal Sorunlar İle Dini Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Medipol Üniversitesi, İstanbul.
- Özden, M. ve Saban, A. (2019). Nitel araştırmalarda paradigma ve teorik temeller. A. Saban ve A. Ersoy (Ed.), *Eğitimde nitel araştırma desenleri* içinde (s. 1-30). Ankara: Anı Yayıncılık.
- Özhan, E. (2019). *Kanser Hastalarının Yakınlarının Psiko-sosyal Durumlarının Değerlendirilmesi: Eyüpsultan Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi Örneği* (Yüksek Lisans Tezi). Sakarya Üniversitesi, Sakarya.
- Pastrana, T., Jünger, S., Ostgathe, C., Elsner, F. ve Radbruch, L. (2008). A matter of definition – key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care. *Palliative Medicine*, 22, 222–232.
- Patton, M. Q. (2014). *Nitel araştırma ve değerlendirme yöntemleri* (M. Bütün ve S. B. Demir, Çev.) Ankara: Pegem Akademi.
- Payne, M. (2009). Developments in end-of-life and palliative care social work: International issues. *International Social Work*, 52(4), 513-524.
- Plotnik, R. (2009). *Psikolojiye Giriş* (T. Geniş, S. D. Çiftçi ve H. Dağ, Çev.) Kaknüs Yayınları.
- Ramirez, A., Addington-Hall, J. ve Richards, M. (1998). ABC of palliative care: the carers. *BMJ*, 316(7126), 208-211.
- Reigada, C., Ramos, P. ve Novellas, A. (2015). The Social Work Competencies in Palliative Care: A Case-Study. *BAOJ Palliative medicine*, 1(3), 2-6.

- Rivera, H. R. (2009). Depression Symptoms in Cancer Caregivers. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13(2), 195-202.
- Saruç, S. (2013). Tıbbi Sosyal Hizmette Hizmet İçi Eğitimin Gerekliliği. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 23(1), 3-11.
- Saruç, S. (2013). Palyatif ve Yaşam Sonu Bakımda Sosyal Hizmet Uzmanının Roller ve Sosyal Hizmet Mesleği Standartları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 24(2), 193-207.
- Saunders, D. C. (2001). Social work and palliative care—the early history. *The British Journal of Social Work*, 31(5), 791-799.
- Seçik, F. (b.t.). Palyatif Bakımda Etik Sorunlar. *GÖĞÜS HASTALIKLARI*, M134-M149.
- Sertöz, Ö. Ö. (2017). Palyatif Bakımda Hasta Açısından Psikiyatrik Semptomlara Yaklaşımın Temelleri. *Türkiye Klinikleri J Anest Reanim-Special Topics*, 10(1), 79-86.
- Sheafor, B. W. ve Horejsi, C. J. (2014). *Sosyal Hizmet Uygulaması Temel Teknikler ve İlkeler* (A. Bilgen ve diğer., Çev.). Ankara: Nika Yayınevi.
- Sheldon, F. (2000). Dimensions of the Role of the Social Worker in Palliative Care. *Palliative Medicine*, 14, 491-498.
- Shoemaker, L. K., Estfan, B., Induru, R. ve Walsh, T. D. (2011). Symptom management: an important part of cancer care. *Cleveland Clinic journal of medicine*, 78(1), 25.
- Small, N. (2001). Social work and palliative care. *The British Journal of Social Work*, 31(6), 961-971.
- Soner, S. ve Aykut, S. (2017). Alzheimer Hastalık Sürecinde Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşadıkları Güçlükler ve Sosyal Hizmet. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (AEÜSBED)*, 3(2), 375-387.

