



## Araştırma Makalesi • Research Article

**Multidisipliner Bir Ekip Çalışması: Kanser Hastalarında Yaşamın Son Döneminde Bakım\****A Multidisciplinary Team Work: Care in the Last Period of Life in Cancer Patients*Şebnem Aslan,<sup>a\*\*</sup> Melek Yağcı Özen<sup>b</sup><sup>a</sup> Prof. Dr., Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, 42130, Konya/Türkiye.  
ORCID: 0000-0003-2135-242X<sup>b</sup> Arş. Gör., Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, 42130, Konya/Türkiye.  
ORCID: 0000-0003-0314-247X

## MAKALE BİLGİSİ

*Makale Geçmişi:*

Başvuru tarihi: 06 Eylül 2019

Düzeltilme tarihi: 01 Nisan 2019

Kabul tarihi: 10 Nisan 2019

## Anahtar Kelimeler:

Kanser

Yaşam Sonu Bakım

Palyatif Bakım

Hospis Bakım

## ÖZ

Modern tıptaki gelişmelerle birlikte günümüzdeki birçok hastalığın tedavisi kolayca yapılabilmektedir. Ancak kanser gibi hastalık sürecinin çoğunlukla ölüm ile sonuçlandığı ve tedavisi mümkün olmayan hastalıklarda artış görülmektedir. Kanser, gelişmiş ülkelerde olduğu kadar gelişmekte olan ülkelerde de giderek artan evrensel bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Dünyada sekiz milyon insanın ölüm nedenini oluşturan, tedavisi tıptaki gelişmelere rağmen çoğunlukla mümkün olmayan kanser hastalarına yaşamlarının son dönemlerinde kaliteli bir bakımın sunulması, insan onuruna yakışır bir ölüm sağlanması oldukça önemlidir. Bu çalışmada, Dünyada ve Türkiye'deki ölüm nedenlerinde ilk sıralarda yer alan, evrensel bir sağlık problem olma niteliği taşıyan kanser ve kanser gibi ölümcül nitelikteki hastalıklara yakalanan hastalara yaşamlarının son döneminde verilen palyatif ve hospis bakım hizmetleri hakkında bilgi vermek ve bu çerçevede ülkemizde verilen hizmetleri değerlendirmek amaçlanmıştır.

## ARTICLE INFO

*Article history:*

Received 06 September 2019

Received in revised form 01 April 2019

Accepted 10 April 2019

## Keywords:

Cancer

End of Life Care

Palliative Care

Hospice Care

## ABSTRACT

With the developments in modern medicine, many diseases can easily be cured today. However, there is an increase in diseases like cancer, in which case the result is mostly death and diseases which cannot be cured. Cancer emerges as an increasingly universal problem in developing countries as well as in developed countries. It is very important to provide a quality care for the patients of cancer, which is the cause of death of eight million people in the world and which mostly cannot be cured in spite of the developments in medicine, in the last period of their lives and make their death honoured. In this study, the target was to provide information about palliative and hospice care services provided for the patients with cancer, which is among the most common reasons of death in the world and in Turkey and which is a universal health problem, and other deadly diseases like cancer in the last period of their lives and to evaluate provided services in our country within this frame.

**1. Giriş**

Modern tıptaki gelişmelerle birlikte günümüzde pek çok hastalığın tedavisi kolaylıkla yapılabilmektedir. Ancak kanser gibi dünya genelinde pek çok insanı etkileyen evrensel bir sağlık problemi olma niteliği taşıyan bazı hastalıkların tedavileri çoğunlukla mümkün olmamakta ve bu hastalar yaşamlarını kaybetmektedirler (Babaoğlu ve Öz,

2003). Bu tür hastalıklara yakalanan bireylerde yaşamlarının son dönemlerinde verilen bakım hizmetleri artan ölümcül hastalıklar ve yaşlanan dünya nüfusu ile birlikte oldukça önemli olmaya başlamıştır (Uslu ve Terzioğlu, 2015; Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, 2014).

Yaşamın son döneminde verilen bakım, hastayı olduğu kadar hasta yakınlarını da kapsamakta ve sadece sağlık

\*Bu çalışma, 14-18 Şubat 2018 tarihinde Antalya'da düzenlenen 4. Uluslararası Sağlık Yönetimi Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

\*\* Sorumlu yazar/Corresponding author  
e-posta: sebnemaslan27@hotmail.com

hizmeti verme amacını taşımamaktadır. Sağlık hizmeti vermenin yanı sıra, hastanın ve yakınlarının manevi, psikolojik vb. daha birçok açıdan desteklenmesini de amaçlayan çok yönlü bir ekip çalışmasını da gerektirmektedir (Aydoğan ve Uygun, 2011; Kebudi, 2006).

