

PALYATİF BAKIMDA ETİK ÇALIŞTAYI RAPORU

PALYATİF BAKIM DERNEĞİ YÖNETİM KURULU

BAŞKAN

Prof. Dr. Meltem UYAR

GENEL SEKRETER

Prof. Dr. Gülçin ŞENEL

ÜYELER

Prof. Dr. Gül Köknel TALU

Prof. Dr. Aynur ÖZGE

Prof. Dr. Nurten İNAN

Prof. Dr. Ayla KABALAK

Uzm. Dr. Ayşegül BİLEN

İLETİŞİM

Halaskargazi Mh. Rumeli Cd.

Şimşek Apt. No: 5 Daire: 3

Şişli / İstanbul

tel : 0212 225 65 18

e-mail : info@palyatifbakim.org.tr

Palyatif Bakımda Etik Çalıştayı – 1 Haziran 2022

Palyatif Bakım Derneği Yönetim Kurulu ve

Palyatif Bakımda Etik Çalıştayı Düzenleme Kurulu

Prof. Dr. Meltem Uyar (Başkan)

Prof. Dr. Gülçin Şenel (Genel Sekreter)

Prof. Dr. Gül Köknel Talu

Prof. Dr. Aynur Özge

Prof. Dr. Nurten İnan

Prof. Dr. Ayla Kabalak

Uzm. Dr. Ayşegül Bilen

Editörler

Prof. Dr. Meltem Uyar

Prof. Dr. Gülçin Şenel

Prof. Dr. Gonca Oğuz



**PALYATİF BAKIM DERNEĞİ
YÖNETİM KURULU**

BAŞKAN

Prof. Dr. Meltem UYAR

GENEL SEKRETER

Prof. Dr. Gülçin ŞENEL

ÜYELER

Prof. Dr. Gül Köknel TALU

Prof. Dr. Aynur ÖZGE

Prof. Dr. Nurten İNAN

Prof. Dr. Ayla KABALAK

Uzm. Dr. Ayşegül BİLEN

İLETİŞİM

Halaskargazi Mh. Rumeli Cd.

Şimşek Apt. No: 5 Daire: 3

Şişli / İstanbul

tel : 0212 225 65 18

e-mail : info@palyatifbakim.org.tr

Moderatörler

Prof. Dr. Ali Fuat Erdem

Sakarya Üniversitesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Sakarya

Prof. Dr. Nükhet Büken

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik AD, Ankara

Prof. Dr. Oktay Demirkıran

İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD,
Yoğun Bakım BD, İstanbul

Prof. Dr. Ayla Kabalak

Palyatif Bakım Derneği Yönetim Kurulu

Prof. Dr. Ruhiye Reisli

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon
AD, Algoloji BD, Konya

Prof. Dr. Murat Gündüz

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Adana

Prof. Dr. Gül Köknel Talu

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Algoloji
BD, İstanbul

Prof. Dr. Mustafa Cankurtaran

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, Geriatri BD, İstanbul

Doç. Dr. Zülfikar Akelma

SB, Kamu Hastaneleri Daire Başkanlığı, Ankara

Uzm. Dr. Nihal Durmaz

SBÜ, Gülhane SUAM, Ankara

Prof. Dr. Nurten İnan

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Algoloji BD, Ankara

Prof. Dr. Nimet Şenoğlu

İzmir Bakırçay Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, İzmir



**PALYATİF BAKIM DERNEĞİ
YÖNETİM KURULU**

BAŞKAN

Prof. Dr. Meltem UYAR

GENEL SEKRETER

Prof. Dr. Gülçin ŞENEL

ÜYELER

Prof. Dr. Gül Köknel TALU

Prof. Dr. Aynur ÖZGE

Prof. Dr. Nurten İNAN

Prof. Dr. Ayla KABALAK

Uzm. Dr. Ayşegül BİLEN

İLETİŞİM

Halaskargazi Mh. Rumeli Cd.

Şimşek Apt. No: 5 Daire: 3

Şişli / İstanbul

tel : 0212 225 65 18

e-mail : info@palyatifbakim.org.tr

Konuşmacılar

Prof. Dr. Gülçin Şenel

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Dr. A.Y. Ankara Onkoloji Hastanesi, Ağrı Kliniği / Palyatif Bakım Merkezi, Ankara

Prof. Dr. Nermin Ersoy

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik AD, Kocaeli

Prof. Dr. Meltem Uyar

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Algoloji BD, İzmir

Prof. Dr. Tuğba Yavuzşen

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, Tıbbi Onkoloji BD, İzmir

Prof. Dr. Işıl Özkoçak

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Ankara Şehir Hastanesi, Yoğun Bakım Kliniği Ankara

Prof. Dr. Tughan Utku

Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, İstanbul

Prof. Dr. Dilek Özcengiz

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Adana

Prof. Dr. Gonca Oğuz

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Dr. A.Y. Ankara Onkoloji Hastanesi, Ağrı Kliniği / Palyatif Bakım Merkezi, Ankara

Prof. Dr. Çetin Kaymak

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Ankara Hastanesi, Yoğun Bakım Kliniği, Ankara

Prof. Dr. Kadriye Kahveci

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Ankara Şehir Hastanesi, Palyatif Bakım Merkezi, Ankara

Prof. Dr. Teslime Atlı

Özel Medline Adana Hastanesi, İç Hastalıkları ve Geriatri Kliniği, Adana

Prof. Dr. Aynur Özge

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji AD, Mersin

Doç. Dr. Nil Tekin

AÇSHB Narlıdere Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi, İzmir

Doç. Dr. Ganime Ayar

Sağlık Bakanlığı, Ankara Şehir SUAM, Çocuk Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Çocuk Palyatif Bakım Servisi, Ankara



**PALYATİF BAKIM DERNEĞİ
YÖNETİM KURULU**

BAŞKAN

Prof. Dr. Meltem UYAR

GENEL SEKRETER

Prof. Dr. Gülçin ŞENEL

ÜYELER

Prof. Dr. Gül Köknel TALU

Prof. Dr. Aynur ÖZGE

Prof. Dr. Nurten İNAN

Prof. Dr. Ayla KABALAK

Uzm. Dr. Ayşegül BİLEN

İLETİŞİM

Halaskargazi Mh. Rumeli Cd.

