



Palyatif Bakımda Sosyal Çalışmacı Varlığı

Dr. Berra CANSIZ KÖSESOY

Fırat Üniversitesi, Fırat Üniversitesi Hastanesi

bcansiz@firat.edu.tr

Özet

Hizmet alanı açısından birbirinden farklı kurumlarda görev alan sosyal çalışmacıların sağlık sektöründeki istihdamı, 2000’li yıllarda başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile artış göstermiştir. Sosyal hizmetin sağlık kurumlarındaki varlığı açısından dönüm noktası olarak kabul edilen birtakım düzenlemeler söz konusudur. 1998 yılında yayınlanan Hasta Hakları Yönetmeliği bunlardan biridir. 1998-2011 yılları arasında sosyal çalışmacılar, hasta hakları uygulamalarında aktif olarak görevlendirilmiştir. 2011 yılında Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi’nin yayınlanması ile başlayan süreçte sosyal çalışmacıların tıbbi sosyal hizmet kapsamına giren mesleki müdahalelerde bulunmasının önü açılmıştır. Bugün ise özellikle sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin yayınlanan yönergelerde ve sağlıkta toplam kalite yönetimine ilişkin belirlenen standartlarda, sosyal çalışmacıların görev alacağı birimlere ilişkin hususlar yer almakta ve tıbbi sosyal hizmet alanında uzmanlaşma ihtiyacı her geçen gün artmaktadır. Bu çalışmada tıbbi sosyal hizmet literatüründe, palyatif bakım hizmetlerini konu alan mevzuatta ve toplam kalite yönetimi uygulamalarına ilişkin standartlarda sahaya ilişkin yapılan açıklamalar incelenmiştir. Bu çalışma ile palyatif bakım alanındaki varlığı kabul gören sosyal hizmet mesleğinin uzmanlaşma ve süpervizyon ihtiyaçlarını gündeme getirmek ve planlanan hizmetler için öncelikle mesleki alt yapının iyileştirilmesi gerekliliğini vurgulamak amaçlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Tıbbi Sosyal Hizmet, Palyatif Bakım, Yaşam Sonu Bakımı, Sağlıkta Kalite Standartları

Social Work Presence in Palliative Care

Abstract

The employment of social workers in the health sector, who work in different institutions in terms of service areas, increased with the Health Transformation Program that started in the 2000s. There are some regulations that are accepted as a turning point in terms of the existence of social work in health institutions. The Patient Rights Regulation published in 1998 is one of them. Between 1998 and 2011, social workers were actively engaged in patient rights practices. In the process that started with the publication of the Medical Social Work Implementation Directive in 2011, the way for social workers to engage in professional interventions within the scope of medical social work has been paved. Today, there are issues regarding the units that social workers will take part in, in the published guidelines for the delivery of specific health services and in the standards determined for total quality management in health. Therefore, the need for specialization in the field of medical social work is increasing day by day. In this study, explanations about the field in the medical social work literature, the legislation on palliative care services and the standards regarding total quality management practices were examined. With this study, it is aimed to bring up the specialization and supervision needs of the social work profession, whose existence is accepted in the field of palliative care, and to emphasize the necessity of improving the professional infrastructure for the planned services.

Keywords: Medical Social Work, Palliative Care, End of Life Care, Quality Standards in Health

Giriş

Tıbbi sosyal hizmet, sağlık kurumlarında fiziksel hastalıkların ve tedavi süreçlerinin yol açtığı psikososyal sorunlarla ilgilenen, hasta ve yakınlarının sosyal işlevselliklerini geliştirmelerine ve yaşam kalitelerini arttırmalarına odaklanan bir çalışma alanını ifade etmektedir. Hastalık ve sağlığın, toplumsal bir boyutunun var olduğunun ulusal ve uluslararası camiada kabul görmesi, tıbbi sosyal hizmete duyulan ihtiyacı arttırmıştır. Günümüzde geleneksel sağlık hizmetlerinin tedavi ve tıbbi patolojiye odaklanan çalışma anlayışından, toplum tabanlı sağlık hizmetlerine doğru bir geçiş yaşanmaktadır. Bu durum sosyal hizmette vurgulanan “güçlendirme, sorun çözme, savunma ve sosyal değişimi sağlama” amaçlarını sosyal çalışmacılar için daha önemli bir hale getirmiş ve meslek elemanlarının sağlık alanındaki sorumluluklarını arttırmıştır.

Hastalık sürecinde, öncesinde ve sonrasında etkili olan psikososyal faktörleri konu alan tıbbi sosyal hizmetin temel amaçları; tıbbi tedavinin etkililiğini arttırmak ve hastalığın birey ve yakınları üzerinde neden olacağı olumsuz psikososyal ve ekonomik etkilerini minimize etmektir (Işıkkhan, 2016: 100). Yaşam kalitesi, iyilik haline vurgu yapan bir kavramdır. Kişinin duygusal, sosyal ve fiziksel açıdan algıladığı iyilik hali üzerinden yapılan değerlendirmeler, yaşam kalitesine ilişkin veriler içermektedir. Palyatif bakım; ölüm ve fiziksel varoluşun son bulması ile sonuçlanma ihtimali yüksek bir dizi duygusal, sosyal ve fiziksel kaybın karşısında hasta ve yakınlarının verdiği var olma ve iyi olma mücadelesini desteklemeyi amaç edinen bir bakım modelidir.

Ölüm, tüm karşı koyuşlarımıza ve erteleme çabalarımıza rağmen esasında insan yaşamının doğum kadar doğal ve değişmez bir gerçeğidir. Ölüm, bir insan için her koşulda istenmeyen kötü bir son olmadığı gibi tıp bilimi açısından da bir kayıp ve başarısızlık değildir. Ölüm esasında sosyal bir deneyim olarak karşımıza çıkmaktadır. İnsanlara korkularını yenmeleri için onların üzerine gitmeleri, uyandırdığı tüm duygusal sarsıntılara rağmen korktukları şeyi deneyimlemeleri öğütlenmektedir. Oysa söz konusu korku “ölüm” olduğunda onu deneyimlemek sonrasında arkamıza yaslanıp bu deneyim üzerine düşünmek mümkün değildir. Ölümü bir kez yaşarız, ölümümüzü bizim yerimize deneyimleyen onun sosyal kurgusunu yaşayan asıl kişiler yakınlarımızdır.

