

# Palyatif Bakım Ünitelerinde Yapılanma

Özgür TANRIVERDİ  
Şeref KÖMÜRCÜ

Kanser sıklığındaki artış ve tedavi seçeneklerindeki hızlı gelişmeler kanserli hastalardaki semptomların ve tedaviyle ilişkili yan etkilerin yönetiminde, özellikle de metastatik ve/veya son dönem kanserli hastaların semptom kontrollerinde palyatif bakım ihtiyacını artırmıştır. Ayrıca yakın gelecekte, bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de nüfusun yaşlanması nedeniyle palyatif bakım daha önemli hale gelecektir.

Birçok ülkede ulusal politika gereği sağlık bakım bütçelerinin önemli kısımlarının yaşamlarının son yıllarında olan insanlara harcanıyor olmasına karşın, bu insanlar yine de ihtiyaçlarına uygun bakımı yeterince alamamaktadır.

Palyatif bakım sadece spesifik bir hastalığa hitap etmez. Herhangi bir kronik ve ileri hastalığın tanısından yaşamın sonuna kadar olan bir dönemi kapsar. Bu dönem sıklıkla yıllar ve haftalar sürer ama nadiren de olsa günlerce sürdüğü de görülebilir. Kanser, AIDS, demans/Alzheimer hastalığı ve sekel serebrovasküler damar hastalığı gibi tanılara sahip bu hastalarda palyatif bakım ile terminal bakım eşanlamlı değildir ancak palyatif bakım terminal bakımı da kapsar.

Akciğer kanserli hastaların semptom kontrollerinin, hastalığın tanısından yaşamın son anına kadar geçen sürede yeterli ve uygun şekilde yönetilmesinde palyatif bakım büyük önem taşır. Bu hastalarda hem hayat kalitesinin en üst düzeyde korunması hem de yaşamın son anında hastanın huzur içinde ölmesi, palyatif bakımın ne kadar etkili olduğuyla ilişkilidir. Bu da ülkelerin palyatif bakım politikaları ve palyatif bakım ünitelerinin gelişmelere uygun ve tam teşekküllü şekilde organizasyonu ile mümkündür.

## Palyatif Bakımın Tanımı ve Gerekliliği

Palyatif bakım, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından ilk olarak 1989 yılında, “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 saptanarak ve etkili değerlendirilmeler yapılarak önlenmesi veya giderilmesi yoluyla artıran bir yaklaşımdır” şeklinde tanımlanmıştır. Bu tanıma 2014 yılında “palyatif bakım bütün hekimlerin vicdani sorumluluğudur” görüşü eklenmiş ve palyatif bakımın önemine dikkat çekilmiştir. Benzer şekilde hasta yakınlarının bu süreçte ve yas döneminde psikolojik, sosyal, manevi ve fiziksel yönden desteklenmesi de palyatif bakım tanımı içine dahil edilmiştir.

Öte yandan Amerikan Klinik Onkoloji Derneği (American Society of Clinical Oncology, ASCO) de kanserde palyatif bakımı, “kansere palyatif bakım, hastalar ve aileleri için acı ve sıkıntı veren ve onların hayat kalitesini etkileyen çeşitli hususlara yönelik iyileştirmelerin kanser bakımına entegre edilmesidir” şeklinde tarif etmiştir.

Palyatif bakımın esas amacı, hastanın semptomuna neden olan hastalıkta artık kür mümkün olmadığında, bu semptomun herhangi bir ileri tetkik yapılmadan azaltılması ya da yok edilmesidir. Nitekim DSÖ’nün palyatif bakımdan beklentisi, hasta ve yakınlarına saygı gösterilmesi ve onların isteklerine uygun yaklaşımın sergilenmesidir. Bu beklenti yaş, ekonomik veya sosyal durum ve hastalık özelliklerinden bağımsız olarak, hastaya ve yakınlarına en yüksek iyilik halinin sağlanacağı sağlık bakım hakkının sağlanması şeklinde yorumlanmalıdır. Bu nedenle palyatif bakım ölümü normal bir süreç olarak değerlendirir ve hastalar ile yakınlarını umutsuzluğa yöneltmez.

Palyatif bakımın sağlık bakım sisteminin temel bir parçası olması ve vatandaşların sağlık bakım hakkının zorunluluğu nedeniyle, palyatif bakım ihtiyacı olan herkese bu bakımın yapılmasını garanti etmek devletin sorumluluğudur. Günümüzde palyatif bakım ihtiyacı olan kanserli hastaların sayısında önemli bir artış söz konusudur ve bu sayının yakın gelecekte daha da artacağı beklenmektedir. Bu nedenle bütün dünyada palyatif bakımın kaliteli ve ulaşılabilir hale getirilmesi gerekir ve bu da ancak ulusal sağlık politikalarının geliştirilmesi ve ülkeler arasında daha fazla işbirliği yapılmasıyla sağlanabilir.

Diğer tüm tıbbi bakımlar gibi palyatif bakım da hastaya göre uyarlanır, hastanın ihtiyaçlarıyla belirlenir, hastanın tercihleri hesaba katılır; ayrıca palyatif bakım ihtiyacında olan hastalar için saygı ve otonominin hayati öneme sahip olduğu kabul edilmelidir.

Sonuç olarak, palyatif bakım özellikle kanserli hastalarda kanser tanısının konulmasından yaşamın son anına kadar geçen sürede önemli bir sağlık hizmeti, vicdani sorumluluk, tıbbi gerekliliktir ve ulusal sağlık politikalarının vazgeçilmez unsurların-

dandır. Bu nedenle kanserli hastalara sağlanan palyatif bakım hizmetinin aşağıda sıralanan temel boyutlara sahip olması çok önemlidir.

- Semptom kontrolü
- Psikolojik, ruhsal ve duygusal/manevi destek
- Kanserli hastaların aileleri ve yakınları için destek
- Yas desteği

Palyatif bakım politikaları DSÖ ve Avrupa Konseyi'nin ortaya koyduğu değerler olan insan hakları, hasta hakları, insan saygınlığı, sosyal destek, demokrasi, eşitlik, dayanışma, kadın-erkek için eşit fırsatlar, katılım ve seçim özgürlüğüne dayandırılmadır. Bu bakım sağlık hizmetlerinin hayati bir parçası olarak kabul edilmelidir.

## Palyatif Bakımın Tarihsel Gelişiminde Önemli Noktalar

İnsanlık tarihi boyunca bütün toplumlar, hastalarına ve ölen bireylerine yeterli bakım, destek ve saygı sunabilmek için çaba göstermiştir. Bu tarihsel süreçte, ilaç ile tedavide 1950'lerden itibaren giderek artan yenilikler ve ölmekte olan hastanın psikososyal ve manevi ihtiyaçlarının daha iyi anlaşılması olmasının bir sonucu olarak palyatif bakım ilkelerinin temeli atılmıştır.