Şimşek Apt. No: 5 Daire: 3

Şişli / İstanbul

tel : 0212 225 65 18

e-mail : info@palyatifbakim.org.tr

Uzm. Dr. Nilgün Harputluoğlu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Pediatrik Palyatif Bakım Merkezi, İzmir

Doç. Dr. Şanlıay Şahin

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları EAH, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Çocuk Palyatif Bakım Servisi, Ankara

Uzm. Hemşire Hurişah Aksakal

SB Verimlilik ve Kalite Uygulamaları Dairesi Başkanlığı, Ankara

Prof. Dr. Esra Akın

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İzmir

Prof. Dr. Yasemin Yıldırım

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir

Raportörler

Uzm. Dr. Ayşegül Bilen

Prof. Dr. Cemil TaŐçıođlu Şehir Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Algoloji Kliniği, İstanbul

Doç. Dr. Aykut Sarıtaş

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik SUAM, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, İzmir

Uzm. Dr. Uğur Uzun

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik SUAM, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, İzmir

Doç. Dr. Umut Gök Balcı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik SUAM, Aile Hekimliği Kliniği, İzmir

Doç. Dr. Zehra Öztekin Çelebi

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları EAH, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Çocuk Palyatif Bakım Servisi, Ankara

Uzm. Dr. Canan Küçük

29 Mayıs Devlet Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Palyatif Bakım Merkezi, Ankara

**PALYATİF BAKIM DERNEĞİ
YÖNETİM KURULU**

BAŞKAN

Prof. Dr. Meltem UYAR

GENEL SEKRETER

Prof. Dr. Gülçin ŞENEL

ÜYELER

Prof. Dr. Gül Köknel TALU

Prof. Dr. Aynur ÖZGE

Prof. Dr. Nurten İNAN

Prof. Dr. Ayla KABALAK

Uzm. Dr. Ayşegül BİLEN

İLETİŞİM

Halaskargazi Mh. Rumeli Cd.

Şimşek Apt. No: 5 Daire: 3

Şişli / İstanbul

tel : 0212 225 65 18

e-mail : info@palyatifbakim.org.tr

ÖNSÖZ

Yaşlanan dünya ve değişen toplumsal yapıla ve tıbbi alandaki biyoteknolojik gelişmeler sonucunda artık ölümler çoğunlukla hastanelerde, hastanelerin yoğun bakım ünitelerinde daha az oranda da evde gerçekleşmektedir. Günümüzde tıbbi alanda ki yeni uygulamalar, ölüme bakış açısını da değiştirmiştir. Artık aile odaklı ve hasta odaklı yaklaşımlar ile hasta aileleri ve sağlık çalışanları ölüm süreçleri hakkında kararlara katılmak istemekte ve hatta katılabilmektedirler. Bunun sonucunda da hasta, hasta yakınları ve sağlık çalışanları özellikle de tıbbi bakımı sağlayan hekimler etik ikilemlerle karşı karşıya kalmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre, palyatif bakım yaşamı tehdit eden hastalıklarla mücadele eden hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitelerini yükseltme hedefinde olan bir yaklaşımdır. Ayrıca palyatif bakım; yaşamı destekler ve ölümün normal bir süreç olarak algılanmasını ifade eder.

Bu sempozyumda ele alınan konu başlıklarının, bu bakış açısı ile ele alınması gerektiğini vurgulamak uygun olacaktır. Palyatif bakım eğitimlerinin bundan sonra önemli bir kısmını da iletişim, etik, psikosoyal bakım, kültür, dil, din ve maneviyat gibi konular oluşturmaktadır. Bu nedenle palyatif bakım etiği, üzerinde durulması gereken, karar verilmesi zor fakat önemli bir konudur.

Yaşamı tehdit eden hastalıklarda palyatif bakımla ilgili gereklilikler, çalışmalar ve tartışmaların arttığı bu dönemde palyatif bakım etiği ile gündeme gelen konu başlıkları bu çalıştayda konunun uzmanları ile tartışıldı. Aynı zamanda, yaşam sonu kararları başlığı altında incelenen kavramlar palyatif bakımın kendine has dinamikleri çerçevesinde değerlendirildi. Bu çerçevede ağrıyı, acıyı hafifletmeye yönelik çalışmaların yanı sıra fiziksel, psikosoyal ve ruhsal (manevi) bakım da yer almaktadır. Sempozyumda ele alınan önemli temalar, konuşmacıların yazılı bilgileri ile birlikte derneğimizin web sayfasından takip edilebilecektir. Önemli ve tartışmalı bir konuya ışık tutan ve bu bilgilerin paylaşılmasını sağlayan çok değerli dernek temsilcilerine, konuşmacı hocalarımıza, moderatörlerimize, raportörlerimize ve bizi izleyen palyatif bakımın kıymetli çalışanlarına emekleri için şükran borçluyuz.

Bundan sonraki adım; her bir konunun kendi içinde daha detaylı tartışılması ve ülkemizin kendi yol haritasını oluşturması olmalıdır.

Palyatif Bakım Derneği Yönetim Kurulu Adına

Prof. Dr. Meltem Uyar

PALYATİF BAKIMDA ETİK DEĞERLER

Moderatör: Prof. Dr. Ali Fuat Erdem, Prof. Dr. Nükhet Büken
Raportör: Uzm. Dr. Ayşegül Bilen

Yaşam Kalitesi ve Hasta Odaklı Palyatif Bakıma Erişimde Eşitlik ve Sürekliliğin Sağlanması

Prof. Dr. Gülçin Şenel

Palyatif Bakım ve Etik Prensipleri Entegrasyonu

Prof. Dr. Nermin Ersoy, Prof. Dr. Meltem Uyar

Klinik Etik Karar verme Sürecinde Hekim, Hasta, Aile / Bakım Veren İletişimi

Prof. Dr. Tuğba Yavuzşen

PALYATİF BAKIM DERNEĞİ YÖNETİM KURULU

BAŞKAN

Prof. Dr. Meltem UYAR

GENEL SEKRETER

Prof. Dr. Gülçin ŞENEL

ÜYELER

Prof. Dr. Gül Köknel TALU

Prof. Dr. Aynur ÖZGE

Prof. Dr. Nurten İNAN

Prof. Dr. Ayla KABALAK

Uzm. Dr. Ayşegül BİLEN

İLETİŞİM

Halaskargazi Mh. Rumeli Cd.