Palyatif ve yaşam sonu bakım ihtiyacı bulunan bir hastanın ölüm anksiyetesine bağlı olarak deneyimlediği korku, kaygı, öfke ve umutsuzluk duygularını hafifletecek yegâne şey ölümü ve ölümlle birlikte ortaya çıkacak maddi manevi her türlü sonucu kabullenmesidir. Bu süreçte hastaya verilecek psikososyal destek hizmetlerinin bir bölümü, ölümü anlamlandırmasına yardımcı olmaya yönelik gerçekleştirilen görüşmelerdir. Ölümün sadece eksilten ya da sıfırlayan bir etki oluşturmadığını aksine dünyada anlamı mümkün kılan tek ve sarsılmaz gerçek olduğunu kabul eden hasta için süreç daha gerçekçi bir zemine oturacaktır. Bir dini öğüt olarak manevi iklimimizde var olan “ölmeden önce ölünüz” nasihati de aslında bu kabul ile ilişkilidir. Ölmeden önce ölünüz, yani ölümlle ilgili tüm gerçeklere hazır olunuz. Bu gerçekler doğrudan ölen kişi ile ilgili olabildiği gibi bazı durumlarda ardında kalacak yakınları ile ilgili de olabilmektedir. Yaşamın son döneminde olan bir insan için geliştirilecek “iyi ölüm” temennisinin içerisinde geride kalanlar için iyileştirilmiş şartlar, pişmanlıklar, af ya da yüzleşme talepleri gibi ilişkisel ve karmaşık birçok unsur söz konusu olabilmektedir. Tam da bu noktada hasta ve yakınlarının ihtiyaç duyduğu hizmetin adı psikososyal destektir.

Palyatif bakım merkezinde görev alan sosyal çalışmacılar; yaşamının son döneminde olan bir hastayla çalışırken onun mevcut sıkıntılarını hafifletmeyi ve kendi ölümünde söz sahibi olmasına imkân tanıyacak şekilde planlamalar yaparak hastanın yaşam kalitesini iyileştirmeyi, hastanın sosyal işlevselliğini geliştirmesine ve her koşulda mümkün olan en iyi karşılamayı yaptığı için kendisini güçlü ve yeterli hissetmesine olanak sağlamayı amaç edinen profesyonellerdir. Bunu bazen hasta ve yakınlarının yaşadığı ekonomik sorunları iyileştirerek, bazen bakım yükü altında eğitim hayatı aksayan ve sorunlar yaşayan bir gencin durumunu destekleyerek, bazen hastanın bakmakla yükümlü olduğu engelli çocuğu ya da yaşlı ebeveyni için bir bakım modeli geliştirerek yapabilir. Temel gereksinimler olarak değerlendirdiğimiz tüm bu somut gerçeklerin yanında hasta ve yakınlarının ihtiyaç duyduğu psikolojik desteğin sağlanması için yürütülebilecek; bireysel danışmanlık ve aile danışmanlığı, bütünleyici terapiler (stres yönetimi, geştalt terapi vd), bilişsel yapılandırma ve yas danışmanlığı gibi hizmetler de psikososyal destek hizmetleri içerisinde yer almaktadır. Gerekli eğitim ve süpervizyonun sağlanması koşuluyla uzmanlık gerektiren bu terapötik süreçler de yine sahada görevli sosyal çalışmacılar tarafından yürütülebilmektedir.

Gerçekleştirilen tüm bu mesleki müdahalelerin temel amacı, hastanın psikososyal iyilik halinin korunması ve iyileştirilmesi, hasta ve yakınlarının sorunlarını çözebilecek bilişsel kapasiteye kavuşturulması ve hasta yakınlarına sevdiklerinin hastalığı ve ölümüyle baş edebileceklerine ilişkin güven duygusunun kazandırılmasıdır (Tuncay, 2013: 152). Hekim ve hemşire dışında psikolog, sosyal çalışmacı, din görevlisi ve ihtiyaç duyulan diğer disiplinlerden profesyonellerin de dahil edilebileceği palyatif bakım ekibi, hasta ve yakınlarının biyopsikososyal ihtiyaçlarına ve sorunlarına bütüncül bir bakış açısıyla yaklaşmaktadır. Ağrının ve acının kontrol altında tutulması, hasta ve yakınlarına sosyal ve manevi destek sağlanması, kişisel bakım uygulamalarının yürütülmesi bu bakış açısının bir sonucu olarak gerçekleştirilen hizmetlerdir. Dünyada, palyatif bakıma ihtiyaç duyan hastaların yalnızca %14'ünün palyatif bakım hizmetlerinden faydalanabildiği ve dünya nüfusunun palyatif bakım ihtiyacının her geçen gün artacağı bildirilmektedir (World Health Organization [WHO], 2020).

İlgili mevzuat gereği sahada tıbbi sosyal hizmet birimlerinde görev yapan meslek elemanları, hastane genelinde kliniklere konsültasyon usulü ile çağırılarak mesleki uygulamalarda bulunmaktadır. Süreç içerisinde değişen sorunlar ve artan gereksinimler ile paralel olarak özellikli sağlık hizmetlerinin sunulduğu birimlerde (çocuk izlem merkezleri, palyatif bakım merkezleri, organ nakli birimleri, onkoloji servisleri, diyaliz üniteleri, psikiyatri servisleri, acil servis krize

müdahale birimleri gibi) sosyal çalışmacıların tam zamanlı, yarı zamanlı ya da konsültasyon usulü ile görevlendirilmesi söz konusu olmaktadır. Özellikle birimlerin işleyişini konu alan düzenlemelerde ve sağlıkta toplam kalite yönetimi uygulamalarına ilişkin hazırlanan standartlarda sosyal çalışmacılar, tedavi ekibinin önemli bir üyesi olarak yer almaya başlamış ve uygulamada idari tercihlerle görevlendirilen sosyal çalışmacılar için ileri mesleki eğitim ihtiyacı net bir şekilde gündeme gelmiştir.