- Sucaklı, M. H. (2014). Palyatif Bakım ve Yaşam Kalitesi. *Türkiye Klinikleri Journal Of Family Medicine-Special Topics*, 5(3), 109-113.
- Sur, H. (2012). *Tibben bitmiş sayılan ömürlere hospis çözüm mü?* 01.01.2020, <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/420/Tibben-bitmis-sayilan-omurlere-hospis-cozum-mu.aspx>
- Şahan Uslu, F. ve Terzioğlu, F. (2015). Dünyada ve Türkiye'de palyatif bakım eğitimi ve örgütlenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 4(2), 81-90.
- Şahin, S. (2017). Geriatriye Palyatif Bakım. *Turkiye Klinikleri J Anest Reanim-Special Topics*, 10(1), 36-41.
- Şenel, G. (2017). Palyatif Bakım Kavramı ve Palyatif Bakıma Kabul Kriterleri. *Turkiye Klinikleri Anesthesiology Reanimation-Special Topics*, 10(1), 1-6.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (1992). *Sağlık hizmetlerinde mevcut durum*. Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2010). *Türkiye Onkoloji Hizmetleri Yeniden Yapılanma Programı 2010-2023*. T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2015). *Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge*. 01.01.2020, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/2817,palyatif-bakim-hizmetleri-yonergesipdf.pdf?0>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2015). *Sağlık Alanı Sertifikalı Eğitim Standartları Palyatif Bakım Hemşireliği*. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Eğitim ve Sertifikasyon Hizmetleri Daire Başkanlığı, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2018). *Palyatif Bakım Hizmetleri*. 01.01.2020, <https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/palyatif.php>

- Tanrıverdi, Ö. ve Kömürcü, Ş. (2016). Palyatif Bakım Ünitelerinde Yapılanma. M. Gürhan ve Ü. Yılmaz (Ed.), *Akciğer Kanserinde Destek Tedavisiiçinde* (s. 391-407). İstanbul: Probiz Ltd. Şti.
- Tekindal, M. (2017). Yaşam Sonu Bakım ve Sosyal Hizmet. S. A. Özden ve E. Özcan (Ed.), *Tıbbi Sosyal Hizmet içinde* (s. 263-281). Ankara: Nobel.
- The Inter-Agency Network for Education in Emergencies. (2016). *Psychosocial Support and Social and Emotional Learning for Children and Youth in Emergency Settings*. 05.01.2020, <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/INEE.pdf>
- The Worldwide Palliative Care Alliance. (2013). *WPCA Policy statement on defining palliative care*. 12.08.2020, <http://www.thewhpca.org/images/resources/policy-statements/WPCA%20policy%20defining%20palliative%20care%202011.pdf>
- Thompson, N. (2013). *Kuram ve Uygulamada Sosyal Hizmeti Anlamak* (B. Yıldırım ve diğer., Çev.). Ankara: Dipnot Yayınları.
- Topkaya, Ö. (2018). *Kanser Hastalarının Palyatif Bakım Gereksinimleri ile Hasta ve Ailelerinin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi ve Beklentilerinin İncelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Okan Üniversitesi, İstanbul.
- Torun, N. (2019). Palliative Care Experiences of The Patient Family. *Cukurova Med J*, 44(Suppl 1), 358-365.
- Tuncay, T. (2013). Yaşam Sonu Bakımda Sosyal Hizmet Uzmanının Roller. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 24(2), 145-153.
- Tuncer, M. (Ed.). (2009). *Ulusal Kanser Kontrol Programı 2009-2015*. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Yayınları.
- Turgay, G. (2010). *Sağlık Personelinin Palyatif Bakıma İlişkin Görüşleri* (Yüksek Lisans Tezi). Başkent Üniversitesi, Ankara.

- Turgay, G. ve Kav, S. (2012). Turkish healthcare professionals' views on palliative care. *Journal of palliative care*, 28(4), 267-273.
- Turgut, A. Ş. ve Soylu, G. (2020). Palyatif Bakım Hasta Yakınları İle Nitel Bir Çalışma. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(2), 460-476.
- Türk Dil Kurumu Güncel Türkçe Sözlük. (2019). *Prosedür*. 01.10.2020, <https://sozluk.gov.tr/>
- Türk Dil Kurumu Güncel Türkçe Sözlük. (2019). *Terminal Dönem*. 05.01.2020, <https://sozluk.gov.tr/>
- Twycross, R.G. (1980). Hospice care-redressing the balance in medicine. *J R Soc Med*, 73(7), 475-481.
- Uysal, N., Şenel, G., Karaca, Ş., Kadioğulları, N., Koçak, N. ve Oğuz, G. (2015). Palyatif bakım kliniğinde yatan hastalarda görülen semptomlar ve palyatif bakımın semptom kontrolüne etkisi. *Ağrı Dergisi*, 27(2), 104-110.
- World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*. 03.01.2020, <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1>
- World Health Organization. (2019). *Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases*. 04.10.2020, https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/
- World Health Organization. (2020). *A Guide to Team Development*. 28.04.2020, <https://www.who.int/cancer/palliative/guidetodevelopment/en/>
- World Health Organization. (2020). *Palliative Care*. 02.01.2020, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- World Health Organization. (2020). *WHO Definition of Palliative Care*. 24.07.2020, <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