Son bakım (hospis) yeri ilk olarak Ortaçağda, hacılar ve yolcular için bir sığınma yeri olarak geliştirilmiştir. Avrupa'da son bakım ile ölmekte olan hastaya sunulan bakım arasındaki birlik, Fransa Lyon'da 1842'de Jeanne Garnier'in çalışmasına dek uzanır. İrlanda'da Mother Mary Aikenhead tarafından kurulan İrlanda Hayırseverlik Kardeşliği, 1870'lerde Dublin ve Cork'ta, daha sonra da 1905'te Londra'da son bakım evleri açmıştır. Bu kuruluşlar ilerlemiş ve tedavisi mümkün olmayan hastalıklara sahip hastaların bakımıyla yakından ilgilenmişlerdir. Ancak, ağrı ve diğer semptomların kontrolü için harcanan çaba, bu semptomların etiolojisini bulmadaki yetersizlikler ve etkili ilaçlara kısıtlı ulaşım nedeniyle başarıya ulaşamamıştır.

Kanser ağrısının doğası ve opioidlerin kanser ağrısını kontrol etmedeki rolleri hakkında oldukça yeterli bilgi olmasına rağmen tıp dünyası, 1950'lerde psikotropik ajanlar, fenotiazinler, antidepressanlar ve nonsteroidal antiinflamatuvarlar gibi diğer önemli ilaçlar üzerinde daha fazla durmuştur. Bunun en önemli nedeni, opioid kullanımındaki yanlış bilgilendirme ve dayanaksız korkulardan kaynaklanan dirençtir. Yine de opioid dışı bu yeni ilaçlara daha kolay erişilebildiği için, özellikle kanserli hastalarda daha etkili ağrı ve semptom kontrolü sağlama olanağı elde edilmiştir.

Modern son bakım ve palyatif bakım ilkelerinin temeli bir hemşire, sosyal hizmet uzmanı ve tıp doktoru olan *Dame Cicely Saunders*'in vizyon, cesaret ve sorumluluğuyla gelişmiştir.

Saunders tarafından 1967’de Londra’da hizmete açılan St. Christopher Son Bakım Evi, palyatif bakımla ilgili modern eğitim ve araştırmanın yapıldığı ilk son bakım birimidir ve bu birim sayesinde tıp dünyası bütüncül hasta bakımını, aile bakımını ve gerçek disiplinlerarası takım çalışması için gerekli ihtiyacı öğrenmiştir.

Yakın geçmişte palyatif bakımın gerekliliği ve ilkeleri daha iyi anlaşıldıkça, bütün dünyada palyatif bakım hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik çalışmalar ve düzenlemeler önemli bir ivme kazanmıştır. Bu gelişim kıtalar ve ülkeler arasında bazı farklılıklar gösterse de bütün uygulamalar palyatif bakım ilkelerine uygun ve sadık kalmıştır.

Her koşulda uygulanabilecek tek bir palyatif bakım sağlama modeli yoktur. Ancak, palyatif bakımın temel ilkeleri her hastanın ve/veya yakınının bireysel istek ve ihtiyaçlarına hitap etme anlamında tamamen evrenseldir. Bu hedeflerin karşılanma yöntemi ülkeden ülkeye ve hatta bir bölgeden diğerine farklılık gösterir. Bu farklılık ulusal sağlık politikaları, ulusal sağlık hizmetlerine ayrılan bütçe, ülkedeki hizmet verenlerin sayısı ile hizmet nitelikleri, toplumun bakış açısı, inançları ve eğitim düzeyi ile ilişkili olabilir.

Dünyanın çeşitli yerlerindeki farklı ülkelerde palyatif bakım gelişimine bakıldığında, tek bir istekli kişinin bile değişim üzerinde etkili olabileceği dikkati çekmektedir. Bakım sunmanın daha iyi bir yolu olduğunu kabul eden kişi genellikle değişimle ilgili ilk uyarıyı verir. Kişisel deneyiminden dolayı sıklıkla bu kişi katalizör gibi davranır ve değişim için yardım sağlama amacıyla diğerlerini de yanına çeker. Bu sorumluluk ve idealizm içeren yaklaşımlarla da palyatif bakım servislerinin halen gelişmekte olduğu ve bu gelişimin yakın gelecekte de, kıtalar, uluslar ve bölgeler arasında farklılık olsa da, devam edeceği söylenebilir.

Clark ve White tarafından 2002 yılında yapılan ve Doğu Avrupa ile Orta Asya’daki 28 ülkeyi kapsayan bir çalışmada, ülkeler arasında palyatif bakımın ulaşılabilir olması açısından anlamlı farklar saptanmıştır ama kapsamlı palyatif bakım hizmetlerinin kurulmasına harcanan enerji ve ilgide dikkat çekici bir benzerlik olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada en çok palyatif bakım merkezi bulunan ülkelerin Polonya ve Rusya olduğu ve bu ülkelerde palyatif bakımın daha ziyade evde bakım ve hastanede palyatif bakım şeklinde olduğu belirtilmiştir. Çalışmada Doğu Avrupa ülkelerinde palyatif bakım yapılanması ile ilişkili ana sorunların yönetmeliklerin tanınması, geri ödeme ile devamlılıkta eksiklikler, opioid bulunabilirliğinde yetersizlik, işgücünde yetersizlik, tıbbi ve hemşirelik malzemelerinde eksiklik, araştırma fırsatlarında yetersizlik ve olumsuz kültürel şablonlar olduğu bildirilmiştir. Aslında bu sorunların Türkiye için de çok farklı ve uzak sorunlar olmadığı konusunda bireysel bir saptama yapmak mümkün olabilir.

Ten Have ve Janssens tarafından 2002 yılında yapılan bir başka çalışma Avrupa Topluluğu tarafından desteklenen “Pallium” çalışmasıdır ve bu çalışmada yedi Batı

Avrupa ülkesinde (Almanya, Belçika, Hollanda, İngiltere, İspanya, İsveç ve İtalya) palyatif bakımın içeriği ve kuralları incelenmiştir. Çalışmada, palyatif bakım yapılanmasının her ülke için ulusal politika, organizasyon, palyatif bakım yapıldığı yer, palyatif bakım ekibi ve içerik yönünden farklılık göstermesine karşın, tüm ülkelerde palyatif bakımın temel ilkelerinin yerine getirilmeye çalışıldığı kanısına varılmıştır. Ancak özellikle palyatif bakım uzmanlığının olmaması ve bu konudaki eğitimin her ülkede farklı uygulanıyor olması, bu çalışmanın sonuçlarını kısıtlayan önemli faktörler olarak kabul edilmiştir.

### Palyatif Bakım Ünitesi Yapılanması

Palyatif bakımın gelişmesini engelleyen önemli güncel sorunlar belki de palyatif bakımın yapılanma özellikleri ve palyatif bakımın uygulanma yerine yönelik engellerdir.

Palyatif bakım, aile üyeleri gibi resmi olmayan bakım vericileri de göz ardı etmeksizin hastanın ve yakınlarının gereksinimlerini karşılayan multidisipliner bir hizmettir. Bu hizmetin yerine getirilebilmesi konusunda ulusal palyatif bakım politikaları açısından farklılık olsa bile, genel anlamda palyatif bakım evde bakım, hastanede spesifik veya konvansiyonel ünitelerde yatarak bakım, gününbirlik hastane ve poliklinik bakımı, acil ve dinlendirme bakımı gibi kapsamlı bir uygulamayı içerebilir. Temelde bütün bunlar hastaların ve yakınlarının değişen ihtiyaçlarına ve isteklerine odaklanmalıdır.