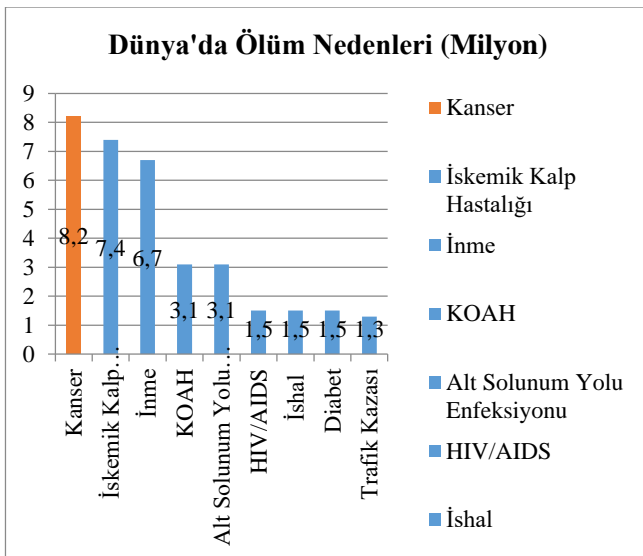
Bu çalışmada, Dünya genelinde olduğu gibi ülkemizde de ölüm nedeni sıralamalarında ilk başlarda yer alan (Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2014; World Cancer Report, 2014), bu sebeple evrensel bir sağlık problemi olarak nitelendirilen kanser ile kanser gibi ölümcül nitelikte olan daha birçok hastalığa yakalanan bireyler yaşamlarının son dönemlerinde verilen palyatif ve hospis bakım hizmetleri hakkında bilgi verilerek ülkemizdeki hizmetleri değerlendirmek amaçlanmıştır.

## 2. Evrensel Bir Sağlık Problemi: Kanser

Modern tıptaki gelişmelerle birlikte günümüzde pek çok hastalığın tedavisinin kolaylıkla yapılabildiği ancak kanser gibi bazı hastalıkların tedavisinin çoğunlukla mümkün olmadığı pek çok kaynakta ifade edilmektedir (Babaoğlu ve Öz, 2003; Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, 2014; World Cancer Report, 2014).

Kanser, dünya genelinde tüm insanlığı etkileyen, sözlük anlamı olarak "bir organ veya dokudaki hücrelerin düzensiz bölünüp çoğalması ile ortaya çıkan, tedavi edilmediği takdirde ciddi rahatsızlıklara ve hatta ölüme neden olabilen kötü ularlar" (<http://kanser.gov.tr>, 20.01.2018) olarak tanımlanmaktadır. Kanser ayrıca beraberinde getirdiği sağlık sorunlarının yanı sıra maddi ve manevi yönden uzun süreli mücadele gerektiren bir hastalıktır.

Modern tıptaki gelişmelerle birlikte pek çok hastalığın tedavisi mümkün hale gelmekte iken kanser dünyada her yıl 14 milyon insanın yakalandığı, 8.2 milyon insanın ölümüne neden olan bir hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır. Dünya genelindeki ölüm nedenleri ile karşılaştırıldığında kanser nedeniyle ölen birey sayısının ölüm nedenleri içerisinde ilk sırayı aldığı görülmektedir (World Cancer Report, 2014).



Şekil 1: Dünya'da Ölüm Nedenleri

Kaynak: World Cancer Report, 2014

Ülkemizde ise 1983 yılında Kanserle Savaş Daire Başkanlığı kurulmuş ve bu dönemden itibaren kanser bildirimini zorunlu hastalıklar arasında yer almıştır. Ülkemizde bu yıllardan itibaren kanserle ilgili veriler titizlikle kaydedilmeye ve bu alandaki çalışmalara ağırlık verilmeye başlanmıştır (Türkiye Kanser İstatistikleri, 2017).

İlk yıllarda pasif sistemde başlayan kanser kayıtçılığında yeterli sayı ve kalitede verinin toplanamaması nedeniyle 1992 yılında aktif kayıt sistemine başlanmış ve bu bağlamda "Kanser Kayıt ve İnsidans Projesi" kapsamında ilk kez İzmir'de kanser kayıt merkezi kurulmuştur. İzmir'den sonra ülkemizde aşağıdaki tabloda da belirtildiği üzere farklı illerde kanser kayıt merkezleri kurulmuştur (Türkiye Kanser İstatistikleri, 2017).