Şimşek Apt. No: 5 Daire: 3

Şişli / İstanbul

tel : 0212 225 65 18

e-mail : info@palyatifbakim.org.tr

Yaşam Kalitesi ve Hasta Odaklı Palyatif Bakıma Erişimde Eşitlik ve

Sürekliliğin Sağlanması

Prof. Dr. Gülçin Şenel

“Palyatif Bakım; yaşamı tehdit eden bir hastalıkla ilişkili ağrının, fiziksel, psikososyal, manevi sorunların erken tanısı, en iyi şekilde değerlendirilmesi ve tedavisi ile acıların önlenmesi ve hafifletilmesi yoluyla hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini iyileştiren bir yaklaşımdır.” tanımı Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılmıştır ve günümüzde yaygın olarak kullanılmaktadır (1). Palyatif bakımın farklı tanımlarında yukarıdaki içeriğin yanı sıra *“Ciddi bir hastalıkta her yaşta ve her aşamada uygundur ve iyileştirici tedavi ile birlikte sağlanabilir”* [Center to Advance Palliative Care’in (CAPC)] (2), *“Palyatif bakım hastanın özerkliğini, bilgiye erişimini ve seçimini kolaylaştırmayı içerir”* [Medicare ve Medicaid Services (CMS)] (3) ibareleri de yer almaktadır. Hem bakım felsefesi hem de bakım sağlamada üst düzeyde yapılandırılmış bir sistem olan palyatif bakımın değerleri otonomi, hasta odaklı yaklaşım, bireysel bakım planı, onurlu yaşam, onurlu ölüm ve bütüncül yaklaşımdır.

Yaşamı tehdit eden ciddi hastalığı olan bireyler, sağlık durumlarındaki değişikliklere tercihleri ve hedefleri ile uyumlu hızlı yanıt verebilen planlanmış bir bakıma gereksinim duyarlar. Hasta istemiyle şekillenen bireysel bakım planının erken yapılması ile sık acil başvuruları, tekrarlanan hastane yatışları, bakım geçişlerinin yapılamaması ve yaşam kalitesine katkısı olmayan sağlık harcamalarının önüne geçilebilir.

Yaşam kalitesinde olduğu gibi, onur da her hasta için farklı anlamları ve öncelikleri içeren bireysel bir kavramdır. Palyatif bakımın saygılı, açık ve duyarlı, kişisel, kültürel ve dini değerler, inançlar ve uygulamalar dikkate alınarak her ülkenin yasalarına uygun bir şekilde yapılması gerekir. Palyatif bakım, hastanın onurunun korunduğunu hissettiren bir ortam sağlamalıdır.

**PALYATİF BAKIM DERNEĞİ
YÖNETİM KURULU**

BAŞKAN

Prof. Dr. Meltem UYAR

GENEL SEKRETER

Prof. Dr. Gülçin ŞENEL

ÜYELER

Prof. Dr. Gül Köknel TALU

Prof. Dr. Aynur ÖZGE

Prof. Dr. Nurten İNAN

Prof. Dr. Ayla KABALAK

Uzm. Dr. Ayşegül BİLEN

İLETİŞİM

Halaskargazi Mh. Rumeli Cd.

Şimşek Apt. No: 5 Daire: 3

Şişli / İstanbul

tel : 0212 225 65 18

e-mail : info@palyatifbakim.org.tr

Palyatif bakıma erişimde / eşit erişimde ve süreklilikte karşılaşılan engeller / zorluklar:

- Artan gereksinim
yaşlanan nüfus, artan yaşla artan hastalık insidansı
tıpta ilerleme, hastalıkla yaşamını sürdürenlerin artması
- Giderek bölünen tıp
- Hizmet birimi ve eğitimli profesyonellerin eksikliği
- Opioidlere erişim güçlüğü
- Kültürel, etnik, ekonomik, eğitimsel, dini birçok çeşitliliğe bağlı hastalık, yaşam ve ölümle ilgili farklılaşan gereksinimler
- Palyatif bakımın yaşamı mümkün olduğunca uzatmaya yönelik tedaviyi engelleyeceği endişesi
- Klinisyenlerin palyatif bakımı yanlış bir şekilde yaşam sonu bakımla eşitleme eğilimi
- Palyatif bakım ve yaşam sonuna özgü düzenlemelerdeki eksiklikler
- Finansman

Palyatif bakıma erişim / eşit erişim ve süreklilik sağlanabilmesi için yapılması gerekenler:

- Palyatif bakım farkındalığı
- Tüm sağlık profesyonellerinin katılımı
- Palyatif bakımın birinci basamak sağlık hizmetlerine entegrasyonu
- Eğitimli multidisipliner ekipler
- Bakım ortamlarında değişen gereksinimler ve tercihlere göre çeşitlilik
- Önceden bakım planlaması
- Palyatif bakımın standardizasyonu ve kalite
- Klinisyenlerin, hastaların ve ailelerin tıbbi karar vermedeki çatışmalarını engelleyebilecek politikaların oluşturulması

Türkiye’de 2014 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Palyatif Bakım Yönerge’si ile ulusal organizasyon başlatılmıştır. Ülkemizde henüz sadece hastanelerde yataklı servis olarak planlanan Palyatif Bakım Merkezleri’nde hastalara palyatif destek verilmeye çalışılmaktadır. Palyatif bakım düzeyinin ileri düzeyde olması için gereken hizmet çeşitliliğinin, eğitimli multidisipliner ekiplerin ve kalite standartlarının oluşturulması için çaba gösterilmelidir (4). Tıp ve hemşirelik fakültelerinin müfredatlarında palyatif bakım eğitimi yer almalıdır. Nicelik olarak çok sayıda merkez ve yatak hizmet veriyor olsa da ivedilikle palyatif bakımın temel sağlık sistemine işlevsel entegrasyonu gerekmektedir.

Kaynaklar:

1. World Health Organization (WHO) definition of palliative care, available online at <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en> (Accessed on January 07, 2011).
2. Center to Advance Palliative Care (CAPC) definition of palliative care. <http://www.capc.org/building-a-hospital-based-palliative-care-program/case/definingpc> (Accessed on September 04, 2012).
3. Federal Register 2008 - 73 FR 32204, June 5, 2008.
4. EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019.