Palyatif bakımın verileceği yerin belirlenmesinde hastanın ve/veya yakınının ihtiyaçları, istekleri, öncelikleri ve inançları öncelik taşır. ABD ve Avrupa'daki kanserli hastaların çoğunun yaşamlarının son günlerini evlerinde geçirmeyi istemelerine karşın, gelişen klinik veya sosyal nedenlerle bu hastaların büyük kısmının yaşamları hastanelerde veya palyatif bakım veren servislerde sonlanmaktadır. Bu durumu Türkiye'de de benzer olduğu söylenebilir. Yıldırım ve Tanrıverdi tarafından yapılan bir çalışmada, ölümlerinden önceki son haftalarda acil servise başvuran kanserli hastaların çoğunun akciğer kanserli hastalar olduğu bildirilmiştir. Yine, Tanrıverdi ve arkadaşlarına ait diğer bir çalışmada, acil servise başvuran kanserli hastaların çoğunun ileri evre akciğer kanserli hastalar ve en sık semptomun da nefes darlığı ve ağrı olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada bu hastaların çoğunun hastaneye yatarak palye edildiği ve yaşamlarının son anını hastanede geçirdikleri bildirilmiştir. Bütün dünyada palyatif bakımın verileceği yer konusundaki kararın hasta ve/veya yakınları tarafından verilmesi ilkesine karşılık bu, uygulamada böyle değildir ve bunun benzer nedenleri olduğu düşünülmektedir. Bu durumu açıklayabilecek en önemli sorunlar palyatif bakımın verileceği yerin yapılanmasındaki güçlükler ve bu yapılanmada yer alan profesyonel yardımın sağlanabilmesindeki engeller olabilir.

Palyatif bakım yapılanmasında hizmet gereksinimleri, değişik düzeydeki personel gereksinimleri ve gönüllüler dahil değişik meslek gruplarından kişilerin eğitimiyle ilgili ihtiyaçların karşılanması, ancak ulusal sağlık politikalarında yapılacak değişikliklerle yerine getirilebilir. Gereksinimlerin değerlendirmesinde, ulusal veya bölgesel idareler, geniş kapsamlı ve gerçekçi palyatif bakım stratejilerinin planlanması ve yürütülmesinde profesyoneller, hastalar ve aileler ile yakın işbirliği içinde olmalıdır. Bu işbirliği içinde resmi olmayan bakım vericiler tarafından verilen bakımın desteklenmesi, verdikleri bu bakım sürecinde kendi meslekleri ile ilgili olabilecek ekonomik, sosyal ve idari sıkıntıların giderilmesi ve bu hizmetleri için geçerli bir izin belgesinin sağlanması önemli girişimler olarak sayılabilir.

Palyatif bakımın verildiği merkezlerde profesyonel bakımın sağlanması için, ulusal sağlık politikasının ilgili yasalarında ve ekonomide de bazı düzenlemeler yapılması gerekir. Bu düzenlemeler, hizmet verenlerin hastaların bakımında gerekli olan ilaçları ve yaklaşımları güvenle uygulamalarını kolaylaştıracaktır. Bu merkezlerde hizmet verenlerin hastanın ve yakınlarının ihtiyaçlarını en kısa sürede ve doğru şekilde karşılayabilmeleri için, multidisipliner yaklaşımın diğer profesyonelleri ile kolayca iletişime geçebilmeleri de önemli bir unsurdur. Uzman palyatif bakımı, bütün hastalar için, hangi zaman ve koşulda olursa olsun ihtiyaç duyulduğunda mevcut olmalıdır. Bu noktada, ulusal düzeyde palyatif bakımın gelişiminde liderlik ve sorumlulukların paylaşımının yapıldığı uygun hizmet koordinasyonu sağlanmalıdır. Bu hedefe ulaşmak için bölgesel oluşumların yapılandırılması düşünülebilir.

Palyatif bakım hizmetlerinin verileceği yerlerin yapılandırılmasında DSÖ'nün palyatif bakım tanımında yer alan temel ilkelerin dikkate alınması önem taşır. Bu temel ilkeler şu şekilde sıralanabilir:

- Ağrı ve diğer semptomların giderilmesi,
- Yaşamın desteklenmesi ve ölümün normal bir süreç olarak değerlendirilmesi,
- Ölümün ne hızlandırılmasına ne de yavaşlatılmasına niyet edilmesi,
- Hasta bakımının psikolojik ve ruhsal yönlerinin göz önüne alınması,
- Hastanın ölümüne kadar mümkün olduğu kadar aktif yaşamasına yardım edecek olan destek sisteminin sağlanması ve sunulması,
- Hasta ailesinin hastalık ve yas süreci ile başa çıkabilmesi için gerekli olan destek sisteminin sağlanması,
- Hasta ve ailesinin, yas için rehberlik dahil olmak üzere, tüm gereksinimlerinin desteklenmesi için ekip yaklaşımının oluşturulması,
- Hayat kalitesinin ve dolaylı olarak hastalık seyrinin olumlu yönde etkilenme olasılığının artırılması,
- Hastalığın erken döneminde, yaşamı uzatabilecek tedavi yöntemleri olan kemoterapi ve radyoterapi gibi tedavilerle birlikte uygulanabilir olarak kabul edilmesi.

Bütün dünya tarafından kabul edilen bu temel ilkelere dayanılarak, palyatif bakım ünitelerinin yapılandırılmasında bakım verenlerin profesyonel eğitimlerine göre üç farklı yaklaşım üzerinde durulur. Bunlar temel palyatif bakım yaklaşımı, genel palyatif bakım yaklaşımı ve uzman palyatif bakım yaklaşımı olarak sıralanabilir.

### **Temel Palyatif Bakım Yaklaşımı**

Bütün sağlık çalışanları palyatif bakımın ilkelerini tanımalı, günlük pratiklerinde uygun şekilde kullanmalıdır.

### **Genel Palyatif Bakım Yaklaşımı**

Bazı sağlık çalışanları, sadece bu konuyla ilgilenmeseler bile, palyatif bakım alanında ek eğitim ve uzmanlığa sahip olabilirler. Bu personelin çalışmaları "genel palyatif bakım" olarak adlandırılır.

### **Uzman Palyatif Bakım Yaklaşımı**

Esas eğitim ve hizmet alanı palyatif bakım verme olan uzmanlıktır. Daha karmaşık ve zaman gerektiren bakım gereksinimi olan hastalarla uğraşır ve daha üst düzeyde eğitim, personel ve kaynak gerektirir.

Sonuç olarak DSÖ, Avrupa Birliği sağlık komisyonu ve 1996 yılında yayınlanan İrlanda Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Kanseri Stratejisi tavsiyeleri göz önüne alındığında, palyatif bakım ünitelerinin yapılandırılmasında en temel ilkeler şu şekilde sıralanabilir:

- Hastalara, nerede bakılmak ve son günlerini nerede geçirmek istediklerine dair fikirlerini dile getirebilmeleri için gerekli teşvik yaklaşımının sunulması,
- Sunulan palyatif bakım hizmetinin hastaların klinik durumları ve kişisel tercihlerine göre bir bakım yerinden bir diğerine geçilmesine olanak sağlaması,
- Bütün hastaların gerektiği zaman uzman palyatif bakıma ulaşabilmesine olanak sağlaması.