- World Health Organization Expert Committee. (1990). *Cancer pain relief and palliative care*. Geneva.
- Yavuzşen, T. (2015). Palyatif bakım ve felsefesi. T. Yavuzşen (Ed.), *Palyatif bakım semptom yönetiminde klinik yaklaşım* içinde (s. 15-19). İzmir: T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir İl Sağlık Müdürlüğü.
- Yıldız, E., Dedeli, Ö. ve Çınar Pakyüz, S. (2016). Kansere Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yüğü ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 13(3), 216-225.
- Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2018). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Yılmaz, A. (2015). *Palyatif Bakım Biriminde Tedavi Almakta Olan Kanser Hastalarında Semptom Sıklığı ve Palyatif Bakım Tedavisinin Semptom Kontrolündeki Yeri* (Tıpta Uzmanlık Tezi). Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir.
- Zastrow, C. (2015). *Sosyal Hizmete Giriş* (A. Aykara ve diğer., Çev.). Ankara: Nika Yayınevi.

EKLER

EK-1. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Değerli katılımcı,

“Palyatif Bakım Merkezleri Kapsamında Verilen Psikososyal Destek Hizmetleri: Çalışanların Gözünden Nitel Bir Değerlendirme” isimli bu araştırma, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Anabilim Dalı öğretim görevlisi Dr. Seval BEKİROĞLU danışmanlığında, Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Gökben KANGALGİL BALTA tarafından yüksek lisans tez çalışması olarak gerçekleştirilmektedir. Bu araştırmayı, Başkent Üniversitesi Etik Kurulu ve hizmet aldığınız merkezin bağlı olduğu hastane tarafından verilen izinle yapmaktayım. Bu çalışmanın amacı, palyatif bakım merkezleri kapsamında verilen psikososyal destek hizmetlerinin bu hizmetleri sunan sizlerin deneyimlerinden yola çıkarak değerlendirilmesidir.

Bu araştırmaya sizin vereceğiniz katkılar, araştırmanın amacının gerçekleştirilmesi ve çözüm önerileri geliştirilebilmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır.

Araştırmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyeceği gibi size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Araştırma uygulaması sonucunda sizden alınan bilgiler bilimsel araştırma amaçları dışında kesinlikle kullanılmayacaktır. Bize verdiğiniz bilgilerin gizliliği kesinlikle korunacaktır.

Bu araştırmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekme hakkına da sahipsiniz.

Katılmayı kabul ederseniz size yarı yapılandırılmış görüşme formu aracılığıyla 21 adet soru sormak istiyorum. Yüz yüze gerçekleştireceğimiz görüşme için ortalama 45- 90 dakikalık bir süre öngörmekteyim. Görüşmemiz sırasında izin vermeniz halinde ses kayıt cihazı kullanmak istiyorum.

Katılımınız ve emeğiniz için teşekkür ederim.

(Katılımcının Beyanı)

Katılımcı olarak davet edildiğim araştırmayla ilgili yukarıda yer alan bilgileri okudum, sözlü olarak dinledim. Görüşme sürecine dair aklıma takılan sorular hakkında araştırmacı tarafından bilgilendirildim ve yapılan açıklamaları anladım. Bana tanınan yeterli düşünme süresinden sonra yapılan katılım davetini kabul ederek hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın araştırmaya büyük bir gönüllülük içerisinde katılmak istediğimi beyan ediyorum.

Katılımcı

Adı-Soyadı:

Adresi:

Telefonu:

Tarih:

İmza:

Araştırmacı

Adı-Soyadı:

Adresi:

Telefonu:

Tarih:

İmza:

EK-2. YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

1. TANITICI BİLGİLER

Doğum Yılı:

Cinsiyet:

Öğrenim Durumu:

Lisans () Üniversite adı:..... Bölüm:..... Mezuniyet yılı:.....

Yüksek Lisans () Üniversite adı:..... Bölüm:..... Mezuniyet yılı:.....