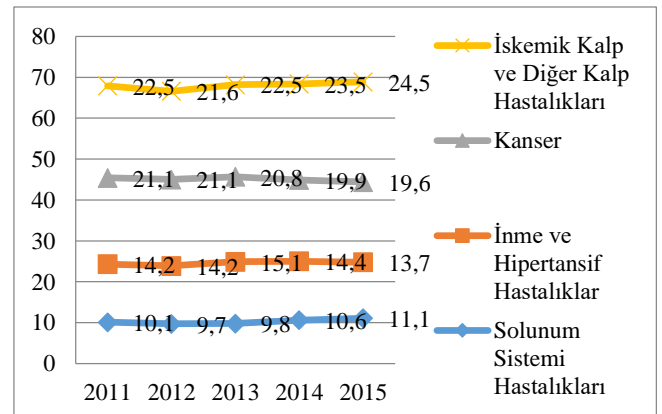
Tablo 1: Türkiye'de Kanser Kayıt Merkezleri ve Referans Tarihleri

İller	Referans Yılı
1 İzmir	1992
2 Antalya	1998
3 Bursa	2000
4 Eskişehir	2000
5 Samsun	2001
6 Trabzon	2003
7 Edirne	2004
8 Erzurum	2005
9 Ankara	2006
10 Kocaeli	2007
11 Gaziantep	2010
12 Malatya	2010
13 Mersin	2012
14 İstanbul	2012

Kaynak: Türkiye Kanser İstatistikleri, 2017

Ülkemizde kanser kayıt merkezleri aracılığıyla kaydedilen veriler, kanser hastalığına yakalanan bireylerin hastalıklarının izlenmesi ve kansere yenik düşerek yaşamları sona eren bireylerin takip edilmesini kolaylaştırmış bulunmaktadır (Türkiye Kanser İstatistikleri, 2017).

Ülkemizde kanser nedeniyle ölen bireylerin sayısını Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yayınlanan ölüm nedeni istatistikleri (2014) ile değerlendirmek gerekirse, kanser nedeniyle ölümler tüm ölüm nedenlerinin %20'sini oluşturmaktadır (Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2014).



Şekil 2: Ölüm nedeni istatistikleri (2011-2015)

Kaynak: Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2014

### 3. Yaşamın Son Döneminde Bakım

Bireyin yaşamının son günleri, son ayları terminal dönem olarak isimlendirilmektedir. Yaşamının son dönemindeki yani terminal dönemdeki hasta ölmek üzere olan hasta anlamına gelmektedir. Terminal dönem, akut ve kronik hastalıklar veya doğrudan yaşa bağlı olarak, haftalar ya da aylar içinde ölümün söz konusu olduğu zamandır ve tıbbi girişimler bunu önleyememektedir (Karan ve Akın, 2012; Çavdar, 2011). Terminal hastalık ise büyük bir olasılıkla kısa sürede ölümü beklenen, tedavi edilemeyen ve geriye dönüşü mümkün olmayan bir durumu anlatmak için kullanılmaktadır. Kanser gibi çoğunlukla tedavisi mümkün olmayan hastalıklar terminal hastalık olarak nitelendirilmektedir (Gürkan, Gümüş, ve Dokak, 2011).

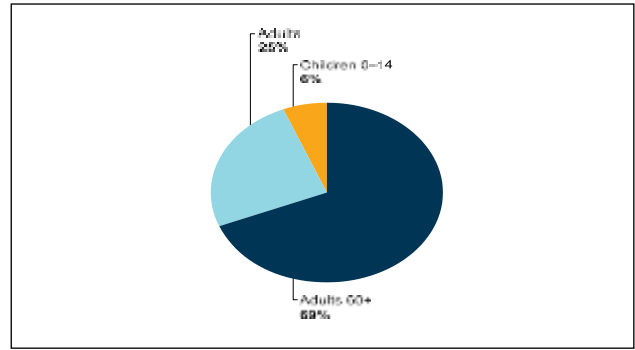
Ölüm, sağlıklı bir insan açısından her ne kadar uzak bir kavram olsa da terminal evreye geçmiş bir kanser hastası için o ölçüde yakındır (Işıkhani, 2008). Dünyada her yıl milyonlarca insana kanser tanısı konulmakta ve bu hastaların yarısından fazlası kanser nedeniyle kaybedilmektedir. Tıptaki gelişmelere rağmen kanser, hasta ve yakınları için, tanısından itibaren tedavi süresince, ya da ölüm anı ve sonrasındaki yas sürecine kadar uzanan, fiziksel, psikososyal ve ruhani, birçok zorluğu içinde barındıran bir süreçtir. Bu süreç, hem hasta ve ailesini hem de sağlık çalışanlarını zorlayıcı bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır (Aydoğan ve Uygun, 2011, s. 4; Kebudi, 2006). Bu sebeple kanser hastalarında yaşamlarının son dönemlerindeki bakım multidisipliner bir ekip yaklaşımını gerekli kılmaktadır.