Palyatif bakım ünitelerinin yapılandırılması, bu hizmetin sunulacağı yerlerde multidisipliner profesyonel tıbbi bakımın yeterli şekilde planlanmasını ve bu yerlerin fiziksel koşullarının uygun şekilde sağlanmasını içerir.

## **Palyatif Bakım Ünitesinin Multidisipliner Profesyonel Tıbbi Bakım Yönünden Yapılanması**

Palyatif bakım hizmetinin verildiği yerler evler, vakıf yurtları, yaşlı bakım yurtları, hastaneler ve terminal bakım üniteleri olarak sıralanabilir.

Nerede olursa olsun palyatif bakımda, ağrı ve semptom tedavisinde optimal düzeydeki kontrolün sağlanmasına ve elde edilen optimal yanıtın devam ettirilmesine büyük önem verilir. Bu nedenle her hastanın bireysel olarak ayrıntılı biçimde değerlendirilmesi ve hastaların gereken her ilaca ulaşabilmesinin sağlanması hedeflenir. Böylece hastaların ölüm anına kadar yararlı, üretken ve doyumlu bir şekilde yaşamaları mümkün kılınır ve teşvik edilir. Ancak bunun için hastalara fiziksel, psikolojik ve maneviyat yönünden yeterli ve uygun rehabilitasyon sağlanmalıdır. Buna karşılık, hastaya yararı olmayan ve yük getiren tedavilerin ve girişimlerin sürdürülmesi zorunlu değildir. Bu noktada palyatif bakımın etik kuralları ve yasalar karşısında net bir şekilde tanımlanması çok önemlidir. Nitekim özgün palyatif bakımda ötenazi ve hekim yardımıyla intihar kabul gören tanımlamalarda yer almaz.

Palyatif bakım hasta bakımının psikolojik, sosyal ve manevi yönlerini de kapsar. Yüksek kalitede fiziksel bakım önemli olmakla birlikte, tek başına yeterli değildir. Fiziksel ve psikososyal destek bu hastalara ölüme kadar mümkün olduğunca aktif yaşamalarını sağlayacak destek sistemleri sunar. Bu hedeflerin hasta tarafından seçilmesi ve bu hedeflere ulaşmada tıbbi personelin hastaya destek olması ve yol göstermesi, palyatif bakımın esas ilkesidir. Bu nedenle palyatif bakım ünitesinde hizmet verenlerin, bu ilkelere uygun davranması beklenir. Palyatif bakım ünitelerinin bu konudaki yapılandırılmalarında esas hedef bu konuda yetkin bir ekibin oluşturulmasıdır. Palyatif bakım döneminde ortaya çıkan karmaşık ve çok çeşitli sorunlarla tek bir kişinin başa çıkması zor olacağından, en uygun yaklaşım, bu sürecin gerekli eğitimi almış, birbiriyle uyumlu bir ekip tarafından yürütülmesidir. Bir hekim, bir hemşire ve bir sosyal görevliden oluşan çekirdek kadro gerekli bakımı sağlasa da, çoğu zaman tıbbi, hemşirelik ve ilişkili profesyonellerden katkı da gerekli olur. Böyle bir takımın birbirine bağlı olarak çalışabilmesinde, amaç ve hedeflerin ortak olması ve etkili, hızlı iletişim kurulması kilit önem taşır.

Palyatif bakımda uzmanlaşmış ile uzmanlaşmamış merkezlerin ayırımı yararlıdır. Uzmanlaşmamış geleneksel merkezler palyatif bakımı, kendi asıl işleri olmadığı halde bu konuda yetkin bir uzmana ulaşmaksızın bireysel olarak yaparlar. Bu merkezler bölge bakım merkezleri, pratisyen hekimler, evde bakım ekipleri, iç hastalığı klinikleri ve bakım evleridir. Bu bakımda hizmet vericiler palyatif bakım açısından yetkin olmayan gönüllüler, hemşireler, pratisyen hekimler ve palyatif bakım uzmanları dışındaki uzman hekimlerdir. Ancak birçok hekim ya da merkez kanserli hastanın palyatif bakımından mümkün olduğunca kaçır ve bu bakımın en basit ilkelerini dahi yerine getirmek için sorumluluk almaz. Bu nedenle palyatif bakım ünitelerinin yaygın ve ulaşılabilir şekilde yapılandırılması, palyatif bakım gereken hasta ve yakınlarının ihtiyaçlarının karşılanmasında önemli bir rol oynar. Son yıllarda, palyatif bakım kavramının giderek önem kazandığı bir alan da yoğun bakım üniteleridir ve bu durumda DSÖ tarafından belirlenen ve benimsenen temel ilkelerin çok uzağında bir bakım hizmeti sağlandığı düşünülebilir.



Uzmanlaşmış servisler, palyatif bakım için düzenlenmişlerdir ve ekipleri bu konuda özel eğitim almıştır. Bu servisler birinci basamak hizmetleri (ev bakımı, hastane ve rehabilitasyon hizmetleri) içinde yer almazlar, ama hastaların gereksinimleri ve sorunların niteliğine göre destek ve katkıda bulunurlar. Hasta nerede ve ne zaman olursa olsun, eğer gereksinimi varsa gecikmeden bu hizmete ulaşmalıdır.

Spesifik palyatif bakım hizmetleri ise en sık, yataklı hasta klinikleri, hastanelerdeki palyatif bakım ekipleri, ev bakım ekipleri, gündüz bakım üniteleri, evde verilen hastane bakımında ve polikliniklerdeki uzmanlar tarafından verilir.

Uzman palyatif bakım servislerinin/ünitelerinin temel ve tek hizmeti palyatif bakımdır. Bu merkezlerin en belirgin özellikleri eğitim görmüş, üst düzeyde mesleki becerisi olan personele ve yüksek personel/hasta oranına sahip olmalarıdır. Uzmanlaşmış palyatif bakım servislerinin temel özellikleri, İngiltere’de Ulusal Hasta Bakım ve Uzmanlaşmış Palyatif Bakım Hizmetleri Kurulu tarafından, İrlanda’da ise Ulusal Palyatif Bakım Öneri Komitesi tarafından belirlenmiştir. Bu özellikler şu şekilde sıralanabilir:

- Hasta ve yakınlarına sağlanan fiziksel, psikolojik ve sosyal destek, birkaç dalda uzmanlaşmış çok sayıda profesyonelin bir ekip olarak çalışması ile sağlanmalıdır,
- Çok-elemanlı uzmanlaşmış bir ekipte, bu ekibi yönlendiren özel eğitim almış en az bir kişi bulunmalı ve palyatif bakım konusunda uzmanlaşmış olmalıdır,
- Hasta izlem programına hastaların yanı sıra hastaya bakan yakınları da alınmalıdır,
- Nerede tedavi olmak ve nerede ölmek istedikleri konusunda hastaların istekleri mutlaka sorulmalıdır,
- Bakıcılar ve aileler hastalık ölüme yaklaşıyorken bilgilendirilmeli ve bu süreçteki ihtiyaçları konusunda yardım verilmelidir,
- Primer sağlık çalışanları, hastane ve ev bakım servisleri, gerektiğinde hastaya yardım için birlikte ve koordinasyon içinde çalışmalıdır,
- Gönüllülerin yardım isteği dikkate alınmalı ve onlardan uygun şekilde yararlanılmalıdır,
- Palyatif bakım servislerinin dolaylı veya dolaysız olarak dışardan akademik eğitim verme ve meslek içi eğitim verme görevleri olmalıdır,
- Verilecek eğitim ve öğretimin standartları önceden belirlenmiş olmalıdır,
- Kalite kontrol programları kapsamında yapılan tüm uygulamalar daima kontrol altında olmalıdır,
- Uygulanan tedavileri ve sonuçlarını değerlendiren klinik gözlemci ve araştırma programları geliştirilmeli ve düzenli raporlar sunulmalıdır.

