



SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı
Bakanlık Yayın No:963

ULAKBİM TR Dizinde Taranmaktadır



Hakemli Dergi
TSHD

Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi

ISSN: 2149-309X-Biannually
<https://tibbisosyalhizmetdergisi.saglik.gov.tr>
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/tshd>
Yıl/Year: 2022 Aralık/December
Sayı/Issue: 20

PALYATİF VE HOSPİS BAKIMIN TÜRKİYE AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yasemin ÇÖLGEÇEN¹
Merve GÜNEY ASLAN²

Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type: Derleme
Geliş Tarihi / Date Received: 22.06.2022
Revizyon Tarihi/Date Revised: 19.09.2022
Kabul Tarihi / Date Accepted: 04.10.2022
Yayın Tarihi / Date Published: 30.12.2022
DOI: <https://doi.org/10.46218/tshd.1134616>

Makale Künyesi/To cite this article:

Çölgeçen, Y. ve Güney Aslan, M. (2022, Aralık). Palyatif ve hospis bakım üzerine bir değerlendirme. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 20: 134-155. Doi:10.46218/tshd.1134616

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Merve GÜNEY ASLAN, Köyceğiz Sosyal Hizmet Merkezi, guneymerve500@gmail.com
ORCID: 0000-0002-8989-9360

Öz

Yaşam sonu bakımın nasıl gerçekleştiği özellikle endüstrileşmiş toplumların sağlık politikalarının güncel konuları arasında yerini almaktadır. Bir bakım felsefesi olan palyatif bakım ve hospis bakım bu alanda hızlı bir şekilde gelişmiş yeni bir yaklaşımdır. Yaşam süresinden ziyade yaşam kalitesine odaklanan bu bakım yaklaşımı ciddi hastalığı olan ve ölüme yakın olan bireylerin onurlu bir şekilde ölmesinin sağlanması amacıyla gerçekleştirilir. Dünya’da farklı ülkelerde farklı modellerle gerçekleştirilen bu bakım yaklaşımları Türkiye’de de uygulanmaya başlanmış ve gelişmeye devam etmektedir. Palyatif ve hospis bakımın etkin ve etkili bir şekilde uygulamaya konulabilmesi için hizmet verilen toplumun kültürüne uygun olarak geliştirilmesi önem arz etmektedir. Bir derleme çalışması olan bu çalışmada palyatif bakım ve hospis bakım felsefesi ve Türkiye’deki gelişimi ele alınmıştır. Kurumsallaşan hospis felsefesinin ölümü tıbbileştirmeye aracılık edip etmeyeceği ve bu hizmetlerin sağlık hizmetleri ile bütünleştirilme sürecinde Türk toplumunun ölüm kültürüne uygun olup olmadığı tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Palyatif bakım, Hospis bakım, Ölüm, Tıbbileştirme, Türkiye

EVALUATION OF PALLIATIVE AND HOSPICE CARE FROM THE PERSPECTIVE OF TURKEY

Abstract

How end-of-life care takes place is among the current issues of health policies, especially in industrialized societies. Palliative and hospice care, which is a philosophy of care, is a rapidly developed new approach in this field. This care approach, which focuses on quality rather than length of life, is carried out with the aim of ensuring that individuals with serious illness and close to death die with honor. These care approaches, which are carried out with different models in different countries in the world, have also started to be applied in Turkey and continue to develop. In order for palliative and hospice care to be implemented efficiently and effectively, it is important to develop it in accordance with the culture of the society served. In this compilation study, palliative and hospice care philosophy and its development in Turkey are discussed. It has been discussed whether the institutionalized hospice philosophy will mediate the medicalization of death and whether these services are suitable for the death culture of Turkish society in the process of integrating them with health services.

Keywords: Palliative care, Hospice care, Death, Medicalization, Turkey

¹ Doç. Dr., Yalova Üniversitesi İTBF Sosyal Hizmet Bölümü, ORCID: 0000-0002-8989-9360

² Sosyal Çalışmacı, Köyceğiz Sosyal Hizmet Merkezi, ORCID:0000-0001-7126-639X

Giriş

Türkiye’de TÜİK verilerine göre 2019 yılında 435.941 kişi hayatını kaybetmiştir (TÜİK, 2020). Ölüm gerçekliği ispatlanmış bir olgu ve hakikattir. Ölümün nerede ne zaman ve ne şekilde olacağını bilinmezliği/belirsizliği hayatı yaşanır kılan bir etmen olarak değerlendirilebilir. Ancak teknolojinin geliştiği endüstri toplumlarında tedaviye cevap vermeyen ve ölümcül hastalığı olan bireylerin ölüm zamanı tıp tarafından tayin edilebilmektedir. Tıbbi adı terminal dönem olan bu süreç hayati fonksiyonların belirli bir zaman içerisinde sonlanmasının beklendiği süre olarak tanımlanır. Bu da tanı konulmuş bireylerin bakım ve desteğinin ne şekilde olacağı sorusu/sorununu gündeme taşımıştır. Bu süreç batı ülkelerinde gelişen bir palyatif bakım ve hospis yaklaşımını doğurmuştur. Palyatif bakım ve hospis, bir hastaneden veya yaşlı bakım evinden tamamen bağımsız, ağır hastalığı bulunan bireylerin biyolojik, psikolojik, sosyal ve manevi ihtiyaçlarının bütüncül yaklaşımla ele alınmasını ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesini hedefleyen bakım hizmetleridir (Cimete, 2002).

Hospis kurum palyatif bakımın bir ayağını oluşturur. Palyatif bakım; ciddi bir hastalığın teşhisiyle, iyileştirici tedavilerle aynı anda başlamakta, ölüm anına kadar devam etmekte ve ölüm sonrası yas sürecinde aileyi destekleyici bakım hizmetlerini dahi kapsamaktadır. Hospis ise, yaşamı uzatan tedavileri durdurmayı seçen terminal dönem hastaların ve yakınlarının bütüncül bakımına odaklanmaktadır. Hangi model olursa olsun bu yaklaşım Türkiye’de sağlık politikasına dahil olmuş ve geliştirilmeye başlamıştır. Yaşam sonu bakımın önem kazanışı Türkiye’de hospis kurum düşüncesine kapı aralamıştır. Sucaklı’ya (2013: s.56) göre palyatif bakımın geliştirilmesi için hospis hizmetlerinin yaygınlaştırılması zaruridir. Ölüme hazırlık ve palyatif bakım çerçevesinde hospis kurumlar üzerine başka çalışmalarda yapılmıştır (Bağ:2012, Yıldız: 2016, Sucaklı ve Koşar: 2016). Hospis bakım felsefesi kapsamında yer alan kurum temelli hizmetlerin sağlık sistemine entegrasyonu ise hali hazırda tartışılmaktadır. Lakin üzerinde durulması gereken bu kurumun Türk sosyokültürel yapısına uygunluğu, hangi ihtiyacı karşılayacağı; ölüm kavramının anlamı ve dönüşümüdür. Ölüm sadece tıbbi açıdan ele alınmayacak çok yönlü bir meseledir. “Sadece bireyi değil, toplumu ilgilendirmesi nedeniyle sosyal bir olgu olup bütün bir yapı içerisinde incelenmelidir. Çünkü sosyal yapının her bir unsuru, içinde bulunduğu sistemle ilişkili olarak anamlanır” (Güven, 2019, s.548).

Bu çalışmada palyatif bakım ve hospis bakım felsefesi farklı yönleriyle ele alınmış ve ülkemizde hangi ihtiyacı karşılayabileceği tartışılmıştır. Türkiye’de ölüm kültürü ve ölümün hospis kurum aracılığıyla tıbbileştirilmesi hususuna yoğunlaşan bu derleme çalışması üç bölümden oluşur. Evvela palyatif bakım ve hospis bakım kavramları ve tarihsel alt yapıları ele alınacaktır. Sonra ölüm kavramının zaman içindeki anlamsal değişimine bakılarak ‘ölümün tıbbileştirilme’ seyrinde hospis kurumun rolü ele alınacaktır. Özellikle hospis kurumun uygunluğunu saptamak için Türklerdeki ölüm kültürüne bakılacaktır. Son kısımda Türkiye’nin ölüm kültürü mevcut uygulamalarından bahsedilerek elde edilen bilgiler tartışma bölümü ile sonlandırılacaktır.

1.Palyatif Bakım

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) palyatif bakımın tanımını ilk kez 1989 yılında ‘Yaşamı tehdit eden hastalığa sahip hastaların/hasta yakınlarının öncelikli olarak ağrı ve fiziksel, ruhsal, psikososyal problemlerinin erken saptanarak etkin değerlendirmeler ile giderilmesi yoluyla hastanın yaşam kalitesini artıran bir yaklaşımdır’ şeklinde yapmıştır (WHO, 1990, s.11). Palyatif bakım, hastaların ağrılardan ve diğer rahatsız edici semptomlardan kurtulmasını önceleyen bunun yanında hasta/hasta yakınlarına psikososyal destek sağlayarak ruhsal, sosyal ve ekonomik ihtiyaçlara yönelik sağaltım gerçekleştirmeyi hedefleyen bir yaklaşımdır. Hastaların hastalıkları ile mümkün olduğunca aktif yaşamalarını destekler, yaşam kalitelerini artırır ve hastalığın gidişatını olumlu yönde etkilemek için çabalar. Hasta yakınlarına yönelik, hastalık sürecinde ve yakınlarını kaybettiklerinde başa çıkma becerilerini geliştirmelerine yönelik destekleyici yaklaşım sağlar (WHO, 2018, s.5). Bütün bu uygulamalarını ekip yaklaşımı çerçevesinde gerçekleştiren palyatif bakım uygulaması insanların biyolojik, psikolojik, sosyal ve manevi yönlerini içine alan bütüncül bir yaklaşım ile sadece fiziksel/tıbbi müdahaleler ile değil, hastayı/ailesini merkeze alan çok yönlü bir bakım anlayışıyla hareket eder. İnsanı merkeze alan bilim dalları nicelikten ziyade nitelikle ilgilenir. Çünkü ne kadar sorusu değil nasıl sorusu daha fazla şeyi ifade eder. Örneğin hastanın hayatı bir yıl uzadı ama nasıl uzadı, bu süreçte mutlu muydu, bu süreci nerede geçirdi, sevdikleri yanında mıydı ve hayatını istediği gibi sonlandırabildi mi? Bu gibi sorular çok yönlü bir varlık olan insan için oldukça önemlidir. Bu özellikleri ile palyatif bakım, ölümü normal bir süreç olarak gören ve ölümü hızlandırmak/geciktirmek gibi bir rolü bulunmayan, bu süreçte yalnızca bütüncül iyilik halinin geliştirilmesini hedefleyen bir bakım felsefesidir.

