

Derleme

PALYATİF VE YAŞAM SONU BAKIMDA SOSYAL HİZMET UZMANININ ROLLERİ VE SOSYAL HİZMET MESLEĞİ STANDARTLARI

The Role of The Social Worker And Social Work Standards in Palliative And End Of Life Care

Semra SARUÇ*

* Yrd. Doç. Dr., Anadolu Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Sosyal Hizmet Bölümü

ÖZET

Bu çalışmada palyatif bakımda sosyal hizmet uzmanının rolleri ve NASW'nin (Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği) palyatif ve yaşam sonu bakımında sosyal hizmet uzmanları için oluşturduğu mesleki standartlar ele alınmıştır. Bu kapsamda çalışmanın Türkiye'de palyatif bakım hizmetlerinin sağlık sistemi ile bütünleştirilmesi sürecinde palyatif bakım merkezlerinde çalışacak olan sosyal hizmet uzmanlarına yol gösterici nitelikte olacağı ve

sosyal hizmet uygulamaları açısından faydalı olacağı düşünülmüştür.

Anahtar Sözcükler: *Palyatif bakım, sosyal hizmet standartları, sosyal hizmet uzmanının rolleri*

ABSTRACT

This study discusses the role of the social worker and social work standards in palliative and end of life care. As a context, this study aims to be helpful to the applications of social work and social workers who will work in the palliative care centers in the process of integration of palliative care services into the health care system in Turkey.

Key Words: *Palliative care, social work standards, the role of social workers*

GİRİŞ

Palyatif bakım, hayatı sınırlayıcı hastalık ile ilişkili sorunlarla karşı karşıya olan hastalar ve ailelerinin yaşam kalitesini arttıran bir yaklaşımdır. Bu doğrultuda palyatif bakım, hastalığın kendisinden kaynaklanan veya tedavi yöntemleri nedeniyle meydana gelen problemleri ortadan kaldırmayı, hasta ve yakınlarının yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlayan bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır. Bu yaklaşıma göre, yeni tanı almış, tedavi sürecinde ve terminal dönemde olan hastalara uygulanan palyatif bakım, erken tanı ve kapsamlı değerlendirme sayesinde ağrı ve diğer fiziksel, psiko sosyal ve ruhsal sorunların önlenmesi sağlanır (WHO, 2003).

Palyatif bakım hizmeti, ülkemizde sağlık hizmetlerinin bir parçası haline getirilmeye çalışılmaktadır. Batı ülkeleri ile karşılaştırıldığında Türkiye'de palyatif

bakımın sağlık sistemi ile bütünleştirilmesi oldukça gecikmiştir. Konu ile ilgili yasal mevzuat henüz oluşturulmamış olsa da bu hizmete olan toplumsal ihtiyaç bu oluşumun gerçekleştirilmesini zorunlu kılmaktadır.

Sosyal hizmet mesleği açısından palyatif ve yaşam sonu bakım yeni bir alan değildir. Yeni olan palyatif bakımın hak ettiği ilgiyi nihayet görüyor olmasıdır (Işıkhan, 2008:40). Türkiye’de yeni yapılanmaya başlayan bu oluşum batıda ve Amerika’da oldukça yaygındır. Avrupa’da sayısız, İngiltere’de ise 200’ün üzerinde sosyal hizmet uzmanı palyatif bakım ekibinde çalışmaktadır (Sheldon,2000:492). Fakat sosyal hizmet uzmanının rolleri ile ilgili çok az sayıda çalışma bulunmaktadır.

Sağlık Bakanlığı sağlıkta dönüşüm çerçevesinde palyatif bakımı sağlık sistemine entegre etme çalışmalarına başlamıştır. Palyatif bakım Türkiye’de özellikle planlama gerektiren sağlık hizmetleri içerisinde yer almakla birlikte öncelikle pilot uygulamalar çerçevesinde ve özellikle kanser merkezlerinde palyatif bakım merkezleri oluşturulması planlanmaktadır. Bu açıdan palyatif ve yaşam sonu bakım alanı aynı zamanda onkolojik sosyal hizmet uygulamaları ile de bağlantılıdır. Onkoloji sosyal hizmeti, tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının onkoloji hastaları odağında ele alınmasıdır (Yıldırım ve diğ. 2013:171). Onkoloji sosyal hizmet uzmanı ise onkoloji tedavi merkezleri ve dünya çapındaki toplum sağlığı hizmetlerinin hem kanser konusundaki bilgisi ve psiko-sosyal etkisi hem de uygulamadaki çok yönlülüğü nedeniyle öncül sağlayıcılarındandır (Yıldırım ve diğ. 2013:175). Bu bağlamda onkoloji, etkileşim gerilimi yüksek ve stres düzeyi çok yoğun bir

alandır. Onkoloji alanında çalışmak ise bütün sonuçlarla yüzleşecek bir enerjiyi ve kendini adamayı gerektirir (Işıkhan, 2006: 7).

Uygulama açısından oldukça yeni olan palyatif ve yaşam sonu bakım alanında farklı disiplinlerin ortak bir amaç doğrultusunda bir araya gelmeleri, her mesleğin rollerinin belirlenmesi ve ortaya konması açısından oldukça önemlidir. Bu çerçevede palyatif bakımda sosyal hizmet mesleği ve sosyal hizmet uzmanının rol ve işlevlerinin ortaya konması bu alanda uygulamalar yapacak olanlar için önemlidir. Bu derlemede palyatif ve yaşam sonu bakım alanında sosyal hizmet uzmanlarının rolleri ile NASW’ın (Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği) palyatif ve yaşam sonu bakım alanında sosyal hizmet mesleği için oluşturduğu standartlar ele alınmıştır.

Palyatif Bakım Kavramının Tanımlanması

Kavram olarak ülkemizde oldukça yeni olan palyatif bakımın tanımlanmasından önce hospis kavramının tanımlanmasının bütünü görebilmek açısından yararlı olacağı düşünülmektedir.

Palyatif bakım alanı ve bu alan için gerekli olan uzmanlığın gelişimi modern hospis hareketinden ortaya çıkmıştır (Small, 2001:962). Dame Cicelly, hemşire, tıbbi sosyal hizmet uzmanı ve son olarak tıp eğitimi almış bir hekim olarak yetişmiştir. 1948 yılından beri kanser hastası olan terminal dönemdeki hastaların bakımı ile ilgilenmiştir. 1967 yılında Londra’da ilk modern hospis olan St. Christopher Hospisini kurdu. Bu onu aynı zamanda palyatif tıp alanında öncü yapmıştır (Saunders, 2001:791). Dolayısıyla palyatif bakımın

temelindeki düşünce hospislerin kurulmasıyla başlamıştır.

