Temel Palyatif Bakım

Editör
Gülbeyaz CAN

iuc-universitypress.org

Temel Palyatif Bakım

Bu kitap, Cumhuriyetimizin kuruluşunun 100. yılı anısına "*Cumhuriyetin 100. Yılına 100 Kitap*" projesi kapsamında İstanbul Üniversitesi–Cerrahpaşa tarafından yayımlanmıştır.

Editör
Gülbeyaz Can

Aralık 2024

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA

IUC
UNIVERSITY
PRESS

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA

Temel Palyatif Bakım

Editör: Gülbeyaz Can
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye
E-posta: gulbeyaz@iuc.edu.tr

Yayıncı

IUC UNIVERSITY PRESS

Adres: Üniversite Mahallesi, 34320 İstanbul/Türkiye
E-posta: iucpress@iuc.edu.tr

E-ISBN: 978-625-95363-8-5
DOI: 10.5152/1800
İstanbul Üniversitesi–Cerrahpaşa Üniversite Yayınevi Seri No: 91

Yayıncılık Hizmetleri

AVES

© 2024. Telif hakkı yazarlara aittir. Bu kitaptaki bölümler açık erişimli olup Creative Commons Atıf 4.0 Uluslararası Lisansı altında dağıtılmaktadır. Bu lisans kullanıcılara, bölümleri herhangi bir amaç için indirme, çoğaltma ve yayımlanan bölümler üzerinde çalışma imkânı sunar. Böylece yayınlarımızın en geniş şekilde yayılmasını ve daha geniş bir etkiye sahip olmasını sağlar.

Sorumluluk Reddi
Kitapta yayımlanan metinlerin/bölümlerin ifadeleri veya görüşleri yazar(lar)ın ve editör(ler)in görüşlerini yansıtır. İÜC Üniversite Yayınevi ve İstanbul Üniversitesi–Cerrahpaşa yazıların içeriğinden sorumlu değildir. Yayımlanan kitaplardaki çalışmaların doğru ve iyi araştırılmış olması ve metinlerde ifade edilen görüşlerin tutarlılığı yazar ve editörlerin sorumluluğundadır. İÜC Üniversite Yayınevi ve İstanbul Üniversitesi–Cerrahpaşa, yazarlara çalışmalarını bilimsel toplulukla paylaşmak için bir platform sağlamaktadır.

Atıf için: Can G. ed. *Temel Palyatif Bakım*. İstanbul: İÜC Üniversite Yayınevi; 2024.

İÇİNDEKİLER

REKTÖRÜN ÖN SÖZÜ V

ÖN SÖZ VI

GİRİŞ VII

Bölüm 1: Palyatif Bakımda Tarihsel Gelişim 1
Gülbeyaz Can

Bölüm 2. Palyatif Bakımda Yasal Düzenleme 13
Arzu Kavala

Bölüm3. Hasta Gereksinimlerini Tanılama 21
Funda Büyükyılmaz

Bölüm 4. Ağrı 29
Dilek Yıldırım

Bölüm 5. Yorgunluk 41
Ferda Akyüz Özdemir

Bölüm 6. Uykusuzluk 51
Necmiye Çömlekçi

Bölüm 7. Solunum Sistemi Şikayetleri 59
Vildan Kocatepe

Bölüm 8. Kardiyovasküler SİSTEM Şikayetleri 71
Hilal Uysal

Bölüm 9. Gastrointestinal Şikayetler 83
Kimya Kılıçaslan

Bölüm 10. Anoreksi ve Kaşeksi 97
Kader Çalışkan

Bölüm 11. Üriner Sistem Şikayetleri 111
Ünal Önsüz

Bölüm 12. Nörolojik Sistem Şikayetleri 121
Zeliha Tülek, Hilalnur Küçükakgün

Bölüm 13. Cinsel Sağlık 129
Özge Şiir Dağlar, Ümran Oskay

Bölüm 14. Basınç Yaralanması 141
İbrahim Kiyat, Ayfer Özbaş

Bölüm 15. Anksiyete 149
Özlem Kaçkin, Sevil Yılmaz

Bölüm 16. Depresyon 157
Cemile Hürrem Ayhan, Hülya Bilgin

Bölüm 17. Kayıp, Keder ve Yas 171
Özge Sukut, Emre Çiydem

Bölüm 18. Port Kateter Bakımı 179
Funda Çam

Bölüm 19. Trakeostomi Bakımı 191
Öykü Kara, Ayfer Özbaş

Bölüm 20. Stoma Bakımı 203
Hatice Merve Alptekin, İkbal Çavdar

Bölüm 21. Enteral Ve Parenteral Beslenme 213
Esra Bayrak

Bölüm 22. Perkütan Endoskopik Gastrostomİ 225
Hatice Demirdağ, Nuray Akyüz

Bölüm 23. Yaşamın Son Saatleri 233
Arzu Erkoç

Bölüm 24. Etkili İletişim 241
Büşra Kul

Bölüm 25. Palyatif Bakımda Etik 253
Rengin Acaroğlu, Aylin Özakgül

Bölüm 26. Sağlık Personelini Güçlendirme 267
Gizem Şahin Bayındır, Sevim Buzlu

Bölüm 27. Aile Bireylerini Güçlendirme 279
Hatice Irmak, Fatma Yasemin Kutlu

Bölüm 28. Palyatif Bakımda Maneviyat 287
Emel Emine Kayıkçı

BÖLÜM 1
PALYATİF BAKIMDA TARİHSEL GELİŞİM

Gülbeyaz CAN

DOI: 10.5152/1801

Palyatif Bakımda Tarihsel Gelişim

The Historical Development of Palliative Care

BÖLÜM HAKKINDA

Palyatif bakım, ileri evre hastalığı olan birey ve ailesinin acısını hafifletmek ve yaşam kalitesini iyileştirmek amacıyla sunulan hasta merkezli bakım hizmetidir. Geçmişi, Orta Çağ'da rahip ve rahibeler tarafından yönetilen hospislere dayanmaktadır, ancak gelişimi 20. yüzyılın ikinci yarısından sonra önemli bir ivme kazanmıştır. Yaşamının son döneminde tıbbi tedaviyi reddetme hakkının hastalara yasal olarak tanınmasıyla palyatif bakım hizmetlerinin önemi daha da öne çıkmıştır. Bu yıllarda palyatif bakım hizmeti, birçok ülkenin sağlık bakım hizmetlerinin kapsımına dahil edilmiş ve ileri evre hastalara bakım hizmeti olarak sunulmaya başlanmıştır. Bu bölümde, geçmişten günümüze kadar palyatif bakımın gelişiminde önemli olan tarihi noktaları inceleyeceğiz.

Anahtar kelimeler: Palyatif bakım, tarihsel gelişim, palyatif bakımına temel prensipleri

ABOUT the CHAPTER

Palliative care is a patient-centered care service provided to relieve the pain of individuals with advanced-stage illnesses and their families, and to improve their quality of life. Its origins can be traced back to hospices managed by monks and nuns during the Middle Ages, but its development gained significant momentum after the second half of the 20th century. The recognition of patients' legal right to refuse medical treatment in the final stages of life further emphasized the importance of palliative care services. During these years, palliative care services were included in the healthcare systems of many countries and began to be offered as a care service for patients with advanced-stage illnesses. In this chapter, we will examine key historical milestones in the development of palliative care from past to present.

Keywords: Palliative care, historical development, basic principles of palliative care

Bölümün Hedefleri ve Öğrenilecek Olan Kavramlar

Bölümün Hedefleri

Bu bölümü tamamlayan öğrenciler:

1. Palyatif bakım ve hospis kavramlarını öğrenir.
2. Dünyada ve ülkemizde palyatif bakımın tarihsel gelişimini öğrenir.
3. Palyatif bakımın prensiplerini kavrar.
4. Günümüze palyatif bakım ile ilgili ülkemizde özgü gelişmeleri tanımlar.