İngiltere’de, Ulusal Hasta Bakım ve Uzmanlaşmış Palyatif Bakım Hizmetleri Kurulu, bu servislerde aşağıda belirtilen personelin tam gün, yarım gün veya mevsimlik olarak görevlendirilmesini önermektedir:

- psikoterapist
- sosyal hizmet uzmanı
- hastalar, aileler ve bakıcıların psikolojik gereksinimlerini karşılamak için özel eğitim almış elemanlar
- cenaze kaldırma işleri ile ilgili eleman
- din adamı
- dil ve konuşma terapisti
- diyetisyen/klinik beslenme uzmanı
- eczacı
- destek tedavisi uzmanı
- gönüllü koordinatör
- eğitim elemanı
- diğer gerekli yönetim, sekreter ve genel destek elemanları

Uzman palyatif bakım üniteleri hasta ve yakınlarına tıbbi, psikolojik, sosyal ve manevi yönden geniş bir yelpaze içinde en uygun seçenekleri sunmalıdır. Servisler, hastaların, klinik ihtiyaçları ve personel tercihleri doğrultusunda bir bakım ünitesinden diğerine kolaylıkla geçebileceği biçimde kurulmalıdır. Bu üniteler hizmet koşulları dikkate alındığında aşağıdaki şekilde yapılırlar:

- Yataklı hasta servisleri kökenli palyatif bakım üniteleri (bu yapılanmada palyatif bakım hizmeti için özel yataklar tahsis edilmiştir ve bu ünitelerin yüksek eğitim almış disiplinlerarası ekiplere ihtiyaçları vardır.)
- Hastane kökenli palyatif bakım üniteleri (Bir hastane ortamı içinde sıklıkla iç hastalıkları uzmanı veya genel cerrahın birinci derecede sorumluluk taşıdığı ancak uzman palyatif bakım personelinde de sık sık öneri ve destek alınan ünitelerdir.)
- Toplum-kökenli palyatif bakım üniteleri (Bakım evleri veya bakım yurtları olarak tanımlanabilir ve genellikle uzman palyatif bakım ekibi bu yerleri düzenli olarak ziyaret eder ve önerilerde bulunur.)
- Gündüz bakım birimleri (olanakları) (Bu tür bakım, yataklı üniteler, bakım evleri veya diğer ünitelerde verilebilir ve hastalar palyatif bakım için bu yerlere haftada bir veya birkaç gün gidebilirler. Bu servislerde kan transfüzyonu, ağrı tedavisi, semptomatik tedavi gibi tıbbi destekler, duş ve banyo gibi sosyal hizmetler, fizyoterapi/mesleki eğitim terapisi gibi rehabilitasyon, masaj gibi rahatlatma veya diğer sanatsal hizmetler yer alır.)
- Poliklinikler

Uzmanlaşmış yataklı bakım üniteleri genellikle 10-15 yataklı servislerden oluşur ve hastalar, şikâyetlerinin yoğunluk derecesine göre geçici olarak yatırılır veya ölünceye

kadar orada kalırlar. Bu ünitelerin bakım hizmeti vermenin yanı sıra eğitim ve araştırma fonksiyonları da vardır. Hastane içinde yer alıp, diğer disiplinlerden hasta alırlar ve mevcut tıbbi olanaklardan yararlanırlar veya tamamen bağımsız çalışırlar. Bağımsız olarak yapılanmış palyatif bakım üniteleri, bakım hizmeti için gerekli teknolojik olanakları kullanmak üzere bir hastane ile yakın bağlantı içinde olmak zorundadır.

Ev bakım ekiplerinin görev ve çalışma şekilleri genel olarak hastane ekiplerinin- kine benzer. Bu ekipler, kendi evlerinde, bakım evlerinde veya diğer toplum örgüt- lerine ait vakıf yurtlarında yaşayan hastalar özel bakıcılara ihtiyaç duydukları zaman devreye girerler.

Bağımsız ev ve hastane ekiplerinin yataklı ünitelere bağlı olarak çalışması veya en azından sıkı işbirliği içinde olması gerekir. Resmi veya gayri resmi olarak bu tür bağ- lantıların bulunması ve onlara tıbbi destek ve sürekli eğitim verilmesi, hasta bakım hizmetlerinin devamlılığını ve kalitenin artırılmasını sağlar.

Palyatif bakım ünitesinde hizmet veren profesyonellerin bakım alan hastaların istekleri doğrultusunda tıbben gerekli olan sınırları bilmeleri ve aşırı tedavi yapma eğilimine girmemeleri gerekir. Ağrı ve acıyla başa çıkmanın tek yolunun tedavi olduğunu ancak toplam ağrının (ayrıca ölüm korkusu, ayrılma endişesi, yalnızlık, başkalarına yük olma, varoluşçu sorunlar vb.) sadece tedavi ile yönetilemeyeceğini bilmeleri önemlidir.

Beauchamp ve Childress tarafından, doktorlara ve bakım veren başka kişilere ait dört ilke tanımlanmıştır; bunlar otonomiye saygı, yarar, zararsızlık ve adalet olarak sıralanmıştır. Bu ilkeler DSÖ'ye ait palyatif bakım tanımıyla örtüşmektedir. Ancak bu dört ilke tıbbi etik bakımından palyatif bakım hizmetinde yetersiz kalabilir.

Palyatif bakım üniteleri, semptomlara yönelik destek tedavisini, herhangi bir problem gelişmeden önlem alacak şekilde başlatmak üzere yapılmalıdır. Bu ne- denle palyatif bakım planları, kanserle veya eşzamanlı hastalıklarla ilişkili önemli semptomları, gelişebilecek yeni semptomları ve mevcut ya da ileride ortaya çıkabi- lecek psikososyal ve ruhsal problemleri kapsamalıdır. Eğer bu sistemli ve sürekli bir biçimde yapılırsa gereksiz krizleri ve hastane yatışlarını önlemek mümkün olabilir.

Gelişmiş bakım planlaması içinde genellikle, ileri talimatları tartışma, hayatın sonuyla ilgili tıbbi ve sosyal kararları düşünme, yararsız medikal tedavileri kesme, muhtemel hayat kısaltıcı ağrı ve semptomlarla başa çıkma ve terminal sedasyon yer alır. Bu kararların etik anlamı konusundaki fikirler doktorlar arasında farklılık gösterse de, profesyonel bakım verenler hastalarıyla bu konularda açık bir şekilde konuşabilmelidirler.

Palyatif bakım ünitesinin multidisipliner yapılanmasında bir diğer unsur telefon yardım hattının oluşturulmasıdır. Bu iletişim ağıyla hasta bakımı yapan görevlilere telefon aracılığıyla destek verilir ve onlara mobil ekipler veya yataklı üniteler gibi palyatif bakımda uzmanlaşmış servislere kolaylıkla ulaşabilmeleri için yol gösterilir.