Hospis, yaşamının son döneminde bulunan hastalara, mevcut olan tüm tedavi yöntemlerinin denenmesine rağmen sonuç alınmamasından dolayı artık tedavi uygulanmadığı ya da bir tedavi aramanın çoktan bırakıldığı, palyatif bakım felsefesi eşliğinde hastadaki rahatsız edici semptomların kontrol edildiği ve yaşam kalitesinin mümkün olan en iyi seviyede tutularak, bu bireylere yaşamlarının son dönemlerini geçirmeleri için ev ortamı ve koşullarının sağlanabildiği kurumsal bünye içinde sunulan bir sağlık hizmetidir (Akt. Bağ, 2012a:120). Hospis, terminal dönemdeki hastanın yaşam kalitesine vurgu yaparak, yaşama ait yaşantılardan çok ölüme odaklanır. Hospislere hastanın kabulü iyileşme olasılığı olmayan bir hastalık ve bu hastalıktan altı ay ve daha az sürede hastanın yaşamını kaybetme veya tedavisinin oluşturduğu riskin beklenen faydadan fazla olduğu kestiriminin doktorlar tarafından belirlenmesidir. Hastane temelli palyatif merkezlerde ise bunlar gerekli değildir. Benzer amaçlar, örneğin daha iyi bir yaşam kalitesini desteklemek elzemdir.

Özellikle Amerika ve Avrupa'da çok yaygın olan hospislerde yaşamının son zamanlarını geçiren hastalar için radikal tedaviler ve gereksiz müdahaleler yoktur. Sürekli damarlardan kan alınması, serum verilmesi veya günlerce oksijen maskesi ile yatakta kalmak yoktur (Gültekin ve ark, 2010:4). Hospis bakımı tektir ve aslında ölümcül hastalığa sahip hastalar ve aileleri için bir bakım felsefesidir (Önal Dölek, 2012:95).

Palyatif bakım, hospis felsefesi ile benzerlik gösterir. Bireyin tıbbi, duygusal,

ruhani ve diğer fiziksel ihtiyaçlarının karşılanması için çalışır. Fakat sadece ölümcül hastalığa sahip ya da hastalıklarının son evresinde bulunan hastalar için bir bakım değildir. Bireylerin iyileşebilir hastalıklarının tedavi edilebilir belirtileri ile savaşıyor ve ağrı kontrolü yapar (Önal Dölek, 2012:96). Palyatif bakım önceleri, tedavi edilmiş yaklaşımlar tüketilmiş, son dönem hastalar için gündeme gelmekteyken, günümüzde tanı anından itibaren, tedavi edici yaklaşımlarla birlikte gündeme gelen bir yaklaşım halini almış durumdadır (Aydoğan ve Uygun, 2011:5).

Betty Vargo (akt. Lawson, 2007:10)'nun "tüm hospisler palyatif bakımdır, fakat bütün palyatif bakımlar hospis değildir" sözü sanırım her ikisi arasındaki ayrımı anlamak açısından önemlidir.

Görüldüğü üzere palyatif bakım düşüncesi öncelikle kanser hastaları için yapılan bakım çalışmalarının bir sonucu olarak ortaya çıkmış ve daha sonra sadece kanser hastaları için değil tüm ölümcül ve aynı zamanda iyileşebilir hastaları kapsayacak şekilde genişlemiştir.

Dünya Sağlık Örgütü palyatif bakımın katkılarını şu şekilde sıralamaktadır:

- Ağrı ve diğer rahatsız edici semptomların giderilmesini sağlar,
- Yaşamı onaylar ve ölümün doğal bir süreç olduğunu sayar,
- Ne ölümlü hızlandırır ne de ertelenmesini amaçlar,
- Hasta bakımının psikolojik ve ruhsal yönlerini fiziksel bakımla bütünleştirir,
- Mümkün olduğunca hastanın ölümüne kadar aktif yaşamı için bir destek sistemi sunar,

- Aileye, hastanın hastalığı süresince ve yas sürecinde baş edebilmesi için destek sistemi sunar,
- Gerektiğinde yas süreci danışmanlığı da olmak üzere hastaların ve ailelerin ihtiyaçlarını karşılamak için ekip çalışması yaklaşımını kullanır,
- Yaşam kalitesini artırır ve aynı zamanda hastalığın seyrini olumlu etkiler,
- Hastalık sürecinin erken evrelerinde, kemoterapi ya da radyoterapi gibi hastanın yaşamını uzatmayı hedefleyen tedavilerle birlikte kullanılabilir. Klinik komplikasyonların daha iyi anlaşılması ve yönetilmesini amaçlar (WHO, 2003).

Palyatif bakımın bileşenleri ise; primer hastalığın kontrolü, fiziksel semptomlar, psikiyatrik sorunlar, manevi sorunlar, sosyal sorunlar, ekonomik sorunlar, yaşam sonu ihtiyaçların saptanması ve yas dönemiyle baş etmedir (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Türkiye’de hospis düzenlemesi bulunmamakla birlikte palyatif bakım merkezleri ise oldukça azdır. 2009 sonu itibariyle Türkiye’de toplamda 10 adet palyatif bakım merkezi bulunmaktadır ve bu merkezlerin tamamına yakını üniversite hastanelerinde bulunmaktadır. Uluslar arası akredite olan ise sadece bir palyatif bakım merkezidir ((Gültekin ve ark, 2010:2). Bu merkezlerin en büyük engeli henüz mevzuat ile ilgili düzenlemelerin tamamlanmamış olması ve sağlık sistemine entegre edilememesidir. Hospis, yaşlı bakım evleri (nursing home), gündüz bakım merkezleri (day care centers), palyatif bakım merkezleri batıda oldukça gelişmiş ancak Türkiye’de henüz sağlık sistemi

içerisinde yer almayan bakım türleridir. Türkiye’de öncelikle evde bakım Hizmetleri 10/03/2005 tarih ve 25751 Sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” ile yasal düzenleme başlamıştır. Sağlık Bakanlığınının 3895 Sayılı 01/02/2010 tarihli yönergesiyle evde sağlık hizmetleri verilmeye başlamıştır. Evde sağlık hizmetleri ile yatağa bağımlı, hastaneye gidemeyecek durumdaki hastalara ihtiyaç duydukları sağlık hizmetleri evlerinde ve aile ortamında verilmektedir. Öncelikle yatağa bağımlı hastalar olmak üzere, solunum sistemi hastaları, ileri derecedeki kas hastaları, palyatif bakım ve tedavi gereksinimi olan terminal dönem kanser hastaları ve yeni doğanlar öncelikli hizmet grubu olarak belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2005).