**PALYATİF BAKIM DERNEĞİ
YÖNETİM KURULU**

BAŞKAN

Prof. Dr. Meltem UYAR

GENEL SEKRETER

Prof. Dr. Gülçin ŞENEL

ÜYELER

Prof. Dr. Gül Köknel TALU

Prof. Dr. Aynur ÖZGE

Prof. Dr. Nurten İNAN

Prof. Dr. Ayla KABALAK

Uzm. Dr. Ayşegül BİLEN

İLETİŞİM

Halaskargazi Mh. Rumeli Cd.

Şimşek Apt. No: 5 Daire: 3

Şişli / İstanbul

tel : 0212 225 65 18

e-mail : info@palyatifbakim.org.tr

PANEL I Katkı Raporu

Dr. Ayşegül Bilen

Bu panelin amacı palyatif bakımın etik değerlerini tartışmak ve evrensel değerlere bağlı kalarak ülkemiz gerçeklerine uygun etik değerler ve uygulamalarda ortaklaşmaktır.

Palyatif bakım, hem felsefesi hem de bakım sağlamada üst düzey yapılması ile bütüncül yaklaşım gerektiren özel bir sistemdir. Bu nedenle uygulaması zordur. Palyatif bakıma eşit erişim ve sürekliliğin olabilmesi ancak bütüncül yaklaşımla mümkündür. Nüfusun giderek artması ve yaşlanması, bölünen ve aşırı uzmanlaşan tıp, lisans/lisansüstü eğitim eksikliği, opioidlere ulaşımın zorluğu ve palyatif bakım ve yaşam sonu ile ilgili düzenlemelerin eksikliği bütüncül yaklaşımın önündeki en büyük engellerdir. Palyatif bakımda multidisipliner ekip ile interdisipliner yaklaşımla hizmet verilmesi önemlidir, ancak çeşitli engeller nedeniyle multidisipliner ekip kurulamaz ve ekipler arası disiplin sağlanamaz ise palyatif bakımın beklenen düzeyde etkinliği sağlanamaz. Örneğin Covid-19 pandemisi sırasında palyatif bakım servislerinin kapanması ve izolasyon hastalarının bu hizmetlere alınması sürecinde yaşanan deneyimler, palyatif bakıma ulaşım güçlüğüne sonuçlarını hepimiz açısından görünür kılmıştır.

Tıbbi ve insan gücü kaynak eksikliği, özerklik ilkesinin ihlali etik prensiplerin palyatif bakıma entegrasyonunda karşılaşılan en önemli sorunlardır. Kurumların etik değerlere sahip olması önemlidir. Bireysel olarak bakıldığında ise etik ilkeleri uygulamak ve aynı zamanda ilkelerin felsefi yönünü de özümsemek önemlidir. Tıp etiğinin 4 temel ilkesi; özerkliğe saygı, yararlılık ilkesi, kötü davranmama/zarar vermeme ilkesi ve adalet ilkesi yol göstericidir. Bireyin beklentilerine dilek ve onamına saygı duymak ve hastanın karar verme yeterliliği varsa dileğinin sorulması, özerkliğe saygı ilkesini hayata geçirmek açısından önemlidir. Hastanın tedaviden zarar görmesinin engellenmesi; külfetli, ya da yararsız tedavinin sürdürülerek hastanın daha fazla sıkıntı çekmesine izin vermemek yararlılık ilkesi kapsamındadır. Benzer durumdaki hastaların benzer hizmetlere erişimi adalet ilkesini oluşturur. Bununla birlikte nafile tedavilerin sürdürülmesi ile sağlık kaynaklarının adil olmayan bir şekilde kullanılması da bu ilke kapsamındadır.

Kanser hastaları palyatif bakım ihtiyacı olan hastalar arasında büyük bir yer tutar. Onkolojide palyatif bakım tanı söylendiği anda başlar, ölüm ve sonrası yas döneminin sonuna kadar da sürer. Onkoloji hastalarına palyatif bakım küratif tedavi ile başlatılmalıdır. Hangi noktada küratif tedavinin sonlandırılacağı ve sadece palyatif bakım desteğine geçileceği önemli bir karardır ve bu kararın verilmesi gerekir. Yararsız tedavinin sürdürülmesi hastanın kalan ömrünün konforunu bozmakta hasta, hasta yakınları ve devlet bütçesine yük getirmektedir. Buraya aktarılan kaynağın palyatif bakım hizmetleri için kullanılması bir çözüm olabilir. Tüm bu süreçlerde hekim, hasta, aile/bakım veren iletişimi çok önemlidir. İnsanın biyo-psiko-sosyal bir varlık olduğu düşünüldüğünde etkili iletişim becerisi önem kazanır. Dokunmak, göz teması kurmak gibi sözsüz iletişim yöntemleri en az sözlü iletişim kadar önemlidir. Etkili iletişim hekim için mesleki doyum, tükenmişlikte azalma, tedavi başarısı gibi faydalar sağlarken, hasta açısından da güven duygusunun geliştirilerek tedaviye uyumu arttırır.

**PALYATİF BAKIM DERNEĞİ
YÖNETİM KURULU**

BAŞKAN

Prof. Dr. Meltem UYAR

GENEL SEKRETER

Prof. Dr. Gülçin ŞENEL

ÜYELER

Prof. Dr. Gül Köknel TALU

Prof. Dr. Aynur ÖZGE

Prof. Dr. Nurten İNAN

Prof. Dr. Ayla KABALAK

Uzm. Dr. Ayşegül BİLEN

İLETİŞİM

Halaskargazi Mh. Rumeli Cd.

Şimşek Apt. No: 5 Daire: 3

Şişli / İstanbul

tel : 0212 225 65 18

e-mail : info@palyatifbakim.org.tr

Sonuç

Palyatif bakımda multidisipliner ekip ile interdisipliner bir yaklaşım önemlidir. Mutlidisipliner ekibin görev tanımları net bir şekilde yapılmalı ve yazılı hale getirilmelidir. Bu ekiplere klinik etik uzmanlarının dahil edilmesi gerekliliği vardır. Palyatif bakım eğitimi hem hekim hem de hemşire lisans programlarına eklenmeli, eğitim ve bilgi eşitliği sağlanmalıdır. Hekimlerin ve tüm sağlık çalışanlarının özellikle kanserli hasta ve yakınları ile iletişim konusunda eğitilmesi ve bu eğitimin devamlılığı önemlidir.