## Palyatif Bakım Ünitesinin Sahip Olması Gereken Fiziksel Koşullara Ait Yapılanma

Palyatif bakım üniteleri, palyatif bakım tanımına uygun şekilde ve multidisipliner tıbbi bakımın bütün gereklerini yerine getirecek bir konumda yapılanmalıdır. Bu yapılanmada hem palyatif bakım ünitesinin yer aldığı yer doğru seçilmeli, hem de ünitenin iç mekanı fonksiyonel ve fiziksel olarak standart ve tam teşekküllü olmalıdır. Bazı ülkelerde "hospis" sistemi olarak da tanımlanan uzman palyatif bakım ünitelerinin doğrudan bir hastane içinde veya bir hastaneye yakın bir konumda yer alması önerilmektedir. Buradaki amaç, uzman palyatif bakım ünitelerinde veya diğer palyatif bakım merkezlerinde hastanın isteği ve tıbbi gerekliliği halinde, en uygun tıbbi veya cerrahi tedavinin ve radyolojik tetkik veya lokal tedavi işlemlerinin doğru, uygun ve hızlı bir şekilde yapılabilmesidir.

Palyatif bakım ünitelerine ulaşımın rahat ve kolay olması, bu ünitelerden gerektiği zaman diğer merkezlere hastaların nakil işlemlerinin kolaylıkla yerine getirilmesi; ayrıca park, depolama, yemek hizmetleri, cenaze işlemleri, bakım sağlayan hasta yakınlarının merkeze kolaylıkla gelip gitmelerini sağlar. Yine hasta yakınları için gerektiğinde rahatlayabilecekleri ortamların sağlanmış olması, bu ünitelerin genel fiziksel yapılanmalarının ana ilkelerindedir.

Palyatif bakım ünitelerinin fonksiyonel ve fiziksel yapılanması bakım alan hastaların tıbbi, psikolojik, sosyal ve manevi yönden yoğun bir şekilde rehabilite edilmelerini sağlayacak şekilde olmalıdır.

Birçok ülkede, bazı palyatif bakım üniteleri ayrı odalarda tek başına bakım verilecek şekilde yapılanmışken, bazı ünitelerde bu yapılanma dört yataklı odalar veya tek bir hemşire gözlem masası tarafından takip edilen yoğun bakım ünitesi şeklinde 10-12 yataklı servisler olarak şekillendirilmiştir. Oda ve yatak sayısı bakımından yapılanma nasıl olursa olsun, bütün ünitelerde bakım gören hastaların yattıkları odalar kişisel vücut bakımları, sosyal aktiviteleri veya hobilerinin devamlılığı, yakınları ile yapacakları görüşmelerin rahatlığı ve tıbbi müdahaleler bakımından en uygun koşulları sağlamalıdır. Bu odaların sessiz, enfeksiyon yönünden korunaklı, semptomların kontrolü ile takipleri için teknik donanımlı ve acil durumlar veya ihtiyaç duyulduğunda ilgili bakım personeline rahat ulaşmayı sağlayacak elektronik aksamı olması önerilmektedir. Odaların oksijen desteği, gereken durumlarda ventilatör ve monitör sisteminin uyum sağlayabileceği ve hasta güvenliğini ön planda tutacak şekilde biçimlendirilmiş olması önemlidir.

Enfeksiyon durumunda veya hastanın talebi doğrultusunda, ağır klinik durum ya da son dönemde izole edilmiş odaların yer alması uygundur. Tek yataklı odalar veya izole odalarda yatan hastalar ile hemşireler arasında gözlem ile iletişimde sıkıntı ve kısıtlama olduğu düşüncesiyle, bakım gören hastaların tek bir hemşire istasyonundan

yönetilmesi gerektiğini ileri sürenler de olmuştur. Tıbbi tedavi için kullanılan ilaç hazırlama odalarının da ayrı, havadar, temiz, tıp ve hemşirelik bakım prosedürlerine uygun, enfeksiyondan korunaklı, kolay ulaşılabilir mekanlar olması oldukça önemlidir.

## Türkiye’de Palyatif Bakımda Güncel Durum

Palyatif bakım kavramı son yıllarda ülkemizde oldukça önemli bir noktaya gelmiş ve sağlık çalışanları arasında farkındalık oranı yükselmiştir. Yakın geçmişte bile palyatif bakımla ilgili gelişmelerin oldukça yavaş ilerlediği ülkemizde, özellikle ağrı palyasyonu ile ilgili ilk çalışmalar 1998 yılında anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanı Dr. Serdar Erdine tarafından kurulan Ağrı Derneği’nin girişimleriyle başlamıştır. Aynı dönemlerde medikal onkoloji uzmanı Dr. Şeref Kömürcü tarafından onkolojide palyatif bakım kavramı üzerinde durulmuş ve bu girişimlerin ardından 1999’da Türk Onkoloji Grubu Derneği bünyesinde Dr. Özgür Özyılkan, Dr. Filiz Çay Şenler ve Dr. Deniz Yamaç’ın da üye olduğu Destek Tedaviler Çalışma Grubu kurulmuştur. Bu kişiler ve daha sonra aralarına katılan Dr. Tuğba Yavuzşen, Dr. Serdar Turhal, Dr. Necati Alkış gibi diğer tıbbi onkoloji uzmanlarının da çabasıyla tıbbi onkologlar arasında palyatif bakımın farkındalığı önemli ölçüde artmıştır. Aynı grup uluslararası tıbbi onkoloji ve palyatif bakım dernekleri ile yoğun ilişkiler kurarak palyatif bakım çalışmalarını yürütmekte ve Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi ve diğer kurum, kuruluş ve derneklerle yakın bağlantı içinde ülkemizde palyatif bakımın gelişmesine katkıda bulunmaktadır.

Türkiye’de palyatif bakım kavramının son birkaç yılda gözle görülür şekilde artmasının ana nedeni Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Daire Başkanlığı tarafından yürütülen Palya-Türk projesidir. Bu projenin hayata geçirilmesi için oldukça yoğun girişimlerde bulunulmuştur ve artık son hali ile yönetmelik şeklinde klinik pratiğe geçirilmeye başlanmıştır. Bu proje kapsamında belirli merkezlerde palyatif bakım üniteleri kurulmuş ve bu ünitelerin yaygınlaştırılması için yoğun çalışmalara başlanmıştır. Gültekin ve arkadaşlarına ait 2010 yılındaki bir çalışmada, Palya-Türk projesi, “Esas olarak Palya-Türk aile hekimliği üzerine kurulu ve KETEM’ler ve sivil toplum örgütleri ile desteklenen, primer olarak hemşire bakımı üzerine oturtulan bir sistem olup, ülkemizin mevcut sosyo-kültürel yapısına en uygun sistem gibi durmaktadır,” şeklinde tanımlanmıştır. Sonraki yıllarda bu tanımın geliştirilerek palyatif bakım ünitesi ilkelilerinin de örtüştüğü daha geniş çaplı çalışmalar yürütülmüş ve günümüzde palyatif bakım ünitesi iç hastalıkları, tıbbi onkoloji, göğüs hastalıkları, anesteziyoloji, nöroloji ve fizik tedavi uzman doktor sorumluluğunda bir ekip tarafından yürütülecek şekilde getirilmiştir. Kanser palyatif bakımının esas yürütücüsünün tıbbi onkoloji uzmanı olması gerektiği aşikardır. Palyatif bakım ünitelerinde multidisipliner profesyonel tıbbi

ekibin sorumluluğu, iletişimdeki ortak paydası ve kanserde son dönem kararlarının verilmesinde tıbbi yeterlilik gibi konularda bir tıbbi onkoloğun yer alması, palyatif bakım hizmeti ilkelerini daha fazla karşılıyor olabilir.