Daha öncede de vurgulandığı üzere palyatif bakım hizmetleri öncelikle kanser hastalarının sağaltımı için oluşturulmuş çalışmalarla başlamıştır. İnsanın fiziksel, psikolojik, duygusal, tinsel (spritüel) ve sosyal alanında derin izler bırakan kanser, modern hayatın en yaygın ve tehdit edici hastalıklarındandır (Tuncay, 2009:70). Kanser sağaltım alanında ise özellikle sosyal destek önemli olup sosyal desteğin kapsamını genelde aile üyeleri, yakın çevre (akrabalar, arkadaşlar) ve sağlık bakım ekibi (hekim, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog vd.) oluşturur (Tuncay, 2010:60). Bunun yanında hastaların hastalık sürecinde yaşanan fiziksel, psikososyal ve ekonomik sorunların azaltılmasında sosyal destek önemli bir rol oynar (Işıkkhan, 2007:15).

Batıdaki bakım türlerinin Türkiye’de gelişememe nedeni ise ülkemizde hasta ve yaşlı bakımınının “ailenin”

sorumluluğunda çözümlenmeye çalışılmasıdır. Fakat günümüzde aileler bu yükün altından kalkmakta zorlanmakta ve çoğu zaman hastalık ve hastalığın getirdiği yükler altında ezilmektedir. Hospis ve palyatif bakım alanı sadece disiplinler arası ekiple ve bütüncül bir yaklaşımla başarılabilir bir yaklaşımdır. Bu ekibin içerisinde sosyal hizmet uzmanı da yer almaktadır. Bir sonraki bölümde palyatif bakım alanında sosyal hizmet uzmanının işlev ve rolleri ele alınmıştır.

Palyatif Bakımda Sosyal Hizmet Uzmanının Roller

Palyatif bakımda sosyal hizmet uygulamaları, ilkeleri hospislerde kurulan ve daha sonra uygulaması gelişen ve genişleyen bir yaklaşımdır. Bu bağlamda palyatif ve yaşam sonu bakım alanı aynı zamanda onkoloji sosyal hizmet uygulamaları ile de bağlantılı olup palyatif bakımdaki rol ve işlevler, onkoloji kliniklerinde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının işlevleri ile de ilişkilidir.

Sosyal hizmet mesleği yaşam sonu bakımda eşsiz bir bakış açısı getirmektedir ki bu hospis ve palyatif bakımın bütüncül felsefesini yansıtır ve destekler. Problem çözmede günlük deneyimlerin birey, aile ve sosyo kültürel etkilerinin çok boyutlu etkilerini dikkate alan ekolojik yaklaşımı kullanır. Bu yaklaşım, amacı ağrıyı/acıyı hafifletmek, yaşam kalitesini geliştirmek ve ölümün fiziksel, psikososyal, sosyal, ruhsal boyutlarını ele almak olan palyatif bakım odağına çok iyi uymaktadır. Palyatif bakım ve sosyal hizmet, her ikisi de bireylerin yaşamlarının tüm bağlamlarını dikkate alan bakım felsefesini yansıtır (Bomsa ve ark.2010:79).

Hospis ve palyatif bakım dünya çapında yayılmaktadır. Bu da birçok farklı sosyal hizmet geleneği ile karşı karşıya gelineceği anlamına gelmektedir (Small, 2001:968). Sosyal hizmet ve palyatif bakım konusunda ortak bazı temalar bulunmaktadır. Bunlar:

- Sosyal hizmet her zaman kayıp (yas) ile ilgilidir.
- Bireysel deneyimleri geniş bir bağlam içine koyarak bütüncül bir sistem bakışı getirir.
- Sosyal hizmet iyileşmeye yardım ederek değişimin uygulamadaki etkisi ile ilgilidir (Small, 2001:962).

Palyatif bakım ekibi ortak amaç doğrultusunda hizmet veren farklı profesyonellerden oluşur. Bunlar; doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, din görevlisi ve gereksinimine göre çeşitli terapistlerden ve gönüllü çalışanlardan oluşur. Ekibin farklı meslek gruplarından oluşması, bakım sürecinin etkili bir şekilde işletilmesi için mesleki rollerin tanımlanması oldukça önemlidir.

Palyatif ve yaşam sonu bakımda bir başka önemli unsur sosyal hizmet mesleği uygulayıcıları olarak sosyal hizmet uzmanlarının işlevleri ile ilgilidir. Bu işlevler palyatif bakımda yol gösterici ilkeler olarak ele alınmaktadır (NASW, 2003). Bu bağlamda sosyal hizmet uzmanları, etnik, kültürel ve ekonomik farklılıklar, aile ve destek sistemleri, çok boyutlu vaka yönetimi, yas, travma ve afet müdahaleleri, disiplinler arası uygulama, yaşam döngüsü boyunca müdahaleler ve sağlık bakımında parçalanma, boşluk ve yetersizlikler olduğunda sistemlere müdahale etme konularında eşsiz (özgün) ve derinlemesine bilgi ve uzmanlığa sahiptirler.

Sosyal hizmet uzmanları aynı zamanda yerel ve bölgesel düzeyde politika geliştirme ve değiştirme uzmanlığına sahiptir. Bu konuda sosyal hizmet araştırması aynı zamanda gelişmekte olan bir konu ve yaşam sonu bakım konusunda daha önce gözden kaçan birçok konuya -etnik, kültürel ve ekonomik farklılık, madde bağımlılığı, hapsedilme, farklı yaşam döngüsü aşamalarında müdahaleler, problem çözme müdahaleleri ve toplum bağlamında müdahale gibidikkat çekmektedir (NASW, 2003).

Disiplinler arası palyatif ve hospis ekibinin ayrılmaz üyeleri olarak sosyal hizmet uzmanları hastalara ve ailelere psikososyal, duygusal, maddi ve yaşam sonu bakımı planlama ile başa çıkma konusunda yardım eder (Lawson,2007:4). Sosyal hizmet uzmanları bireylerin, ailelerin ve bakıcıların yaşam kalitesinin artırılması ve refahlarının geliştirilmesi ile ilgilenirler. Palyatif bakım ve yaşam sonu bakım ile ilgili konularda çelişkili durumlarda karşı karşıya gelindiğinde sosyal hizmet uzmanları, klinisyenler, eğitimciler, araştırmacılar, savunucular ve toplum liderleri gibi çok boyutlu bir role sahiptirler (NASW, 2003).