Doktora () Üniversite adı:..... Bölüm:..... Mezuniyet yılı:.....

Meslek:

Mesleki deneyim süreniz nedir?

Palyatif bakıma yönelik eğitim aldınız mı? Evet ise açıklayınız.

Ne kadar süredir palyatif bakım alanında çalışıyorsunuz?

Ne kadar süredir bu palyatif bakım merkezinde çalışıyorsunuz?

Merkezde çalışma durumunuz nasıl? Tam zamanlı () Yarı zamanlı ()

Konsültasyon yolu ile ()

2. PALYATİF BAKIM MERKEZLERİNDE SUNULAN PSİKOSOSYAL DESTEK HİZMETLERİNE İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELERİ İÇEREN SORULAR

1. Palyatif bakım sizin için ne ifade ediyor?

2. Palyatif bakım merkezlerinde sunulan hizmetlere ilişkin düşünceleriniz neler? En çok hangi hizmet türü önemli görülüyor? En az önem verilen hizmet türü sizce hangisi?
3. Bu merkezdeki görev ve sorumluluklarınız hakkında neler söylersiniz?
 - Hastaneye yatış aşamasındaki görev ve sorumluluklarınız neler?
 - Tedavi sürecindeki görev ve sorumluluklarınız neler?
 - Taburculuk sırasındaki görev ve sorumluluklarınız neler?
 - Taburculuk sonrası görev ve sorumluluklarınız neler?
4. Psikososyal destek sizin için ne ifade ediyor?
5. Psikososyal destek hizmetlerinin palyatif bakımdaki yerini nasıl tanımlarsınız?
6. Psikososyal destek hizmetleri kapsamında bu merkezde verdiğiniz hizmetler, yürüttüğünüz çalışmalar hakkında neler söylersiniz? Hasta ve hasta yakını ile bağlantıya geçme durumunuz nasıldır? (Hastaneye yatış aşamasında, tedavi sürecinde, taburculuk sırasında, taburculuk sonrasında)
7. Çalışmalarınızı gerçekleştirdiğiniz size özel alanlar mevcut mu? (Görüşme odası, meşguliyet odası vb.) Hayır ise çalışmalarınızı hangi ortamlarda, nasıl gerçekleştiriyorsunuz? Zorluklarından bahseder misiniz?
8. Bu hizmetleri sunarken en çok hangi meslek grubundan personelle çalışmalarınızı gerçekleştiriyorsunuz? Neden?
9. Bu hizmetleri sunarken karşılaştığınız sorunlar hakkında neler söylersiniz?
10. Yaşadığınız bu sorunlara dair baş etme yöntemleriniz hakkında neler söylersiniz?
11. Sorunların çözümü noktasında ihtiyaçlarınız ve önerileriniz hakkında neler söylersiniz?
12. Sizce palyatif bakım merkezi kapsamında sunulan psikososyal destek hizmetleri nasıl olmalı?

EK-3: ETİK KURUL İZİN BELGESİ



Sayı : 62310886-604.01.01/ 1222
Konu : Gökben Kangalgil Balta'nın Etik
Kurul İnzı Hk.

11/01/2020

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 20/12/2019 tarih ve 44791 sayılı yazınız.

Enstitünüz Sosyal Hizmet Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Gökben Kangalgil Balta'nın Öğretim Görevlisi Dr. Seval Bekiroğlu danışmanlığında yürütmekte olduğu yüksek lisans tezi kapsamında "Palyatif Bakım Merkezleri Kapsamında Verilen Psikososyal Destek Hizmetleri: Çalışanların Gözünden Nitel Bir Değerlendirme" başlıklı araştırmasında "Aile İl Sağlık Müdürlüğüne" bağlı hastaneler bünyesinde hizmet veren "Palyatif Bakım Merkezlerinde Psikososyal Destek Hizmetlerini Gerçekleştiren Profesyonellere" görüşme formu uygulayabilme talebi, Sosyal ve Beşeri Bilimler ve Sanat Araştırma Kurulunda değerlendirilmiş ve bilgilerinize ekte sunulmuştur.

e-imzalıdır
Prof. Dr. M.Abdülkadir VAROĞLU
Kurul Başkanı

Ek : Değerlendirme Formu

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Başkent Üniversitesi Bağlıca Kampüsü Fatih Sultan Mahallesi Eskişehir Yolu 18. Km 06790
Etimsigut/ANKARA
Birim Telefon No: 0 312 246 67 40
E-Posta: adk@baskent.edu.tr