2014 yılında, Altmış Yedinci Dünya Sağlık Asamblesi, “hastalığın veya durumun tedavi edilip edilemeyeceğine bakılmaksızın, fiziksel, psikososyal veya ruhsal iyilik halini yükseltmek, acı ve ıstırapı hafifletmek sağlık çalışanlarının etik görevidir...” kararına varmıştır. Bu kararla palyatif bakım sağlık sistemlerinin etik bir sorumluluğu olarak ifade edilmiştir. Bu durum palyatif bakımın bir seçenek olmaktan ziyade, ihtiyacı olan herkes tarafından erişilebilir bir gereklilik olduğunu ortaya koymaktadır. Dünya Sağlık Asamblesi Kararı 67.19 (2014), ülkelerin opioidlere erişimini iyileştirmek için yasaları ve süreçleri gözden geçirerek ve yeterli kaynaklara sahip topluluk ortamlarının yanı sıra birinci basamak sağlık hizmetleri yoluyla palyatif bakım hizmetleri sunarak palyatif bakımı ulusal sağlık politikalarına entegre etmelerini talep etmektedir (WHO, 2014). Bu açıdan palyatif bakım açıkça kabul edilen bir sağlık hakkıdır.

Halihazırda her yıl 40 milyondan fazla insan palyatif bakıma ihtiyaç duymaktadır. Ayrıca tıbbi ve teknolojik gelişmeler sayesinde ortalama yaşam süresi uzamakta ve doğru orantılı olarak bulaşıcı olmayan ve diğer kronik hastalıklara sahip insanların sayısı artmaya devam etmektedir. Palyatif bakıma ihtiyacı olan yetişkinlerin büyük çoğunluğunda kardiyovasküler hastalıklar (%38,5), kanser (%34), kronik solunum yolu hastalıkları (%10,3), AIDS (%5,7) ve diyabet (%4,6) gibi kronik hastalıklar bulunmaktadır. Böbrek yetmezliği, kronik karaciğer hastalığı, multipl skleroz, parkinson, romatoid artrit, nörolojik hastalıklar, demans,

konjenital anomaliler ve ilaca dirençli tüberküloz dahil olmak üzere diğer birçok hastalık da palyatif bakım gerektirebilir. Yalnızca yetişkinler için değil çocuklar için de palyatif bakımın önemi Dünya Sağlık Örgütü tarafından dile getirilmiş ve palyatif bakıma ihtiyacı olan çocukların neredeyse yarısı Afrika'da olmak üzere düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşadığı belirtilmiştir (WHO, 2020). Buna rağmen Güney Afrika, Kenya ve Zimbabve'yi kapsayan "Çocuklarda Palyatif Bakım İhtiyacının Değerlendirilmesi" isimli çalışmaya göre palyatif bakıma ihtiyaç duyan çocukların yalnızca %1'inden daha azının bu hizmeti aldığı görülerek çocuklar için özel palyatif bakım uygulamalarının gerçekleştirilmesi gerektiğine vurgu yapılmıştır (ICPCN& UNICEF, 2013).

Palyatif bakım gereksinimi her geçen gün artmasına rağmen Dünya çapında ihtiyacı olan kişilerin sadece %14'ü bu hizmeti alabilmektedir. 2017 yılında 194 ülkenin dahil edildiği palyatif bakıma ilişkin değerlendirmede ülkelerin yalnızca üçte birinde palyatif bakım hizmetlerinin sağlanabildiği bildirilmiştir. Palyatif bakım hizmetlerine düşük ve orta gelirli ülkelerde daha çok ihtiyaç duyulmaktadır, yetişkinlerin %78'i, çocukların ise %98'i düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. Bütün bunlara rağmen palyatif bakım uygulaması yüksek gelirli ülkelerde (%75), düşük gelirli ülkelere (%10) göre daha yaygın olarak sunulmaktadır. Bu bakımdan palyatif bakım uygulaması gelişmiş ülkelerde daha yaygın ve daha kapsamlı olarak sunulmaktayken, gelişmekte olan ülkelerde henüz yaygınlaşmadığı ve bu sistemin yeterince gelişmediği söylenebilir (WHO, 2016, s.5; WHO, 2019). Gerçekleştirilen bir çalışmada palyatif bakım hizmetleri 4 grupta ele alınmıştır. "Grup 1" içerisinde yer alan ülkelerde bilinen bir hospis ve palyatif bakım faaliyeti bulunmamaktadır. "Grup 2" içerisinde yer alan ülkelerde henüz bir hizmet oluşturulmamış olsa da hospis-palyatif bakım hizmetlerinin geliştirilmesi için kurumsal, işgücü ve politika kapasitesini oluşturmak üzere tasarlanmış geniş kapsamlı girişimler söz konusudur. "Grup 3a" da yer alan ülkelerde bağışçıların finanse ettiği palyatif bakım üniteleri bulunmaktadır. Çoğunluklu ev merkezli uygulamaların yanında palyatif bakım üniteleri de vardır. İçerisinde Türkiye'nin de yer aldığı "Grup 3b"de ki ülkelerde ise palyatif bakım üniteleri kurulmaktadır ve bölgesel/yerel düzeyde farklı finansman kaynakları ile desteklenmektedir. "Grup 4a" palyatif bakım sisteminin genel sağlık sistemine entegre edilmeye çalışıldığı ülkelerdir. "Grup 4b" ise palyatif bakım sisteminin genel sağlık sistemine tamamen entegre edildiği ülkeler olarak sıralanmıştır (Lynch vd., 2013, s.1097-1099). Sağlık hakkı olarak görülen palyatif bakımın ülkelerin tamamının sağlık ve sosyal bakım sistemlerine yetersiz entegrasyonu, bu bakıma adil erişimin önünde önemli bir engeldir. Bu bakımdan Dünya Sağlık Örgütü öncelikli olarak birinci basamak sağlık hizmetleri yoluyla palyatif bakım hizmetlerinin geliştirilmesini ve palyatif bakımın ulusal sağlık politikalarına entegre edilmesini talep etmiştir.

Dünya' da Palyatif bakım hizmetleri birkaç farklı şekilde kurulabilir. Hizmet sunum modelleri, her ülkenin sosyal ve sağlık sistemi bağlamını dikkate alınarak geliştirilmektedir. Bu modeller Dünya Sağlık Örgütü Palyatif Bakım Hizmetlerinin Planlanması ve Uygulanması Rehber Formu (2016)'nda şu şekilde ifade edilmiştir:

1. Palyatif bir evde bakım hizmetinin kurulması veya palyatif evde bakımın mevcut evde bakım hizmetlerine entegre edilmesi.
2. Bir topluluk ortamında palyatif bakımın oluşturulması.
3. Palyatif bakım hizmetlerinin bir ilçe veya genel hastaneye entegre edilmesi.
4. Yeni doğanlar da dahil olmak üzere çocuklar için palyatif bakım hizmetinin kurulması.
5. Bağımsız bir palyatif bakım merkezinin / Hospis kurumunun kurulması.
6. Farklı modellerden faydalanılan bütünlük bir yaklaşım benimsenmesi başlıca ilkeler olarak belirlenmiştir.

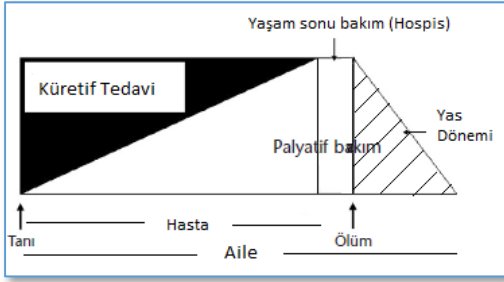
Türkiye’de palyatif bakım hizmetleri çok uzun yıllar uygulamaya geçirilememiştir. İlk hayata geçirilişi T.C. Sağlık Bakanlığının “Evde Bakım Hizmeti” nin başlaması ile olmuştur. Sonrasında ise 2012 yılında Sağlık Bakanlığı Ulus Devlet Hastanesi bünyesinde ilk palyatif bakım servisi açılmıştır (Kabalak, 2014, s. 122). 2008 yılında oluşturulan “Palyatif Bakım Programı Eylem Planı” ve 2010 yılında geliştirilen PALLIA-TÜRK projesi palyatif bakımın Türkiye’de gelişiminde önemli yapıtaşlarını oluşturmaktadır. Aile hekimliği sistemi üzerine temellenmiş olan bu proje Kanseri Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) ve sivil toplum örgütleri ile desteklenmektedir (Gültekin vd., 2010, s.5; Özgül vd. 2012, s.77; TBMM 2010, s.16). 2015 tarihinde ise “Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” çıkarılmıştır. 2020 yılı Nisan ayı itibarıyla T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü (KHGM) tarafından palyatif bakım hizmeti 81 ilde 5566 yatak ile 415 sağlık tesisinde sunulmaktadır (<https://khgm.saglik.gov.tr>).

2.Hospis Bakım

Hospis, Orta Çağ’da uygulanmış olan ve yabancılar, hacılar, yoksullar, hastalar için dinlenme ve eğlence evi olarak tanımlanmış olan bir uygulamadır. Bu hizmet yok olmak üzere iken 1960’ların sonlarında Cicely Saunders’ın Londra’da St Christopher’s Hospice’i kurması ile birlikte tekrar gündeme taşınmıştır. 1918 doğumlu hemşirelik ve sosyal hizmet alanında eğitim alan Cicely Saunders’ in bu girişimi aslında modern tıbbın yükselişindeki eksikliğe bir protestodur (Twycross, 1980: s.475). Saunders, çalıştığı hastanede tanıştığı bir kanser hastasının ölüm sürecindeki ağrı, kusma ve diğer semptomlarını fark etmiş, hastane ortamında genellikle yalnız ve izole hissedilen ölmekte olan insanların ruhsal ve psikolojik ihtiyaçlarının kavramış ve tıp eğitimini tamamlaması neticesinde deneyimlerini entegre ederek modern hospisin kurucusu olmuştur (Saunders, 1996, ss.317-319). Cicely Saunders, kurduğu bu kurum, hızla başkalarına ilham kaynağı olmuş ve çeşitli hospis kurumları uygulanmaya başlamıştır. Tedaviden çok ağrı ve diğer semptomların kontrolüne vurgu yapan hastanın yaşamının sonunu onurlu ve rahat bir şekilde geçirmeye odaklanan hospis hareketi toplumun ihtiyaçlarına binaen İngiltere’den başlayarak sırasıyla Kanada, ABD, Yeni Zelanda, Avusturya, Japonya’da yaygınlaşmıştır (Özkan, 2011: s.70).

Hospis, palyatif bakımın bir parçasını oluşturmaktadır. Palyatif bakım; ciddi bir hastalığın tanı süreci ile aynı zamanda başlamakta ve iyileştirici veya hastalığı değiştirici tedavilerle birlikte uygulanmaktadır. Hastalığın

teşhisinden ölüm anına kadar ve hatta ölüm sonrası ailelerin yas süresince destekleyici bir bakım sağlanana dek sürmektedir (Şekil 1).