Ulusal Hospis ve Palyatif Bakım Kurulu (National Hospice and Palliative Care Organization) sosyal hizmet uzmanının görevlerini, psikososyal değerlendirmeler yapmak, sürekli psikososyal danışmanlık, doğrudan vaka çalışması hizmetleri, kayıp-yas hizmetleri, toplum eğitimi, sosyal yardım ve sevk olarak tanımlamıştır (Akt. Lawson, 2007:4).

Palyatif bakım hizmetleri evde hospis ve hastane temelli konsültasyon hizmetlerinin her ikisini de içerdiğinden, farklı çevre ve uygulama kapsamı,

sosyal hizmet uzmanının rolünü de etkilemektedir (Lawson, 2007:3). Sosyal hizmet uzmanının çalışma alanı olarak hospis ve palyatif bakım arasındaki anahtar farklılıklardan biri "çevre"dir. Toplum temelli hospislerde sosyal hizmet uzmanı ilk hasta/aile etkileşimini hastanın bulunduğu ortamda yani ev ortamında yapıyor iken hastanelerde palyatif bakım servislerinde yapmaktadır (Lawson, 2007:6). Sosyal hizmet uzmanının rolü, aynı zamanda bakımın iki çevre içerisinde (hastane ve ev) nasıl yönetildiği ile ilgili farklılıklardan etkilenmektedir.

Hastanelerde bakımın koordinasyonunda hekimler önemlidir. Birincil tıbbi ekip nihayetinde bakım ve tedaviden sorumludur. Evde hospiste ise hastanın ya da ailenin gözünde hemşire, birincil tıbbi bakım sağlayıcısı olabilir. Genellikle bakım ekibini hemşire koordine eder. Bazı hospislerde sosyal hizmet uzmanı vaka yöneticisidir ve her iki şekilde de sosyal hizmet uzmanı bakımın koordine edilmesinde, hastanın/ailenin karşılanmayan duygusal, manevi ve maddi ihtiyaçlarının tanımlanmasında anahtar rol oynar (Lawson, 2007:9). Bu bağlamda palyatif bakımın sağlanmasında sosyal hizmet uzmanları önemli rol oynamaktadır (Small, 2001; Lawson, 2007; Bomsa ve diğ. 2010). Bu alanda sosyal hizmet uzmanının katkısını ve tamamlayıcı becerilerini göstermesi önemlidir. Hastanelerde diğer profesyonellerin sosyal hizmet rolleri hakkında eğitilmeleri için fırsatlar bulunmaktadır. Sosyal hizmet uzmanı, sadece hastanın/ailenin sorunlarını inceleyerek ve destekleyerek değil aynı zamanda sosyal hizmet değerlerini ve disiplinler arası çalışma değerlerini model olarak hekim arkadaşlarının sosyal hizmetin

rolleri konusunda eğitilmelerine katkıda bulunabilir (Lawson, 2007:13).

İlk kurulan palyatif bakım biriminde çalışan kıdemli sosyal hizmet uzmanı Olga Craig (Small, 2001:964) sosyal hizmetin katkısını, fiziksel, maddi, manevi ve duygusal ihtiyaçların karşılanması, ev, iş ve aile etkileşimlerinin sağlanması olarak vurgulamaktadır. O'nun biriminde rol değişimi ve örtüşmesi önemlidir. O'na göre "Senin profesyonel olarak ne olduğun birey olarak ne olduğundan daha az önemlidir".

Sosyal hizmet uzmanları palyatif ve yaşam sonu bakımda anahtar konumda olmalarına rağmen sosyal hizmet ve palyatif bakım arasındaki ilişki ve sosyal hizmet uzmanlarının rolleri açıkça tanımlanmamıştır ve buna yönelik bilgi oldukça sınırlıdır. Almanya'daki sağlık sistemindeki palyatif bakım uygulamalarında (Akt. Bağ, 2012b:146) palyatif ekip içerisinde yer alan sosyal hizmet uzmanının görevleri; hastalık nedeniyle oluşan kişisel ve sosyal değişikliklerin ve beklenen ölümün üstesinden gelmelerinde hasta ve hasta yakınına yardımcı olmak, onlara kurumlarla olan iletişimlerinde, bakımın planlanmasında, olası parasal sorunlarda ve aile içi çatışmalarda destek olmak, taburcu edilmelerinde ve bu yöndeki hazırlıklarda destek olmak, sosyal servisi ve evde bakım hizmetlerini harekete geçirmek, danışmanlık yapmak ve yas sürecinde hasta yakını için destek sağlamak olarak tanımlanmıştır.

Sheldon'un (200:493) palyatif bakım merkezlerinde çalışan sosyal hizmet uzmanları ile yapmış olduğu çalışmada palyatif bakımda çalışan sosyal hizmet uzmanının rolleri 6 kategoride tanımlanmıştır. Bunlar:

1. Aile Odağı

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

2. Çevreyi etkileme

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

3. Ekip üyesi olma

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

4. Anksiyeteyi yönetme

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

5. Değerler ve değer verme

- Yargılayıcı olmamak
- Müracaatçıyı onaylamak
- Kendi kaderini tayini teşvik etmek
- Gizlilik
- Empati
- Normalleştirme
- Ayrımcılığa meydan okuma

6. Bilme ve Sınırlar Çerçevesinde Çalışma

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

Şekil 1'de palyatif bakımda sosyal hizmet uzmanının rollerinin kavramsallaştırılması verilmiştir. Aile odağı, çevreyi etkileme, ekip üyesi olma ve anksiyeteyi yönetme ile ilgili 4 kategori, sosyal hizmet uzmanının daha çok günlük faaliyetleriyle ilgilidir. Bilme ve sınırlar çerçevesinde çalışma ile değerler ve değer verme, çerçevenin bütünleşmiş unsurlarıdır. Değerler ve değer verme, temeli oluşturur ve bunlar sosyal hizmet uzmanının daha somut görevlerini etkiler. Bilme ve sınırlar çerçevesinde çalışma, sosyal hizmet rolünün merkezidir ve tüm diğer bileşenler için temel sağlar.