Kanser tedavisinde de amaç, tüm diğer hastalıklarda olduğu gibi hastalığın tümüyle ortadan kaldırılması veya yaşam süresinin uzatılmasıdır. Tıptaki gelişmelerle birlikte kanser tedavisinde yol alınmış olmasına rağmen, hastalığın tümüyle ortadan kaldırılması her zaman mümkün olmamaktadır (Atagün, Balaban, Atagün, Elagöz ve Özpolat, 2011). Tıp alanındaki gelişmeler sonucunda, bazı kanser türlerinde, tedavi şansı yakalanmış olmasına rağmen bazı kanser türlerinde ise yaşam süresi uzatılarak kanserin kronik bir süreç kazanması sağlanmıştır. Tedavi edici yaklaşımların mümkün olmadığı bu tür hastalıklarda, hastanın bu dönemdeki ağrıları azaltılıp, yaşam kalitesini artırmaya yönelik yaklaşımlar uygulanmalıdır (Aydoğan ve Uygun, 2011). Kanser hastalarında ve tedavisi mümkün olmayan, sonu ölümlü sonuçlanabilecek hastalıklarla mücadele etmek durumunda kalan hastalarda yaşamlarının son dönemlerinde verilen bakım palyatif ve hospis bakımından oluşmaktadır (Ateş, 2012).

#### 3.1. Palyatif Bakım

Tıp alanındaki gelişmeler sonucu tedavisi tümüyle mümkün olmayan kanser gibi bazı hastalıkların kronik bir süreç kazanması, sosyal yapıdaki değişiklik, yaşlanan dünya nüfusu, kadınların iş yaşamında aktif rol almaya başlaması gibi çeşitli nedenlerle kronik süreçteki hastalara aileleri çoğu zaman gerekli bakımı sağlayamamakta ve profesyonel bir bakım ihtiyacı doğmaktadır (Atagün, Balaban, Atagün, Elagöz ve Özpolat, 2011; Uslu ve Terzioğlu, 2015; Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, 2014). Şekil 3'de dünya genelinde sahip olduğu hastalıklar nedeniyle palyatif bakıma ihtiyaç duyan bireylerin dağılımı yer

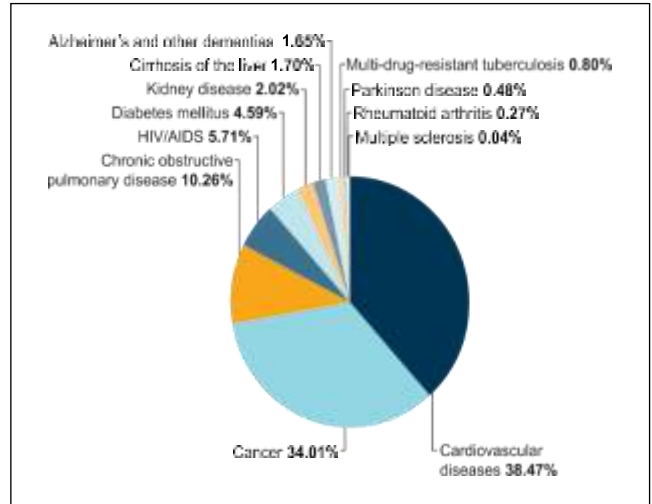
almaktadır (Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, 2014).



Şekil 3: Yaşamlarının Son Dönemlerinde Palyatif Bakım İhtiyacı Duyan Bireylerin Dağılımı

Kaynak: Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, 2014

Görülebileceği üzere, 2011 yılı verilerine göre dünya genelinde 29 milyonun (29,063,194) üzerinde insan palyatif bakım gerektiren hastalıklara yakalanmıştır (Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, 2014). Palyatif bakım gerektiren bu hastalıklara yakalanan yetişkin bireyler için hastalık gruplarının dağılımı ise aşağıdaki gibidir:



Şekil 4: Yaşamının Son döneminde palyatif bakıma ihtiyaç duyan yetişkinlerin hastalık gruplarına göre dağılımı

Kaynak: Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, 2014

Şekil 4'e göre palyatif bakıma ihtiyaç duyan yetişkin bireylerin %34'ünün kanserden muzdarip olduğu ve kanserin dışında daha bir çok hastalığın palyatif bakım gerektirdiği, kardiyovasküler hastalıklardan sonra en çok kanserin palyatif bakım gerektiren bir hastalık türü olduğu görülmektedir. Hayati bir tehdit oluşturan bu tür hastalıklarla mücadele etmek durumunda kalan bireyler için palyatif bakımın önemi de aşikardır.

Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden bir hastalıkla yüz yüze kalan hasta ve yakınlarının, gereksinimlerinin karşılanması amacıyla doğmuş bir yaklaşım türü olarak karşımıza çıkmakta ve kanserle mücadelede oldukça önemli bir rol oynamaktadır (Gültekin, Özgül, Olcayto ve Tuncer, 2010).

Palyatif bakım kişiyi sadece fiziksel açıdan değil, psikososyal ve ruhani açıdan da ele alan, kronik süreçteki hasta ve yakınları için toplam bir iyilik hali sağlanmasını hedefleyen bir yaklaşımdır (Kabalak, Öztürk ve Çağıl, 2013). Palyatif bakım, önceleri, tedavi edici 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).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1986 yılında ilk palyatif bakım tanımını yaparak bu alanda büyük bir gelişme kaydetmiştir. Yapılan ilk tanımda küratif bakım ve palyatif bakım iki farklı boyut olarak ele alınmış, küratif tedavinin bittiği yerde palyatif bakımın başladığına değinilmiştir (Elçigil, 2012; Kabalak, Öztürk ve Çağıl, 2013). Yani bireyin hastalığının tedavisinin olmadığına karar verildiğinde palyatif bakım verilmeye başlanacağı belirtilmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2002 yılında palyatif bakım tanımını yenileyerek; “hasta ve ailesi yaşamı tehdit eden sorunla karşılaştığında, ağrı ve diğer fiziksel, psikososyal ve manevi problemlerin erken dönemde belirlenmesi, dikkatlice değerlendirilmesi ve tedavi edilmesiyle acı çekmesi önlenerek hasta ve ailesinin yaşam kalitesini geliştiren bir yaklaşım” olarak tanımlamıştır (Ahmedizai vd. 2004).

Dünya Sağlık Örgütünün de güncellenen palyatif bakım tanımında yer aldığı üzere; günümüzde palyatif bakım psikososyal, ruhsal ve fiziksel bakımı da içine alan bütüncül bir yaklaşımı içermektedir. Bu yaklaşımda tedavi edici yani küratif bakım ve destekleyici bakım birlikte verilmektedir (Kabalak, Öztürk ve Çağıl, 2013). Bu bağlamda palyatif bakımın hastalığın tanısının konulduğu andan itibaren başladığını ve küratif tedavi ile eşanlı olarak devam ettiğini söyleyebilmek mümkündür.

Hastanın kalan yaşamını anlamlı ve değerli kılmak için verilen tüm hizmetleri içeren palyatif bakım, hasta ve ailesinin acılarının hafifletilmesini sağlayarak; ölümü normal bir süreç gibi kabul etmektedir (Uslu ve Terzioğlu, 2015).

Palyatif bakımın amacı ölümü çabuklaştırmak ya da geciktirmeye çalışmak değildir. Ölüme kadar mümkün olduğunca hastanın yaşamını aktif kılmak için destek sağlamayı, terminal dönemdeki hastanın yaşam kalitesini artırmayı, fiziksel, manevi, sosyal ve psikolojik açıdan bakımını sağlamayı ve hastanın yaşamının son günlerinde rahat bir ölüm sağlamayı hedeflemektedir. Hasta yakınları açısından ise palyatif bakım, hastalık sürecinde olduğu kadar, yakınlarının kaybindan sonra büyük bir üzüntü duyan ve kendilerini adeta bir boşluk içindeymiş gibi hisseden hasta yakınlarına yas sürecinde de destek sağlamayı amaçlamaktadır (Aydoğan ve Uygun, 2011; Karan ve Akın, 2012; Uslu ve Terzioğlu, 2015; Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, 2014).

Dünya genelinde palyatif bakım hizmetleri sunma durumuna göre ülkeler; Grup 1, Grup 2, Grup 3 ve Grup 4 olarak dört başlık altında incelenmektedir. “Grup 1 hospis ve/veya palyatif bakım aktiviteleri bulunmayan; Grup 2, hospis ve/veya palyatif bakım aktiviteleri yapılanmamış ve

henüz yeterli olmayan; Grup 3 hospis ve/veya palyatif bakım aktiviteleri yerel ve/veya bölgesel hizmetlerle sağlanan; Grup 4 ise hospis ve/veya palyatif bakım aktiviteleri sağlık sistemi içerisine yaygın olarak entegre olmuş ülkeleri ifade etmektedir.” (Uslu ve Terzioğlu, 2015). Bu gruplandırmada yer alan Grup 3 ve Grup 4 ise içlerinde iki alt kategoriye ayrılmaktadır. Grup 3a, palyatif bakım girişimleri bulunan ancak bu girişimlerin desteklenmediği, Türkiye’nin de içinde bulunduğu Grup 3b ise palyatif bakım girişimlerinin desteklendiği ülkeleri kapsamına almaktadır. Grup 4a, palyatif ve hospis bakım girişimlerinin ülkelerin sağlık sistemiyle bütünleşme aşamasında olan, Grup 4b ise hospis ve palyatif bakım hizmetlerinin ülkelerin sağlık sistemleri ile bütünleştirildiği ülkeleri açıklamak için kullanılmaktadır (Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, 2014).