Faks No: 0 312 246 66 05
İnternet Adresi: www.baskent.edu.tr

Bilgi İçin: Gamze SONBAY
Unvan: Koordinatör
Telefon No: 246 66 66 / 2078



Sayı : 17162298.600-310

31 ARALIK 2019

Konu : Görüşme Formu

İlgili Makama

Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Gökben Kangalgil Balta'nın, Öğretim Görevlisi Dr. Seval Bekiroğlu danışmanlığında yürütmekte olduğu "Palyatif Bakım Merkezleri Kapsamında Verilen Psikososyal Destek Hizmetleri: Çalışanların Gözünden Nitel Bir Değerlendirme" başlıklı yüksek lisans tezi araştırması kapsamında "Aile İl Sağlık Müdürlüğüne" bağlı hastaneler bünyesinde hizmet veren "Palyatif Bakım Merkezlerinde Psikososyal Destek Hizmetlerini Gerçekleştiren Profesyonellere" görüşme formu uygulayabilme talebi değerlendirilmiş ve yapılmasında bir sakınca olmadığı tespit edilmiştir.

Bilgilerinize saygılarımızla sunarız.

Başkent Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler ve Sanat Araştırma Kurulu

Ad, Soyad	Değerlendirme	İmza
Prof. Dr. M.Abdülkadir Varoğlu	Olumlu/ ~~Olumsuz~~	
Prof. Dr. Kudret Güven	Olumlu/ ~~Olumsuz~~	
Prof. Ali Sevgi	Olumlu/ ~~Olumsuz~~	
Prof. Dr. Işıl Bulut	Olumlu/ ~~Olumsuz~~	
Prof. Dr. Sadegül Akbaba Altun	Olumlu/Olumsuz	
Prof. Dr. Can Mehmet Hersek	Olumlu/ ~~Olumsuz~~	
Prof. Dr. Özcan Yağcı	Olumlu/ ~~Olumsuz~~	

EK-4: SAĞLIK TESİSLERİ İZİN YAZILARI



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Sağlık Bakanlığı Porsaklar Devlet Hastanesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI PORSAKLAR DEVLET
HASTANESİ - T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI PORSAKLAR
DEVLET HASTANESİ
20/02/2020 17:55 - 69668506 - 799 - E 313



Sayı : 69668506-799
Konu : Gökben KANGANGİL BALTA
(Tez Çalışması)

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
(ASM Sağlık Hizmetleri Başkanlığı/Eğitim ve Tescil Birimi)

İlgi : 30/01/2020 tarihli ve 90739940-799-284 sayılı yazı.

İlgi tarih ve sayılı yazınız gereği; Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Yüksek Lisans programı öğrencisi Gökben KANGALGİL BALTA'nın "Palyatif Bakım Merkezleri Kapsamında Verilen Psikososyal Destek Hizmetleri: Çalışanların Gözünden Nitel Bir Değerlendirme" konulu tez çalışması talebine ilişkin yazısı incelenmiş, ilgili talep çalışma sonucunun bir örneğinin ilgili üniversite tarafından hastanemiz yönetimine gönderilmesi kaydı ile Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Uzm. Dr. Doğan AKDOĞAN
Başhekim

Porsaklar Devlet Hastanesi-Personel İşleri Birimi

Telefon: Faks No:

e-Posta: Selma.Yaylaci@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Mimar Sinan Mh., Çağatay

Sokak No:39 Porsaklar/Ankara

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 26e3c798-72e3-4ed1-a2d7-5862fceb45d kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Selma YAYLACI

TIBBİ SEKRETER

Telefon No: (0 312) 509 71 76



Ankara Eğitim ve Tescil Birimi



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Sağlık Bakanlığı Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 53610172-799
Konu : Gökben KANGANGİL BALTA
(Tez Çalışması)

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Personel Hizmetleri Başkanlığı
Eğitim ve Tescil Birimine

İlgi: 30/01/2020 tarihli, 284 sayılı ve 90739940 barkond numaralı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınıza istinaden Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Yüksek Lisans programı öğrencisi Gökben KANGANGİL BALTA' nın "Palyatif Bakım Merkezleri Kapsamında Verilen Psikososyal Destek Hizmetleri: Çalışanların Gözünden Nitel Bir Değerlendirme" konulu tez çalışmasını Hastanemizde yapması için hastanemiz Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurul Kararı yazımız ekinde sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.