Öğrenilecek Olan Temel Kavramlar

1. **Hospis** – Hasta ve refakatçisinin birlikte kalabileceği, hastane kampüsüne çok uzak olmayan yerlerde oluşturulan, ev atmosferine benzer kuruluşlardır.

2. **Palyatif bakım** – İlerlemiş hastalığı olan hasta ve ailelerinin acısını hafifletmek ve yaşam kalitesini iyileştirmek için, pek çok sağlık uzmanın iş birliği ile sunulan, hasta merkezli bakım hizmetidir.

Giriş

Palyatif bakım, hasta ve ailesinin acısını hafifletmek ve yaşam kalitesini arttırmak için, pek çok sağlık uzmanın iş birliği ile sunulan, hasta merkezli bir bakım hizmetidir. İleri evre hastalık tanısının konması ile başlatılan palyatif bakım hizmeti hasta ölüme yaklaştıkça daha da önem kazanmaktadır. 1970'lerin ortasında, özellikle ev merkezli hospis hizmetlerine ilginin artması ile önem kazanan palyatif bakım hizmetleri, bireyin yaşamının son

CC BY 4.0: Telif hakkı yazarlardadır. Bu kitabın içeriği Creative Commons Atıf 4.0 Uluslararası lisans altında lisanslanmıştır.

Gülbeyaz Can

İstanbul Üniversitesi -Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

E-posta: gulbeyaz@iuc.edu.tr

Bu bölümü alıntıla / Cite this chapter as: Can G. Palyatif Bakımda Tarihsel Gelişim. Can G. ed. *Temel Palyatif Bakım* içinde. İstanbul: İÜC Üniversite Yayınevi; 2024: 1-11.

günlerinde tıbbi tedaviyi reddetme hakkı olduğu kararının yasal olarak kabul edilmesi ve ötenazi konusundaki tartışmaların artması ile daha da öne çıkmıştır.[1] Dünyanın pek çok ülkesinde sağlık bakım hizmetlerinin içinde palyatif bakım ve hospis hizmetleri yer alsa da, bazı ülkelerde ulaşılabilir değildir. Palyatif bakım, palyatif bakım ekibi tarafından planlanmaktadır. İleri evre hastalar, tedaviye cevapsız kaldığında bakım desteği almak için bu palyatif bakım ünitelerine kendisini tedavi eden hekim tarafından yönlendirilmektedir. Bu süreçte, kendisini tedavi eden ve bakımını sürdüren hekim ve hemşirelerden uzaklaştığı için de bazı hastalar endişe yaşayabilmektedir.[2,3] Bu nedenle, palyatif bakım birimine yönlendirmeden önce, hasta ve ailesinin bu hizmeti almaya istekli olup olmadığını ve beklentilerinin neler olduğunu bilmek önemlidir. Dünyanın her yerinde hastalık sürecinde evde yardım ve desteğin sağlanması, ölmek üzere olan kişinin isteklerinin yerine getirilmesi, sağlık çalışanların hasta ve aile iletişiminde net ve dürüst olunması, ihtiyaç olduğunda palyatif bakım hizmetinin ulaşabilir olması ve hastanın ölümden sonra aile üyelerinin desteklenmesi önemlidir. Toplumun kültürel özelliklerini dikkate alarak sunulan kapsamlı palyatif bakım hizmeti sadece hastanın değil ayrıca ailenin de hastalık sürecinde aldığı sağlık hizmetinden memnuniyetini arttırmaktadır.[1]

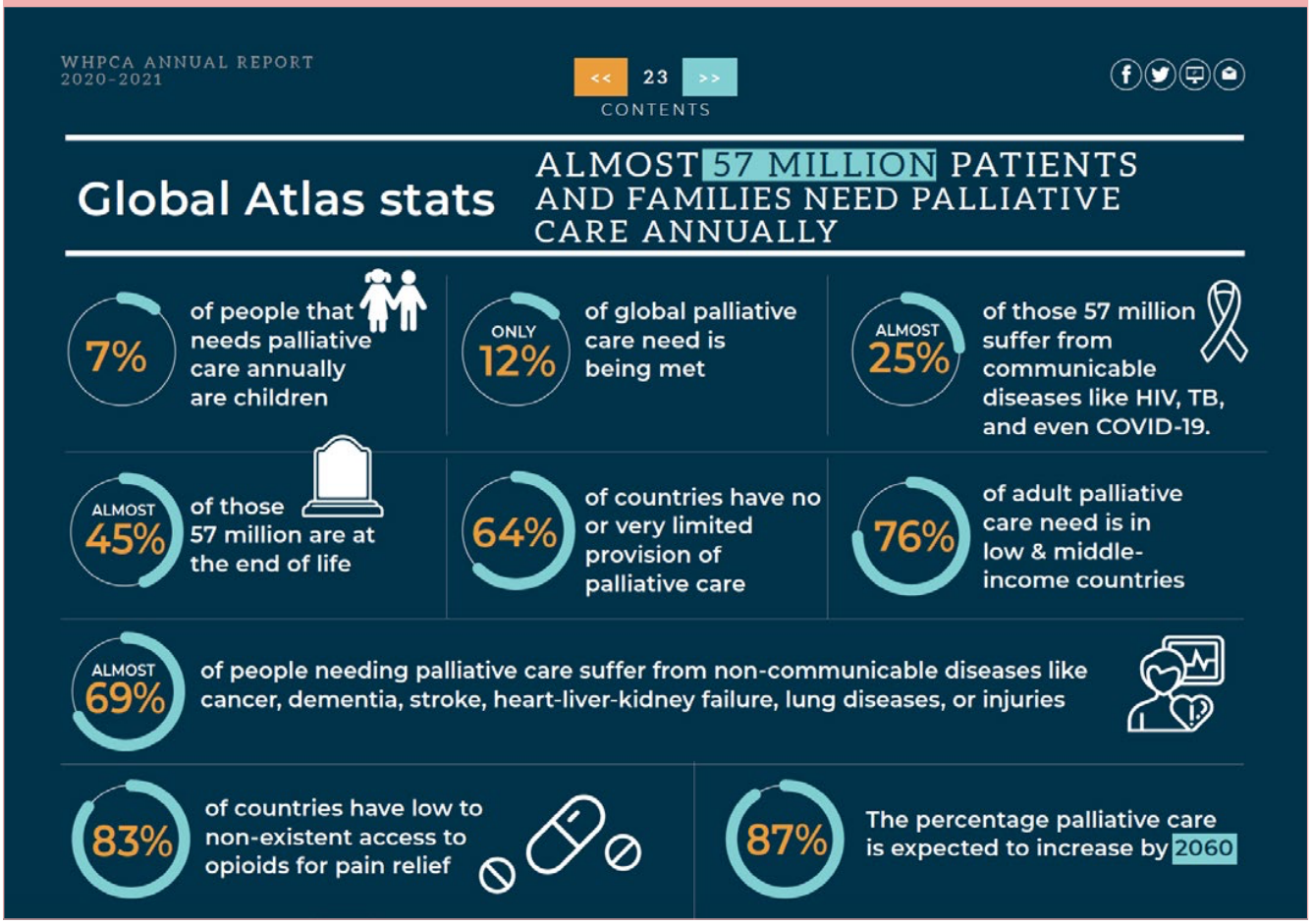
Palyatif Bakım

Palyatif bakım, bütünleşik ve birey merkezli sağlık hizmetlerinin önemli bir parçasıdır. Türk Dil Kurumu, palyatif bakımın hastalık belirtilerini geçici olarak hafifletmeyi amaçlayan ve rahatlatıcı bir yaklaşım olduğunu ve sıfat olan 'palyatif' sözcüğünün kendi içinde "geçici" ya da "geçiştirici" anlam taşıdığını ifade etmiştir.[4]