Hasta vasiyeti ve yaşam sonu kararları gibi palyatif bakım işleyişi ile ilgili konularda düzenlenmelere gereksinim vardır. Hangi hastaya ne tedavi uygulanacağını, tedavilerin ne zaman sonlandırılacağını gösteren ulusal ölçeklerin, rehberlerin ve algoritmaların oluşturulması gereklidir. Opioidlere erişimin önündeki engeller kalkmalı ve opioid çeşitliliği arttırılmaz. Sağlık profesyonellerinde var ise opiofobiyi engelleyici çalışmalar yapılmalıdır.

Palyatif bakıma eşit erişim ve sürekliliğin sağlanabilmesi için palyatif bakımın temel sağlık sistemine işlevsel entegrasyonun sağlanması gereklidir. Ulusal palyatif bakım politikası revize edilmelidir.

PANEL II

YAŞAM SONUNDA ETİK İKİLEMLER VE PALYATİF BAKIMDA BOŞUNA /YARARSIZ TEDAVİ

Moderatör: Prof. Dr. Oktay Demirkıran, Prof. Dr. Ayla Kabalak

Raportör: Doç. Dr. Aykut Sarıtaş

Boşuna / Yararsız Tedavinin İçeriği, Ölçütleri ve Kararda Etik Temellendirme

Prof. Dr. Işıl Özkoçak

Yaşam Sonu Kararları Etkileyen Sosyokültürel ve Spiritüel Faktörler

Prof. Dr. Tuğhan Utku

Yaşam Sonu Kararlarının Belirlenmesinde Legal Perspektif ve Türkiye'deki Mevcut Durum

Prof. Dr. Dilek Özcengiz

Boşuna / Yararsız Tedavinin İçeriği, Ölçütleri ve Kararda Etik Temellendirme

Prof. Dr. Işıl Özkoçak

Tanım:

Boşuna/Yararsız tedavinin tanımları şu şekilde yapılmıştır.

- Faydasız tedavi, hedefiyle orantısız hayatı yapay olarak uzatmaktan öte hedefi olmayan tedaviler şeklinde tanımlanabilir.
- ESICM (Avrupa Yoğun Bakım Derneği)'de "Boşuna tedavi" (futile treatment) terimi yerine "potansiyel olarak uygunsuz tedavi" (potentially inappropriate)



PALYATİF BAKIM DERNEĞİ YÖNETİM KURULU

BAŞKAN

Prof. Dr. Meltem UYAR

GENEL SEKRETER

Prof. Dr. Gülçin ŞENEL

ÜYELER

Prof. Dr. Gül Köknel TALU

Prof. Dr. Aynur ÖZGE

Prof. Dr. Nurten İNAN

Prof. Dr. Ayla KABALAK

Uzm. Dr. Ayşegül BİLEN

İLETİŞİM

Halaskargazi Mh. Rumeli Cd.

Şimşek Apt. No: 5 Daire: 3

Şişli / İstanbul

tel : 0212 225 65 18

e-mail : info@palyatifbakim.org.tr

kullanılmasını önermiştir. Fakat yurtdışında yapılan anketlerde bu terimin de çok uygun olmadığı belirtilmiştir.

- Hastanın primer doktoruyla yoğun bakım hekiminin hastalığın doğası ve basamağı, komorbid hastalıklar, mevcut terapötik seçenekler ve tedaviye cevap olasılığı değerlendirildikten sonra alınan ortaklaşa bir karar olmalıdır.

Boşuna/yararsız tedavi son yıllarda daha fazla gündeme gelmeye başladı. Bunun nedenleri aşağıdaki gibi sıralanabilir.

- Hastalıkların tedavisindeki teknik ve medikal ilerlemelerin hızlanmasıyla yoğun bakımlarda hastayı yaşatma çabasının artması
- Hastaların ve yakınlarının beklentilerinin yükselmesiyle değerlerine ve tercihlerine göre bakım istemeleri
- Doktorların profesyonel öğretilerine uygun olmayan mesleki kararlar almaya sıcak bakmamaları
- Doktorlar ve sağlık çalışanları arasında görüş farklılıklarının olması
- Mesleki derneklerin bireysel hakların korunması, klinisyenin mesleki duruşunun korunması ve medikal kaynakların dağıtımında adalet gibi hassasiyetlerinin olması
- Hastaların durumları nedeniyle hekimini, tedavisini seçmemesi ve başka hastanede tedavi olma seçeneğini bizzat kullanamaması
- YBÜ yataklarının akılcı kullanımı ve maliyetin azaltılması

Boşuna tedaviler; hastada çözülmesi gereken sorunu çözmeyen, beklenen ölümcül sonu ortadan kaldırması umulmayan, uygulanması herhangi bir amaca yönelmeyen, kaynakları harcayan, anlamsız derecede riskli ve ek yarar umudu sunmayan tedavilerdir. Bir tedavinin uygunsuz tedavi olarak değerlendirilmesi, hem sağlık ekibini o tedaviyi uygulamamaktan dolayı sorumlu tutulmaktan korumakta, hem de hasta yakınlarının talep edebilecekleri tıbbi bakımın sınırlarını belirlemektedir. Günümüzde pek çok Batı ülkesinde uygunsuz bir tedaviyi uygulamak ve bunda direnmek “malpraktis” olarak kabul edilmektedir (örneğin yarar umulmayan antibiyotik tedavileri).

Boşuna/yararsız tedavi oranlarının incelendiği çalışmalarda; Avrupa ülkelerindeki yoğun bakımlarda yapılan tek günlük bir çalışmada hekimlerin ¼'inden fazlasının uygunsuz buldukları tedavileri uygulamak zorunda kaldıkları, ABD'deki yoğun bakımlarda ise hastaların yaklaşık %20'sinin hekimlerce boşuna olarak kabul edilen tedaviler aldığı ortaya çıkmıştır.

Genellikle ülkemizdeki hekimlerin farkındalıklarının yeterli olmasına rağmen legal desteklerinin olmaması nedeniyle, mevcut hasta ve yakınlarının durumuna göre davrandıkları görülmektedir. Boşuna/yararsız tedaviler genellikle yoğun bakımlarda uygulanan maliyetli tedavilerdir ve şu şekilde karşımıza çıkmaktadır.