Uz. Dr. Osman ÖRSEL
Hastane Yöneticisi V.

Ek: 1

11.03.2020
Yasim m

Yalçın KURT
VHLK
Genel Evrak Yöneticisi
Belgenin Aslı
Elektronik İmzalıdır
04/03/2020

Kuşcağz Mah. Sanatoryum Cad. 271/1 Keçiören/ANKARA
Telefon: 312 567 70 48-47-54 Faks No: 0312 567 70 00
e-Posta: husne.alakara@saglik.gov.tr İnternet Adresi:
www.ataturksanatoryumu.gov.tr

Bilgi için: HÜSNE ALAKARA
Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.

Telefon No: 03125677054

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 52ecaa45-8a0b-47fa-a7b4-51a646681d38 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Atatürk Göğüs Hastahkları ve Göğüs Cerrahisi
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

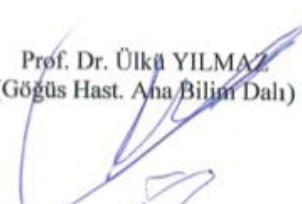
TIPTA UZMANLIK EĞİTİM KURUL KARARI

KARAR NO:664
KARAR TARİHİ: 27.02.2020

Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet tezli yüksek lisans öğrencisi Gökben KANGALGİL BALTA'nın "Palyatif Bakım Merkezleri Kapsamında Verilen Psikososyal Destek Hizmetleri: Çalışanların Gözünden Nitel Bir Değerlendirme" başlıklı lisans tezi kapsamında hastanemiz ilgili bölümlerinde anket çalışmasını yapabilmesine karar verilmiştir.


Prof. Dr. Yurdanur ERDOĞAN
Hastane Eğitim Koordinatörü


Prof. Dr. Göktürk FİNDİK
(Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı)


Prof. Dr. Ülke YILMAZ
(Göğüs Hast. Ana Bilim Dalı)


Doç. Dr. Özlem ÖZMEN
(Dahili Tıp Bilimleri/Nükleer Tıp)


Uz. Dr. Osman ÖRSEL
Başhekim V.



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Şehir Hastanesi Başhekimliği

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ANKARA ŞEHİR HASTANESİ -
T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ANKARA ŞEHİR HASTANESİ
26/01/2020 15.09 - 72300690 - 799 - E.17213



09115482293

Sayı : 72300690-799
Konu : Gökben KANGALGİL BALTA
(Tez Çalışması)

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 30.01.2020 tarih ve 90739940-799-E.284 sayılı yazınız.

İlgi yazınıza istinaden, Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Yüksek Lisans programı öğrencisi Gökben KANGALGİL BALTA'nın "Palyatif Bakım Merkezleri Kapsamında Verilen Psikososyal Destek Hizmetleri: Çalışanların Gözünden Nitel Bir Değerlendirme" konulu tez çalışmasını Hastanemizde yapma talebi, Ülkemizin içinde bulunduğu Koronavirüs Hastalığı salgını nedeniyle daha sonrasında başvuru yapılması kararı verilmiştir.

Bilgilerinizi arz ederim.

e-imzalıdır.
Op. Dr. Aziz Ahmet SUREL
Koordinatör Başhekim

Üniversiteler Mahallesi Bilkent Cad.No:1 Çankaya/ANKARA

Telefon: Faks No:

e-Posta: seher.atalay@saglik.gov.tr İnternet Adresi:

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 8b659242-9a20-46d9-88d5-b5857dac3446 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Seher ATALAY

TIBBİ SEKRETER

Telefon No: (0 312) 552 60 00



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Sağlık Bakanlığı Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI DR. SAMİ ULUS KADIN
DOĞUM ÇOCUK SAĞLIĞI VE HAST. EAH - DR. SAMİ
ULUS KADIN DOĞUM ÇOCUK SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI EAH TIPFA UZMANLIK VE EĞİTİM
KURULU BİRDİRİM
13/02/2020 16:42 - 73799008 - 799 - E. 78
00117548117

Sayı : 73799008-799
Konu : Gökben KANGALGİL BALTA (Tez
Çalışması)