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) palyatif bakımı, ilk 1989 yılında tanımlamıştır. Palyatif bakımın "yaşamı tehdit eden hastalıklardan kaynaklanan sorunlar ile karşılaşan hastaların yaşam kalitesini, başta ağrı olmak üzere tüm fiziksel, psikososyal ve ruhsal sorunları erken dönemde önlenmesi veya giderilmesi amacı ile sunulan bir bakım yaklaşımı" olduğunu ifade etmiştir.[5] Takiben, 2014 yılında yapılan revizyonla, 'palyatif bakımın tüm sağlık çalışanlarının vicdani sorumluluğu olduğunu' vurgulamış ve sadece hastaya değil hastanın yakınlarına da psikolojik, sosyal, manevi ve fiziksel açıdan destekleyen bir bakım hizmeti olarak sunulması gerektiğini bildirmişitr.[6]

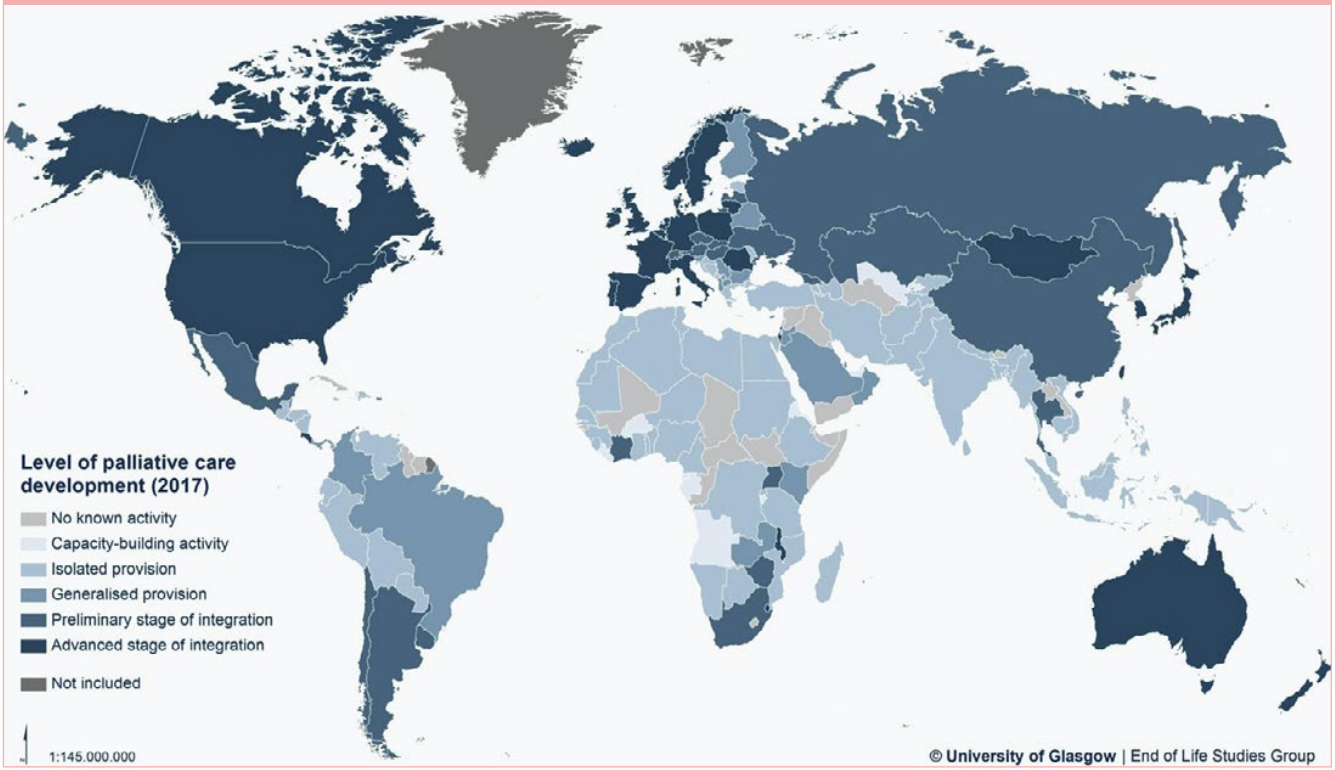
Hastanın ızdırap ve acı çekmesine neden olan fiziksel ve psikolojik semptomlarını hafifletmek etik açıdan küresel bir sorumluluktur.

Şekil 1. Dünyada palyatif bakım ile ilgili önemli sonuçlar[a]



[a]Palliative care [Internet]. [cited 2022 Mar 6]. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care kaynağından alınmıştır.[11]

Şekil 2. Ülkelerin palyatif bakım hizmetleri ile ilgili gelişmişlik düzeyi[a]



[a]Palliative care [Internet]. [cited 2022 Mar 6]. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care kaynağından alınmıştır.[11]

Bu nedenle, kültürel ve dini değerlere, inanç ve alışkanlıklara duyarlı olan palyatif bakım, bireyin işlevsel kapasitesini güçlendiren ve yaşam kalitesini arttıran önemli bir hizmettir. DSÖ'nün en son yayınladığı raporda günümüzde palyatif bakım gereksinimi olan tüm hastaların %76'ının düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşadığı, ülkelerin %64'ünde palyatif bakım hizmeti olmadığı ya da sunulan palyatif bakım hizmetinin çok sınırlı olduğu ve tüm hastaların sadece %12'sinin bu hizmetten yararlanabildiği bildirilmiştir (Şekil 1). Bu nedenle, kalp hastalıklarına, kansere, organ yetmezliğine ya da aşırı kilo kaybına bağlı palyatif bakım ihtiyacı olan tüm hastaların palyatif bakıma ulaşabilmesi önemlidir.[6]

Geçmişte palyatif bakım sadece yaşam sonu bakım olarak kabul edilmekteydi. Bugün ise, yaşamı tehdit eden hastalık tanısı konulduğu andan itibaren başlanması gereken ve ölüm sonrası aileye de en az bir yıl boyunca, yas sürecinde sunularak sona erdirilmesi gerek bir bakım süreci olarak kabul edilmektedir. Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalığı olan bireyin yaşamdan ölüme geçişini kolaylaştırır. Yaşam süresinden çok yaşamın niteliğiyle ilgilenir. Ölüm yaklaştıkça hem hastanın hem de ailenin rahatlamasını sağlamaya ve hastanın kaybından sonra ailenin yas sürecinde desteklenmesine odaklanır.

2017 yılında, DSÖ ve Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA) tarafından yayınlanan bir raporda, WPCA tarafından tanımlanan kriterler doğrultusunda 198 ülkenin palyatif bakım hizmetleri incelenmiş ve bu ülkelerde sunulan palyatif bakım hizmetinin yeterliliği 5 grup altında sınıflandırılmıştır (Şekil 2) .[11]

Raporun oluşturulmasında:

- Palyatif bakım hizmetlerinin ülke genelinde yaygın olması ve derneklerin olması,
- Palyatif bakım hizmetinin sağlık sistemine entegre olması,
- Palyatif bakım hizmetinin genel sağlık sigortası kapsamında olması,
- Sağlık personelinin ve derneklerin palyatif bakım ile ilgili faaliyetler düzenliyor olması,
- Morfinin hasta açından ulaşılabilir olması,
- Sağlık uzmanlarının ve toplumun palyatif bakım konusunda bilinçlenmesi,
- Akademisyenler ile çalışarak palyatif bakım eğitimlerinin düzenlenmesi dikkate alınan kriterler olarak tanımlanmıştır.

Dünya Tarihinde Palyatif Bakım

Palyatif bakımın tarihsel geçmişni açıklamadan önce, literatürde sık kullanılan *"palyatif"* ve *"hospis"* kavramları arasındaki farkı tanımlamak palyatif bakımın tarihsel gelişim sürecini kavramak açısından önemli olabilir.