Özellikli Planlama Gerektiren Sağlık Hizmetleri ve Sosyal Hizmet

Tıbbi tedavi sürecinin topluma dönük yüzü olarak görev alan sosyal çalışmacılar, “müracaatçının olduğu yerden başlayarak” hasta ve yakınlarını süreç hakkında bilgilendirmekte, yönlendirmekte, danışmanlık hizmeti sunmakta, onlar adına savunuculuk yapmakta ve ilgililerin ihtiyaç duyduğu kaynaklarla bağlantı kurmasına yardımcı olmaktadır. Hasta ve yakınları, hasta ve sağlık çalışanları, hasta yakınları ve sağlık çalışanları arasında oluşabilecek çatışmalarda arabulucu ve iletişim noktasında kolaylaştırıcı roller üstlenen sosyal çalışmacılar, tıbbi sosyal hizmet uygulamalarında birçok birim için ufak değişikliklerle uygulanabilir hale getirilebilen planlı müdahale süreçlerini yönetmektedirler. Ancak özellikli sağlık hizmetleri söz konusu olduğunda, meslek elemanı deneyimli bir profesyonel olsa dahi sahip olunan tüm bu mesleki beceriler sahada yetersiz kalabilmektedir.

Sağlık alanında sosyal çalışmacılar çalıştıkları birimler dışında birçok farklı ve özellikli birimde görevlendirilmektedir. Belli bir sorun alanına odaklanarak profesyonelleşme imkânı bulamayan ve aynı anda birden çok işi yürütmek durumunda kalan sosyal çalışmacılar için özellikli planlama gerektiren sağlık hizmetlerinde görev almak yetersizlik ve tükenmişlik duygularına neden olmaktadır. Benzer çıkarımlarda bulunan çalışmalar literatürde mevcuttur (Kol, 2009; Özbesler ve İçağasıoğlu Çoban, 2010; Kangalgil Balta ve Bekiroğlu, 2021; Yanardağ, 2022).

Genelci sosyal hizmet bakış açısı ile rutin mesleki müdahaleleri gerçekleştirerek planlı değişim süreçlerini yöneten sosyal çalışmacılar, özellikli hizmetler söz konusu olduğunda birime özgü farklı mesleki uygulamalar gerçekleştirmek durumundadır. Bu uygulamaları gerçekleştirirken örneğin; çocuk izlem merkezlerinde “adli görüşmeci ya da aile görüşmecisi”, organ nakli

biriminde “organ nakil koordinatörü” gibi sorumluluklarına ilişkin isimler alabilmektedirler (Yanardağ, 2022: 87). Özellikle birimlerde ekip çalışması doğrultusunda görevler alan sosyal çalışmacılar için süreç daha farklı işlemektedir. Örneğin, bir üniversitenin sosyal servisinde çalışan sosyal çalışmacı, bireysel olarak öğrencilere danışmanlık hizmeti verirken; ruh ve sinir hastalıkları hastanesinde ya da alkol ve madde bağımlılığı tedavi merkezinde (AMATEM) çalışan bir sosyal çalışmacı tedavi ekibiyle birlikte hastalarla gerçekleştirilen toplantılara katılabilmektedir. Çalışılan grubun bağımlılık, cinsel istismar, uzun süreli ve ağırlı tedavi, intihar, psikiyatrik hastalık, kronik ve yaşamı sınırlayan hastalık, yaşamı tehdit eden hastalık ve yas öyküleri gibi spesifik özelliklere sahip olması; görevli sosyal çalışmacının etkili iletişim kurabilmek ve profesyonel mesleki müdahalede bulunabilmek için lisans eğitimi dışında akredite edilmiş ileri mesleki eğitimlere duyduğu ihtiyacı gündeme getirmektedir. Tıbbi sosyal hizmet alanında özellikle klinik düzeyde etkili mesleki müdahalelerin gerçekleştirilmesi ancak sürekli eğitim ve süpervizyon desteğinin sağlanması ile mümkün olacaktır.

Palyatif Bakımda Psikososyal Destek Hizmetleri ve Sosyal Hizmet

Palyatif bakımın, sağlık hizmetlerine entegrasyonu dünyada 1960’lı yıllara dayanırken, Türkiye’de 1990’ların başlarında hastanelerin algoloji kliniklerinde kurulan palyatif bakım birimleri, bu bakım modelinin ilk örnekleri olarak kabul edilmektedir (Kabalak, 2017: 8). Palyatif bakım hizmetleri hakkında düzenlenen yönerge (2015) ile yataklı tedavi kurumlarında palyatif bakım hizmetleri daha sistematik bir hale getirilmiştir. Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde kurulan bu merkezlerin hizmet sunduğu kişiler yaşamı tehdit eden hastalıklara sahip bireyler ve onların yakınlarıdır. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü verilerine göre; Türkiye’nin her ilinde palyatif bakım hizmeti sunan sağlık kuruluşu bulunmaktadır. Bunların toplam sayısı ise 415’tir. Hizmet kapasitesi değişiklik gösteren bu merkezlerin toplamda 5566 yatak kapasitesine sahip olduğu bildirilmiştir (Çölgeçen, Güney Aslan, 2022: 138).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) palyatif bakımı, “yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan karmaşık problemlerle mücadele süreçlerinde, hastalığın seyrine ve tedaviye bağlı semptomların ve ağrının kontrol altında tutulması, bütüncül bir değerlendirme ile hasta ve yakınlarının fiziksel, ekonomik, psikososyal ve manevi gereksinimlerinin karşılanması bu sayede