Şekil 1. Palyatif Bakım Süreci (Meier, 2011, s. 345)

Şekilde de görüldüğü üzere hospis bakım palyatif bakımın bir parçasıdır. Palyatif bakım ve hospis arasındaki ilişki üzerine farklı bakış açıları mevcuttur. Ancak özellikle sağlık sistemlerinde hastanın tüm yönlü ihtiyaçlarını merkeze alan ülkelerde palyatif bakım ve hospis birbirinden ayrı düşünülmez ve birlikte uygulanır. Palyatif bakım ve hospis felsefesi benzerlik göstererek hastanın ağrı kontrolü ile ruhsal ve manevi ihtiyaçlarını gidermeye çalışır. Ancak palyatif bakım sadece hastalıklarının son evresinde bulunan hastalar için verilen bir bakım değildir. İyileştirici ve yaşamı uzatan tedavilerle birlikte verilen ve hastalığın gidişatına bakılmaksızın ihtiyacı olan tüm hastalar için sunulan bir bakım hizmetidir. Hospis ise yaşamı uzatan tedavileri durdurmayı seçen/ölüme yaklaşmış hastaların ve ailelerinin bakımına odaklanmaktadır (Meier, 2011, ss.344-346). Homo sapiens/insan hayatının her döneminde değerli ve biricik varlıktır. Hayatın dışında tutulamayacak dönemlerin biri hatta son görüleni de ölümdür. Bireyin hayat kalitesinin, psiko-sosyal yönden iyilik halinin önemini vurgulayan sistemler bireyin ölüm sürecinde de “huzurlu ölüm” ün sağlanmasının gerekliliği üzerinde durur. Hospis bu yönde gelişme göstermiş bir bakım felsefesidir.

Hospis bakım, geleneksel tıptan farklı olarak belirli ilke ve teknikleri benimser, hastanın yaşamını uzatmak ve ısrarla hastalığın tedavisi için uğraşmaktan ziyade hastanın yaşam kalitesini artırmakla ilgilenir. Bu yönüyle hospis bakımın iki ana bileşeni vardır, “semptom kontrolü” ve “psikososyal bakım” (Parkes, 1985, s.155). Semptom kontrolü, özellikle ağrının giderilmesi için gerekli olan ilaç tedavisine özen gösterilerek sağlanır. Pek çok araştırmada ağrısız ölümün iyi ölüm için önemli bir etken olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (De Jong ve Clarke, 2009, s.61; Veillette vd., 2010, ss. 159-162; Pierson vd., 2002, s.587). Psikososyal bakım ise ölümcül hastalıktan etkilenen hastaların ve ailelerinin psikolojik, sosyal, ruhsal ve manevi ihtiyaçlarına yönelik gerçekleştirilen uygulamalardır. Alan yazında “iyi ölüm” ile ilişkilendirilen “hospis” tanımlamalarında farklılıklar olsa da pek çok çalışmada ortak olan nokta, ölüme götüren hastalığı olan bireylere ve ailelerine destek vermek; beden, ruhen, sosyal ve manevi yönden iyilik halini sağlamaktır.

Palyatif bakım ve hospis bakımda hastaların ve ailelerinin ihtiyaçlarını tespit etmek ve karşılamak için ekip yaklaşımı çerçevesinde hareket edilir. Hekim, hemşire, psikolog, sosyal çalışmacı, din görevlisi ve ihtiyaç duyulan farklı profesyonellerden oluşan bu ekip, hasta ve yakınlarının biyopsikososyal ve manevi alanlarda

yaşadıkları sorunlara bütüncül bir bakış açısıyla yaklaşım sergiler. Ölüm sürecinde olan hastanın ihtiyaçları tek yönlü değildir. Ağrı kontrolü, sosyal destek, manevi doyum, kişisel bakım bunlardan bazılarıdır. Dolayısıyla ekip gerekirse yas danışmanlığı da dahil olmak üzere hastaların ve ailelerin ihtiyaçlarına cevap vermek ve yaşam kalitelerini yükseltmek için disiplinler arası bir uyumla çalışır (WHO, 2018, s.5; Rymes, 1990, s.370).

Hospisin kurucusu Cicely Saunders kendi fikirleri ile alakalı bir sunumunda modern hospis felsefesini özetler. Bu ilkeler; ölüm kabul edilmeli, hastanın bakımı üyeleri birbiriyle iletişim halinde olan uzmanlaşmış disiplinlerarası ekip tarafından yürütülmeli, evde bakım programı uygulanmalı, terminal dönemdeki hastaların yaygın semptomları özellikle ağrısı etkili bir şekilde kontrol edilmeli, hastanın ölümünden sonra ailesi için yas bakım programı uygulanmalı, eğitim ve araştırmalar devam etmelidir (Saunders, akt.Bennahum, 1996, ss.4-5). Bu ilkelerden sonuncusu oldukça manidardır. İnsanın çok yönlü ihtiyaçlarını gören Saunders aynı zamanda insanın/toplumun değişen varlıklar olduğunu fark etmiştir. Sabit bir hospis anlayışı sunmaktan çok çalışmaların devam etmesi gerekliliğini vurgulamıştır. Bu da gösterir ki her ülke için olması gereken yaşam sonu bakımı farklıdır bu sebeple toplum yapısına uygun olarak şekillendirilmelidir.

Hospis bakım zannedildiği gibi yalnızca kurumlarda sağlanan hizmetler değildir. Hospis bakımın, evde bakım, yataklı bakım, gündüzlü bakım, eğitim ve araştırma merkezleri gibi uygulamaları bulunmaktadır. Hospis bakımın evde bakım hizmetleri kapsamında, hastalar kendi evlerinde kalmakta ve aileleri tarafından bakılmaktadır. Hospis ekibi, tıbbi bakım, hemşirelik bakımı ve psikososyal destek sağlamak için hastaları evde ziyaret eder. Zorunlu olarak 24 saat telefonla destek hizmeti sunulur. Yataklı bakım hizmeti kapsamında, hastalar hospis kurumlarda kalırken bakım alırlar. Kurumlar, hastanelere benzer, ancak daha huzurlu bir ortama sahiptirler. Ayrıca hastalar, biyolojik, psikolojik ve sosyal sorunlarına yönelik profesyonel meslek elemanlarından bakım alırlar. Özellikle evi veya bakıcısı olmayan ölümcül hastalar için önemli bir uygulamadır. Hospis gündüz bakım hizmeti, hastaların gün içerisinde kendi evlerinde kaldığı ve tıbbi konsültasyon, hemşirelik bakımı, rehabilitasyon ve/veya sosyal aktiviteler için bakımevine gittiği bir modeldir. Hospis bakım merkezine gidip gelebilecek durumda olan ve kendi evlerinde kalmaya devam etmek isteyen hastalar için bu hizmet sunulmaktadır. Eğitim ve araştırma merkezlerinde ise, palyatif bakım felsefesini ve bakım yaklaşımını öğretmek adına meslek elemanlarına ve halka yönelik eğitimler verilir. Ayrıca palyatif bakımı geliştirmek için araştırmalar yapılır (WHO, 2016, ss.33-35).

Hospis bakımın uygulanması ülkelere göre farklılıklar göstermektedir. Türkiye’de hospis daha çok kanserle mücadele noktasında ele alınmıştır. Türkiye Kanser Kontrol Planında (2016, s.62) hospis palyatif bakımın verilebileceği yerlerden biri yani “istirahat evi” olarak Türkçe’ye çevrilmiş, tedaviye yanıt vermeyen hastaların kalan son günlerini rahat geçirmesini; onurlu bir şekilde ölmesini hedefleyen semptom kontrolüne odaklanan ev atmosferine sahip hastane olarak tanımlanmıştır. Amaç kanser hastalarının hastalığın son evrelerini gereksiz tedaviye maruz kalmadan ölümü yakınları ile ev ortamına uygun bir

ortamda karşılaşmasını sağlamaktır. Türkiye’de hospis bakım kurumu prensibine ilk yakın kuruluş Türk Onkoloji Vakfı tarafından 1993 yılında İstanbul’da kurulan ve 1997 yılına kadar hizmet veren “Kanser Bakımevi”dir. İkinci “hospis” girişimi ise Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı tarafından 2006 yılında kurulmuştur. Sonrasında bu kurumun yasal düzenlemelerin olmayışı sebebi ile “Hacettepe Umut Evi” adı ile kanserli hastalara hizmet vermesi öngörülmüştür (Akçakaya, 2018, s.36). Türkiye’de daha önce de belirtildiği üzere palyatif bakım üniteleri bulunmaktadır. Ancak bir hospis uygulaması mevcut değildir ve palyatif bakım çoğunlukla ağrı kontrolüne ve kanser hastalarına odaklanmaktadır. Palyatif bakım/hospis bakım felsefesinin disiplinlerarası ekiple sorunlara bütüncül yaklaşımında eksiklikler bulunmaktadır. Aynı zamanda alanda eğitilmiş sağlık personeli eksikliği ve opioidlere erişim engelleri karşılaşılan diğer sorunlardır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016, s. 65; Kavşur ve Sevimli, 2020, s.728).

Palyatif bakım ve hospis bakımının gelişiminin önündeki engeller değerlendirildiğinde, özellikle bu alanla ilgili bilgi eksikliğinden ve ölüm/ölümle ilgili inançlar gibi kültürel ve sosyal engellerden kaynaklandığı öne sürülmektedir (Sur, 2015, 36-41). Bu açıdan ölüm kavramını ve Türkiye’de ölüm kültürü açısından palyatif bakım ve hospis bakımının gelişimi değerlendirilmek önem teşkil etmektedir.

3.Ölümün Değişen Anlamı ve Tibbileştirme

Varoluş ve ölüm birbiriyle anlam kazanan bütünleşen, her insanın gözlemine açık; hakikatin iki boyutudur. Ölüm deneyimlenerek değil gözlem ve tasavvurla betimlenebilen, insanların ondan etkilenme biçimlerinden hareketle açıklanan bir olgudur (Hökelekli, 1991, s.151). Ölüm varlığı sona erdiren bir durumdur ve dolayısıyla ‘nasıl yaşamam lazım’ sorusunun cevabını aratır? Bilinci bilinmezliğe götürür ve bu bilinmezlik insanları temkinli, yardımsever ruha sokar. Paylaşımı/özveriyi alabildiğine artırır, birlik/kardeşlik duygusunu perçinler. Tüm canlılar ölür ama bunu en çok hissedenden varlık insandır. Ölüm anı için empati geliştirir; hissiyatı onu yalnız kalmaktan kurtarır bir gruba ait hissetmesini sağlar (Güven, 2019, s.548).

Ölümü anlamlandırıldığı noktalardan birisi de sosyal yaşamdır. Sadece bireyi ilgilendiren bir mevzu değil sosyolojik bir durumdur ki bu iki boyutu ile açıklanır (Burcu ve Akalın, 2008, s.31). Birincisi ölen kişi için ölüm süreci onun sosyal ve biyolojik hayatına yönelik dinamiklerin sonlanmasıdır. İkincisi ise ölen kişinin varoluşunu sergilediği diğer kişiler için yaratacağı yoksunluk sürecidir. Ölümün kültürel bir olgu olduğunu gösteren diğer bir nokta ise sosyal ilişkiler ile şekillenen kayıp, keder, yas gibi kavramlar bu kavramlarla ortaya çıkan ritüellerdir. Bu dini ve kültürel ritüeller toplumların geleneklerine göre farklılık arz eder. Uygulamalardaki farklılıklara rağmen değişmeyen unsur: Ritüeller etrafında ortak bir kamusal alanı paylaşmak grup üyeleri arasında duygu birliği yaşatması nedeniyle toplumsal ruhu canlandırmasıdır (Güven, 2019, s.541).