Günümüzde özellikle morfin türevi analjeziklerin birçok formuna ulaşamaması, palyatif bakımın önemli bir ayağının eksikliği anlamına gelmektedir. Bununla ilgili olarak yürütülen çalışmaların günümüzde halen devam ettiği göz önüne alındığında, kanserde ağrı tedavisinin yakın gelecekte optimal şartlarda yapılacağı düşünülmektedir.

Palyatif bakımın ilkeleri ve bakım hizmetlerinin uygulanabilirliği hakkında aile hekimleri, pratisyen hekimler ve diğer branşlardaki uzmanların eğitimlerinin sağlanması, kanserli hastalarda palyatif bakımın en uygun şekilde yapılabilmesi için oldukça önemlidir. Bu nedenle gerek Türk Onkoloji Grubu Derneği Destek Tedaviler Çalışma Grubu'nun gerekse de Türk Tıbbi Onkoloji Derneği ile Anadolu Tıbbi Onkoloji Derneği'nin seminer, sempozyum ve kursları, onkoloji uzmanları için yoğun bir eğitim kaynağı olmayı sürdürmektedir. Nihayetinde palyatif bakımın öneminin vurgulanması için 2014 yılında yapılan Ulusal İç Hastalıkları Kongresi'nde iç hastalıkları uzmanları için kanserde destek tedaviler kursu da bu eğitim amacını uygun şekilde karşılamıştır.

Yakın gelecekte, kanser hastalarının palyatif bakımlarının optimal koşullarda sağlandığı ve tıbbi onkoloji uzmanlarının bu bakımdan sorumlu ekibin içinde ve tam ortasında yer alacağı bir sistemin yerleştiği bir palyatif bakım politikası benimsenebilir. Bunun için palyatif bakımın önündeki engellerin aşılması oldukça önemlidir. Dr. Şeref Kömürcü tarafından 2011 yılında yazılan bir makalede, ülkemizde palyatif bakım ile ilgili olası engeller toplum ve sağlık çalışanlarının palyatif bakım hakkındaki farkındalıklarının yetersizliği, palyatif bakımın anti-kanser tedaviden ayrı tutulması, opioidlere ulaşımın zor olması, ekonomik destekte yetersizlik, eğitimli sağlık çalışanlarının eksikliği, kaynakların uygunsuz dağılımı ve palyatif bakım ile ilgili yasaların yetersizliği şeklinde sıralanmıştır.

## **Akciğer Kanserli Hastanın Yönetiminde Palyatif Bakım Ünitesi Yapılması**

Akciğer kanserleri, neden oldukları birçok fiziksel, fonksiyonel ve psikolojik semptom nedeniyle yaşam kalitesini bozan kanserler arasında ilk sıralarda yer alır. Primer kitlenin akciğerde yerleşim yeri ve büyüklüğü, akciğerdeki metastatik lezyonların sayısı, yeri ve büyüklüğü, uzak metastazların varlığı, paraneoplastik sendromlar ve vena kava süperior sendromu gibi etkenler, bu semptomların çeşitlilik ve şiddetinden sorumludur. Ayrıca öncesine ait kronik bronşit ile amfizem gibi kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve çoğu olgunun kısa süre önce sigarayı bırakmış olması veya hâlâ içiyor olması ve cerrahi, radyasyon tedavisi ve kemoterapötiklerin akut veya kro-

nik yan etkileri, bu semptomların kötüleşmesinde ve yaşam kalitesinin azalmasında önemli rol oynayabilmektedir. Bu nedenle akciğer kanserli hastaların tanı anından yaşamın son anına kadar palyatif bakım ile izlenmesi oldukça önemlidir. Nitekim akciğer kanserli hastaların tedavi seçeneklerindeki artışa rağmen %75'inden fazlasında kür elde edilemiyor olması, bu hastaların fiziksel ve psikolojik yönden oldukça yoğun şekilde palyatif bakıma ihtiyaç duyduklarını bizlere anımsatmalıdır.

Akciğer kanserli hastalarda, özellikle halsizlik, nefes darlığı, hemoptizi, kilo kaybı, disfaji ve ağız kuruması ilk sıralarda olmak üzere semptomatik tedavi, palyatif bakımın esas amacını oluşturur. Bu hastalarda sık görülen nefes darlığının yol açtığı boğulma veya nefessiz kalma hissinin yol açtığı anksiyete ve ölüm korkusu, psikolojik desteğin de ne kadar önemli olduğunu gösterir.

Evde oksijen tüpüyle nefes darlığını gidermeye çalışmanın zorluğu düşünülürken ve birçok akciğer kanserli hastanın dispne ve ağrı yüzünden sık sık acil servislere başvurduğu göz önüne alındığında, evde bakımı da içeren bütün palyatif bakım ünitelerinin bu hastaların nefes alamama korkularını giderecek şekilde yapılandırılması önem taşır. Birden fazla semptomun aynı anda görülebildiği bu hastalarda polifarmasinin de, önemli yan etkileriyle yaşam kalitesini azaltabileceği bilinmelidir.

Palyatif bakım ünitesinin akciğer kanserli hastaların semptomlarını azaltıcı yönde yapılandırılması için, hasta bakımlarının yapıldığı mekanların sessiz, temiz ve nemli havayla havalandırılan, serince, fazla kalabalık olmayan ve tüm acil tedavi ve girişimlere kolaylıkla ulaşabilecek bir konumda olması gerekir. Sık sık üst ve alt solunum yolu enfeksiyonları görülebilen bu hastalarda enfeksiyon riskinin en aza indirilmesi ideal bir yaklaşım olacaktır. Ağrı palyasyonunda opioidler ile ilgili önyargıların kırılması ve bu konuda sağlık çalışanlarının bilgilendirilmesi önemli bir adımdır.

## Sonuç

Bütün kanserli hastalarda olduğu gibi akciğer kanserli hastalarda da semptom kontrolü ve son dönemdeki bakım önemlidir. Bu hastalarda palyatif bakımın optimal şartlarda yerine getirilmesi, yaşamlarının son anına kadar yaşam kalitelerinde kötüleşmeyi engelleyecektir. Ülkemizde palyatif bakım hizmetlerini, hem hasta ve yakınlarına hem de sağlık çalışanlarına yoğun bir şekilde tanıtmak, kanserli hastaların palyatif bakımlarında önemli gelişmeler sağlayacaktır.

## KAYNAKLAR

1. Barzansky B, Veloski JJ, Miller R, Jonas HS. Education in end-of-life care during medical school and residency training. *Acad Med* 1999; 74: S102-4.