*"**Palyatif**"* kelimesi Latince pelerin veya örtü anlamına gelen "pallium" kelimesinin Ortadoğu'da kullanılan anlamından türemiştir – *"may you be wrapped in tenderness, you my brother, as in a cloak"* – *"ona bir pelerin gibi şefkatle sarılabilir misin kardeşim"*.

*"**Hopis**"* kelimesi ise, Latince *"hospitium"* kelimesinden türeyen ve İngilizce'ye *"hospice"* olarak geçmiş olan kelimenin Türkçe'ye

uyarlanmış halidir. Hospitium, *"konukseverlik"* ya da *"misafirhane"* anlamına gelir, ancak modern kullanımda bu kelime, özellikle son yıllarda, yaşam sonu bakımı ve palyatif bakım hizmetlerini ifade etmek için kullanılır. Orta çağda, rahip/rahibeler tarafından yönetilen *"Hospisler"* evden uzakta olan gezgin ve hacıların kullanabileceği bir dinlenme yeri ya da hasta olan ve ölmek üzere olan yolcuların bakım yeri olarak kullanılması amacı ile kurulmuştur. Takiben, maddi sıkıntılar nedeniyle bu merkezlerin büyük bir kısmı reform döneminde kapatılmış veya manastıra dönüştürülmüştür. Bu durum XIX. yüzyıla kadar, Fransa'da 1842 yılında Jeanne Garnier terminal dönemdeki hastalara adanmış ilk hospis merkezini (Calvaire) açana kadar devam etmiştir. Hospis hareketinin oluşumunda önemli rol oynayan Jeanne Garnier, ilk kez hospisi "yaşamının son dönemini yaşayan hastaların bakımı ve bu hastalara eşlik etme" olarak tanımlamıştır. Takiben ölüm sürecinde olan hastaların bir birey olarak algılanmasının ve yaşama bağlı kalarak yeterli bakım ve tedavi ihtiyaçlarının karşılanmasının gerekliliğini ilk bir hemşire, sosyal hizmet uzmanı ve tıp doktoru olan 1918-2005 yılları arasında yaşamış olan Dame Cicely Saunders vurgulamıştır. 1967 yılında, Dame Cicely Saunders, Londra'da, St. Christopher's Hospice adı altında ilk modern hospis merkezini kurarak günümüzdeki hospis hizmetlerinin temel prensiplerini tanımlamıştır. 1969 yılında, *"Ölüm ve Ölmek Üzere"* adlı kitabında Elisabeth Kübler-Ross, yaşamının son günlerinde birçok hastanın inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabul gibi bazen birbirini takip eden ya da etmeyen beş aşamadan geçtiğini ifade ederek ölmek üzere olan hastaların bakım gereksinimleri ile ilgili toplumun bilinçlenmesini sağlamıştır. [1,7-10]

"Palyatif bakım" terimini ilk, 1975 yılında, McGill Üniversitesi'nde cerrah olarak çalışan ve Saunders'ın öğrencisi olan Dr. Balfour Mount, yaşamı tehdit eden hastalığı olan bireylere tanı konduğu andan itibaren, tedavi döneminde uygulanan girişimleri tanımlamak ve "hospis bakımı" kavramından ayırmak için kullanılmıştır. Mount, palyatif bakımın tedavisi mümkün olmayan hastaların yaşam kalitesini iyileştirdiğine inanarak, Kanada Montreal'de yer alan Royal Victoria Hastanesi'nde yataklı servisi olan ve danışmanlık, evde bakım hizmetleri sunan ve matem desteği sağlayan ilk palyatif bakım servisini kurmuştur. Takiben dünyanın pek çok bölgelerinde çok sayıda palyatif bakım merkezi açılmıştır. Palyatif bakım kavramı, 1970'lerin ortalarında ev merkezli hospis hizmetlerine ilginin artması ve yaygınlaşması ile önem kazanmış, ancak bireyin yaşamın son günlerinde tıbbi tedaviyi reddetme hakkı olduğu kararının yasal olarak kabul edilmesi, ötenazi konusunda yaşanan tartışmalar ve insanların yaşam sonu bakımı ile ilgili yaşadığı olumsuz deneyimler palyatif bakım hizmetinin önemini daha da güçlendirmiştir.[1,7-10]

1990 yılında, Dünya Sağlık Örgütü palyatif bakımı, yaşamı sınırlayan hastalığı olan hastalar için acı çekmeyi hafifletmeye ve yaşam kalitesini artırmaya adanmış ayrı bir uzmanlık alanı olarak kabul etmiştir.[11]

2010 yılında, New England Tıp Dergisinde, Dr. Jennifer Temel ve meslektaşları tarafından yayınlanan bir çalışmada, akciğer kanseri olan hastalarda standart onkolojik bakıma ek olarak erken dönemde başlatılan palyatif bakımın, depresyon düzeyini azalttığı, yaşam kalitesini artırdığı ve sağkalımı 2,7 ay uzattığı bildirilmiştir.[12]

Türk Tarihinde Palyatif Bakım

Türk tarihinde, palyatif bakımın gelişimini, İslamiyet öncesi, İslamiyet dönemi ve İslamiyet dönemi sonrası dönemde Türk toplumunun sağlık ve hasta bakımına olan yaklaşımını açıklayarak yansıtabilir.[8]

İslamiyet öncesi dönemde, Göktürk inancını ve Şamanizm öğretilerini benimseyen Türk kavimleri, Şamanların ölmek üzere olan hastaların ruhlarını kötü ruhlardan koruyarak öteki dünyaya gitmesine eşlik ettiğine inanırmış. Ayrıca bu dönemde, Uygur beyleri tarafından hayrat olarak kurulan Buyan binaları yolcu, yaslı ve hastalar için bakım ve tedavi yeri olarak kullanılmaktaymış.[8]

İslamiyet döneminde, 872 yılında Tolunoğulları hükümdarı Ahmed Bin Tolun Mısır'da hasta ve yaşlılara bakım veren ve Bimarhane olarak bilinen merkezler yaptırmıştır. Selçuklu Devlet'inde barınma, beslenme, sosyal yardım ve eğitim hizmeti sağlayan darüşşifa, bimaristan ve tımarhane gibi farklı isimler kullanılarak tanımlanan kuruluşlar kurulmuştur. 1156-1232 tarihleri arasında yaşamış olan Erbil Atabey'i Muzafferüddin Ebû Sâid Gökbörü Musul'da hasta ve körler için yaptırdığı darüşşifa merkezlerinde hastalara ücretsiz hizmet vermiştir. Saruhanlılar, Manisa'da yaptırdığı körhanede gözleri görmeyen insanları korumaya almıştır. Osmanlı İmparatorluğu döneminde, her tür gereksinimi karşılanarak korunmaya muhtaç olan insanlara aşevi, imaret, darü-lit'âm, darüzziyafe, tabhane, misafirhane, kervansaray, zaviye, tekke, yetimhane gibi kurumlarda barınma imkânı sağlanmıştır. Darüşşifalar, o dönemde kurulan en önemli hayır ve hak kuruluşlarıdır. Örneğin, Haseki (1550) ve Atik Valide (1582) darüşşifalarının vakfiyelerinde hastalarla ilişkide tabibin nazik, güler yüzlü, şefkatli, merhametli, bir baba gibi koruyucu olması önkoşul olarak belirtilmiştir. Osmanlı İmparatorluğu döneminde hastaların bakımı tekkeler tarafından da üstlenmiştir. Rus Harbi sonrası İstanbul'a göç dalgasının artması ile sokaklarda evsiz, barksız, hasta, kimsesiz çocuk ve dilenci sayısı artmıştır. Bu nedenle 1895 yılında Sultan II. Abdülhamid yaşlı ve hastaların bakım ve tedavilerinin sürdürülmesi için günümüzde de hizmetine devam eden Darülacezeleri kurmuştur.[8]