Modern toplumlardaki sekülerleşmeye rağmen ölüme anlam yüklemeyi, başa çıkmayı, ölüme rağmen hayatı yaşanır kılmayı sağlayan etmenlerden biri de dindir. Birbirinden farklı dini inanışlar mevcut olsa da her dinin ölüm karşısında bir yorumu vardır. Zafer’e göre (2019, s.68) birbirinden farklı dinlere bakıldığında ölümü bir

son/yok oluş olarak ele alan din görülmez, ölüm yeniden doğuş ve yeni yaşamın başlangıcı olarak görülür. Bireyin hayata bakış açısı ve hayati anlamlandırması inandığı din ile aynı doğrultudadır.

Ölümün sosyal bir olgu oluşunun diğer bir yönü anlamının zamana ve yaşanan toplumsal merhaleye göre değişmesidir. Kellehear (2007, s.131-223) ölümün toplumsal tarihine değinirken üç dönemde ele alır. Taş devrinde insanlar saldırı, doğum sırasındaki anne-çocuk ölümleri, avlanma sırasında meydana gelen kaza, yılan sokması ya da yetersiz beslenme gibi ani ölümlerle hayatını kaybetmektedir. Yerleşik toplumlarda görülen hastalıktan kaynaklanan yavaş ölümler nadirdir. Bu durum da ölümü düşünmek ve ölüme hazırlanmak için zaman bırakmaz. Ölümden korunmak için savunma araçlarına ve doğa üstü güçlere başvurulmuştur. Pastoral çağda yerleşik hayat ile ölümler daha çok salgın hastalıklar ve kıtlık kaynaklıdır. Bu da öngörülebilir ölüm iyi ölüm idealini ortaya çıkarır. İyi ölüm ise iyi hazırlanmış ölümü ifade eder. Şehir çağında ise iyi ölüm yerini yönetilmiş ölüme bırakır. Yönetilmiş ölüm ölme sürecinde size eşlik edecek insanlara sahip olarak iyi hale getirilmiş ölümdür. Ancak bu çağda kentsel toplulukların kendi iyi ölümlerini kontrol etme alışkanlığı azalmış ve katılımcı benlik zayıflamıştır. İnsanlar kendilerini bir hizmet alanına yerleştirmişlerdir ve ölen insanlar sağlık tüketicileri, hastalar, müşteriler ve araştırma nesnelere haline gelmiştir.

Geleneksel toplumlarda ölüme ve ritüellerine daha fazla anlam yüklenirken modern toplumda bu hal değişir tören/ritüeller sadeleşir. Endüstri Devrimi'nden sonra kültürel yapının değişimi laikleşme ve bireyselleşmeyi çıkarır. Netice de ölüm sadece ölen kişinin ailesini değil kurumsal bir ağı kapsar. Ölümle ve ölüyle olan ilişkiler soyutlaştırılarak hane dışına çıkarılır. Modern toplumda ölümle ilgili önem kazanan unsur ölümü geciktirmek için yapılan tıbbi çalışmalardır (Turhan, 2021, s.90). Ölümü ertelemek, onu daha geç istemek insan yapısına özgüdür. Onun için simyacıların demiri altına çevirecek bir element hülyası gibi hep 'ölümsüzlük otu' peşine düşülmüştür. Ancak bunun kurumsal bir amaç haline gelerek bu amacın ölen kişinin önüne geçmesi modern toplumlara özgüdür. Nitekim ölümü uzatma sürecine odaklanmak ölen kişinin kendisiyle ve toplumla olan bağlantısının örselenmesine neden olmuştur.

Etnograflar daha çok ölümcül hastaların toplumdan izole edilerek sosyal ölümlerinin nasıl gerçekleştiğine yönelir. Bu modern hastanelerde ölümün nasıl yönetildiğini, biyolojik ölüm gelmeden hastanın toplumsal bağlarından kopararak sosyal ölümünün gerçekleştiğini gösterir. Ölümün tarihsel anlamda değişimini ele alan çalışmalar konuyu geleneksel ve modern ölüm anlayışı arasındaki ayrımı yaparak özetler. Bu ayrım ölümün geldiği noktayı gösterir ki modern dünyada bu ani bir değişim değildir. Zaten değişim dediğimiz olgu belirli bir zamana yayılır. Bu değişim süreci ölümün rasyonelleşmesi, sekülerleşmesi, bireyselleşmesi ve tıbbileşmesi gibi kavramları içerir (Kara, 2009, s.17-39). Geçmiş dönemlerde din ölümün anlamını belirleyici bir otoriteydi. Ancak aydınlanma çağında sekülerleşme ile ölüm alanında dini otoritenin etkisi azalır. Bu durum diğer alanlar içinde geçerlidir. Batı da din/kilise kurumunun toplumsal manada önemini yitirmesiyle tıbbın büyük bir toplumsal kurum olarak gelişme göstermesi eş zamanlıdır (Bauberot, 2008, s.50). Toplumda

belirli bir alanda oluşan boşluğu derhal başka bir otorite doldurur ve bu ölüm içinde söz konusudur. Geleneksel dönemde ölüm toplumsal din dili halindeydi, fakat modern dönemde insan ölümle kişisel anlam kaybıyla ve tıbbi uzmanlar, bürokratik prosedür aracılığıyla karşılaşmaktadır. Rasyonelleşme dediğimiz akıl çağı 'ölümü' dinsel çerçeveden akli çerçeveye yani kader anlayışından istatistiki olasılık anlayışına kaydırmıştır. Geleneksel toplumlarda insanların kendi yataklarında, ailelerinin yanında öldükleri ve ölümün yaşamın kaçınılmaz bir parçası olarak gördükleri kabul edilir. Doğal ilerlemenin parçası olarak kabul edilen ölüm ailenin, arkadaşların bakımında gerçekleşen kamu meselesidir (Kara, 2009, s.102). Modern toplumda ise birey ölüm karşısında korku, öfke, umutsuzluk, katlanma, karşı koyma, başarı, umursamazlık gibi tutumlar gösterir. Çünkü ölüm tedavi edilebilir bir hastalık olarak görülür ve tedavi edilemediğinde yani ölüm gerçekleştiğinde bu aklın en büyük yenilgisidir. Artık hayat ölümün nedenlerine verilen savaş haline gelmiştir. Bu kalıcı dehşetin uzaklaştırılması, onunla ilgili bir şey yapma gerekliliği bütün ilgiyi ölüm riskinde toplamıştır (Durmuşoğlu ve Ataman, 2018, s.135-137). Riskler ortadan kaldırılmaya çalışılsa da insanlığın ölümle olan savaşında ölüm hep galip gelmektedir. Ünal (2011, s.24) Amerikan toplumu ölümü yadsır ve kaçınır; sağlık çalışanları bile ölümden bahsetmek istemez, defin işlemleri kurumlar aracılığı ile gerçekleşir. Örneğin cenaze işlerinde özel işletmeler her şeyle ilgilenerek ölüyü ortadan kaldırır. Yani eskiden ölüm evlerde ve yakınların yanında gerçekleşmekte iken modern hayatta kuruluşlarda yalnız olarak gerçekleşir. Bu yalnız ölüm batı toplumlarında yine yaşantının sonucunda meydana gelir. Dinsel-geleneksel otoriteler yerini yeni bireyci otoriteye bırakmaktadır. Birey olan aktör geleneksel yapıların sağladığı ümit, korku, davranış ve düşüncelerinden kendini uzak tutmaktadır. Bu yoğun bireyci davranış kalıbı ise toplumsal alanda anomi ve moral değerlerinin yıkımına yol açmaktadır (Kara, 2009, s.106-107).

Tüm bunları içinde barındıran daha kurumsal yapıyı ifade eden kavram ise tıbbileştirme/medikalizasyondur. Yaşam üzerinde tıbbin kontrol ve denetiminin artmasıyla geçmişte hastalık olarak kabul edilmeyen durumların artık hastalık veya rahatsızlık olarak kabul edilmesi durumudur. Modern dünyada sağlık, hastalık konusunun popüler hale gelmesi ve bu durumu belirleyici faktörün tıp tekelinde bireylerin yaşamlarının ve modern tıbbin nesnesi olan bedenin denetlenmesidir (Kurtdaş, 2017, s.985). Endüstri toplumunun ortaya çıkardığı kurumları eleştiren Illich (1995) tıp kurumunun birey üzerindeki otoritesini kavramlaştırır ve tanımını yaptığımız tıbbileştirmeyi "iatrojenez" kavramı ile ortaya koyar. Bu kavramı klinik, sosyal ve kültürel iatrojenez olarak ele alır. Konu bağlamında odaklanacağımız nokta daha çok sosyal ve kültürel iatrojenez olacaktır. Sosyal olanın tıplaştırılmasını, tıbbi bürokrasinin insan yaşamı üzerinde yarattığı sağlıksız durumları kapsar. Bunu stresi çoğaltarak, kişiyi aciz duruma düşüren bağımlılığını artırarak, ağrıya karşı tolerans eşiğini düşürerek, başka birine sığınma aralığını daraltarak ve kendi kendine iyileşme hakkını ortadan kaldırarak yapar. Sosyal iatrojenezin hâkim olduğu toplumlarda sağlık hizmetleri standart bir metaya dönüşmekte, evler doğum, hastalık ve ölümün konukluğunu istememekte, yaşanılan tüm acılar hastanelik olmakta, insanların kendi bedenlerini anlayabilecekleri dil bürokratik ve anlaşılmaz bir dile

dönüşmekte, hasta rolü dışındaki acı, yas, iyileştirme bir sapkınlık olarak etiketlenmektedir (Illich, 1995, s.38).

İlkel toplumlardaki tıp olgusu dini inanış ve kültürel öğeler çevresinde şekillenmiş bu nedenle hastalık ve ölüm tanrının cezalandırması, kötü ruhların musallatı gibi yorumlanır. Hekimlere tanrısal ve ruhani kişilik özellikleri yüklenir. Kutsal ve mitolojik bir otorite olarak hekimler kendisinden korkulan, hastalığı yok eden, ağrıyı dindirendir. İlkel dönemin bitişinde Hipokrates 'in ilkeleriyle şekillenen hekimlik ahlakı akılcı ve deneysel temellerle ruhani unsurlardan ayrılarak modern tıp haline gelir (Çelik ve Erdem, 2016, s.63). Aslında otorite değil otoritenin güç kaynağı değişir. Gücünü ruhani olandan alan hekim şimdi gücünü akıldan almaktadır. Illich' e göre 'yargıç neyin yasal neyin suç olduğunu belirlerken hekim ise neyin semptom kimin hasta olduğunu belirler'. Tıp bir kişinin şikayetini meşru bir hastalık olarak etiketler, herhangi bir şikâyeti olmayanı hasta ilan eder. Hatta bir başkasının acısının, maluliyetinin ve ölümünün toplumca kabulünü reddetme yetkisi bulunmaktadır (Illich, 1995, s.41).