2. Billings J, Block S. Palliative care in undergraduate medical education. Status report and future directions. *JAMA* 1997; 278: 733-8.
3. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, et al. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for assessment of palliative care patients. *J Palliat Care* 1991; 7: 6-9.
4. Clark D, Wright M. Transitions in end of life care: Hospice and related developments in Eastern Europe and Central Asia. *BMJ* 2003; 326: 228.
5. Cohen J, Houttekier D, Onwuteaka-Philipsen B, et al. Which patients with cancer die at home? A study of six European countries using death certificate data. *J Clin Oncol* 2010; 28: 2267-73.
6. Crigger BJ. Declaration of Helsinki revised. *IRB* 2000; 22: 10-1.
7. Cummings I. The interdisciplinary team. In: Hanks GW, Doyle D, Macdonald N, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 4th ed. New York/Tokyo: Oxford University Press; 2009.p.245-50.
8. Elsey B, McIntyre J. Assessing a support and learning network for palliative care workers in a country area of South Australia. *Aust J Rural Health* 1996; 4: 159-64.
9. European Association of Palliative Care. *EAPC atlas of palliative care in Europe*. Houston, TX, IAHPC Press, 2007.
10. Foley KM. Misconceptions and controversies regarding the use of opioids in cancer pain. *Anticancer Drugs* 1995; 6 (Suppl 3): 4-13.
11. Foley KM. Controlling the pain of cancer. *Sci Am* 1996; 275: 164-5.
12. Fürst CJ. Perspectives on palliative care: Sweden. *Support Cancer Care* 2000; 8: 441-3.
13. Grande GE, Todd CJ. Why are trials in palliative care so difficult?. *Palliat Med* 2000; 14: 69-74.
14. Gomes B, Higginson IJ. Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review. *Br Med J* 2006; 332: 515-21.
15. Gultekin M, Ozgul N, Olcayto E, Tuncer AM. Türkiye'de palyatif bakım hizmetlerinin mevcut durumu. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi* 2010; 1: 1-6.
16. Hanks GW, Conno F, Cherny N, et al. Morphine and alternative opioids in cancer pain: the EAPC recommendations. *Br J Cancer* 2001; 84: 587-93.
17. Hardy JR. Placebo-controlled trials in palliative care: the argument for. *Palliat Med* 1997; 11: 415-8.
18. Hearn J, Higginson IJ. Development and validation of a core outcome measure for palliative care: the palliative care outcome scale, Palliative Care Core Audit Project Advisory Group. *Qual Health Care* 1999; 8: 219-27.
19. Hegedüs K. Legal and ethical elements of hospice-palliative services in Hungary. *Progress in Palliative Care*. 2000; 8:17-20.
20. Hegedüs K, Szy IE. Palliative care of terminally ill cancer patients, 2002. Budapest, Hungarian Hospice-Palliative Association. Available from: URL: <http://www.hospice.hu/en/programs/archives/113>. (Available date 22.10.2014).
21. Higginson IJ, McCarthy M. Validity of the support team assessment schedule: do staffs' ratings reflect those made by patients or their families? *Palliat Med* 1993; 7: 219-28.
22. Higginson IJ, Sen-Gupta GJA. Place of care in advanced cancer: a qualitative systematic literature review of patients preferences. *J Palliat Med* 2000; 3: 287-300.
23. Jeffrey D. The ethics of palliative care: European perspectives. *J Med Ethics* 2005; 31: 9.
24. Indelicato RA, Portenoy RK. Opioid rotation in the management of refractory cancer pain. *J Clin Oncol* 2002; 20: 48-52.
25. Kaasa S, de Conno F. Palliative care research. *Eur J Cancer* 2001; 37 (Suppl 8): 153-9.
26. Komurcu S, Nelson KA, Walsh D, et al. Common symptoms in advanced cancer. *Semin Oncol*



- 2000; 27: 24-33.
27. Komurcu S. Palliative Care in Cancer. In: Tuncer AM, rf. Cancer Control in Turkey. Ankara: Sağlık Bakanlığı, 2009.p.299-304.
  28. Komurcu S. Current status of palliative care in Turkey. *J Pediatr Hematol Oncol* 2011; 33 (Supp1): 78-80.
  29. Kömürçü Ş, Erkişi M, Bavbek S, et al. Palyatif bakım organizasyonu ile ilgili Avrupa Birliği Bakanlar Tavsiye Raporu Rec (2003) 24. İstanbul: Turgut Yayıncılık; 2004.
  30. Lock A, Higginson IJ. Patterns and predictors place of cancer death for the oldest old. *BioMed Central (BMC) Palliative Care* 2005; 4: 6.
  31. McCarthy M, Higginson I. Clinical audit by a palliative care team. *Palliat Med* 1991; 5: 215-21.
  32. Mitchell G, Price J. Developing palliative care services in regional areas. The Ipswich Palliative Care Network model. *Aust Fam Physician* 2001; 30: 59-62.
  33. Mularski RA, Bascom P, Osborne ML. Educational agendas for interdisciplinary end-of-life curricula. *Crit Care Med* 2001; 29 (Supp 2): N16-23.
  34. Parkes CM. Bereavement counseling: does it work?. *BMJ* 1980; 281: 3-6.
  35. Report of the National Advisory Committee on Palliative Care, 2001. Available from: URL: <http://www.lenus.ie/hse/bitstream/10147/42522/1/11890.pdf>. (Available date: 22.10.2014).
  36. Schmitt R. Quality of life issue in lung cancer: new symptom management strategies. *Chest* 1993; 103 (Suppl 1): 51-5.
  37. Schroder C, Seely JF. Pall-Connect: a support network for community physicians. *J Palliat Care* 1998; 14: 98-101.
  38. Seely JF, Scott JF, Mount BM. The need for specialized training programs in palliative medicine. *CMAJ* 1997; 157: 1395-7.
  39. Siegel R, Ma J, Zou Z, Jemal A. Cancer statistics, 2014. *CA Cancer J Clin* 2014; 64: 9-29.
  40. Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Program ([www.seer.cancer.gov](http://www.seer.cancer.gov)) Research Data (1973-2011), National Cancer Institute, DCCPS, Surveillance Research Program, Surveillance Systems Branch, released April 2014, based on the November 2013 submission. Available from: URL: <http://seer.cancer.gov/data/citation.html>. (Available date 22.10.2014).
  41. Tanriverdi O, Beydilli H, Yildirim B, Karagoz U. Single center experience on causes of cancer patients visiting the emergency department in southwest Turkey. *Asian Pac J Cancer Prev* 2014; 15: 687-90.
  42. *The Lancet*. Time for education in palliative care. *Lancet* 1997; 349: 1709.
  43. Wilkinson EK, Salisbury C, Bosanquet N, et al. Patient and carer preference for, and satisfaction with specialist models of palliative care: a systematic literature review. *Palliat Med* 1999; 13: 197-216.
  44. WHO definition of palliative care. Available from: URL: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>. (Available date 22.10.2014)
  45. Yildirim B, Tanriverdi O. Evaluation of cancer patients admitted to the emergency department within one month before death in Turkey: what are the problems needing attention?. *Asian Pac J Cancer Prev* 2014; 15: 349-53.
  46. Zalot GN. Planning a regional palliative care service network. *J Palliat Care* 1989; 5: 42-6.