Ölümcül bir hastalığa yakalanan bireylerin yaşamlarının son dönemlerinde hem kendileri hem de aileleri için ihtiyaç duyulan profesyonel bakım hizmetleri kapsamında önemli bir yer edinen palyatif bakım, ülkelerin kendi koşulları içinde evde, hastanede, polikliniklerde, bakım merkezlerinde veya hastanın tercih ettiği her yerde verilebilmektedir (Aydoğan ve Uygun, 2011; Elçigil, 2012; Uslu ve Terzioğlu, 2015).

Ülkeler	KlinikSayısı
ABD+ Kanada	3600
İngiltere	933
AvrupaÜlkeleri	1200
DiğerÜlkeler	477
Toplam 84 Ülke	6560

Tablo 2: Dünyada Palyatif Bakım Durumu

Kaynak: Türkiye Kanser Kontrol Programı, 2015

Bu bağlamda palyatif bakım hizmetlerinin her ülkenin kendi koşullarına, sahip olduğu kaynaklara, bu bakımı verebilecek profesyonel bir ekibe sahip olması vb. durumlara göre birinci, ikinci ve üçüncü basamaklarda verilebilmektedir (Uslu ve Terzioğlu, 2015). Tablo 2’de dünya genelindeki palyatif bakım kliniklerinin sayısı yer almaktadır. Tabloya bakarak ABD ve Kanada’da palyatif bakım hizmetlerinin oldukça geliştiği yorumunu yapabilmek mümkündür (Türkiye Kanser Kontrol Programı, 2015).

Ülkemizde ise palyatif bakım uzun yıllar boyunca, bu konuda nitelik sahibi sağlık profesyonellerin azlığı, palyatif bakımda önemli bir yeri olan morfine ulaşım ve çeşitliğinin az olması gibi nedenlerle ihmal edilmiştir (Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, 2014).

2008 yılında ise “Palyatif Bakım Programı Eylem Planı” hazırlanmış, ülkemiz koşulları bağlamında mevcut kanser verileri ve sahip olunan insan kaynağı analiz edilerek palyatif bakım modelinin oluşturulması, palyatif bakım merkezlerinin kurulması amaçlanmıştır (Uslu ve Terzioğlu, 2015). Bu amaçla 2010 yılında PALYA- TÜRK adında bir proje hazırlanmıştır. 2013-2018 Türkiye Kanser Kontrol programının önemli bir yapıtaşını oluşturan bu projede Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Türkiye Halk Sağlığı

Kurumu ve Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü birlikte çalışmaktadırlar (Türkiye Kanser Kontrol Programı, 2015). Bu projenin ülkemizin yapısına en uygun proje olduğu ve projenin Dünyadaki ilk toplum tabanlı palyatif bakım projesi olduğu belirtilmektedir (Uslu ve Terzioğlu, 2015). Önemi geç de olsa anlaşılan palyatif bakım hizmeti ülkemizde “Ocak 2016 itibariyle 29 sağlık bölgesinde, 148 palyatif bakım merkezinde, bin 672 tescilli yatak kapasitesi” ile verilmektedir (<https://www.medimagazin.com.tr>, 20.01.2018).

### 3.2. Hospis Bakım

Hospis, terminal dönemdeki hastalara bakım verilen ev benzeri kuruluşlardır. Palyatif bakımın amacı acıyı hafifletmek, hastanın yaşam kalitesini yükseltmek ve onurlu bir şekilde ölmesini sağlamak iken hospis bakım daha çok ölüm sürecinin kalitesini arttırmak ve ölüm sırasındaki en iyi bakımı vermeyi amaçlamaktadır (Wallston, Burger, Smith ve Baugher, 1988; Mılıcevic, 2002). Hospis bakım anlayışında da palyatif bakımda olduğu gibi ölüm normal bir süreç olarak kabul edilmekte ve semptom kontrolü sağlanarak bireyin huzurlu bir şekilde ölmesi sağlanmaktadır (Aydoğan ve Uygun, 2011; Elçiğil, 2012; Karan ve Akın, 2012).