Tıp gücü/otoriteyi devam ettirmek için sosyal alanda hastalık üretmektedir. Geçmişte görülmeyen hastalıklar görülmeye başlanmakta ya da araz olarak tanımlanmaktadır. Doğum, yaşlanma, anksiyete, duyu durum bozukluğu, ölüm gibi hayatın doğal akışı içinde yaşanan süreçler müdahale edilmesi gereken hastalık olarak tanımlanmakta ve şeker hastalığı, tansiyon gibi yaygın hastalıklarda tanı sınırı değişiklikleri ile yeni hasta bireyler ortaya çıkartılmaktadır (Kılıçaslan, 2015, s.22). Yaşam basamakları risk yaşı adı altında tıplaştırılmaktadır. Yaşam boyu gözetim, yaşamı her biri ayrı bir vasilik gerektiren riskli dönemlerden oluşan bir zincire dönüştürmektedir. İnsanlar beşikten son durağa dek her yaş grubu sağlığı ayrı ayrı grupladığı insanlara göre tanımlayan bir güç tarafından koşullandırılmaktadır. Yaşam daha iyi olması için kurumsal olarak planlanması ve şekillendirilmesi gereken bir istatistiksel fenomene indirgenmektedir. Bu biyomedikal hizmet yığını ile insanlar yaşamının her basamağında o yaşa özgü engelli bireyler haline getirilmektedir. Bunun en belirgin örneği ise yaşlılıktır. Bu bürokrasi yaşlıları evden alıp götürmektedir. Yaşlılar profesyonel hizmetlere ne kadar bağımlı hale getirilirse kurumlara itilen insan sayısı artacak ev komşuluğu ise bağımlı kişileri dışlayacaktır. Aynı zamanda kurumlara girdikten soran ilk bir yıl içinde ölüm hızı artmaktadır. Evden, alıştığı çevreden ayrılmak farklı hastalıkların ortaya çıkmasına ve ölüm oranının artmasına neden olmaktadır (Illich, 1995, ss.59-63). Demir (2017, s.195) bireyin kendi ölüm döşeğinde hayatına veda etmesini ölümün yaşam karşıtı olarak konumlandırılmadan tam tersi yaşamın kaçınılmaz bir uzantısı, bir parçası ya da tamamlayıcısı olarak yorumlamaktadır. Ölüm döşeğinin ölmenin kolektif kabulü ile onaylandığı, ritüeller eşliğinde beklendiği bir hazırlık mekânı olarak tanımlamaktadır. Ölüm döşeği; ölmekte olan kişinin sevdikleriyle konuşabildiği, önerilerini onaylatabildiği, böylece yüklerini atarak ölüme yönelebildiği bir geçiş bölgesi olduğu ifade edilmektedir. Ancak tıp kontrolünde kurumsal mekanlarda, belirli bir prosedür dahilinde gerçekleşen ölümlerde bunlar mümkün olmamaktadır.

Ölüm ve ölüm ritüelleri toplumsal bağlılığı artırır lakin endüstri egemenliği dayanışmanın en geleneksel bağlarını koparmıştır. Bu birlik duygusundaki boşluğu endüstrileşmiş tıbbin kişisiz ritüelleri yapay bir birlikle doldurur. Tüm insanları makbul bir ölüm modelinde birleştirmektedir. Bu makbul ölüm ise ekonomik gelişimin bir göstergesi olarak hastaneden ölümdür. İnsanların aynı tür ölümle ölmesi gerektiği miti mülksüzlerin çirkin ölümlerini bugün ki geri kalmışlığın sonucuna dönüştürmekte ve mal sahiplerinin suçluluk duygusunu hafifletmektedir (Illich, 1995, s.145).

19. yüzyılda tıp akılcı yöntemler ile bilgi ve tedavi tekniklerine dayalı pratiklerle hastanın sağlığına kavuşturulmasını insani bir faaliyet olduğu fikrini yaymıştır. Şifayı verenin Tanrı olması toplumsal manada önemini kaybetmiştir. 20. yüzyılda ise doktorların gözetiminde hasta olarak ölmek vatandaşlık hakkı haline gelmiş ve hayat boyu tıbbi bakım tüm toplum fertlerine götürülmesi gereken hizmete dönüşmüştür (Durmuşoğlu ve Ataman, 2018, ss.132-134). Bugün ise kendi ölümünü hazırlama ihtimali en düşük olan kişiler kritik durumdaki hastalardır. Onun ne zaman öleceğine tıbbi sisteme göre davranan toplum karar vermektedir. Toplumun tıplaştırılması doğal ölümü sona erdirmiştir. Mekanik ölüm diğer ölüm şekillerini ele geçirmiştir. Batılı insan kendi ölüm sürecinde söz söyleme hakkını yitirmiştir. Sağlık ya da özerk direnme gücü ölünceye dek kamulaştırılmıştır (Illich, 1995, s.148).

4. Türkiye’de Ölüm Kültürü

Türkiye ‘de 2018 yılı ölüm nedeni istatistiklerine bakıldığında ilk üç sırada dolaşım sistemi hastalıkları, iyi ve kötü huylu tümör ve solunum sistemi hastalıkları gelmektedir (TUİK, 2019). Bu hastalıklar genel itibariyle ölümden önce tanı koyulan ve tedavi amacı ile hastalığın seyrinin izlenebildiği durumlardır. Yani ani ölüm şeklinde değil belirli bir süreci kapsayan ölümlerdir. Görüldüğü üzere Türkiye’deki en sık görülen ölüm nedeni hastalıktır. Hastalık ise sadece bir rahatsızlığın olması ile açıklanmaz. Anormal bir durum olarak bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal fonksiyonlarını önceki haline göre azaltmakta hatta tüketmektedir. Hastalık bireyin çevresi ile etkileşimini, uyumunu, üretkenliğini, verimliliğini ve bunların kendi arasındaki denge durumunu bozmaktadır. Bu noktada bireyin hasta olarak tanı alması sürecinde çevresindekilerin de yani hem bireyin hem çevresinin ele alınarak değerlendirilmesi önem taşımaktadır. Çünkü hastalık bireysel düzeyde mental, fiziksel ve fizyolojik; toplumsal düzeyde uyumsuzluk ve dengesizliği ifade etmektedir (Bolsoy ve Sevil, 2006, s.80). Bireyin hastalık karşısındaki tutumu ise ölüm algısı ile şekillenir. Hastalık ölümün en büyük hatırlatıcısıdır. Aynı zamanda bireyin tutumunu toplumsal algıdan bağımsız şekilde düşünmek doğru olmayacaktır. Toplum içinde şekillenen birey hayat, var olma, hastalık ve ölüm gibi kavramlara içinde bulunduğu toplumun anlayışına göre anlam verme eğilimindedir. Bu sebeple Türk kültüründeki ölüm algısı ele alınacaktır.

‘Ölüm’ fiziki kayıp ve diğer bir bakış açısıyla toplumsal kayıp olarak karşılık bulur. Bireyin kaybı toplumda kültürel unsurlar ve dini ritüellerin desteği ile kapatılmaya çalışılır. Yani ölüm dini ve aynı zamanda kültürel alanda karşılık bulur. Ancak ölüm toplumsal yapı ile doğrudan değil dolaylı yoldan temas kurmakta ve bunu

kültürel semboller, dini törenler, merasimler ve diğer unsurlar aracılığı ile yapmaktadır (Sağır, 2012, s.905). Türklerdeki bu ritüellere değinmeden önce ölümü genel olarak anlamlandırma, ölüm karşısında takınılan tavra baktığımızda bunu İslam dininin bir gereği olarak dünyanın geçiciliğine olan inancın şekillendirdiği görülür. Bu doğrultuda geçmiş dönemlerde ölümcül veba hastalığının görülmesinde dahi kendilerini ve ailelerini soyutlama altına almayan davranışlar gözlemlenmiştir. Ölen kişiye nasıl davranılması gerektiği, ölüm sürecinin nasıl yürütüleceği Kuran ve geleneklere göre belirlenmiştir (Karayaman ve İnal, 2017, s.677). Genellikle belirli bir dini inanca mensup insanlar ölümden sonra başka bir hayat olduğuna inanır. İslamiyet öncesi ve İslami dönem Türk toplumunda insan bedeninin ölümlülüğüne ve ruhun ölümsüzlüğüne inanılır. İslamiyet öncesi dönemlere ait Türk mezarlarında bulunan araç-gereç ve at iskeletleri ölümden sonraki hayat inancının somut örnekleridir (Duman, 2012, s.2). Genel anlamda ölüm Türklerde her dönemde yaşamla birlikte ele alınmış, bir yok oluş değil yaşamın devamı, bir yer değiştirme olarak algılanmıştır. Geçmişten günümüze dek ölüm anlayışı ve geçmiş ritüeller kısmen değiştirilerek benzer uygulamaların sürdürüldüğü görülmektedir. Sosyal değişme ve farklı inanç sistemlerine rağmen kültürel alışkanlık haline gelmiş uygulamalar söz konusudur (Yılmaz, 2016, s.251).

Türkiye 'de belirli coğrafi bölgelerde ölüm sürecinde uygulanan ritüeller üzerine yapılan araştırmalar mevcuttur. Bu araştırmalar bölgesel nitelikli olsa da uygulamalar açısından benzerlik taşır. Araştırmalar bu ritüelleri genel manada ölümden önce, ölüm sırasında ve ölümden sonra şeklinde sınıflandırır. Bir kişinin öleceğinin anlaşılması durumunda ilk amaç kişiyi ölüme hazırlamaktır. Bu durumun bir ayrılış ve geçiş süreci olduğu çevresindekiler tarafından hissedilir. Bu sebeple ölmekte olan kişinin istekleri yakın çevresi tarafından özenle yerine getirilmeye çalışılır (Eren, 2012, s.261). Hasta yatağında ise birtakım uygulamalar yapılır. Hastanın ağzına su/zemzem sürülmesi, başında dualar, ilahiler okunması bu uygulamalardan bazılarıdır. Özellikle tek tanrılı dinlerde ölümlle alakalı dua ritüeli önem taşır. Dua ilk aşamada hastanın iyileşmesi adına yapılmakta ancak hastanın durumunun ağırlaşması halinde bu ihtimal unutulmadan ikincil amaç olarak hastayı ölüme hazırlamayı, ölümü hasta için daha kolay hale getirmeyi amaçlar (Güven, 2019, ss.542-544). Hastanın iyileşme ihtimali azalsa da hasta yalnız bırakılmamakta, ölüm aşamasında dahi ona ölümü için yardım etme güdüsü görülmektedir. Ölümden hemen sonra yapılan uygulamalar ise ölüyü diğer dünyasına göndermeye ön hazırlık niteliği taşır. Ölüm gerçekleşikten sonra yapılan ilk işlem olayın duyurulmasıdır. Duyurma işlemi ölü yakınlarının ağlamaları ve komşulara haber vermeleri ile başlar. Anadolu da bunun için haberci çıkarılır, haberci evleri dolaşarak mahalle ya da köye haber verir. Günümüzde ise telefon gibi iletişim araçları kullanılarak bu işlem gerçekleşir (Ölmez, 2008, s.33; Sağır, 2012, s.908). Ayrıca bu duyurma işlemini gerçekleştirmek için camilerde ölü salası okunmaktadır. Salada Hz. Peygambere salat ve selam getirildikten sonra ölen kişinin kim olduğu cenazenin nerede ne zaman kalkacağı ilan edilir (Keskin, 2006, s.12). Bu şekilde yakın çevre de ölüm haberini almış olur. Anadolu da haber duyulduktan sonra bütün işler bırakılır, eğlenilmez, gülünmez, eğlence aracı olan televizyon açılmaz ve buna benzer