- Potansiyel olarak uygunsuz tedaviler (örn. Persistan vejetatif bir durumdaki hastaya diyaliz başlamak)
- Zaman baskılı durumlarda potansiyel olarak uygunsuz tedaviler (örn. Çoklu komorbiditeleri olan ve maksimal dolaşım desteğindeki yaşlı bir hastada ECMO başlanması)
- Legal olarak yasaklanan/ legal olarak hekimin seçimine bırakılan tedaviler (örn. ötenazi için letal doz barbitürat vermek / progresif metastatik kanser hastasına DNR order etmek)

PALYATİF BAKIM DERNEĞİ
YÖNETİM KURULU

BAŞKAN

Prof. Dr. Meltem UYAR

GENEL SEKRETER

Prof. Dr. Gülçin ŞENEL

ÜYELER

Prof. Dr. Gül Köknel TALU

Prof. Dr. Aynur ÖZGE

Prof. Dr. Nurten İNAN

Prof. Dr. Ayla KABALAK

Uzm. Dr. Ayşegül BİLEN

İLETİŞİM

Halaskargazi Mh. Rumeli Cd.

Şimşek Apt. No: 5 Daire: 3

Şişli / İstanbul

tel : 0212 225 65 18

e-mail : info@palyatifbakim.org.tr

- Boşuna tedavi (örn. rigor mortis gelişmiş bir hastaya CPR yapılması)

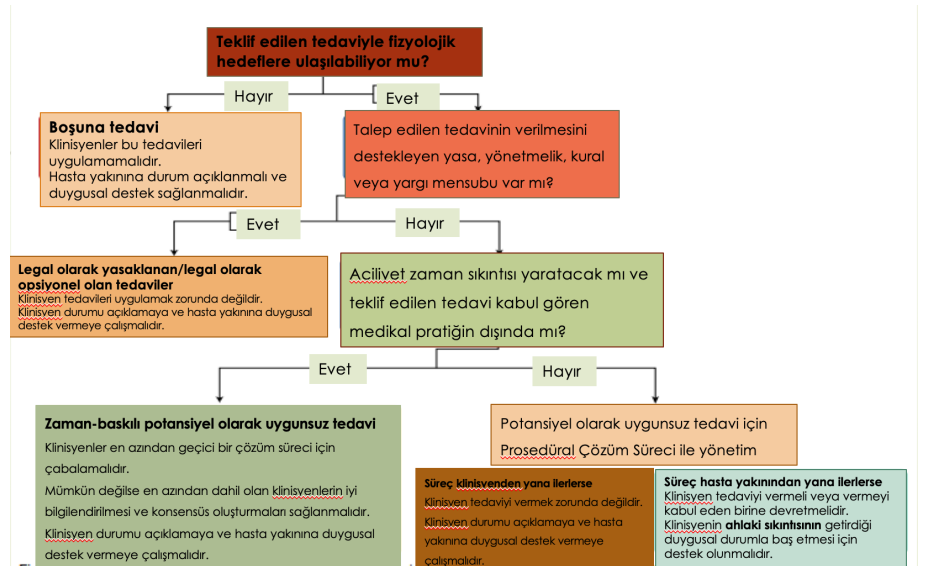
Boşuna/yararsız tedavi kararında etik yaklaşım

- Klinisyenler profesyonel yükümlülüklerinin en iyi şekilde farkında olarak yargıya varmalıdır.
- Teklif edilen yararsız tedavi stratejisinin kabul gören medikal pratik sınırlarının dışında olduğundan çok emin olunması gereklidir.
- Etik açıdan tedaviye hiç başlamama (Withhold) ile tedaviyi kesmek (Withdraw) arasında fark bulunmamaktadır.
- Tedavi kararında tek otoritenin hastanın kendisi, hasta yakınları veya hastanın hekiminin olması uygun değildir. Klinisyen, hasta ve hasta yakın iş birliği ile karar alınmalıdır.
- Uyuşmazlık durumunda Klinik Etik uzmanlarından görüş alınmalıdır.
- Hastanenin etik komisyonları olmalı ve bu komisyonlara başvurulmalıdır.

Klinik Etik Uzman görüşünde dikkat edilen hususlar

- Medikal endikasyonlar
- Hasta/ hasta yakını / vasi tercihleri
- Yaşam kalitesi (konforlu yaşam)
- Bağlamsal özellikler: Ailevi ve sosyokültürel yapı, kurumsal, ekonomik ve dini tercihler legal alt yapı
- Zaman (beklenen yaşam süresi)
- Medikal ekibin tedavi seçimlerindeki kesinliği, belirsizliği, tereddütleri

Boşuna/yararsız tedavi kararında izlenecek algoritma



Boşuna olan tedaviyi uygulamak zorunda olan hekimlerde ahlaki sıkıntı (moral distress) gelişebilir. “Moral distress” ilk olarak, 1984 yılında Jameton tarafından “Bir kişinin yapılacak doğru eylemi bilmesine rağmen, kurumsal kısıtlamalar nedeniyle doğru eylem sürecini takip etmesinin neredeyse imkânsız olduğu durumlarda yaşadığı sıkıntı” olarak tanımlanmıştır.

Hekimlerin böyle durumlarda bir kurumsal desteğe ihtiyacı olabilir ve kurumlar tedavi hakkında çözümü zor uyuşmazlıklar için kurallar belirlemelidir. Bunun için öncelikle önleme stratejileri belirlenmelidir.



PALYATİF BAKIM DERNEĞİ YÖNETİM KURULU

BAŞKAN

Prof. Dr. Meltem UYAR

GENEL SEKRETER

Prof. Dr. Gülçin ŞENEL

ÜYELER

Prof. Dr. Gül Köknel TALU

Prof. Dr. Aynur ÖZGE

Prof. Dr. Nurten İNAN

Prof. Dr. Ayla KABALAK

Uzm. Dr. Ayşegül BİLEN

İLETİŞİM

Halaskargazi Mh. Rumeli Cd.