acının önlenmesi ya da hafifletilmesi için gerçekleştirilen uygulamaların yer aldığı, hasta ve yakınları için yaşam kalitesinin geliştirilmesinin amaçlandığı bir yaklaşım” olarak tanımlamıştır. Bir insan hakkı olan palyatif bakım, hastalığın kendisinden kaynaklanan veya tedavi sürecinde meydana gelen problemleri ortadan kaldırmayı, hasta ve yakınlarının yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlamaktadır. Yeni tanı almış, bir süredir tedavi gören veya terminal dönemde olan hastalara palyatif bakım hizmeti verilebilir. Palyatif bakımda yaşam ve ölüm normal süreçler olarak kabul edilmektedir. Amaç ölümü geciktirmek ya da hızlandırmak değildir. Palyatif bakım yaşam süresinden çok yaşamın kalitesi ve niteliğine vurgu yapan bir bakım felsefesine sahiptir (Sağlık Bakanlığı, 2011: 58).

Palyatif bakım ve bu alana ilişkin uzmanlıkların gelişimi modern hospis hareketine dayanmaktadır (Small, 2001: 962). 1967 yılında Londra’da ilk modern hospis olan St. Christopher Hospisini kurucusu, tıbbi sosyal hizmet uzmanı ve bir hekim olan Dame Cicelly, literatürde palyatif bakım alanının öncüsü olarak kabul edilmektedir (Saunders, 2001: 791). Türkiye’de hospis tarzı bakım hizmeti sunan kurumlar bulunmamaktadır. Ülkemizde palyatif bakıma yönelik ilk hizmetler evde sağlık hizmetleri kapsamında gerçekleştirilmiştir. Bakanlık tarafından yayınlanan Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge (2010) ile evde sağlık hizmetlerinin sunulmaya başlanması, palyatif ve yaşam sonu bakım ihtiyacı olan bireylerin kendi yaşam alanlarında tıbbi olarak desteklenmesi ve palyatif bakımın ulusal sağlık politikalarına entegre edilmesi açısından önem arz etmektedir. İlk palyatif bakım merkezi ise 2012 yılında Ankara Ulus Devlet Hastanesinde açılmıştır (Kabalak, 2014: 122). Türkiye’de palyatif bakımın kurumsallaşması kanser tedavi merkezlerinde başlamıştır. Bu açıdan palyatif ve yaşam sonu bakım alanında yürütülen sosyal hizmet müdahaleleri bir yönü ile onkolojik sosyal hizmet müdahaleleri ile de ilişkilidir (Saruç, 2013: 194).

Palyatif bakım başlangıçta tüm yöntemlerin denendiği, tedavi edici müdahalelerin tükendiği yaşamın sonundaki hastalar için gündeme getirilen bir süreç iken günümüzde yaşamı tehdit eden hastalıkların teşhis edilmesinin ardından uygulanan tedavi edici yaklaşımlar ile birlikte başvuru bir bakım süreci haline gelmiştir (WHO, 2020).

Palyatif ve yaşam sonu bakım iki farklı süreci ifade etmelerine rağmen sıklıkla hatalı bir şekilde birbirinin yerine kullanılmaktadır. Palyatif bakımda, iyileştirici tedavi yöntemleri ile tedavi süreci devam ederken, sağlık kurumu içerisinde hastanın ve ailesinin yaşamı tehdit eden bir hastalıkla

olan zorlayıcı mücadelelerinin desteklenmesi hedeflenmektedir. Yaşam sonu bakımında ise mevcut tedavi yöntemleri ile iyileştirilemeyen, bir tedavi umudu bulunmayan ve tıbbi açıdan yaşamının son döneminde olduğu kabul edilen hastaların, rahatsız edici semptomlarının kontrol edildiği, yaşam kalitesinin mümkün olan en iyi seviyede tutulmasının hedeflendiği bir bakım modeli benimsenmektedir. Hospisler de bu anlayış ve hedeflerle bireylere yaşamlarının son dönemlerini geçirmeleri için bir ev ortamı ve koşulları sağlayarak sağlık hizmeti sunma düşüncesinin bir ürünüdür (Bağ, 2012: 120).

Birey ve aile merkezli yürütülen palyatif bakımın hedefi tedavi sürecini, kişilerin sahip olduğu inançlar, değerler ve farklılıklar temelinde değişen beklentileri ile uyumlu bir şekilde planlamak, bakımın sürekliliğini sağlamak ve bakım hizmetlerini herkes için ulaşılabilir hale getirmektir (Lorenz, et al., 2008: 150). Bakım ihtiyacı doğuran primer hastalığın kontrolü, ağrı ve diğer fiziksel semptomların takibi, yaşam sonu ihtiyaçlarının ve tercihlerin belirlenmesi, psikososyal, fiziksel, ekonomik ve manevi sorunların iyileştirilmesi ve tüm bu konularda ve kaybın gerçekleşmesi durumunda yas süreçlerinde hasta ve yakınlarının, tedavi ekibinin psikososyal destek vermekle görevli personelleri (sosyal çalışmacı, psikolog, din görevlisi) tarafından desteklenmesi palyatif bakım sürecinin temel bileşenleri olarak kabul edilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011: 59).