İslamiyet sonrası döneminde, 1993 Türk Onkoloji Vakfı tarafından kurulan "Kanser Bakımevi" palyatif bakım hizmeti veren ilk kurumdur. "Kanser Bakımevi" ayakta kalabilmesi için gerekli mali desteği bağışlarla sağlayamadığı için açıldıktan 4 yıl sonra, 1997 yılında kapanmıştır. 2006 yılında, Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı tarafından Ankara'da 12 odalı tarihi bir ev satın alınarak "Hacettepe Umut Evi" kanser hastalarına palyatif bakım sunan ikinci kurum olarak açılmıştır.[13]

2008-2009 yılları arasında, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi ile TC Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı arasında imzalanan iki yıllık iş birliği anlaşması (BCA) sonucunda gerçekleştirilen üç çalıştayda, sağlık uzmanlarının ortak çalışmalarıyla oluşturulan '**Palyatif Bakım Eylem Planı**', 2010-2015 Ulusal Kanser Kontrol Programı kapsamında yayınlanmıştır (Resim 1, 2 ve 3). Bu eylem planında, ülkemiz koşullarına uygun bir palyatif bakım modeli oluşturulmuş, pilot palyatif bakım merkezlerinin kurulması ve palyatif bakım alanında eğitimli ekiplerin oluşturulması hedeflenmiş; ayrıca opioidlerin erişiminin kolaylaştırılması için yapılması gereken çalışmalar açıklanmıştır.[8]

Resim 1. 2010-2015 Ulusal Kanser Kontrol Programı 2. Çalıştayı



Resim 2. Palyatif Bakım Eylem Planını Geliştirme Çalışmaları



Soldan sağ altı sıra: Doç.Dr. Gülbeyaz Can, Figen Bay, Meral Bakar (Hemşirelik); **Soldan sağ üst sıra:** Doç.Dr. Sibel Eyigör (Fiziksel Tedavi Rehabilitasyon), Dr. Sheron Eril (Palyatif Bakım) ve Dr. Vedat Işıkhan (Sosyal Hizmetler)

Resim 3. Palyatif Bakım Eylem Planını Geliştirme Çalışmaları



Soldan sağ: Prof. Dr. Şeref Kömürcü (Tıbbi Onkoloji), Doç.Dr. Sibel Eyigör (Fiziksel Tedavi Rehabilitasyon), Doç.Dr. Gülbeyaz Can, Meral Bakar (Hemşirelik).

2010-2015 Ulusal Kanser Kontrol Programının en önemli yapı taşlarından biri olarak kabul edilen PALLİA-TÜRK (Palya-Türk) projesi, ülkemizin sosyokültürel yapısına en uygun palyatif bakım sistemi olarak tanımlanmıştır.[8] Sivil toplum örgütleri ile desteklenen ve hemşirelik bakımının ön planda tutulduğu bu projede ülkemizde kurulması öngörülen palyatif bakım merkezlerinin sınıflandırılması yapılmış ve işleyişi tanımlanmıştır.

I. Seviye - Palyatif bakım birimini (PBB): Palyatif bakım hizmetinin ağırlıklı olarak ayaktan poliklinik hizmetleri olarak sunulması için planlanan bu birimlerin perifer bölgelere kurulması önerilmiştir.

II. Seviye - Palyatif bakım merkezi (PBM): Multidisipliner ekibin hizmet vereceği bu merkezlerin üst düzey çalışma standartlara sahip sağlık tesisleri ile Hizmet Hastaneleri içinde kurulması

önerilmiştir. Bu merkezlere başvuran hastalar en kısa sürede stabil hale getirdikten sonra, idame tedavisinin sağlanması için aile hekimi ve evde sağlık hizmetlerine sevk etmesi planlanmıştır.

III. Seviye - Kapsamlı palyatif bakım merkezi (KPBM): Palyatif bakımın yanı sıra rehabilitasyon, psikososyal destek, beslenme desteği, mesleki terapi, fizyoterapi, konuşma-dil terapisi, ağrı yönetimi gibi hizmetlerin de dahil edildiği bu merkezlerin Üniversite ve Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde kurulması önerilmiştir.

2010-2015 Ulusal Kanser Kontrol Programı yayınlandıktan sonra, 2010 yılı içinde evde bakım hizmetleri yönetmeliğinde yapılan düzenleme ile, 2012-2013 yılları arasında ülkemizin her yerinde pek çok palyatif bakım merkezi açılmıştır. Hastane temelli ilk palyatif bakım ünitesi, 2010 yılında Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2 yatak ünite, onkoloji uzmanın, fizik tedavi uzmanın, psikolog, hemşire, din adamı ve sosyal gönüllülerin yer aldığı 10 kişilik ekip ile hizmete başlamıştır. Erişkin hastalara kapsamlı palyatif bakım hizmeti veren, 11 odalı ilk palyatif bakım merkezi Sağlık Bakanlığı Ankara Ulus Devlet Hastanesi'nde kurulmuştur.[8] İlk Pediatrik Palyatif Bakım Merkezi, 2015 yılında Bursa Dörtçelik Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesinde kurulmuştur.[13] 2014 yılında palyatif bakım hizmetleri için yönerge oluşturulmuş, merkezlerin personel özellikleri tanımlanmış, sosyal güvenlik kapsamına alınmış ve merkez sayıları artırılmıştır.[8]

Günümüzde ülkemizin her yerinde, özellikle kapsamlı hizmet veren büyük şehir hastanelerinde pek çok palyatif bakım ünitesi kurulmuş durumda (Şekil 3). 2020 yılı ekim ayı sonunda ülkemizde palyatif bakım merkez sayısı 397, yatak sayısı ise 5.717 olduğu ve 2021 yılında bu sayının 5.900'e çıkarılması planlandığı bildirilmiştir. Palyatif bakım yatak sayısı, nüfus sayısı göz önünde bulundurularak 18.156 ile İstanbul, 9.923 ile Ankara ve 6.638 ile İzmir gibi büyük şehirlerde küçük şehirlere kıyasla fazla ve bu merkezlere başvuru kriterlerini karşılayan tüm hastalara hizmet vermektedir.[8]

Merkezlere %35 ile onkoloji, %22 ile nöroloji ve %11 ile kronik akciğer hastaları en sık başvuran hasta grupladır. Hastaların en sık başvuru nedeni %25 ile ağrı ilk sırada yer almaktadır. Ayrıca malnütrisyon, dispne, basınç yaralanması, bulantı-kusma ve ateş hastaların başvurduğu diğer şikayetlerdir.[14]