Şimşek Apt. No: 5 Daire: 3

Şişli / İstanbul

tel : 0212 225 65 18

e-mail : info@palyatifbakim.org.tr

- Hasta yakınları tarafından uygulanması istenen yanlış veya tuhaf tedavi tekliflerinin gelmesinin yönetilmesi
- Hemşireler hekimlere göre boşuna tedavilerden vazgeçilmesini daha çok pasif ötenazi gibi algılamakta, bu algının kırılması
- Hekimlerin prognoz kararı almaktaki güçlük nedenlerinin belirlenmesi
- Hasta yakınının hayat duruşuna göre esneklik ve iş birliği sağlanması
- Erken dönemde uzman konsültasyonuna başvurulması

Proaktif iletişim: Palyatif bakım sürecinde hasta ve hasta yakınları ile iletişimin önemi oldukça fazladır.

- Duygusal destek ve güven ilişkisi kuracak şekilde hasta yakını dikkatle dinlenmelidir.
- Hastanın prognozu açık ve tıbbi jargon içermeyen bir dille net olarak anlatılmalıdır.
- Hastanın değerleri ve tercihleri öğrenilerek hasta yakını karar alma sürecinde iyi yönlendirilmeli ve karar alma prensipleri anlatılmalıdır.
- Hasta ve/veya yakınına hastanın hedeflerine uyan, sadece palyatif olanlar dahil tedavi seçenekleri konusunda açılım yapılmalıdır. Hekim, kabul gören medikal tedaviler dışında bir tedavi seçeneği sunmak zorunda olmadığı gibi bu tür taleplere cevap vermek zorunda değildir.
- Klinisyenlerin paylaşılmış karar alma, uyuşmazlık çözümü ve hasta yakınına duygusal destek gibi stratejiler için eğitim alması sağlanmalıdır.

Hekimin boşuna/yararsız tedavi kararı ve uygulaması sürecinde zaman kısıtlaması söz konusu olabilir. Süreç başlamadan önce aşağıdaki sorulara hekimler tarafından olumlu yanıt verilmiş ve gerekli bilgi temeli hazırlanmış olmalıdır.

- Aldığımız karar hakkında bizim dışımızdaki hekimler ne düşünür?
- Kararımızı hekimliğin profesyonel değerleri ile bağdaşmayan kişisel unsurların etkilemediğinden emin miyiz? (Hastanın ırkı, cinsiyeti, sosyoekonomik durumu, kendi dinsel inançlarımız, batıl itikatlarımız, hasta ve/veya yakınları ile daha önce yaşadıklarımız, hastane ile çıkar çatışmamızın olması vb.)
- Bu konudaki yasal ve idari düzenlemeler konusunda yeterince bilgi sahibi miyiz?
- Kararımızın toplum ve/veya hastane nezdinde tartışmaya açılacak olması ihtimali kararımızı değiştirir miydi?

Potansiyel olarak uygunsuz olan tedavi talepleri geldiğinde önce yoğun iletişim ile müzakereler yapılmalıdır.

- Uyuşmazlık halinde uzman konsültasyonuna başvurulmalıdır.
- Hasta yakınının süreci yönetimi iyi takip edilmelidir.
- Mutlaka ikinci bir medikal görüş alınmalıdır.
- Multidisipliner bir hastane komitesinin (örn. Multidisipliner Hastane Etik Kurulu) görüşü alınmalıdır.
- Hasta yakınına hastasını başka bir hastaneye götürmesi konusunda fırsat tanınmalıdır.
- Hasta yakınına başka bir şehire vb. başvurabileceği konusunda bilgilendirme yapılmalıdır.



PALYATİF BAKIM DERNEĞİ YÖNETİM KURULU

BAŞKAN

Prof. Dr. Meltem UYAR

GENEL SEKRETER

Prof. Dr. Gülçin ŞENEL

ÜYELER

Prof. Dr. Gül Köknel TALU

Prof. Dr. Aynur ÖZGE

Prof. Dr. Nurten İNAN

Prof. Dr. Ayla KABALAK

Uzm. Dr. Ayşegül BİLEN

İLETİŞİM

Halaskargazi Mh. Rumeli Cd.

Şimşek Apt. No: 5 Daire: 3

Şişli / İstanbul

tel : 0212 225 65 18

e-mail : info@palyatifbakim.org.tr

- Çözüm için alınan kararları yerine getirmelidir.

Medikal otoriteler, hayatı uzatan teknolojiler hakkında halkı bilgilendirmelidir. Bu teknolojilerin kullanım endikasyonları ve varsa kullanımlarıyla ilgili yasalar ve kurallar açıkça anlatılmalıdır. Potansiyel uygunsuz tedavi ve boşuna tedaviler konusunda halk bilinçlendirilmeli ve eğitmelidir.

Sonuç

Boşuna/yararsız tedavi kararı için hekim, hasta ve hasta yakını ortak karar almalı, uyuşmazlık halinde mutlaka uzman görüşüne ve kurulması gereken multidisipliner hastane etik kurul kararına başvurulmalıdır. Hekimlerin hasta yakını ile iletişim ve yaşam sonu kararları hakkında eğitimi olmaları gereklidir.

Kurumların boşuna/yararsız tedaviler ve uyuşmazlık durumlarında hekimlere yardımcı olacak kurallar belirlemesi ve bunların resmi yasalarla desteklenmesi gereklidir. Bu sorunun çözümü için YBÜ'ne kabul, uygun tedavi ve çıkarma ölçütlerinin kesin sınırlarla belirlenmesi ve ayrıca hastanelerde kaliteli sağlık hizmetini garanti edebilen yataklı servislerin ve YBÜ ile koordineli çalışacak palyatif tedavi birimlerinin oluşturulması gereklidir.

Yaşam Sonu Kararları Etkileyen Sosyokültürel ve Spiritüel Faktörler

Prof. Dr. Tuğhan Utku

Yaşam sonu karar süreçlerinden bahsederken, “ölüm” kavramı her boyutuyla değerlendirmelidir. Burada salt tanımdan ziyade, ölümün algılanma ve kabullenme şekli de son derece önemli bir konumda yer tutmaktadır.

Genellikle kültürel olarak ölümün konuşulması pek sevilmemektedir. Her kültürün, ölüme ilişkin açıklamaları, doğru olduğuna üyelerince inanılan kökleşmiş bir ölüm tezi vardır. Ölüm olayı dinsel, mitsel ve kutsalın yeniden üretimine, onların canlanmasına ve işlerlik kazanmalarına kaynaklık etmiştir. Son yıllarda ölüm; rasyoneleşme, tıbbileşme, bireyselleşme ve sekülerleşme sayesinde görmezden gelinmiştir. Ölüm, sanki sadece yaşlı insanların sorunuymuş gibi, yaşlı insanların bedeninde ötekileştirilmiş ve ölümün konuşulmasının yasaklandığı veya ayıplandığı şeklinde bir hal almaya başlamıştır. Sonuçta herkesin kolaylıkla Kabul edeceğini düşünebileceğimiz; doğum-yaşam-ölüm döngüsünün tarihsel süreç içerisinde bambaşka boyutta algılandığını, kabul edildiğini ve tepki verildiğini görebiliriz.