Palyatif bakım sürecinde hastalığın seyri ve neden olduğu komplikasyonlara bağlı olarak hasta ve yakınlarının kaygı, korku, öfke ve üzüntü gibi duyguları deneyimlenmesi, bakımın neden olduğu fiziksel ve maddi yüklerle, bazı durumlarda yaşanan iş kayıplarıyla ve aile ilişkilerinde meydana gelen çatışmalarla baş etmeleri yaşam kalitelerini ve tedavi süreçlerini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle tüm bu psikososyal sorunların değerlendirilmesi ve çözüm amaçlı psikososyal destek hizmetlerinin uygulanması palyatif bakım sürecinin önemli bir unsuru olarak görülmektedir. Hasta ve yakınlarının iyilik hallerinin ve sosyal işlevselliklerinin geliştirilmesi, sosyal ilişkilerinin düzenlenmesi, hastalık ve sonuçlarına ilişkin daha kabullenici tutumlar geliştirmeleri yönünde desteklenmesi ve temel ihtiyaçlarının tespit edilerek ivedilikle çözümlenmesi amacıyla kaynakların harekete geçirilmesi profesyonel mesleki müdahaleleri gerekli kılmaktadır. Literatürde Türkiye’de palyatif bakım süreçlerinde, hasta ve yakınlarının psikososyal destek ihtiyaçlarından söz eden ve bu gereksinimlerin önemine değinen çalışmalar mevcuttur (Özdemir, 2016; Başdınç, 2019; Karakaya, Işıksan, 2020; Kangalgil Balta, Bekiroğlu, 2021).

Terminal dönemdeki hasta ve yakınları için yürütülecek süreç çatışmaya açık birçok duruma gebe­dir. Hasta ve yakınları ilk aşamada hissettikleri öfke ve çaresizlik duyguları ile gerçeği reddedebilir. Anlamsız ve ilişkisel olmayan pazarlıklarla, kötü olarak algılandıkları son­dan kurtulmaya çalışabilir. Bir diğ­erini ya da kendilerini suçlayabilir. Derin bir içe kapanma süreci yaşayarak depresyon benzeri tepkiler verebilir ve son tahlilde kaybın yaşanması halinde hasta yakınları yas sürecinde zorlayıcı deneyimler yaşayabilirler. Bu süreç aslında doğal olan ve ilk insandan beri var olan bir gerçeğin, tüm bunlara rağmen kolaylıkla kabullenebilir olmadığını göstermektedir. Tüm olağanlığına rağmen her ölüm ve her kayıp yeni bir deneyim olarak karşımıza çıkmaktadır. Hasta ve hasta yakınları için süreç kesinlikle profesyonel açıdan desteklenme ihtiyacı doğurmaktadır. Bu destek bazen ruhsal ve zorlayıcı olabildiği gibi bazen bilgilendirme, yönlendirme, danışmanlık ve savunuculuk boyutunda kalabilmektedir. Burada belirleyici olan şüphesiz insan ve onun biricik deneyimine ilişkin sahip olduğu algıdır.

Bakım felsefesi açısından palyatif bakım ve sosyal hizmetin sahip olduğu ortak temalara değinen Small (2001: 962), bu temaları şu şekilde sıralamıştır: Her ikisi de kayıp ve yas süreçlerine odaklanmakta ve bu süreçlerde kişileri desteklemektedir. Her ikisi de bireysel deneyime önem vermekte ve sorun alanına bütüncül bir yaklaşım sergileyerek müdahale etmektedir. Her ikisi de iyileşme süreçlerine yardım ederek sağlanan değişimin uygulamadaki etkisine önem vermektedir.

Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği (NASW, 2003), palyatif bakım ve yaşam sonu bakımda sosyal çalışmacılar için uygulama standartları geliştirmiştir. Bu standartlar palyatif ve yaşam sonu bakım alanında gerçekleştirilecek sosyal hizmet müdahalelerini aşamalı bir şekilde açıklamaktadır. Ancak literatürde psikososyal bakıma ilişkin evrensel yöntemlerin geçerli olmadığına dair ortak kabuller bulunduğu­ndan, kültürel ve sosyal farklılıklar dikkate alınarak psikososyal bakıma ilişkin tüm bilgiler toplum ve birey bazlı değerlendirilmeli, psikososyal destek müdahaleleri uygulanacakları sağlık hizmet ortamına ve bireylere göre yapılandırılmalıdır (International Network for Cancer Treatment and Research [INCTR], 2008: 90).

Mevcut yasal düzenlemelerde içeriği ve sınırları net bir şekilde tanımlanmayan psikososyal destek hizmetleri; palyatif bakım merkezlerinde lisans eğitimi dışında sahaya ilişkin ileri bir uzmanlık eğitimi almamış, herhangi bir sertifikasyon programına dahil edilmemiş ve süpervizyon desteği bulunmayan sosyal çalışmacılar tarafından yürütülmektedir. Bu süreçte hizmet sunumunda belirleyici olan kriterler; idarenin ve tedavi ekibinin beklentileri, sosyal çalışmacının mesleki bilgi,

beceri ve öncelikleri ile şekillenen şahsi çabasıdır. Bu kapsamda sahada aktif olarak yürütülen mesleki uygulamalar aşağıda sıralanmıştır:

- Tedavi ekibi (doktor ya da hemşire) konsültasyon talebinde bulunduğu takdirde, merkezde yatan hasta ve yakınlarının ihtiyaç ve sorunlarını tespit etmek için ön görüşmeler yapmak,
- Toplumsal kaynakları ulaşılabilir kılmak adına aracı rolünü üstlenerek gereksinimlerin karşılanması için yönlendirme ve danışmanlık yapmak,
- Eğitici rolünü üstlenerek özellikle evde sağlık ve evde bakım hizmetleri, bez ya da mama raporları, engelli raporunun çıkarılması ve 2022 aylıkları hakkında hasta ve yakınlarını bilgilendirmek ve yönlendirmek,
- Arabulucuk rolünü üstlenerek hasta ve ailesi, hasta ve sağlık çalışanı, aile ve sağlık çalışanı arasında yaşanabilecek sorunları çözümlmek ve çatışmaları önlemek,
- Taburculuk sürecinde hastanın hastane ile ilişkili işlemlerinin tamamlanmasına yardımcı olmak, hizmetin sürekliliğinin sağlanması açısından evde bakım ve sağlık hizmetleri hakkında ilgilileri bilgilendirmek ve ihtiyaç halinde hizmetin alınacağı ikincil kurumları hasta hakkında bilgilendirmek,
- Taburculuk sonrasında bakımevi ihtiyacı doğan hastalar için resmi süreci başlatmak ve takip etmek,
- Palyatif bakım sürecinin ölüm ile sonuçlanması halinde aileye yas sürecinde destek olmak ihtiyaç halinde profesyonel destek almaları konusunda yönlendirmek.

Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge (2015)

2015 yılında düzenlenen bu yönerge, palyatif bakım merkezlerinin kuruluş ve işleyişine ilişkin bir çerçeve çizmesi açısından önemlidir. Ancak yönergede, palyatif bakımın temel bileşeni olan psikososyal destek hizmetlerinin kavramsal tanımına yer vermek dışında bu hizmetlerin içeriği hakkında detaylı bilgi verilmemesi uygulamada belirsizliklere ve aksaklıklara neden olmaktadır. Palyatif bakım hizmetleri; yataklı sağlık tesislerinde yer alan palyatif bakım merkezlerinde dışarı da ise aile hekimleri ve evde sağlık hizmet birimleri tarafından yürütülmektedir. Yataklı sağlık tesisleri tarafından bakım evleriyle palyatif bakım protokolü yapılması ve İl Sağlık Müdürlüklerinden onay alınması koşuluyla, bakım evlerinde de palyatif bakım hizmetleri

verilebilmektedir. 7/24 hizmet sunan palyatif bakım merkezlerinde yönergeye göre psikolog, sosyal çalışmacı, fizyoterapist ve diyetisyenin tam zamanlı olarak çalışma zorunluluğu bulunmamaktadır. İlgili maddede ihtiyaç halinde hastane içerisinde ya da dışarıdan personel desteği sağlanacağı ifade edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2015: 1-3).

Merkezlere başvurular, hastaların kendisi veya aile bireyleri tarafından bizzat yapılabileceği gibi hasta, aile hekimi veya tedaviyi yürüten hekim tarafından da taburcu aşamasında gerekli görüşme ve koordinasyonun sağlanması koşuluyla hastalar ilgili sağlık hizmet sunucularına yönlendirilebilirler. Sağlık tesisine gelemeyecek durumda olan hastalar bulundukları ortamda evde sağlık ekiplerince ziyaret edilerek birlikte yaşadığı aile bireylerinin psikososyal durumu ile birlikte değerlendirilmektedir. Değerlendirme sonucunda palyatif bakım hizmeti alması uygun görülen hastalar merkezlere yönlendirilir. Merkeze kabul edilen hastalar, hasta hakları ve yükümlülükleri ve hizmet içeriği konusunda bilgilendirilir. Hastanın kendisi veya kanuni temsilcisi, sunulacak hizmet ve varsa riskleri hakkında yazılı ve sözlü olarak bilgi talep etme hakkına sahiptir. Palyatif bakım hastaları tüm hastalar gibi her koşulda kendi kararlarını verme, ölümleri üzerinde söz sahibi olma ve kendisi için planlanan hizmeti çeşitli nedenlerle sonlandırma ya da reddetme haklarına sahiptir. Palyatif bakım hizmetlerinin devamlılığı için aile hekimi veya evde sağlık hizmet birimleri; kendi mevzuatları çerçevesinde merkezler tarafından tedavisi düzenlenen ve kendilerine yönlendirilen hastaları takip ederek gerekli hizmeti sunmakla yükümlüdür (Sağlık Bakanlığı, 2015: 4-5).

Sağlıkta Kalite Standartları / Hastane (Sürüm 6.1) Rehberinde Palyatif Bakım Hizmetleri

Sağlık Bakanlığı 2023 yılı Nisan ayında sağlıkta kalite standartlarını (SKS) güncelleyerek SKS Hastane (Sürüm 6.1) Rehberine, palyatif bakım kliniği başlıklı bir bölüm eklemiştir. Rehberde palyatif bakım kliniğinde multidisipliner bir müdahale anlayışı ile sunulacak hizmetlerin planlanması, koordinasyonu ve gerçekleştirilmesine yönelik 10 standart ve 24 değerlendirme ölçütü belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2023: 43).

Rehberde sosyal hizmet meslek elemanı “sosyal hizmet uzmanı” olarak ifade edilmiştir. Rehberde palyatif bakım kliniğinin işleyişine ilişkin belirlenen standartlar arasında tıbbi ve klinik sosyal hizmet ile ilişkili olan ifadeler şu şekilde özetlenebilir (Sağlık Bakanlığı, 2023: 65,396):

- Hastanın ihtiyaçları bütüncül bir yaklaşımla belirlenmeli ve bu ihtiyaçlar doğrultusunda bakım planları oluşturulmalıdır.
- Hasta ve refakatçilerin yaşam kalitelerini arttırmaya yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
- Aile ve bakım hizmetine katılacak kişiler, psikososyal destek ve bilgi ihtiyaçları açısından değerlendirilmeli, gerekli destek ve eğitimlerin verilmesi sağlanmalıdır.
- Hastanın farklı sağlık hizmet alanları arasındaki geçişleri (başka bir hastaneye sevk ya da taburculuk sonrası için evde bakım hizmetleri gibi) etkin şekilde yönetilmeli, hizmetlere erişimde süreklilik sağlanmalıdır.
- Taburculuğu planlanan hastaya, ev veya diğer bakım ortamlarının hazırlanması için yeterli süre verilmelidir. Klinik sonrası bakımın sürekliliğini sağlamak amacıyla ailenin veya bakım verenlerin sağlık personellerine nasıl ulaşacağı tanımlanmalıdır.
- Bakımın sürekliliğine yönelik oluşabilecek sorunları en aza indirmek için evde sağlık hizmetleri ve birinci basamak sağlık hizmetleri ile entegrasyon (aile hekimi ile görüşmek, hastanın palyatif bakım gereksinimleri konusunda hekime iletilmek üzere bilgi formu doldurmak gibi) sağlanmalıdır.