Özetlemek gerekirse palyatif ve yaşam sonu bakımda sosyal hizmet kapsamında birçok uygulama mevcuttur ve

birey, aile, grup, toplum ve örgütsel düzeyde müdahale gerektirir. Sosyal hizmet uzmanı hastaların ve ailelerin yaşadığı sorunlarla etkin bir şekilde baş edebilmeleri için sorunların niteliğine bağlı olarak mikro, mezo ve makro düzeyde müracaatçı sistemleriyle çalışır (Işıkhan, 2007:25). Monroe (1993'den akt. Small, 2001:966), palyatif ve yaşam sonu bakımında temel sosyal hizmet konularının değerlendirme ve müdahale olduğunu vurgulamaktadır. Sosyal hizmet uzmanı bilgi verebilir, iletişimi kolaylaştırabilir ve ailenin yeni rollere uyum sağlamasında yardımcı olabilir, insanların gerçekçi hedefler belirlemede yardım edebilir ve yas danışmanlığı önerebilir. Bu görevleri yerine getirebilmek için kullandığı yöntemler ise; birebir görüşmeler, aile çalışması, grup, ailede çocuklara odaklanma, bilgiyi paylaşma ve dinlemeyi içerir. Monroe, sosyal hizmetin daha geniş rollerini ise eğitim, personel desteği ve toplum ağının gelişimi olarak tanımlamaktadır. Toplum ağını kurmak ve bu ağı etkin bir şekilde çalıştırmak,



Şekil 1. Palyatif bakımda sosyal hizmet uzmanının rollerinin kavramsalsal çerçevesi (Sheldon 2000:493'den aktarılmıştır).

gönüllülerin gelişimi ve desteklenmesi için çok önemlidir.

Palyatif bakım alanında hastaların ve ailelerin psikolojik, ruhsal, duygusal, fiziksel, kültürel ve sosyo ekonomik olmak üzere birtakım sorunları olabilir. Bununla birlikte kendisini ölüm tehdidi altında hisseden bir hastanın, duygusal ve psikolojik süreçlerini, ekonomik ve aileye ait endişelerini anlamak düşünlüdüğü kadar kolay değildir (Yıldırım ve diğ. 2013:170). Bir başka ifadeyle *“Kişiler palyatif bakım almaya gelirken, hasta kimliğiyle değil... Ümitleri, korkuları ve ihtiyaçlarıyla; geçmişlerinden, yaşantılarından, aile ve kültürlerinden kaynaklanan beklentileriyle zihinleri karışmış insanlar olarak gelirler”*(Cairns ve ark. 2003). Dolayısıyla palyatif bakım içinde psikososyal bakım genişlemekte olan bir alandır ve bir dizi teori, model ve uygulama yaklaşımını desteklemektedir. Kanser ve buna benzer hastalıklara yaklaşımda sosyal ve psiko-sosyal alan güçlü biçimde yer edinmektedir. Kanserın psiko-sosyal boyutunu ele alan interdisipliner çalışmaların sayısı gün geçtikçe artmakta, kanserle bağlantılı psikolojik sorunları inceleyen, yaşam kalitesi, başetme ve sosyal destek ve alternatif tedavi yöntemleri gibi konuları irdeleyen araştırmalar kanserle ilgili bilimsel birikime anlamlı katkılar yapmaktadır (Tuncay, 2009:70). Bununla birlikte kültürel ve sosyal farklılıklar psikososyal bakım sağlamada hiçbir evrensel yöntemin bulunmadığını, bu nedenle bu yöndeki bilgilerin her bir toplum ve sağlık hizmeti ortamında insanların bireysel ve kolektif ihtiyaçlarında kullanılması ve bunlara adaptasyonun önemli olduğunu vurgulamaktadır (INCTR Palyatif Bakım El Kitabı, 2008: 90).

Sosyal hizmet uzmanlarının palyatif ve yaşam sonu bakım alanında mesleki çalışmalarına yol göstermek ve desteklemek amacıyla mesleki uygulama standartları geliştirilmiştir. Bir sonraki bölümde bu standartlar ele alınmıştır. Sosyal hizmet uzmanlarının palyatif ve yaşam sonu bakım alanını daha kapsamlı anlayabilmeleri ve bu alanda çalışacak olan sosyal hizmet uzmanlarının etkili çalışmalar yapabilmeleri için NASW'ın palyatif ve yaşam sonu bakımda sosyal hizmet mesleği için oluşturduğu standartlardan bahsetmek faydalı olacaktır.

SOSYAL HİZMET MESLEKİ UYGULAMA STANDARTLARI

NASW (Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği), palyatif bakım ve yaşam sonu bakımda sosyal hizmet uzmanları için uygulama standartları geliştirmiştir. Standartlar, palyatif ve yaşam sonu bakımda sosyal hizmet fonksiyonlarının ve profesyonel sosyal hizmet uygulamasının temel unsurlarını yansıtacak ve çeşitli ortamlarda bu konular ile ilgili doğru sosyal hizmet uygulamalarını hedefler niteliktedir (NASW,2003). Bu standartlar palyatif ve yaşam sonu bakımda sosyal hizmet uygulamasının temel aşamalarını detaylı bir şekilde ele almaktadır. Bu bölümdeki aktarmalar Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği'nin palyatif ve yaşam sonu bakım için yayınladığı mesleki standartlardan aktarılmıştır (NASW, 2003).

Palyatif ve yaşam sonu uygulama büyüyen bir alandır ve sosyal hizmet uzmanları karmaşık sorunlarla başa çıkmak için kendilerini hazırlıksız hissedebilirler. Bu standartlar, sosyal hizmet uzmanlarının, palyatif ve yaşam sonu bakımda çalışırken bilgi, değer,

yöntem ve müracaatçılarla, ailelerle, sağlık personeli ve toplumla etkili çalışması için gerekli hassasiyetleri geliştirmeleri için tasarlanmıştır.

NASW'ın palyatif ve yaşam sonu bakımında sosyal hizmet mesleği açısından oluşturduğu standartlar aşağıda özetlenmiştir.

1. Etik ve Değerler

Hem mesleğin hem de çağdaş biyoeğin değerleri, etik ve standartları, palyatif ve yaşam sonu bakımında sosyal hizmet uygulamalarına rehberlik edecektir. NASW'ın etik kodları (NASW, 2000) etik karar alma ve uygulama ile ilgili birkaç temel kılavuzdan biridir.