faaliyetler yapılmaz (Sağır, 2012, s.908). Bu da ölen kişinin ailesinin acısına ortak olmak anlamına gelir. Ölen kişinin haberi duyulduktan sonra halk tarafından o kişinin öleceğine dair birtakım rüyalar, davranışlar, olaylar sesler, alışılmamış durumlar olduğu söylenir. Bu davranış birçok toplumda görülür. Davranışın temelinde her an ölümle karşı karşıya kalma, ölümlü olma, ölüm karşısındaki çaresizlik ve yoksunluk yatar (Güven, 2019, s.543). Daha sonra ölen kişinin defin işleminin gerçekleştiği cenaze töreni yapılır. Bu törenler toplumsal bağlamda birçok işlevi gerçekleştirir. Bu toplumsal etkileşim ağı geride kalan insanların ölüm karşısında duydukları acının üstesinden gelmesini, sonrasında toplum birliğinin tekrardan sağlanmasını ve bu durumun geniş bir alan ile paylaşımını sağlar (Sağır, 2012, s.907). Eski Türklerde bu törenin adı yuğ olarak geçer. Törenlerde sagular okunmakta ve duyulan acı dile getirilmektedir. Türklerdeki yuğ törenleri ve törenlerdeki uygulamalar ölümün Türk toplumu tarafından yokluktan ziyade ebedi olarak mekân değiştirmeyi ifade ettiğini gösterir. Ölüm olması gereken normal bir hadise olarak anlam bulur (Duman, 2012, ss.2-4). Eski seyyahlar Türklerin mezar kültürünü ele alırken mezarlıkları yol kenarlarına yapmaya çalıştıkları bu alanların kolay ulaşılabilir, sessiz ve huzurlu atmosfere sahip olduğu dile getirir. Ayrıca Türklerin mezar kültüründen yola çıkarak, Türklerin ölümden korkmayan bu durumu kader olarak nitelendiren bu sebeple ölümlere ve defnedildikleri yerlere saygılı davranan bir millet olduklarını belirtilir. Mezar başında selvi ağaçlarının yükselmesi ve etrafının çiçeklendirilmesi mezarlıklara verilen önemin göstergesi olarak değerlendirilir. Seyyahların dikkatini çeken diğer uygulamalar ise cenazenin taşınmasında yardım edilmesi, törenlerin sessiz ve yalın bir atmosferde gerçekleştirilmesidir (Karayaman ve İnal, 2017, ss.682-686).

Türkler ölümü hayatın içinde ele alır, doğum gibi doğal bir olay olarak görür. Bu algının yanı sıra ölümün gerçekleştiği yakın çevrede yoksunluk hatta hiçlik duygusunu da yaşattığı bir gerçektir. Bu kriz durumu toplumsal birlikteliği içeren uygulamalar ile aşılmıştır. Birey ölüm anında yalnız bırakılmaz, ölümüne yardımcı olunur; aileye süreci atlatması için destek olunur. Anadolu'da farklı yörelerde ölüm sonrası geride kalanların hayatını kaybeden kişiyi anmaları ve ölüm acısını paylaşmak amacıyla akrabalar tarafından cenaze evine her akşam sıra ile yemek yapıp götürmek aileyi desteklemek için yapılan uygulamalara önemli bir örnektir (Akdağ vd., 2019, s.554-556). Ancak yine de yaşanan sosyal değişim ve yansımaları bu sürecin daha farklı yönetilip yönetilmeyeceği sorusunu özellikle büyük şehirlerde gündeme taşımıştır. Nitekim TÜİK verilerine göre 2021' de tek kişilik hane halkı sayısı %18,9 olmuş ve son sekiz yılda %5 artış göstermiştir (TÜİK, 2022). Yalnız yaşayan kişilerin ölümü toplumsal destek sağlanmadan bir başına gerçekleşebilmekte ve bu boşluk belediyeler başta kurumlarla doldurulmaktadır. Türkiye'de ölüm yeri tercihlerini içeren kapsamlı bir nitel araştırma yoktur. Ancak bazı çalışmalardan yola çıkarak durum tespiti yapılabilir. Avcu ve arkadaşları (2018)'nin hekimlerin terminal dönem hastalığı olması durumunda nerede ölmek istediklerini belirlemeye yönelik yaptığı çalışmada hekimlerin %71,42' sinin evde ölmeyi tercih ettiği tespit edilmiştir. Kırsalda yaşayan yaşlılar üzerine yapılan çalışmada ekonomik durumdan kaynaklanan farklılar ortaya

çıkıştır. Üst sınıftaki insanlar tıbbın teknik/teknolojik imkanından faydalanarak doktor kontrolündeki evde ölümü tercih etmektedir. Alt ve orta sınıfta ise hastanede ölümün gerçekleşmesi mutlu olmayan ölüm beklentisini gündeme taşımıştır. Hastalık seyri öngörülemez tedavisi tümüyle sonlandırılan yaşlılar ise çoğunlukla evde ölmeyi tercih ettiğinden mutlu ölmüştür. Ayrıca bu incelemenin mühim noktalarından biri 'iyi ve mutlu ölümü' birbirinden ayrı tutmasıdır. İyi ölüm bireyin palyatif bakım altında ileri tıbbi müdahalelerle iyileştirilmeye çalışılması ile ilişkili iken mutlu ölüm bireyin istediği yerde sevdiği arasında ölmesi ile ilişkilidir (Nerse, 2020, ss.149-151). Ölüm sürecinin yönetilmesinde bu fark göz önünde tutulmalıdır.

Tartışma ve Sonuç

Hospis bakımın ortaya çıkış süreci ve seyri göz önüne alındığında temel amacının geleneksel tıptan ayrıştığı dikkat çeker. Geleneksel tıp hayatı uzatma pahasına tedavinin acıları artırması öngörüsünü kabullenir. Hospis bakım ise yaşam miktarından ziyade yaşam kalitesine odaklanır. Temel amaç acıların dindirilmesidir (Namal, 2009, s.41). Hospis düşüncesinin organizatörleri ilk olarak hospisi geleneksel hastane bakımından ayırmaya uğraşmışlardır. Ancak 1972'de ABD hükümeti hospis bakımını geleneksel kurumların bünyesine dahil etmeye çalışmıştır. Bu durum ölüm sürecine olan ilgiyi artırmıştır (Bennahum, 1996). Hospisin temel ilkeleri onun bir kurumun prosedürü olmaktan ziyade bir bakım felsefesi olduğunu gösterir. Çünkü gaye ölmekte olanın bir kurum altında tutulması değil bu süreçte yaşam kalitesinin artırılmasıdır. Hospis programın amacı ise hastayı sosyal hayatından uzaklaştıran ve tıbbi tedaviye mahkûm eden bakım modelinden kurtarmaktır. İngiltere'de 1960'ların sonunda bu hizmet modeli yaşama geçirilmeye çalışılmıştır. Başlangıçta ölmekte olanlar yurtlara alınarak profesyonel ekip tarafından ölümlerine dek bakılmıştır. Ancak kısa bir süre sonra hem İngiltere hem ABD de kurumda ve evde hospis modelini uygulamak yaygınlaşmıştır. Özellikle ABD de hizmetin evde verilmesi daha çok benimsenir (Namal, 2009, s.40). Bu durumda önemli olan nokta bireyi kuruma sıkıştıran bakım modelinden ziyade bireyin ağrı kontrolünün yapıldığı ve aynı zamanda sosyal ortamından koparılmadığı evde hospis bakım modelidir.

Evde hospis modeli benimsense de Batı toplumunda hospis kurum olarak oldukça yaygınlık göstermiştir. Birey hospis kurumuna alınmadan önce yapılabilecek tedavi biçimleri denenmiş olması gerekir. Hastalığın artık iyileşme ihtimalinin olmadığı tıbbi olarak açıklanmış olmalıdır. Bu durumda ise hasta artık mucizevide olsa iyileşme ihtimalinin olmadığı bilincindedir. Aynı zamanda hastalar açısından hospis kurumunda kalma sürelerinin ölümle sonuçlanacağı ve taburcu edilme durumunun olmayacağı anlamına da gelmektedir. Bu perspektiften ölüm ve ölmek hospis kurumunda bir problem olarak sorunsallaştırılmaktadır. Hastanın yaşam sonu bakımı bir görev olarak formüle edilmekte ve pozitif bakış açısı ile yerine getirilmesi hedeflenmektedir (Bağ, 2012, s.122). Hospis bakım modeli bireyi hastalığa odaklanan geleneksel tıbbi modelden kurtarmıştır. Ancak kurumsallaşan bakım ise bireyden ziyade ölüme odaklanmış gibi gözükmektedir. Ölümü hayatın içinde yaşamak ve toplumsal kaynakları kullanarak baş etmek kurum bakımı

ile mümkün olmamaktır. Ölümü kontrol altına alınması gereken bir hastalık gibi ele almak ve profesyonel ekip ile yönetmeye çalışmak ölümün tıbbileştirilmesine aracılık etmektedir. Illich (1995, s.67) yaşamın tıbbileştirilmesini modern tıbbın insanları rahatsızlanmadığı halde hastalara dönüştürmesi, hasta bakımının ve sağlığın korunmasının meta halini alması, insanların kendi geleceği hakkındaki sorumluluğunu kurumlar tarafından yönetilmeye bırakması olarak açıklamaktadır. Hospisin bireyin ağrı kontrolünü sağlaması ve psikososyal sorunlarına yönelik destekleyici yaklaşımı ve bunları hastane değil de ev ortamına benzer kurumlarda yapması yönünde faydaları görülmektedir. Ancak ağrı kontrolünü ev ortamında da gerçekleştirmek mümkündür. Nitekim gerçekleştirilen çalışmalarda evden ve kendi topluluğundan uzakta gerçekleşen ölümün 'kötü ölüm' olarak değerlendirildiği gözlemlenmiştir (Seale, 2004, s. 967; Borbasi vd., 2005; Carr, 2003; Granda-Cameron & Houldin, 2012; Wilson, 2009). Hospis ideolojisi ise bir ev ya da 'ev benzeri' ortamda ölümü desteklemektedir. Bu sebeple ölüm bir kurumda gerçekleşecekse dahi bu kurumun hastane benzeri olmaktan ziyade ev ortamına benzer bir yapıda dizayn edilmesi gerekmektedir.