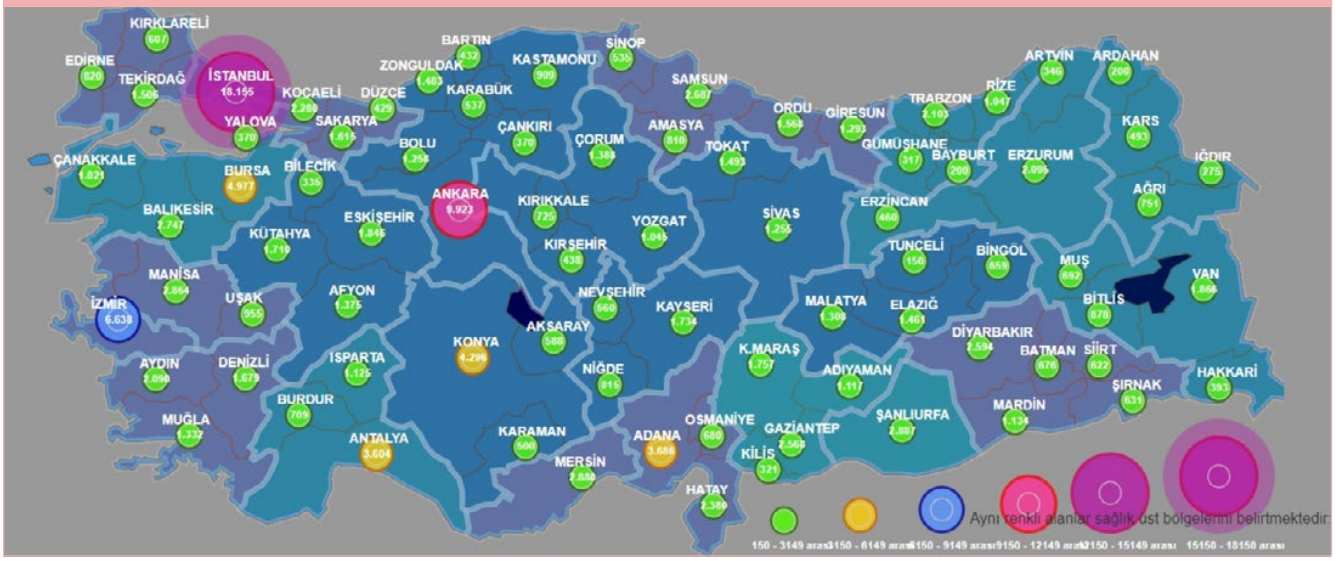
Palyatif bakım ünitelerine başvuru yapan tüm hastaların gereksinimleri multidisipliner tarafından değerlendirilip, gerekli ise hastanın yatışı yapılmakta ve bakım ve tedaviler ünitede çalışan ekip tarafından planlanmaktadır. Hastanın şikayetine göre gerekli ise diğer klinik uzmanlarından da konsültasyon desteği alınmaktadır. Hasta ve yakınlarına psikiyatrist, psikolog, manevi destek birimi, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı ile destek hizmeti sunulmaktadır. Ayrıca hastanın ailesine ya da bakım veren kişilere, palyatif bakım hemşiresi teorik ve uygulamalı olarak bakım eğitimi verilmektedir. Üniteden taburcu edilen hastaların bakım hizmetlerinin bir kısmı ve sosyal hizmet desteği "Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı" ekipleri tarafından sürdürülmektedir. Hastanın muayenesi, gerekli ise kan alınarak kan sonuçlarının takibi ve tedavisi evde bakım ekibi tarafından yapılmaktadır.[8]

Palyatif Bakımda Hemşirelik Hizmetleri

2015 yılında "Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" yürürlüğe girmiştir. Yönergede palyatif bakım merkezlerinin tanımı yapılmış, merkezlerin kurulması için tamamlanması gereken fiziki şartlar, ünitede görev yapacak sağlık personelinin görev, yetki ve sorumlulukları, hizmetin kapsamı, eğitim ve denetimi, diğer kurum ve kuruluşlarla iş birliğini tanımlanmıştır. Bu yönerge:

- Ağrı ve diğer semptomları erken tanımlamak ve yönetmek
- Yaşam kalitesini geliştirmek için faaliyet göstermek üzere palyatif bakım merkezleri kurmak
- Palyatif bakımın işleyişini, fiziki şartlarını, bulundurulması gereken araç, gereç ve personel asgari standardını belirlemek
- Kişilere ve aile bireylerine tıbbi, psikolojik, sosyal ve manevi destek vererek acılarını hafifletmek veya önlemek amacı ile oluşturulmuştur.[15]

Şekil 3. 19 Haziran 2018 tarihinde farklı il ve hastanelerin palyatif bakım merkezinde yatak sayısı



Yönergenin 8. Maddesinde palyatif bakım personelinin görev, yetki ve sorumlulukları açıklanmıştır. Bu madde kapsamında palyatif bakım merkezi hizmetlerinin, sorumlu tabibin denetim ve sorumluluğunda olacak şekilde; tabip, hemşire, tıbbi sekreter, idari ve teknik personel, temizlik elemanı ile diğer unvanlarda personel tarafında yürütüleceği açıklaması yapılmıştır. Ayrıca, psikolog, sosyal çalışma uzmanı, diyetisyen ve fizyoterapi uzmanının merkezde tam zamanlı çalışma zorunluluğu olmadığı ihtiyaç halinde hastane içinden veya dışından üniteye destek vereceği vurgulanmıştır.[15]

19.04.2011 tarih, 27910 sayı ile Resmî Gazete'de yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik'te, Onkoloji Hemşiresi başlığı altında Palyatif bakım hemşiresinin görev, yetki ve sorumlulukları:

- Birey ve ailesine sürekliliği olan bir duygusal destek sağlar.
- Hastanın ağrı ve diğer semptomlarını değerlendirir ve yönetimini sağlar, birey ve ailesini evde semptom kontrolünü yapabilmeleri konusunda bilinçlendirir.
- Birey ve ailesinin hastaneye ve acil hizmetlere ulaşabilme konusunda gerekli bilgileri verir.
- Bireyin günlük bakımı sırasında bağımsızlığını ve kontrolünü sürdürme ve seçimlerini yapabilmesine yardımcı olarak yaşam kalitesini arttırır.
- Birey ve ailesi için var olan sosyal destekleri belirler ve destek almalarında yardımcı olur.
- Birey ve ailesine hastalığın ekonomik boyutu ve alabilecekleri destekler konusunda bilgi verir olarak tanımlanmıştır.[16]

Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan "Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge", Hemşirelik Yönetmeliği'nden sonra yayınlanmış olmasına rağmen, palyatif bakım hemşiresinin görev ve sorumluluklarını net bir şekilde açıklamamıştır. Palyatif bakım hastalarının bakım yükünü üstlenen ve bu ekibin önemli ve vazgeçilmez bir üyesi olan hemşirelerin "görev ve sorumlulukları, sorumlu tabip tarafından belirlenir ve yöneticinin onayından sonra ilgililere duyurulur" şeklinde ifade edilmiştir. Bu tanım, hemşirelik mesleği ve palyatif bakım hemşireliğinin palyatif bakım hizmetleri içindeki konumu açısından önemli bir konu olup, gelecekte yapılacak yönetmelik değişikliklerinde revize edilmesi gereken bir madde olarak göz önünde bulundurulmalıdır.[15]

Ülkemizde Palyatif Bakım Eğitimi

Ülkemizde palyatif bakım merkezlerinin kurulması ve hizmetin aşamalı olarak yaygınlaştırılması palyatif bakım hizmeti sunacak eğitimli ve deneyimli ekiplerin oluşturulmasına gerekli kılmıştır.

Günümüzde pek çok üniversitenin lisans ve lisansüstü hemşirelik müfredat programında palyatif bakım eğitimi teorik ve uygulamalı olarak verilmektedir.[17] Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı 11.12.2013 tarihli ve 65470 sayılı yazısında, palyatif bakım eğitiminin hekimler için tıp fakültesi eğitimi sırasında, hemşireler için ise hizmet içi eğitimlerde verilmesinin uygun olacağı ifade edilmiştir.[8] Ayrıca, palyatif bakımda görev yapan çoğu hemşire "Palyatif Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı"na katılarak, palyatif bakım konusunda eğitim almaktadır. Sağlık Bakanlığı onaylı olan bu sertifika programı, kriterleri tamamlayan pek çok palyatif bakım ünitesi tarafından 35 saat teorik, 80 saat pratik olacak şekilde verilmektedir. Eğitim içeriğinde palyatif bakımın amacı, felsefesi ve ilkeleri, dünyada ve ülkemizde palyatif bakım hizmetlerinde mevcut durum ve planlamalar, palyatif bakım hemşireliğinin rol ve sorumlulukları, palyatif bakım merkezlerinde ekip çalışması, hasta ve çalışan güvenliği, enfeksiyon kontrolünü, hasta değerlendirmesi, semptomların yönetimi, hasta ve ailesinin yaşam sonu bakımı ile ilgili palyatif bakımın sunulmasında önemli olan konular yer almaktadır.[18]