“Hospis” hizmetleri 1967 yılında Dame Cicely Saunders tarafından İngiltere’de ilk modern hospisin kurulması ile başlamış, sonra diğer ülkeler tarafından da hospis bakım anlayışı benimsenerek, hospis merkezleri açılmaya başlamıştır (Ahmedzai vd. 2004; Graham ve Clark, 2008). İngiltere’nin ardından Kanada (1973, Royal Victoria), ABD (1987, Hotwitz Center), Yeni Zelanda, Avustralya, Japonya (1990)’da dahospis bakım merkezleri kurulmuştur (Özkan, 2011).

Hospis, hasta ve ailesinin hizmetin merkezinde yer aldığı, multidisipliner bir ekip tarafından gerçekleştirilen, tedaviden çok hastanın yaşamının son günlerini evi ya da evi benzeri bir ortamda rahat geçirmesini sağlayan, insana yakışır onurlu bir ölümü hedefleyen bir hizmettir (Mılıcevic, 2002). Hospis merkezlerinde hastalığı tedavi etmeye ya da yaşam süresini uzatmaya odaklanılmamakta, hastayı rahatlatmaya yönelik bakım hizmeti verilmekte ve bu hizmette palyatif bakımda olduğu gibi hasta ve ailesi bir bütün olarak değerlendirilmektedir (Özkan, 2011).

Aşağıda Şekil 5’de yer alan haritada dünya genelinde yer alan hospis ve palyatif bakım merkezleri yer almaktadır. Bu merkezler ise kırmızı yıldız, turuncu yıldız ve yeşil nokta olarak üç şekilde belirtilmiştir. Haritada yer alan bu belirteçler, hospis/palyatif bakım birimlerinin Uluslararası Hospis ve Palyatif Bakım Derneği (International Association for Hospice & Palliative Care-IAHPC)’ne üye olma durumlarını belirtmek için kullanılmıştır (<https://hospicecare.com/global-directory-of-providers-organizations/>, 25.01.2018).



Şekil 5: Dünya Genelinde Hospis/Palyatif Bakım Üniteleri  
Kaynak: (<https://hospicecare.com/global-directory-of-providers-organizations/>, 25.01.2018)

Şekil 5 incelendiğinde hospis ve palyatif merkezlerin Amerika Birleşik Devletleri’nde yoğun bir şekilde bulunduğu görülmektedir. Uluslararası Hospis ve Palyatif Bakım Derneği’ne üye olan yıldızlarla belirtilen 67 hospis ve palyatif birimi olduğu da haritada gözlemlenebilecek bir diğer olgudur.

Ülkemizde terminal dönem hastalarına bakım verecek bir hospis merkezi henüz bulunmamakla birlikte; kanser hastaları ve terminal dönemdeki diğer hastalara hizmet verecek olan ilk hospis merkezinin Kayseri ilinde açılması planlanmakta ve projenin çalışmaları devam etmektedir (<http://www.hurriyet.com.tr>, 20.01.2018).

## 4. Sonuç

Kanser, dünya genelinde 14 milyon insanın yakalandığı ve 8,2 milyon insanın ölümüne neden olan, ülkemizde ise her beş ölümden birinin nedenini oluşturan evrensel bir sağlık problemi olarak karşımıza çıkmaktadır (Türkiye Kanser İstatistikleri, 2017; World Cancer Report, 2014).

Tıp alanındaki gelişmelerle birlikte günümüzde pek çok hastalığın tedavisi mümkün hale gelmekte iken kanser gibi bazı hastalıkların henüz tedavisi mümkün olmamaktadır. Hatta tıp alanındaki gelişmeler bazı kanser türlerinin tedavisini mümkün kılarken, bazı kanser türlerinin ise tedavisini mümkün kılmamakla birlikte bu türden bir kanser hastalığına yakalanan bireylerin yaşam süresini uzatabilmektedir (Karan ve Akın, 2012).

Evrensel bir sağlık problemi olması ve çoğunlukla ölüm ile sonuçlanması nedeniyle kanser hastalarında yaşamlarının son dönemlerinde bakım önemli bir bakım hizmeti olarak karşımıza çıkmaktadır. Diğer ölümcül hastalıklarda olduğu gibi kanser hastalarında da yaşamlarının son dönemlerinde bakımdan bahsederken palyatif ve hospis bakım üzerinde durulmaktadır. Her iki bakımda hastanın pek çok yönden rahatlatılmasını içeren multidisipliner bir ekip çalışmasını gerekli kılmaktadır.

Artan ölümcül hastalıklar ve yaşlanan dünya nüfusu ile birlikte önemi her geçen gün anlaşılan bir anlayış olarak palyatif ve hospis bakım hizmetleri (Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, 2014), dünyada özellikle de gelişmiş ülkelerde benimsenen bir anlayış olmakta

ülkemizde ise önemi son dönemlerde fark edilmeye başlanarak bu alanda çalışmalar yapılmaya başlanmaktadır.