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 30/01/2020 tarih ve E.284 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınıza istinaden Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Yüksek Lisans programı öğrencisi Gökben KANGALGİL BALTA' nın "Palyatif Bakım Merkezleri Kapsamında Verilen Psikososyal Destek Hizmetleri: Çalışanların Gözünden Nitel Bir Değerlendirme" konulu tez çalışmasını Hastanemizde yapması uygun bulunmamıştır.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Doç. Dr. A. Zülfikar AKELMA
Başhekim

Plevne mah. babür cad. no:36/38 Altındağ/ANKARA

Telefon: Faks No: 03123056460

e-Posta: aslihan.gokcek@saglik.gov.tr İnternet Adresi: aslihan.gokcek@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 4b0090cd-1a5b-4069-8c52-18de9b1f8d39 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Aslıhan GÖKÇEK

BÜRO PERSONELİ

Telefon No: (0 312) 305 60 40



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Sağlık Bakanlığı Şehit Sait Ertürk Devlet Hastanesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ŞEHİT SAİT ERTÜRK DEVLET
HASTANESİ - T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ŞEHİT SAİT
ERTÜRK DEVLET HASTANESİ
04.02.2020 10:33 - 26945601 - 799 - E-573
00111756452

Sayı : 26945601-799
Konu : Gökben KANGALGİL BALTA
(Tez Çalışması)

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
(Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Birimi)

İlgi : 30.01.2020 tarih ve 90739940-799-E.284 sayılı yazı;

Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Yüksek Lisans programı öğrencisi Gökben KANGALGİL BALTA' nın "Palyatif Bakım Merkezleri Kapsamında Verilen Psikososyal Destek Hizmetleri: Çalışanların Gözünden Nitel Bir Değerlendirme " konulu tez çalışması ile ilgili yazısı yönetiminizce değerlendirilmiş olup, başvurusu tarafımızca **uygun görülmemiştir.**

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Uzm. Dr. Sibel ÜNSAT
Başhekim Yardımcısı

Etimesgut Şehit Sait Ertürk Devlet Hastanesi

Telefon: Faks No: 03122431642

e-Posta: selen.atasoy@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Selen ATASOY

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 0b83efba-e1e8-4553-b167-39ca06479086 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Selen ATASOY

HEMŞİRE

Telefon No: +90 312 293 30 00 / 31 06



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Sağlık Bakanlığı Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI GÜLHANE EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ - T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
GÜLHANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
09-04-2020 10:44 - 50687469 - 799 - E. 7521
00116288325

Sayı : 50687469-799
Konu : 26.03.2020 Tarihli Tıpta Uzmanlık
Eğitim Kurulu (TUEK) Kararları
Hk.

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SAĞLIK HİZMETLERİ MÜDÜRLÜĞÜ
Sağlığın Geliştirilmesi Birimi

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu (TUEK)'nun 26.03.2020 tarihli kurul kararları Ek'te
sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Doç.Dr. H. Erhan GÜVEN
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı

EKLER:
26.03.2020 Tarihli TUEK Kararları

General Dr.Tevfik Sağlam Cd.Etilik/ANK

Telefon: Faks No:

e-Posta: meral.aydin3@saglik.gov.tr İnternet Adresi: meral.aydin3@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 205d3b80-2805-4ba7-a540-9998595a977c kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Meral AYDIN

Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.

Telefon No: (0 312) 304 61 06

23. Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nün 30.01.2020 tarihli, SAYI: 90739940.799.E.284 sayılı ve "Gökben KANGALGİL BALTA (Tez Çalışması)" konulu **Yüksek Lisans Öğrencisi Gökben KANGALGİL BALTA'nın "Palyatif Bakım Merkezleri Kapsamında Verilen Psikososyal Destek Hizmetleri: Çalışanların Gözünden Nitel Bir Değerlendirme"** başlıklı tez çalışması incelenmiş ve bahse konu araştırma ile ilgili olarak örneklemin yapılacağı Palyatif Bakım Ünitesinin hali hazardaki eğitim-öğretim faaliyetleri ve süregelen işleyişi açısından sağlıklı olmayacağı yönündeki Klinik Eğitim ve İdari Sorumlusu görüşü dikkate alınarak ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmemiştir.**



EK-5: ORJİNALLİK RAPORU

</