Palyatif ve yaşam sonu bakımında uygulama yapan sosyal hizmet uzmanını bu uygulama için hazır olmalıdır. Uygulamada etik ikilemler, değer çatışmaları, dini, manevi ve hayatın anlamı ile ilgili sorularda hazırlıklı olmalıdır. Palyatif ve yaşam sonu bakım alanında etkili bir uygulayıcı olmak için özel bir eğitim tercih edilmektedir.

Bu uygulama alanında çalışmak için gerekli asgari bilgi temeli aşağıdaki temel etik ilkeleri içerir:

- Adalet
- Yararlılık
- Zarar vermemek
- Anlamak
- Tanıtım
- Kişiye saygı
- Evrensellik
- Doğruluk, dürüstlük
- Özerklik
- Gizlilik
- Eşitlik
- Kesinlik.

2. Bilgi

Palyatif ve yaşam sonu bakımında sosyal hizmet uzmanları, hastalarla ve profesyoneller ile uygulama için gerekli teorik ve biyopsikososyal faktörleri kanıtlayarak göstermelidir. Palyatif ve yaşam sonu bakım hakkında "bilgi ve anlayış" ile ilgili temel alanlar şunlardır:

- Klinisyen sosyal hizmet uzmanının çok yönlü rolleri ve fonksiyonları
- Ölüm sürecinin fiziksel ve çok boyutlu aşamaları
- Ağrının fiziksel, psikolojik ve ruhsal belirtileri
- Ağrıyı hafifletebilmek için psikososyal müdahalelerin aralığı
- Hastaların ve aile bireylerinin biyopsikososyal ihtiyaçları
- Etnik, dini ve kültürel farklılıkların etkisi
- Karar verme, sağlık bakım personeli ile ilişkiler, ölüm ve ölmek gibi hastalık ile ilgili sorunlar
- Evde bakım ve hospis düzenlemeleri de dahil olmak üzere palyatif ve yaşam sonu bakımında hizmet çeşitliliği
- Mevcut toplum kaynakları ve bu kaynaklara nasıl erişileceği
- Ekonomik kaynakların hastalık süresi boyunca ve yaşam sonunda aile kararlarına etkisi
- Hastalığın ilerleyişi süresince yol gösterici talimatların geliştirilmesi, kullanımı, destek ve revizyonu
- Palyatif ve yaşam sonu bakıma ulaşmada kültürler arasındaki farklılıklar

- Palyatif ve yaşam sonu bakım için akreditasyon ve düzenleyici standartların oluşturulması
- Özel nüfus grupları ve ailelerinin karşılaştığı ihtiyaçlar; çocuklar, fiziksel gelişimsel, zihinsel veya duygusal engeli olanlar, kurum bakımında olanlar, cezaevlerinde ve bakım evlerinde olanlar gibi.
- İntihar riski
- Mülteci ve göçmenler, çocuklar, ağır ve kalıcı ruhsal hastalığı olan bireyler ve evsizler gibi özel nüfus grubunda yer alan hastaların ve ailelerinin özgün ihtiyaçları ve psikososyal ihtiyaçları için disiplinler arası ekiple iletişim kurmak.

3. Değerlendirme

Sosyal hizmet uzmanları, müracaatları değerlendirmek ve müdahale planı geliştirmek için kapsamlı bilgileri belirlemelidir. Kapsamlı bir değerlendirmede dikkate alınacaklar şunlardır:

- Geçmişteki ve şimdiki sağlık durumu
- Aile yapısı ve rolleri
- Kalıplar/ Aile içinde iletişim ve karar verme kalıpları
- Yaşam döngüsü ile ilgili gelişimsel sorunlar
- Maneviyat / İnanç
- Kültürel değerler ve inançlar
- Hastanın / ailesinin dil tercihi ve mevcut çeviri hizmetleri
- Hastanın ve ailesinin palyatifve yaşam sonu bakımında hedefleri
- Sosyal destekler;formal ve informal bakıcılar dadahil olmak üzere destek sistemlerini, mevcut kaynakları ve bu kaynaklara erişimdeki engelleri içerir
- Hastalık, sakatlık, ölüm ve kayıp ile ilgili geçmişte yaşanmış deneyimler
- Ruh sağlığı fonksiyonları (ruh sağlığı hikâyesi, baş etme becerileri, kriz yönetimi becerilerini içerir)

4. Müdahale/Tedavi Planlaması

Sosyal hizmet uzmanları palyatif ve yaşam sonu bakımda müdahale planlarının geliştirilmesi ve uygulanmasında müracaatçıların yetenek ve kararlarını değerlendirmelere dahil etmelidir. Sosyal hizmet uzmanları yas süreci ve uygulamasında yetenekli olmalıdır.

Tüm uygulama alanlarında sosyal hizmet uzmanları çeşitli teorik bakış açılarını ve becerilerini müdahale planını geliştirmek için kullanırlar. Sosyal hizmet uzmanları farklı yaş grupları, etnik kökenliler, kültürler, dinler, sosyo ekonomik ve eğitim farklılığı geçmişli olanlar, yaşam tarzları ve ruh sağlığı ve engellilik durumları farklı olanlar ve tıp dışı tedavi ortamlarında bulunan bireylerle daha etkili çalışma tekniklerine adapte olmalıdır.

Etkili palyatif ve yaşam sonu bakım için temel beceriler şunlardır:

- Yaklaşan ölüm belirtilerini tanımak ve bir şekilde aile üyelerini klinik değerlendirme rehberliğinde hazırlamak
- Hastalar, aile üyeleri ve bakım ekibi üyeleri arasında iletişimi kolaylaştırmak
- Yas teorilerini uygulamaya aktarmada yeterlilik

- Değerlendirmeye dayanan uygun tedavi yöntemlerini belirlemede yeterlilik
- Ağrı yönetimi de dâhil olmak üzere ihtiyaç duyulan hizmetler için hastalar, aile üyeleri ve bakıcılar için savunmada yetkinlik
- Hasta ve aile üyelerinin uygun kaynaklarla bağlantılarının sağlanabilmesi için karmaşık kaynakların kullanımında yetkinlik
- Hastaları, aileleri ve bakıcıları desteklemede yetkinlik. İleriki dönemleri de kapsayan matem, yas, keder, kayıp ve izleme hizmetlerini içerir.