Palyatif Bakım ile İlgili Gelecek Çalışmalar

2013-2018 Ulusal Kanser Kontrol Programında, ülkemizin hemen hemen her ilinde farklı disiplinlerin işbirliği ile kapsamlı hizmeti sunacak ve hastane kampüsüne çok uzak olmayan, ev atmosferini andıran ve tedaviye cevap veremeyen hastaların yaşamının son döneminde hospis bakımı verileceği 30 yataklı "*Şefkat evi*" ya da "*Sevgi evi*" kurulması da planlanmıştır, ancak bu konu ile ilgili ülkemizde herhangi bir gelişme sağlanamamıştır.[19]

Günümüzde kurulumu tamamlanmamış olan bu merkezlerin yapısını ve işleyişini belki The Irish Hospice Fondation'ın yayınladığı Design and Dignity Guidelines for Physical Environments of Hospitals Supporting End-of-Life Care çalışmasını temel alarak açıklayabiliriz.[20]

Bu üniteler, ulaşımı rahat ve kolay olan, gerektiği zaman hastaların diğer merkezlere nakil işlemlerinin kolaylıkla yapılabileceği alanlara kurulması önemlidir. İçinde park, yemek alanları, hasta yakınlarının gerektiğinde rahatlamasını sağlayan alanların ve hastanın ölümünden sonra destek sağlayacak birimlerin olması önemlidir.[20]

Ana Giriş Kapısı

Hasta ve ziyaretçilerin endişesinin azalmak amacı ile, kurumun giriş kapısına, görülebilir yere, birimlerin yerleşimini gösteren ve anlaşılması kolay olan bir harita konulmalıdır. Yol bulmada destek olması için haritanın üzerinde "şu an buradanız" işareti konulmalıdır (Şekil 4). Harita renk ve semboller kullanılarak yön verebilecek önemli alanlar belirtilmelidir. Gece ve gündüz okunacak şekilde tasarlanmalıdır.[20]

Şekil 4. Palyatif bakım merkezi ana giriş kapısı[a]



[a]The Irish Hospice Fondation. Design and Dignity Guidelines for Physical Environments of Hospitals Supporting End-of-Life Care [Internet]. Hospice Friendly Hospitals Program; 2008. www.hospicefriendlyhospitals.net kaynağından alınmıştır.[20]

Şekil 5. Palyatif bakım merkezi bina girişi[a]



[a]The Irish Hospice Fondation. Design and Dignity Guidelines for Physical Environments of Hospitals Supporting End-of-Life Care [Internet]. Hospice Friendly Hospitals Program; 2008. www.hospicefriendlyhospitals.net kaynağından alınmıştır.[20]

Binanın Ana Girişi

Binanın ana girişi, hasta ve yakınlarının başvurduğu ilk bölüm olduğundan düzenli olmalıdır. Hasta ve yakınlarının psikolojik olarak rahatlamasını sağlamak için girişin etrafında yeşil alanlar, gereksinime göre gece ve gündüz okuması kolay yön gösteren tabela ve haritalar konmalıdır (Şekil 5).[20]

Hasta Kabul

Hasta kabul alanı sakin ve huzurlu görünmelidir. Hasta ve ailesinin sakinleşmesini sağladığından ve huzur hissi verdiğinden bu alanda akan su, bitki gibi doğaya yakın alanlar oluşturulabilir. Hasta kabul deski çocuk ve büyüklere uygun oluşturulmalıdır. Bu alana yakın tekli/çoklu modüler oturma grubu olan oturma alanları olmalıdır. Çocukların kullanabileceği alanlar da yer almalıdır (Şekil 5).[20]

Hasta Değerlendirme Birimi

Hasta mahremiyeti korunacak şekilde tasarlanmalıdır. Ses yalıtımı iyi olan, hastadan alınan bilgilerin gizliliğini sağlayan, açık alandan uzak mesafeye kurulmalıdır. Bu alana giden tüm koridor ve kapılar, hasta yatağının etrafında bulunan tüm araç-gereç rahat geçmesine olanak verecek genişlikte tasarlanmalıdır (Şekil 6).[20]

Hasta Odaları

Hasta odalarının yer aldığı alanda hastaları ve ziyaretçileri yönlendirmek ve hasta hakkında bilgi edinmek için bir kabul noktası olmalıdır (Şekil 7a).

Yaşamının son günlerini pek çok hasta tek kişilik odada kalmayı ve az ailesiyle kalmayı tercih ediyor (Şekil 7b).Ancak, nüfusun yoğun olduğu bölgelerde, hizmet alanın kısıtlı olması nedeniyle hastanın bu isteğinin yerine getirilmesi bazen mümkün değildir.[20] Bu kurumlarda, oda ve yatak sayısı bakımından yapılanma ne şekilde olursa olsun, bütün ünitelerde bakım gören hastaların yattıkları odalar kişisel vücut bakımları, sosyal ilişiklerini, kendine özel uğraşlarını sürdürebilecek ve yakınları ile görüşmesini engellemeyecek, mahremiyetini sağlayacak nitelikte oluşturulmalıdır (Şekil 7c).[20]

Şekil 6. Palyatif bakım merkezi bekleme salonları[a]



a- Bekleme Salonu b - Hasta Değerlendirme Birimi

[a]The Irish Hospice Fondation. Design and Dignity Guidelines for Physical Environments of Hospitals Supporting End-of-Life Care [Internet]. Hospice Friendly Hospitals Program; 2008. www.hospicefriendlyhospitals.net kaynağından alınmıştır.[20]

Şekil 7. Palyatif bakım merkezi hasta katı[a]



a - Bilgilendirme noktası



b - Tek kişilik hasta odası



c - Hasta koğuşu



d - Çok amaçlı salon / alan

[a]The Irish Hospice Fondation. Design and Dignity Guidelines for Physical Environments of Hospitals Supporting End-of-Life Care [Internet]. Hospice Friendly Hospitals Program; 2008. www.hospicefriendlyhospitals.net kaynağından alınmıştır.[20]

Hasta odaları sessiz, enfeksiyon yönünden korunaklı, semptom kontrolünü ve takipleri sağlayacak teknik donanıma sahip ve acil durumlarda veya ihtiyaç duyulduğunda ilgili bakım personeline rahat ulaşmayı sağlayacak elektronik aksamlı olmalıdır. Oda hasta güvenliğini ön planda tutacak biçimde biçimlendirilmiş olması gerekir. Tedavi ve bakımın sağlanabilmesi için, araç-gereç ve işlemler için, her hastanın etrafında en az 3.6 m x 3.7 m alan olmalıdır. Hastaların rahatlamasını sağlayacağı için hasta odası bahçeyi veya peyzaj alanını görecek şekilde tasarlanmalıdır.[20]

Hasta odalarının yanı sıra, bu merkezde girişim ve muayene odası, ekip odası çok amaçlı salon, meşguliyet odası, ibadet alanı, hasta, hasta yakınları ve çalışan personelin kullanacağı ayrı lavabo ve banyo olmalıdır.

Girişim ve Muayene Odası

Bu merkezlerde hekimin hastasına müdahale edebildiği, aile görüşmeleri, psikolojik ve sosyal hizmetler gibi hizmetlerin de verilebileceği, amaca uygun tıbbi araç-gereç ve ortama sahip alanlar da kurulmalıdır. İhtiyaç halinde uygun sayıda girişim ve muayene odası yapılandırılabilir. Girişim ve muayene odası, gerektiğinde ayaktan bakım hastalarına poliklinik hizmetleri için kullanılabilir.[20]

Ekip Odası

Palyatif bakım ekibinin (hekimler, hemşireler, sosyal hizmet uzmanları, psikologlar vb.) birlikte çalıştıkları, hastaların bakımına yönelik kararlar aldıkları, bilgi paylaşımında bulundukları, hasta dosyalarını inceledikleri ve toplantılar düzenledikleri bir odadır.