Rehberde, palyatif bakım kliniğinde sunulan hizmetler ile ilgili süreçler ve bu süreçlere ilişkin kurallar tanımlanmıştır. Hastanın ihtiyaçlarının multidisipliner bir yaklaşımla sağlık profesyonelleri (hekim, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen gibi) tarafından değerlendirilmesi ve ihtiyaçları doğrultusunda bakım planlarının oluşturulması gerektiği açık bir şekilde ifade edilmiştir. Kanıta dayalı klinik değerlendirme araçları kullanılarak, yaşam sonuna yaklaşma durumu belirlenen terminal dönem hastalarının bakım ve ölüm yeri tercihleri konusunda hastanın hassasiyetleri dikkate alınarak hasta yakınlarına rehberlik edilmesine ilişkin ifadeler de yine multidisipliner yaklaşımın bir sonucu olarak rehberde yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı palyatif bakım hizmetinin, hasta merkezli olması gerektiğine vurgu yapmakta ve bu sebeple hastanın sahip olduğu inanç ve değerlerin ve dâhil olduğu kültürel normların bakım sürecine yansıtılması gerektiği ile ilgili ifadelere standartlarda yer vermektedir. Bakımın hastanın tercihlerine uygun olarak sağlanamadığı durumlarda ise alternatif bakım planlarının oluşturularak ve kayıt altına alınması gerektiği ifade edilmiştir (2023: 392-393).

Sonuç

Palyatif bakım sürecinde amaç ölümü yavaşlatmak ya da hızlandırmak değildir. Temel amaç yaşam kalitesini arttırmak, acıyı minimize ederek kontrol altında tutmak ve sürecin insan onuruna yakışır bir şekilde yürütülmesini sağlamaktır. Palyatif bakımda yaşam süresinden ziyade yaşamın kalitesi ve niteliği ön planda tutulmaktadır. Hasta ve yakınlarını merkeze alan ve onların tercih ve değerleri ile şekillenebilen bakım sürecinde kaybın yaşanması ile birlikte hasta yakınları yas sürecinde de bu anlayış ile desteklenmektedir.

İnsanın acı ve ızdırap çekmesine izin verilemeyeceği ve bunun kaçınılmaz olduğu durumlarda ise acının hafifletilmesi gerektiği ilkesine sahip olan sosyal hizmet mesleği, palyatif bakımı bir insan hakkı olarak değerlendirmektedir (Işıksan, 2016: 102). Sosyal çalışmacılar, palyatif bakım gibi özellikli planlama gerektiren sağlık hizmetlerinin sunumunda görev aldıklarında ekip içerisinde sıklıkla hasta ve yakınları için bilgilendirici, iletişimi kolaylaştırıcı, temel ihtiyaçların karşılanmasında kaynakları harekete geçirici, yeni durum ve rollere uyum konusunda destekleyici, ilişkisel çatışmalarda arabulucu, hasta ve yakınlarının geleceğe ilişkin gerçekçi hedefler belirlemesinde yönlendirici roller üstlenmektedir.

Palyatif bakım merkezlerinde psikososyal destek hizmetleri sıklıkla sosyal çalışmacılar ve psikologlar tarafından sunulmaktadır. Merkezlerde yönergede yer alan ifadeler nedeni ile tam zamanlı çalıştırılmayan meslek elemanları, konsültasyon neticesinde görüştükleri vakaların sorun ve ihtiyaçlarına ilişkin ayrıntılı bilgi sahibi olamamakta ve tedavi ekibine dışarıdan kısa süreli dahil edildikleri için multidisipliner bir ekip anlayışının daimi ve önemli bir üyesi olarak görülmemektedirler. Bunun sonucunda sıklıkla hatalı, eksik ve geciken bilgilendirmelerle yürütülen müdahale süreçlerinden istenen verim alınamamaktadır.

2023 yılı Nisan ayında SKS Hastane (Sürüm 6.1) Rehberinin yayınlanması ve gerçekleştirilecek denetimlerde ilgili hususların kurumlar açısından bağlayıcı olması nedeniyle kurumlar toplam kalite yönetimi uygulamalarında ilgili standartları dikkate alarak palyatif bakım sürecine sosyal çalışmacıların entegre edilmesi hususunda yeni düzenlemelere gitmeye başlamıştır. Bu süreçte personel sıkıntısı nedeni ile ilgili birimlerde tam zamanlı sosyal çalışmacı görevlendirmeyi tercih etmeyen hastane yönetimleri, tıbbi sosyal hizmet biriminde görevli sosyal çalışmacılardan palyatif bakım merkezine yatışı yapılan her hasta ile ön görüşme yapma ve sürece ilişkin müdahale planını

hazırlama taleplerinde bulunmaktadır. Rutin uygulamada sağlık personellerinin (doktor ve hemşire) ihtiyaç duydukları durumlarda konsültasyon istediğinde bulundukları palyatif merkezleri için bugün öngörülen çalışma stili tam zamanlı değil konsültasyon usulü ile yürütülmesine rağmen merkeze yatışı yapılan her hasta ve yakınları için psikososyal destek hizmetlerinin sunulması şeklinde ifade edilmektedir.

Dünyada palyatif bakım alanında çalışmak için lisans eğitiminin yeterli olmadığı, meslek elemanlarının yüksek lisans ya da çeşitli sertifika programları ile desteklenerek saha için yetkinlik kazanmalarının gerekliliği vurgulanırken (Berzoff, et al., 2006; Jünger, et al., 2010), ülkemizde mevcut durumda palyatif bakım merkezlerinde çalışmak ile ilgili lisans eğitimi dışında bakanlık düzeyinde sertifikalı eğitim alan tek meslek grubu hemşirelerdir. Türkiye’de palyatif bakım merkezlerinde görevli personellerin bakım alanına ilişkin bilgi ve eğitim düzeylerinin yetersizliğine vurgu yapan çalışmalar mevcuttur (Turgay, 2010; Temelli, 2018; Kangalgil Balta, Bekiroğlu, 2021).