Türkiye'de hastanelere bağlı palyatif bakım üniteleri bulunmaktadır. Bunun yanında birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmiş olan, KETEM ve STK'larla desteklenen Pallia-Türk projesi Türk toplumuna uygunluğu açısından önemli görülen bir projedir. Gerçekleştirilen uygulamalarda eğitimli personel eksikliği ve hastaların biyolojik sorunlarına odaklanmanın yanında psikolojik, sosyal ve manevi yönleri açısından da destek sağlama konusunda yetersiz kalınabildiği ve ayrıca etkili ekip yaklaşımının gerçekleştirilememesi literatürde tartışılan konular arasında yer almaktadır (Temelli, 2018). Etkili ekip yaklaşımının yerleşmemiş olması palyatif bakımın uygulanmasında bütüncül iyilik halini sağlamanın önünde önemli bir engeldir. Hekim, hemşire, anestezi uzmanı, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, din görevlisi vb. ekibin içerisinde aktif olarak hizmet sağlamalıdır. Ancak Türkiye'deki uygulamada palyatif bakım ünitelerine özgü sürekli bir psikolog ve sosyal hizmet uzmanının bulunmaması önemli bir eksiklik olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle sosyal hizmet uzmanları, ölüm sürecindeki hastalara ve yakınlarına Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği (NASW,2003) tarafından *Geçici Bakım ve Yaşam Sonu Bakımda Sosyal Hizmet Uzmanları için geliştirilen standartlar* ile kapsamlı tıbbi ve psikososyal destek hizmetleri sunan disiplinlerarası ekipte önemli roller üstlenmektedir (Tuncay, 2013: 145-154). Hem varoluş felsefesi hem sosyal hizmet insanın biricikliğine vurgu yapar. Her insanın bağımsız bir birey olduğuna, bu noktada kendi seçimlerini yapmaları ve sorumluluklarını almalarına, kendilerini tanımları ve yaşamın anlamına ulaşmalarına odaklanmaktadır (Çelik, 2017, s.426). Buradan hareketle sosyal hizmet uzmanları yaşam sonu süreçte hasta ve yakınlarının biricikliğine saygı göstererek, bu süreci kabullenmelerinde ve ihtiyaç duydukları ekonomik ve psikososyal desteği sağlamada öncü rol üstlenmelidir. Nitekim yapılan çalışmalarda hasta yakınlarının ekonomik, psikolojik ve sosyal pek çok sorunla karşılaştıkları ve bu süreçte maddi/manevi desteğe ihtiyaç duydukları belirtilmiştir (Turgut ve Soylu, 2020, s.469-472).

Ayrıca hospis bakım uygulaması Türkiye’de mevcut değildir. Ancak yalnız yaşayan bireylerin sayısının her geçen gün artması ev ortamına benzeyen kurum temelli uygulamaları gerekli kılacak etmenler arasında yer almaktadır. Ancak bu bakım modeli bir kesim için gerekli görülse de bireyi aşırı uzmanlaşmış bir ortamda evinde gibi hissettirmeye çalışmak kolay olmayacaktır. Bunun yerine kendine iyi gelen sosyal ortamında bireyin veya çevresindekilerin kendine yetebilecek kadar uzmanlaştırılması hem etkililik hem ekonomik anlamda yarar sağlayacak bir durumdur. Yani temel sağlık müdahalelerini uzmanların yapması gerekse de halkın kendi kendisine yaptığı müdahalelerinde yararlı olduğu görülmektedir. Kişinin kendisinin, bir aile ferдинin veya komşusunun tedaviye ne zaman gerek duyduğu veya ne zaman yapılacağı konusunda bilgi sahibi olması ve sorumluluk taşınması durumunda tedavinin daha fazla yarar sağlayacağı kanıtlanmıştır (Illich, 1995, s.61). Aynı durum yaşam sonu bakım içinde geçerlidir.

Bireyi ölümü yoğun olarak hissettiği bir atmosfer içine almak ister istemez karamsarlığa sürükleyecektir. Hospis ölümü hızlandırmak veya yavaşlatmak gibi bir politikaya sahip değildir. Ancak teşhis stresi yoğunlaştırır, yetersizlik hissettirir, özerklik kaybına, sağlığı geri kazanamama ve gelecekteki tıbbi bulgulara bağımlılık üzerine yoğunlaşmaya sebep olur (Illich, 1995, s.72). Türk toplumu ölümcül hastalık karşısında son evreye kadar “can çıkmadan ümit kesilmez” anlayışı ile hareket etmektedir (Karaca, 2000, s.119). Bu durum ise hospis kurumun ölüme odaklanan yapısının aksine bir tutumdur. Ayrıca Türklere ölüm her zaman doğal sürecin parçası olarak görülmekte ama kimse kendi halinde ölümüne terk edilmemektedir (Özkan, 2021, s.417). Ölüm ve çevresinde gelişen süreçler toplumsal değere sahiptir. Ritüeller tek başına değil etkileşimde bulunulan toplumla beraber gerçekleşir. Anadolu da bir düğün töreninde toplanan insan sayısını bir cenaze töreninde de görmek mümkündür. Bu durum toplumun ölüme yüklediği anlamı bize göstermektedir. Türkiye’de küreselleşmeden payını almakta; belirli değişimler geçirmektedir. Ancak bu değişimin neresinde olduğu, hedeflenen uygulamaların değişimden kaynaklanan bir ihtiyaç mı olduğu veya değişimi hızlandıran bir araç mı olduğu iyi saptanmalıdır.

Palyatif bakımla ilişkili yaşam sonu bakımının iyileştirilmesi, bireyin onurlu bir şekilde ölmesinin sağlanması; palyatif bakımın daha da gelişmesi için hospis kurumlarının Türkiye’de kurulması, yaygınlaştırılması yönünde çalışmalar vardır (Sucaklı ve Koşar, 2016; Işıkhani, 2008; Aslan, 2020; Uzuncu vd., 2013; Sucaklı, 2013). Yalnız yaşayan birey sayısı her geçen gün artmakta, ölümcül hastalığa yakalanma oranları yükselmekte; özellikle kanser hastalarının yaşam sonu bakımında palyatif bakım ve hospis kurumu önem kazanmaktadır. Nitekim hospis ya da hastanede ölme tercihleri ile ilgili 2001 yılında gerçekleştirilen bir araştırmada hastaların %47’sinin evde bakım verenleriyle ölmeyi tercih ettikleri; %54’ünün ise daha iyi bakım alabileceklerini düşündükleri için hastanelerde ölmeyi tercih ettikleri sonucuna ulaşılmıştır (Aksoy vd., 2001). Bu kurumlara olan ihtiyaç her geçen gün artmasına rağmen bunu toplumun inanç/değerlerini dikkate almadan entegre etmeye çalışmak uzun vadeli sorunlara yol açar. Toplumun var olan gücü manevi dinamiği evrilerek yarar üretmelidir. Batı toplumunun kültürü itibarıyla yaşam sonu bakım için kurumsallaşmaya ihtiyaç duyması

olağandır. Çünkü yoğun bir bireyselleşme iliklerine dek sinmiştir. Bireyselleşme yakın aile bağlarını zayıflatmakta ve yalnızlaşmaya neden olmaktadır. Yalnızlık ve erken ölüm arasındaki bağlantılar incelendiğinde ise, yalnızlığın ölüme etkilerinin obeziteden bile daha büyük olduğu dair bulgular elde edilmiştir (Swader, 2018, s. 1-3; Holt-Lunstad vd., 2015, s.236; Nickerson, 2021). Ancak bu hal Türkiye için geçerli değildir. Belirli değişimler söz konusu olsa da aile, komşu, hemşerilik gibi kavramların etkisi hala büyük ve etkindir. Hatta büyükşehirlerde mahalleler hatta siyasi tavır bile buna göre konuşlanır. Kişinin hiçbir kurgu ortamda bulamayacağı manevi/moral desteği veren bu yapı ihmal edilmemelidir. Amaç, yapay destek ünitelerini artırmaktan ziyade bu anlayışla hareket eden köyünde, mahallesinde, sokağında, evinde hospis programını etkin hale getirmek ya da var olan uygulamaların istenmedik yönlerini budayarak müspet yönlerin maddi/manevi beslenmesi olmalıdır. Bu ihtiyaçlar ve kültürel yapı göz önünde bulundurularak yalnız yaşayan bireyleri de göz ardı etmeden minimum düzeyde gereken kurumsal destekle birlikte evde hospis bakım programını etkin hale getirmek bu tartışmanın sonunda çıkarılan önemli bir sonuçtur.

Kaynakça

- Akçakaya, A. (2018). Palyatif bakım. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 48, 36-37.
- Akdağ, G., Sormaz, Ü. ve Özata, E. (2019). Yas Törenlerinde Yemeğin Varlığı: Ölüm Sonrası Yemek Ritüelleri. VIII. Ulusal IV. Uluslararası Doğu Akdeniz Turizm Sempozyumu Bildiriler Kitabı, 552-557.
- Aksoy, S., Cevik, E. ve Edisan, Z. 'The Attitudes of Turkish People on End of Life Decision Making'. 2002: Unpublished research prepared for publication. 6) Artuk, M.E. 'Hukukcu Gözüyle Otanazi' (Euthanasia from Lawyer's Perspective). In Ed. Hatemi, H. and Dogan, H. Medikal Etik. Yüce Publication, İstanbul, 2001, 42-60
- Aslan, Ş. ve Özen, M. Y. (2019). Multidisipliner bir ekip çalışması: kanser hastalarında yaşamın son döneminde bakım. Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 7(5), 191-196.
- Aslan, Y. (2020). Türkiye’de ve Dünya’da palyatif bakım modellerine genel bakış. *Anadolu Güncel Tıp Dergisi*, 2(1), 19-27.
- Avcu, R., Gökhan, Ş., Günaydın, G. P., Özhasenekler, A., Tanrıverdi, F., Çelik, G. K., ve Şener, A. (2018). Terminal Dönem Bir Hastalıkları Olsa Doktorlar Nasıl Ölmek İsterdi? Bir Anket Çalışması. *Ankara Medical Journal*, 18(4), 575-583.
- Bağ, B. (2012). Hospis ve hospiste ölüme hazırlanma. *Akad Geriatri*, (4), 120-125.
- Bauberot, J. (2008). *Dünyada laiklik*, (E. C. Gürcan Çev.), İstanbul: Dergah Yayınları, 50.
- Bennahum, D. (1996). The Historical Development Of Hospice And Palliative Care. *Hospice And Palliative Care*, 1-11. London
- Bolsoy, N., & Sevil, Ü. (2006). Sağlık-hastalık ve kültür etkileşimi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(3), 78-87.
- Borbasi, S., Wotton, K., Redden, M., et al. (2005). Letting go: A qualitative study of acute care and community nurses' perceptions of a "good" versus a "bad" death. *Australian Critical Care*, 18(3), 104-113.
- Burcu, E., ve Akalın, E. (2008). Ölüm olgusu üzerine sosyolojik tartışmalar. Hacettepe Üniversitesi Türkiyat Araştırmaları (HÜTAD), (8), 29-54.
- Carr, D. (2003). A good death for whom? Quality of spouse's death and psychological distress among older widowed persons. *Journal of Health and Social Behavior*, 44(2), 215-232.
- Cimete G. (2002). End of life care: Holistic approach to patient in terminal period. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 1-149.
- Connor, S. R. (2008). Development of hospice and palliative care in the United States. *OMEGA-Journal Of Death And Dying*, 56(1), 89-99.
- Çelik, G. (2017). Varoluş felsefeleri, varoluşçu terapi ve sosyal hizmet. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 19(3), 417-439
- Çelik, R., & Erdem, R. (2016). Hekimin değişen kimliği çerçevesinde sağlığın kültürleşmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 7(16), 61-74.
- De Jong, J.D. ve Clarke, L.E. (2009). What is a good death? Stories from palliative care. *Journal of Palliative Care*, 25(1), 61-69.
- Demir, S. T. (2017). Modernite ve ölüm: açık erişimli ölüm döşeginden izole yoğun bakım ünitelerine bedenin ve ölmenin değişen yüzü. *Global Media Journal TR Edition*, 7(14), 190-202.
- Doğan, S. (2020). Yaşayadurmak ya da huzurla ölebilmek. *SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi*, 52-55.
- Duman, M. (2012). Türk atasözlerinde "Ölüm". Prof. Dr. Fikret Türkmen Armağanı, İzmir: Ege Üniversitesi.
- Durmuşoğlu, K., ve Ataman, K. (2018). Kutsaldan sekülere: değişen ölüm algısı üzerine sosyolojik bir değerlendirme. *BEÜ İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 5(1), 123-149.
- Eren, M. (2012). Türk kültüründe ölüm ve toprakla ilgili inanış ve ritüeller. *Acta Turcica*, (7), 259-271.
- Granda-Cameron, C. ve Houldin, A. (2012). Concept analysis of a good death in terminally ill patients. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 29(8), 632-639.
- Gültekin, M., Özgül, N., Olcayto, E. ve Tuncer, M. (2010) Türkiye’de palyatif bakım hizmetlerinin mevcut durumu. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 13(1), 1-6.
- Güven, F. (2019). Ölü/ölüm etrafında gelişen kült inançlar ve grubun yeniden bütünleşmesi (Sinop Lala köyü örneği). *Motif Akademi Halkbilimi Dergisi*, 12(27), 539-552.
-