Çok Amaçlı Salon/Alan

Hasta ve hasta yakınlarının dinlenme amacı ile kullanabilecekleri mekanlardır. Biri sessiz olan müzik sistemi olan 2 çok amaçlı salon olmalıdır. Hasta yakınları için de ayrı bir oda ve dinlenme yeri oluşturulabilir (Şekil 7d).[20]

Meşguliyet (Meşgale) Odası

Hastalara fizyoterapi, mesleki terapi, konuşma ve dil terapisi, hastaların fiziksel-ruhsal rahatlamalarını sağlayacak tedavi ve hizmetleri ile aile görüşmesi ve psikososyal hizmetlerin verileceği isteğe bağlı oluşturulan mekanlardır.[20]

Şekil 8. Palyatif bakım merkezi mutfak ve kafeterya[a]



[a]The Irish Hospice Fondation. Design and Dignity Guidelines for Physical Environments of Hospitals Supporting End-of-Life Care [Internet]. Hospice Friendly Hospitals Program; 2008. www.hospicefriendlyhospitals.net kaynağından alınmıştır.[20]

Mutfak ve Kafeterya

Hasta ve hasta yakınlarının bir şeyler atıştırmak ve yemek yemek için kullanacağı alanlardır. Bu amaç ile oluşturulacak mekanlara güneş ışınlarının ulaşımı sağlanmalı, gündüz doğal ışık alması sağlanmalıdır (Şekil 8).[20]

Dış Mekân

Kanıtlar, binanın amacı ile tamamen bütünleşen sanatın hastalar için daha iyi bir refah hissine yol açtığını göstermiştir. Doğanın duyusal öğelerini ve insan faaliyetlerini yansıtan sanat eserleri ve yerleştirmeler; dikkat dağıtıcı, huzur verici ve rahatlatıcı olmalıdır. Hasta/hasta yakınları ve sağlık personeli için ek kullanım alanı olan bahçeler, teraslar, verandalar, avlular ve doğa manzaraları içermelidir (Şekil 9).[20]

Sonuç

Sonuç olarak tüm dünyada ve ülkemizde palyatif bakım ihtiyacı olan hastalara hizmet veren merkezlerinin sayıları gün geçtikçe artış göstermektedir. Yaşam süresinin uzaması ve kronik hastalıkların sayısının artması ile sadece ülkemizde değil, dünyanın her yerinde bakım ihtiyacı olan hasta sayısı artmaktadır ve aile üyelerinin hasta bakımı konusunda bilgi sahibi olmaması ya da gelirlerinin az olması ve ailenin bakımını sürdürmek için çalışmak zorunda kalması nedeniyle hastalarına sunması gereken bakım konusunda çaresiz kalmasına neden olmaktadır. Palyatif bakım merkezlerinin kurulması sadece ailelerin sırtındaki bu yükü azaltmakla kalmayıp, verilen hizmet ile hastaların yaşam kalitesini de arttırmıştır. Her ne kadar 2010-2015 Ulusal Kanser Kontrol Programının oluşturulması için yapılan üç çalıştay kapsamında kanser hastalarının ağrılarını azaltmak ve bakımını sürdürmek amacı ile oluşturulan Eylem Planı ile yola çıkmış olsa da günümüzde palyatif bakıma ihtiyacı olan her hasta bu hizmetten yararlanabilir durumuna gelmiştir. Ayrıca, son 2 yıl hem dünyayı hem de ülkemizi etkisi altına alan Covid-19 pandemisi ile palyatif bakım hizmetleri yeni bir boyut kazanmıştır. Günümüzde ciddi solunum yetmezliği tedavisi yoğun bakımda tamamlanan Covid-19 hastaları, ev tipi vantilatör desteği ile palyatif bakım ünitelerine yatırılmakta ve bu ünitelerde tedavi ve bakımlarına devam edilmektedir.[8]

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazar çıkar çatışması bildirmemiştir.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Declaration of Interests: The author declares that there are no competing interests

Şekil 9. Palyatif bakım merkezi dış mekanda ortak paylaşım alanlar[a]



[a]The Irish Hospice Fondation. Design and Dignity Guidelines for Physical Environments of Hospitals Supporting End-of-Life Care [Internet]. Hospice Friendly Hospitals Program; 2008. www.hospicefriendlyhospitals.net kaynağından alınmıştır.[20]

Kaynaklar

1. Dunn GP. Palliative Care: A Promising Philosophical Framework for Gastroenterology. *Gastroenterol Clin North Am.* 2006 Mar 1;35(1):1-21. [Crossref]
2. Vijeratnam SS, Candy B, Craig R, Marshall A, Stone P, Low JTS. Palliative Care for Patients with End-Stage Liver Disease on the Liver Transplant Waiting List: An International Systematic Review. *Dig Dis Sci.* 2021 Dec 1;66(12):4072-4089. [Crossref]
3. Odagiri T, Morita T, Aoyama M, Kizawa Y, Tsuneto S, Shima Y, et al. Families' Sense of Abandonment When Patients Are Referred to Hospice. *Oncologist.* 2018 Sep 1;23(9):1109-1115. [Crossref]
4. TDK Sözlük: Palyatif [Internet]. [cited 2022 Mar 16]. Available from: https://sozluk.gov.tr/
5. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. J Pain Symptom Manage. 2002;24(2):91-6. [Crossref]
6. World Health Organization. Palliative Care [Internet]. [cited 2022 Mar 16]. Available from: https://www.who.int/health-topics/palliative-care
7. Loscalzo MJ. Palliative Care: An Historical Perspective. *Hematology.* 2008 Jan 1;2008(1):465. [Crossref]
8. Koç A. Türk Tıp Tarihinde Palyatif Bakım. *JARSS.* 2021;29(3):159-164. [Crossref]
9. Lutz S. The history of hospice and palliative care. *Curr Probl Cancer.* 2011 Nov;35(6):304-309. [Crossref]
10. Meier DE. Increased access to palliative care and hospice services: opportunities to improve value in health care. *Milbank Q.* 2011 Sep;89(3):343-380. [Crossref]
11. Palliative care [Internet]. [cited 2022 Mar 6]. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care
12. Temel JS, Greer JA, El-Jawahri A, Pirl WF, Park ER, Jackson VA, et al. Effects of early integrated palliative care in patients with lung and gi cancer: A randomized clinical trial. *J Clin Oncol.* 2017;35(8):834-841. [Crossref]
13. Aslan Y. Türkiye'de ve Dünya'da palyatif bakım modellerine genel bakış. *Anadolu Güncel Tıp Derg.* 2020 Jan 15;2(1):19-27. [Crossref]
14. Göksel F, Şenel G, Oğuz G, Özdemir T, Aksakal H, Türkkanı MH, et al. Development of palliative care services in Turkey. *Eur J Cancer Care* (Engl). 2020;29(6):e13285. [Crossref]
15. Bakanlığı TS. Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge [Internet]. Sayı: 15722819/840. [cited 2022 Mar 16]. Available from: https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,42938/palyatif-bakim-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonerge.html
16. TC Sağlık Bakanlığı. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. *Resmi Gazete.* :Tarih 19 Nisan 2011, Sayı: 27910.
17. Gulbeyaz Can. The Implementation and Advancement of Palliative Care Nursing in Turkey. *J Palliat Care Med.* 2015;S5:001. [Crossref]
18. Palyatif Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı [Internet]. [cited 2022 Mar 18]. Available from: https://shgmesdb.saglik.gov.tr/Eklenti/4074/0/palyatif-bak-hems-sep-standartlaripdf.pdf
19. Özkan S, Keskinkılıç B, Gültekin M, Karaca AS, Öztürk C, Boztaş G, et al., editors. 2013-2018 *Ulusal Kanser Kontrol Planı.* 1st ed. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı; 2013.
20. The Irish Hospice Fondation. Design and Dignity Guidelines for Physical Environments of Hospitals Supporting End-of-Life Care [Internet]. Hospice Friendly Hospitals Program; 2008. Available from: www.hospicefriendlyhospitals.net