Tıbbi sosyal hizmet alanında özellikle klinik düzeyde gerçekleştirilen mesleki müdahalelerden beklenen verimin alınabilmesi ve sosyal çalışmacıların tedavi ekibinin önemli bir parçası olarak görülebilmesi için tıpkı Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı’nda olduğu gibi hizmet alanının meslek elemanları açısından profesyonelleşmeye uygun hale getirilmesi gerekmektedir. Bu da ancak akredite edilmiş ileri mesleki eğitimler, sertifikalı eğitim programları, hizmet içi eğitim gibi sürekli eğitim ve süpervizyon desteğinin sağlandığı ve personele ihtiyaç duyduğu yetki ve fonların temin edildiği bir çalışma sisteminde mümkün olacaktır.

Kaynakça

- Bağ, B. (2012). Hospis ve hospiste ölüme hazırlanma, *Akad Geriatri*, 4, 120-125.
- Başdinç, Ş. E. (2019). Palyatif bakımda yatan hasta yakınlarının bakım verme yükü ve psikososyal gereksinimleri [Yayınlanmış yüksek lisans tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi.
- Berzoff, J., Lucas, G., Deluca, D., Gerbino, S., Browning, D., Foster, Z., and Chatchkes, E. (2006). Clinical social work education in palliative and end of life care, *Journal of Social Work in End of Life & Palliative Care*, 2(2), 45-63. doi:10.1300/j457v02n02_04

- Çölgeçen, Y. ve Güney Aslan, M. (2022). Palyatif ve hospis bakım üzerine bir değerlendirme, *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 20, 134-155, Doi: 10.46218/tshd.1134616
- International Network for Cancer Treatment and Research [INCTR]. (2008). INCTR Palliative Care Handbook. https://www.inctr.org/fileadmin/user_upload/inctr-admin/Media/Palliative_Care_Complete.pdf
- Işıksan, V. (2016). Palyatif bakım hizmetlerinde sosyal hizmet mesleğinin yeri ve geleceği, *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 27(2), 97-113.
- Jünger S., Payne S., Costantini A., Kalus C. and Werth JL. (2010). The EAPC task force on education for psychologists in palliative care, *Eur J Palliat Care*, 17(2), 84-87.
- Kabalak, A.A. (2014). Türkiye’de palyatif bakım, *Anestezi Dergisi*, 3(22), 121-123.
- Kabalak, A.A. (2017). Türkiye’de palyatif bakım çalışmaları, *Türkiye Klinikleri Anesthesiology Reanimation Special Topics*, 10(1), 7-12.
- Kangalgil Balta, G. ve Bekiroğlu, S. (2021). Palyatif bakım merkezleri kapsamında verilen psikososyal destek hizmetleri: Sosyal hizmet uzmanları ve psikologların gözünden nitel bir değerlendirme, *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 17, 130-154, Doi: 10.46218/tshd.908861
- Karakaya, C. ve Işıksan, V. (2020). Palyatif bakım hastalarına bakım veren aile üyelerinde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(4), 1437-1458.
- Kol, E. (2009). Türkiye’de sağlık işletmelerinde sosyal hizmet uygulamaları [Yayınlanmış yüksek lisans tezi]. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- Lorenz, K.A., Lynn J., Dy S.M., Shugarman, L.R., Wilkinson, A., Mularski, R.A., et al. (2008). Evidence for improving palliative care at the end of life: A systematic review, *Ann Intern Med*, 148, 147-159.
- National Association of Social Workers [NASW]. (2003). Standards for social work practice in palliative and end of life care. Washington, DC: NASW.
- Özbesler, C. ve İcağasıoğlu Çoban, A. (2010). Hastane ortamında sosyal hizmet uygulamaları: Ankara örneği, *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 21(2), 31-46.

- Özdemir, F. (2016). Palyatif bakım alan hastaların yakınlarının yaşadıkları psikososyal sorunlar ile dini başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi [Yayınlanmış yüksek lisans tezi]. İstanbul: Medipol Üniversitesi.
- Saruç, S. (2013). Palyatif ve yaşam sonu bakımda sosyal hizmet uzmanının rolleri 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, *British Journal of Social Work*, 31, 791-799.
- Small, N. (2001) Social work and palliative care, *British Journal of Social Work*, 31(6), 961-971.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011). Türkiye’de Özellikli Planlama Gerektiren Sağlık Hizmetleri 2011-2013. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/4198/0/turkiyede-ozellikli-planlama-gerektiren-saglik-hizmetleri-2011-2023pdf.pdf>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2015). Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/2817,palyatif-bakim-hizmetleri-yonergesipdf.pdf?0>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2023). Sağlıkta Kalite Standartları / Hastane (Sürüm 6.1) Seti. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/41258/0/skshastane-seti-s-61--09082021pdf.pdf>
- Temelli, G. (2018). Palyatif bakım veren hemşirelerin ölüme ilişkin algısı ve palyatif bakım uygulamaları, [Yayınlanmış yüksek lisans tezi]. Bolu: Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi.
- Tuncay, T. (2013). Yaşam sonu bakımda sosyal hizmet uzmanının rolleri, *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 24(2), 145-153.
- Turgay, G. (2010). Sağlık personelinin palyatif bakıma ilişkin görüşleri, [Yayınlanmış yüksek lisans tezi]. Ankara: Başkent Üniversitesi.
- Yanardağ, U. (2022). Tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının gözünden tıbbi sosyal hizmet alanı. Seda Attepe Özden ve Emre Özcan (Ed.). *Tıbbi Sosyal Hizmet içinde* (85-90). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- World Health Organization [WHO]. (2020). Palliative Care. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>