- Holt-Lunstad, J., Smith, B. T., Baker, M., Harris, T. ve Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality a meta-analytic review. *perspectives on psychological science*, 10(2), 227–37. doi:10.1177/1745691614568352.
- Hökeleli, H. (1991). Ölüm ve ölüm ötesi psikolojisi. *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 3(3), 151-165.
- TUIK (2019), Erişim tarihi:25.04.21, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710>
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Palyatif Bakım Merkezlerimizin İl Ve Hastanelerimizdeki Yatak Sayıları İle İlgili Bilgiler, Erişim Tarihi: 15.04.21, <https://khgm.saglik.gov.tr/TR-40027/palyatif-bakim-merkezlerimizin-il-ve-hastanelerimizdeki-yatak-sayilari-ile-iligili-bilgiler.html>
- ICPNC (International Children’s Palliative Care Network) & UNICEF, (2013). Assessment of the Need for Palliative Care for Children. Three Country Report: South Africa, Kenya and Zimbabwe. Erişim Tarihi: 18.06.20 <http://www.icpcn.org/wp-content/uploads/2013/11/Assessment-of-the-Need-for-Palliative-Care-for-Children.-Three-Country-Report-South-Africa-Kenya-and-Zimbabwe.pdf>
- Illich, I. (1995). Sağlığın gaspı. (Çev. S. Sertabiboğlu). İstanbul. Ayrıntı Yay.
- İşıkhan, V. (2008). Terminal dönemdeki kanser hastalarının ölüm yeri tercihleri. *Türk Onkoloji Dergisi*, 23(1), 34-44.
- Kabalak, A. (2014). Türkiye’de palyatif bakım. *Anestezi Dergisi*, 3(22), 121- 123.
- Kara, Z. (2009). Ölüm fenomeni üzerine bir din sosyolojisi araştırması Kayseri Örneği. (Doktora Tezi). T.C. Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Kayseri.
- Karaca, F. (2000). Savunma mekanizmalarına atıfta bulunan atasözleri ışığında dini ve kültürel psikolojiyle ilgili bazı tespitler. *İslami Araştırmalar Dergisi*, 13(1), 119-125.
- Karayaman, M. ve İnal, B. (2017). Seyahatnamelere göre 19. yüzyılda Anadolu’da yaşayan Türklerin mezar kültürü. *Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(4), 675-689.
- Kavşur, Z. ve Sevimli, E. (2020). Türkiye’deki palyatif bakım hizmetlerinin bazı gelişmiş ülkeler ile karşılaştırılması. *USBAD Uluslararası Sosyal Bilimler Akademi Dergisi*, 2(4), s.715-730.
- Kellehear, A. (2007). Ölümün toplumsal tarihi. (Çev. T. Kılınç). Ankara. Phoenix Yay.
- Keskin, Y. Z. (2006). Şanlıurfa halk kültüründe ölüm. *Harran Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 16(16), 7-41.
- Kılıçaslan, Z. (2015). Medikalizasyon (tibbileştirme) aşırı teşhis tedavi kısırtılmış sağlık talebi. *SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi*. 20-23
- Kurtdaş, M. Ç. (2017). Medikalizasyon süreci, sağlığın ticarileşmesi ve beden denetlenmesine sosyolojik bir bakış. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (27), 983-1012.
- Lynch, T., Connor, S. ve Clark, D. (2013). Mapping levels of palliative care development:A global update. *Journal Of Pain And Symptom Management*, 45(6), 1094-1106.
- Meier, D. E. (2011) Increased access to palliative care and hospice services: opportunities to improve value in healthcare. *Milbank Quarterly*, 89(3), 343-380.
- Miličević, N. (2002). The hospice movement: history and current worldwide situation. *Archive of Oncology*, 10(1), 29-31.
- Namal, A. (2009). Klinik rutinde eksik bir boyut: Ölmekte olana yoldaşlık. (Ed.). 2. Uluslararası Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Kongresi Bildiri Kitabı. 33-46. Ankara
- NASW. (2003). National Association of Social Workers. NASW Standards of social work practice in palliative and of end of life care [Brochure], Washington, DC, 1-3.
- Nerse, S. (2020). Kırsal alandaki yaşlıların ölüm yeri ve ölüm deneyimi arasındaki ilişki. *Sosyal ve Kültürel Araştırmalar Dergisi (SKAD)*, 6(13), 133-156.
- Nickerson, C. (2021). Individualistic Cultures and Behavior. *Simply Psychology*, Erişim Tarihi: 19.09.21 <https://www.simplypsychology.org/what-are-individualistic-cultures.html>.
- Ölmez, Ö. (2008). Türk folklorunda ölüm üzerine sosyolojik bir çalışma (Master's Thesis, Sakarya Üniversitesi).
- Özgül, N., Gültekin, M., Koç, O. vd. (2012) Turkish community-based palliative care model: a unique design. *Annals of Oncology*, 23(suppl 3), 76-78.

- Özkan, İ. (2021). Türk kültüründe ‘gönüllü ölümden hastanede ölüme’ ölümün seyri üzerine bir deneme. *Turkish Studies-Language*, 16(1), 407-422. <https://dx.doi.org/10.47845/TurkishStudies.49496>.
- Özkan, S. (2011). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı’ında (koah) palyatif ve yaşam sonu bakımı. *Selçuk Tıp Dergisi*, 28(1), 69-74.
- Parkes, M. (1985). Terminal care: Home, hospital or hospice?. *The Lancet*, January 19, 155-157.
- Pierson, C.M., Curtis, J.R. ve Patrick, D.L. (2002). A good death: A qualitative study of patients with advanced AIDS. *AIDS Care*, 14(5), 587-598.
- Rymes, J. (1990). Hospice care in America. *JAMA*, 264(3), 369-372.
- Sağır, A. (2012). Toplu merasimlerden belediye hizmetlerine kurumsallaşan ölüm bağlamında bir ölüm sosyolojisi denemesi. *Electronic Turkish Studies*, 7(2).
- Saunders, C. (1996). Hospice, mortality: Promoting the interdisciplinary study of death and dying, *Routledge*, 1(3), 317-321.
- Seale, C. (2004). Media constructions of dying alone: A form of “bad death.” *Social Science & Medicine*, 58, 967-974.
- Sucaklı, M. H. (2013). Ölmekte olan hasta ve yaşam sonu bakım. *TJFMPC*, 7(3), 52-57.
- Sucaklı, M. H., & Koşar, Y. (2016). Palyatif bakım ve yaşam kalitesi. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 8(3), 34-39.
- Sur, H. (2015). Tıbben bitmiş sayılan ömürlere hospis çözüm mü?. *SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi*, 36, 36-41.
- Swader, C. S. (2018). Loneliness in Europe: Personal and Societal Individualism-Collectivism and Their Connection to Social Isolation, *Social Forces*, soy088, <https://doi.org/10.1093/sf/soy088>
- Temelli, G. (2018). Palyatif bakım veren hemşirelerin ölüme ilişkin algısı ve palyatif bakım uygulamaları. Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
- TUİK (2019). Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri. (Haber Bülteni). Erişim Tarihi: 09.12.21, <https://Data.Tuik.Gov.Tr/>
- TUİK (2022). İstatistiklerle Aile. (Haber Bülteni). Erişim Tarihi: 08.02.22: <https://Data.Tuik.Gov.Tr/>
- Tuncay, T. (2013). Yaşam sonu bakımda sosyal hizmet uzmanının rolleri, *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 24(2), 145-153.
- Turgut, A.Ş. ve Soyulu, G. (2020). Palyatif bakım hasta yakınları ile nitel bir çalışma. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(2), 460-476.
- Turhan, E. H. (2021). Ölüm sosyolojisi ekseninde ölüm kaygısı ve koronavirüs. *Habitus Toplumbilim Dergisi*, 2(2), 85-101.
- Türkiye Kanser Kontrol Programı. (2016). Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Twycross, R. G. (1980). Hospice care—redressing the balance in medicine. *Journal Of The Royal Society Of Medicine*, 73(7), 475-481
- Uzuncu, H., Buyruk, H., Alnak, E., ve Yıldırım, G. (2013). Yoğun bakımda yapılacak bir şeyi kalmayan kanserli terminal dönem hastalara insanca bakım önerisi. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 35(1), 143-151.
- Ünal, M. S. (2011). Zamansız ölüm: geleneksel ve modern toplum karşıtlığında ölümün yeri. *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 11(2), 121-133.
- Veillette, A., Fillion, L., Wilson, D. M., Thomas, R. ve Dumont, S. (2010). La belle mort en milieu rural: a report of an ethnographic study of the good death for Quebec rural francophones. *J Palliat Care*, 26(3), 159-66.
- Wilson, D.M. (2009). The “good” rural death: A report of an ethnographic study in Alberta, Canada. *Journal of Palliative Care*, 25(1), 21-29.
- World Health Organization, (2015). Sixty-seventh world health assembly. Erişim Tarihi: 11.08.21, https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf
- World Health Organization, (2015). WHO definition of palliative care. Erişim Tarihi: 11.08.21, <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- World Health Organization, (2019). Palliative Care for Noncommunicable Diseases a Global Snapshot. Erişim Adresi: www.who.int/ncds/management/palliative-care/en
- World Health Organization, (2020). Palliative Care. Erişim Tarihi: 11.08.21, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
-

- Yıldız, M. (2016). Ötanazi, hasta vasiyetnamesi ile palyatif ve hospis bakımına genel bir bakış. Adli Sosyal Hizmet: Yaklaşım ve Müdahale. Nobel Yay. Ankara, 342-362
- Yılmaz, A. H. (2016). Türklerde ölüm anlayışının çağdaş Türk resminde göstergebilimsel açıdan incelenmesi. İdil Sanat ve Dil Dergisi, 5(20), 249-274.
- Zafer, C. (2019). Ölüm olgusu ve ölümün sosyolojik etkileri. Munzur Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi (MÜSBİD), 8(15), 64-82.