Genellikle palyatif ve yaşam sonu bakımında sağlanan müdahaleler arasında şunlar sayılabilir:

- Bireysel danışmanlık ve psikoterapi (Bilişsel davranışsal müdahaleleri içerir)
- Aile danışmanlığı
- Aile-ekip konferansı
- Kriz danışmanlığı
- Bilgilendirme ve eğitim
- Semptomların yönetimi konusunda çok boyutlu müdahaleler
- Destek grupları, yas grupları
- Vaka yönetimi ve taburculuğun planlaması
- Karar verme ve karar vermeye çeşitli tedavi seçeneklerinin etkisi
- Kaynak danışmanlığı
- Hasta savunuculuğu / Sistemlerin navigasyonu

5. Tutumlar/Farkındalık

Palyatif ve yaşam sonu bakımında sosyal hizmet uzmanları müracaatçılarına, müracaatçıların onuru ve kendi kaderini tayin hakkı çerçevesinde duyarlı ve merhametli bir tutum göstermelidir. Sosyal hizmet uzmanları kendi inançlarının, değerlerinin ve duygularının ve bu duyguların yaptıkları uygulamayı nasıl etkilediğinin farkında olmalıdır.

Palyatif ve yaşam sonu bakımında etkin uygulama için sosyal hizmet uzmanları ağrı, acı ve diğer sıkıntılarda empati ve duyarlılık göstermek zorundadır. Sosyal hizmete özgü tutumlar ve tepkiler şefkat ve hassasiyet kapsayacak yanıtlar içermekle birlikte ancak mutlaka bu şekilde sınırlı olmayacaktır. Bunlar:

- İnsan acısı ile yüzleşebilmek için günlük olarak esneklik ve uyum
- Müracaatçının bireyselleştirilmesi / Müracaatçı sisteminin ihtiyaçları birincil olarak bakım ünitesi
- Müracaatçılarla kolaylaştırıcı etkileşimler
- Bakım hedeflerine ulaşmak için, disiplinler arası bir ekip üyesi olarak işbirliği halinde çalışabilme ve iletişim yeteneği
- Müracaatçıların palyatif ve yaşam sonu bakımında odaklanmasına savunmaya istekli olmak/Müracaatçı sisteminin seçenekleri, tercihleri, değerleri ve inançları
- Acıda yorgunluğun farkında olmak ve bu durumu hafifletmek için etik sorumluluk bilincinde olmak
- Palyatif ve yaşam sonu bakımında mesleki tanınma ve mesleği güçlendirmede hayati rolü, güven ve yetkinlik.

6. Güçlendirme ve Savunuculuk

Sosyal hizmet uzmanları palyatif ve yaşam sonu bakımında hastaların ihtiyaçlarını, kararlarını ve haklarını savunmak durumundadır. Sosyal hizmet uzmanı palyatif ve yaşam sonu bakımında bireylerin biyopsikososyal ihtiyaçlarını karşılamak için bireylerin kaynaklara eşit erişime sahip olmasını sağlayan sosyal ve siyasal eylem içinde yer alır.

7. Belgeleme

Sosyal hizmet uzmanları müracaatçılarla ilgili yazılı ya da elektronik tüm uygulamaların kaydını yapmak durumundadırlar.

8. Disiplinlerarası Ekip Çalışması

Sosyal hizmet uzmanları palyatif ve yaşam sonu bakım hizmetlerinin kapsamlı dağıtımı için disiplinlerarası bir çabanın parçası olmalıdır. Sosyal hizmet uzmanı ekip üyeleri ile işbirliği yapmaya gayretli olmalıdır.

Disiplinler arası ekip çalışması palyatif ve yaşam sonu bakımın önemli bir bileşenidir. Sosyal hizmet uzmanları sağlık bakım ekibinin ayrılmaz parçasıdır. Sosyal hizmet uzmanları palyatif ve yaşam sonu bakım ekibi içerisinde bireylerin ve ailelerin görüşlerini ve ihtiyaçlarını savunurlar ve müracaatçılara ekip üyeleriyle iletişim kurmada yardımcı olurlar. Genellikle müracaatçılar, aileler ve ekip üyeleri, problem çözme ve çatışmaların çözümünde sosyal hizmet uzmanlarının uzmanlığına güvenmektedir.

9. Kültürel Yetkinlik

Sosyal hizmet uzmanı palyatif ve yaşam sonu bakımında farklı grupların

tarih, gelenekler, değerler ve aile sistemleri hakkında özel bilgi ve anlayışa sahip olmalıdır ve bunu geliştirmeye devam etmelidir. Sosyal hizmet uzmanları bu konuda bilgili olmalı ve NASW'ın Sosyal Hizmette Kültürel Yeterlilik ile ilgili yayınladığı standartlara (NASW, 2001) uygun olarak hareket etmelidir.

10. Sürekli Eğitim

Sosyal hizmet uzmanları NASW standartlarına uygun olarak mesleki gelişimleri için sürekli eğitim konusunda kişisel sorumluluk üstlenirler. Sosyal hizmet uzmanları palyatif ve yaşam sonu bakımında bireylerle ve ailelerle etkili bir şekilde çalışabilmek için teori ve uygulamadaki bilgiyi geliştirmeye devam etmek zorundadır. Palyatif ve yaşam sonu bakım tüm uygulama alanlarını geçen, hızla genişleyen ve değişen bir alan. Klinik yeterliliğin yanı sıra sosyal hizmet uzmanlarının becerilerini de geliştirmesi gerekir.

11. Süpervizyon, Liderlik ve Eğitim

Palyatif ve yaşam sonu bakım konusunda uzmanlığı olan sosyal hizmet uzmanları bireyler, gruplar ve örgütler ile eğitim, süpervizyon, yönetim ve araştırma çabalarına öncülük etmelidir (NASW, 2003).

Görüldüğü gibi palyatif ve yaşam sonu bakım alanında bir dizi sosyal hizmet işlevi ve standardı bulunmaktadır. Bu standartlar aynı zamanda genel sosyal hizmet uygulamasının da bileşenleridir. Bu alanda çalışan sosyal hizmet uzmanları, genel sosyal hizmet bilgi, beceri ve değerlerini uygulamada kullanabildiği gibi, kendi deneyimlerinden tecrübe ettiği alana yönelik yeni bilgi ve becerilerin oluşturulmasına katkıda

bulunabilir. Bu şekilde aynı zamanda sosyal hizmetin bilgi temelini de geliştirmesine olanak sağlamış olurlar.