Son durum itibariyle ülkemizde palyatif bakım merkezleri bulunmasına rağmen hospis bakım merkezi bulunmamaktadır. Ancak bir ilimizde hospis merkezi kurulmasına yönelik çalışmalar devam etmektedir (<http://www.hurriyet.com.tr>, 20.01.2018). Bu bağlamda yaşlanan dünya nüfusunu ve ölümcül bir hastalık olma niteliğini koruyan kanserden ölen birey sayısının her geçen gün arttığı, bu tür hastalıklara yakalanan bireylere sunulan bakım hizmetlerinde profesyonel bir ele ihtiyaç duyulacağı gerçeğini göz önünde bulundurarak ülkemizde de yaşamın son döneminde bakım hizmetleri başlığı altında palyatif ve hospis bakım hizmetlerine önem verilmesi, bu tür merkezlerin açılması gerektiği söylenebilir.

### Kaynakça

- Ahmedzai, S., Costa, A., Belengini, C., Bosch, A., Sanz-Ortiz, J., Ventafridda, V., & Verhagen, S. (2004). A new international framework for palliative care. *European Journal Of Cancer*, 40(15), 2192-2200.
- Atagün, M. İ., Balaban, Ö. D., Atagün, Z., Elagöz, M., & Özpolat, A. Y. (2011). Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(3), 513-552.
- Ateş, M. (2012). Sağlık Hizmetleri. İçinde: M. Ateş *Sağlık İşletmeciliği* (s. 1-25). İstanbul: Beta Yayın.
- Aydoğan, F., & Uygun, K. (2011). Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler. *Klinik Gelişim*, 4-9.
- Babaoğlu, E., & Öz, F. (2003). Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Duygusal ve Sosyal Sorunları Arasındaki İlişki. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*, 24-33.
- Çavdar, İ. (2011). Kanserli Hastanın Terminal Dönemdeki Bakımı. *Türk Onkoloji Dergisi*, 26(3), 142-147.
- Elçigil, A. (2012). Palyatif Bakım Hemşireliği. *Gülhane Tıp Dergisi*, 54, 329-334.
- Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. (2014). World Wide Palliative Care Alliance.
- Graham, F., & Clark, D. (2008). The Changing Model Of Palliative Care. *Medicine*, 36(2), 64-66.
- Gültekin, M., Özgül, N., Olcayto, E., & Tuncer, M. (2010). Türkiyede Palyatif Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 1-6.
- Gürkan, A., Gümüş, A. B., & Dokak, H. (2011). Öğrenci Hemşirelerin Terminal Dönem Hasta Sorunları Hakkındaki Görüşleri: Hemşirelik Girişimleri, Hasta Hakları ve Etik Sorunlar Kapsamında Bir İnceleme. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4(1), 2-12.
- İşıkhan, V. (2008). Terminal Dönemdeki Kanser Hastalarının Ölüm Yeri Tercihleri. *Türk Onkoloji Dergisi*, 23(1), 34-44.
- Kabalak, A. A., Öztürk, H., & Çağıl, H. (2013). Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu; Palyatif Bakım. *Yoğun Bakım Dergisi*, 11(2), 56-70.
- Karan, M. A., & Akın, S. (2012). Terminal Yaşlı Hastaya Yaklaşım. *Klinik Gelişim*, 90-94.
- Kebudi, R. (2006). Terminal Dönemde Kanserli Çocuk ve Ailesine Yaklaşım. *Türk Onkoloji Dergisi*, 21(1), 37-41.
- Mılıcevic, N. (2002). The hospice movement: History and current. *Archive of Oncology*, 10(1), 29-32.
- Ölüm Nedeni İstatistikleri*. (2014). Ankara: TÜİK.
- Özkan, S. (2011). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı'nda (KOA) palyatif ve yaşam sonu bakımı. *Selçuk Tıp Dergisi*, 28(1), 69-74.
- Türkiye Kanser İstatistikleri*. (2017). Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Türkiye Kanser Kontrol Programı*. (2015). Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Uslu, F. Ş., & Terzioğlu, F. (2015). Dünyada ve Türkiye'de Palyatif Bakım Eğitimi ve Örgütlenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 4(2), 81-90.
- Wallston, K. A., Burger, C., Smith, R. A., & Baugher, R. J. (1988). Comparing the Quality of Death for Hospice and Non Hospice Cancer Patients. *Medical Care*, 26(2), 177-182.
- World Cancer Report*. (2014). Lyon: WHO.