SONUÇ

Palyatif ve yaşam sonu bakım alanı Türkiye’de yeni gelişmeye başlayan oldukça yeni bir alandır. Toplumsal, kültürel ve sosyo ekonomik alanda yaşanan değişiklikler genelde hastalarına ve yaşlılarına evde bakım veren Türk toplumunu da dönüştürmektedir. Özellikle kanser hastalığının yaygınlığı ve bu hastalığın getirdiği uzun süreli bakım ihtiyacı, hasta yakınlarının hastalığın üstesinden gelmelerini, ağrı ve acı ile baş etmelerini engellemektedir. Kaldı ki Türkiye’de “kanser” ve “ölüm” halen bir tabu olarak görülmekte aile içinde ve sosyal çevrede bu konu hakkında konuşulamamaktadır. Ölümcül hastalık denildiğinde ilk akla gelen durumlardan biri olan kanser ile ilgili olumsuz tutumlar ve kanser hakkında yapılan yanlış yorumların hastalığı anlamlandırmadaki payı büyüktür (Yıldırım ve diğ. 2013:172). Öte yandan bireyin yaşamının son dönemlerini kaliteli geçirilmesine olan ilgi profesyonel bakımı zorunlu kılmaktadır.

Türkiye’de bu türde hizmetlerin gelişimi gecikmiş olmakla birlikte ivedi kurulması ve yaygınlaştırılması gereklidir. Türkiye’de uygulama açısından palyatif bakım felsefesi sağlık personeline dahi yabancı bir kavramdır. Palyatif bakım henüz Türkiye’de sağlık çalışanları tarafından bile çok iyi bilinen bir uygulama değildir. Sağlık sunumunda bu yaklaşımın kullanılması isteniyorsa öncelikle sağlık çalışanlarının eğitilmesi uygulamanın başarıyla başlatılması ve sürdürülebilmesi açısından oldukça önemlidir.

Palyatif bakımın Türkiye’deki sağlık sistemi ile bütünleştirilmesi süreci karmaşık olabilmekle birlikte mesleki kimliğin ve rollerin oluşturulmasında birtakım sorunlar yaşanabilir. Her meslek grubu kendi mesleki kimliğini ve rollerini ekipteki diğer meslek gruplarına tanımlamak durumundadır. Bu aynı zamanda ekip çalışmasının da bir gereğidir.

Bu çalışmada palyatif ve yaşam sonu bakımda sosyal hizmet uzmanlarının rolleri ve sosyal hizmet mesleğinin uygulama standartları incelenmeye çalışılmıştır. NASW’ın geliştirdiği standartlar palyatif ve yaşam sonu bakımda bir araç niteliğindedir ve aynı zamanda bu alandaki sosyal hizmet uygulamalarına temel oluşturmaktadır. Sosyal hizmet uzmanları bu alanda çalışırken genel sosyal hizmet bilgi, beceri ve değerlerini kullanabileceği gibi, bu alanda çalışarak kazandığı deneyimleri bilgiye dönüştürerek aynı zamanda mesleğin bilgi temelini de katkıda bulunabilir.

KAYNAKLAR

- Aydoğan, F., ve Uygun, K. (2011). Kanser hastalarında palyatif tedaviler. *Klinik Gelişim*, 24:4-9
- Bağ, B. (2012a). Hospis ve hospiste ölüme hazırlanma. *Akad Geriatri*, 4: 120-125
- Bağ, B (2012b). Almanya örneğinde sağlık sisteminde palyatif bakım uygulamaları. *Türk Onkoloji Dergisi*, 27 (3): 142-149
- Bosma, H., Johnston, M., Cadell, S., Wainwright, W., Abernethy, N., Feron, A., LouKelley, M., and Nelson, F. (2010). Creating social work competencies for practice in hospice palliative care. *Palliative Medicine*, 24 (1): 79-87
- Cairns M. Thompson M., Wainwright W. (2003). Transitions in dying and bereavement: A psychosocial guide for hospice and

palliative care, Victoria Hospice Society. Baltimore: Health Professions Press.

Gültekin, M., Özgül, N., Olcayto, E., ve Tuncer, M. (2010). Türkiye'de palyatif bakım hizmetlerinin mevcut durumu. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 1: 1-6.

INCTR (Uluslar arası Kanser Tedavisi ve Araştırmaları Ağı) Palyatif Bakım El Kitabı (2008). Editörler; M. Tuncer, N. Özgül, M. Gültekin.

Işıkhan, V. (2008). Terminal dönemdeki kanser hastalarının ölüm yeri tercihleri. *Türk Onkoloji Dergisi*, 23 (1), 34-44.

Işıkhan, V. (2007). Kanser ve sosyal destek. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 18(1): 15-29

Işıkhan, V.(2006). Onkoloji alanında bakımverenlerin tükenmişliği. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 17 (2): 7-23

Lawson, R.(2007).Home and hospital; Hospice and palliative care: How the environment impacts the social work role. *Journal of Social Work in End-of Life&Palliative Care*, 3 (2):3-17

Monroe, B. (1993). Social work in palliative care, in Doyle, D.,Hanks, G.and Macdonald, N.(eds), *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, Oxford University Pres, pp.565-574

NASW Standards for Palliative&End of Life Care, National Association of Social Workers (2003)

National Association of Social Workers. (2000). Code of ethics of the National Association of Social Workers. Washington, DC.Author.

National Association of Social Workers. (2001). *NASW standarts for cultural competence in social workpractice*. Washington, DC: NASW Press.

Önal Dölek, B. (2012). Evde ve kurumda uzun dönemli bakım. *Klinik Gelişim*,25:95-99

Saunders, D C. (2001). Social work and palliative care- The early history. *British Journal of Social Work*, 31: 791-799.

Sheldon, FM (2000). Dimensions of the role of the social worker in palliative care. *Palliative Medicine*. 14: 491-498

Small, N. (2001). Social work and palliative Care. *British Journal of Social Work*, 31: 961-971.

T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2011). Türkiye'de özellikli planlama gerektiren sağlık hizmetleri 2011-2013, Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete Tarihi 10.03.2005 Resmi Gazete Sayısı: 25751

Tuncay, T.(2010). Kanserle başetmede destek grupları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 21 (1): 59-71

Tuncay, T. (2009). Genç kanser hastalarının hastalık anlatılarının güçlendirme yaklaşımı temelinde analizi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 20 (2):69-87.

World Health Organization (2003). WHO definition of palliative care. Retrieved September 23, 2003, from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.

Yıldırım, B., Acar, M ve Tuncay, T (2013). Onkoloji alanında sosyal hizmet uzmanlarının görevleri ve kanıta dayalı değerlendirme. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 24 (1): 169-189.