Doğum tüm kültürlerde ve inanışlarda, kutlu ve mutluluk veren bir konuma sahip olup, kültürlerarası algılanmasında ciddi boyutlarda bir farklılık olmadığını görmekle birlikte; yaşama verilen anlam, yaşam sırasında başa gelen olayların algılanması, kabullenilmesi ve yönetilmesi açısından ciddi farklılıklar olduğunu görmekteyiz. Sağlıklı yaşam yanı sıra gelişebilecek hastalıklar ve hastalık süreçlerinin yönetilmesi, kültürel kabullenimler, baş etme yöntemlerinin farklı olabileceğini görüyoruz. Hastalık süreci yaşamı tehdit eder nitelikte olduğunda ve hatta geri dönüşmez konumda olduğunda; kabullenimlerde, beklentilerde ve yapılacaklarda belirgin farklılıklar ile karşılaşabilmektedir. Yoğun bakım süreci veya servislerde palyatif bakım süreçleri bu konunun en belirgin yaşandığı alanlardır. Bu aşamalarda ölüme giden yolun farklı şekillerde gerçekleştiğini bilmekteyiz; ani hızlı seyir, yavaş seyir, inişli çıkışlı seyir.

**PALYATİF BAKIM DERNEĞİ
YÖNETİM KURULU**

BAŞKAN

Prof. Dr. Meltem UYAR

GENEL SEKRETER

Prof. Dr. Gülçin ŞENEL

ÜYELER

Prof. Dr. Gül Köknel TALU

Prof. Dr. Aynur ÖZGE

Prof. Dr. Nurten İNAN

Prof. Dr. Ayla KABALAK

Uzm. Dr. Ayşegül BİLEN

İLETİŞİM

Halaskargazi Mh. Rumeli Cd.

Şimşek Apt. No: 5 Daire: 3

Şişli / İstanbul

tel : 0212 225 65 18

e-mail : info@palyatifbakim.org.tr

Philippe Ariés'e göre "ölüm" tarihsel süreçte farklı evrelerden geçmiştir;

- evcilleştirilmiş ölüm
- kişinin kendi ölümü / kendi ölümü
- senin ölümün / diğerinin ölümü
- yasak / görünmez ölüm
- gösterişli ölüm

Yine bu yaklaşım itibari ile 5. Evre olan "gösterişli ölüm" evresi;

- medyatik / medyada görünür ölümü
- ölümün ticarileştirilmesi
- ölümün yeniden ritüelleştirilmesi
- palyatif bakım devrimi
- onurlu ölüm gibi farklı şekillerde kendini göstermektedir.

Ölüm'ün doğal kabul edildiği ve bireylerin "barışık" olduğu bir konumdan ölümün reddedildiği, "tıbbileştirilerek" ve yaşlılık üzerinde "yabancılaştırılarak" farklı bir "algılamama" ya da "algısal reddiye" şekline dönüştüğü, hatta konuşulmasının tabulaştırıldığı, istenilmediği, yok sayıldığı bir dönemde yaşamaktayız.

Bu evrimsel dönüşümde mesleğimiz ile ilgili önemli bir paradigma değişikliği; tıbbın "ölüm yok edicisi" bir konuma getirilmesi, "ölümsüzlüğün" yeni yaşam formatı haline dönüştürülmesi ve bunun pazarlanması şeklinde bir açmaz ile karşı karşıyayız. Yine çağımız, palyatif bakım devrimi ile farklı bir boyuta ilerlemekte, bambaşka iç dinamikleri olan bir sağlık hizmet alanı doğmaktadır. Bu sürecin kaçınılmaz insani boyutu da "iyi ölüm, onurlu ölüm" şeklinde açıklanabilecek bir noktaya gelmesidir.

İyi ölümün 12 ölçütü şu şekilde tanımlanabilir:

- Ölümün ne zaman geleceğini bilmek ve neyin beklenebileceğini anlamak
- Olanların kontrolünü elinde tutabilmek
- Onur ve mahremiyete sahip olmak
- Ağrı kesici ve diğer semptom kontrolü üzerinde kontrol sahibi olabilmek
- Ölümün nerede meydana geldiği konusunda seçim ve kontrol sahibi olmak (evde veya başka bir yerde)
- Gerekli olan her türlü bilgi ve uzmanlığa erişim sağlamak
- Gerekli herhangi bir manevi veya duygusal desteğe erişim sahibi olmak
- Darülaceze (Hospice care) bakımına sadece hastanede değil, herhangi bir yerde erişime sahip olmak
- Kimin mevcut olduğu ve kimin sonu paylaştığı üzerinde kontrol sahibi olmak
- İsteklere saygı gösterilmesini sağlayan önceden yönergeler yayınlayabilmek
- Hoşçakal demek için zamana sahip olmak ve zamanlamanın diğer yönlerini kontrol etmek
- Gitme zamanı geldiğinde ayrılabilirlik ve hayatı anlamsızca uzatmamak

Bütün bunlar yaşam sonu bakım kurum ve kuruluşları için sağlık hizmetlerini, mesleki kodları ve bakım planlarını veya misyonlarını birleştirmek için iyi olan ilkelerdir.



PALYATİF BAKIM DERNEĞİ YÖNETİM KURULU

BAŞKAN

Prof. Dr. Meltem UYAR

GENEL SEKRETER

Prof. Dr. Gülçin ŞENEL

ÜYELER

Prof. Dr. Gül Köknel TALU

Prof. Dr. Aynur ÖZGE

Prof. Dr. Nurten İNAN

Prof. Dr. Ayla KABALAK

Uzm. Dr. Ayşegül BİLEN

İLETİŞİM

Halaskargazi Mh. Rumeli Cd.

Şimşek Apt. No: 5 Daire: 3

Şişli / İstanbul

tel : 0212 225 65 18

e-mail : info@palyatifbakim.org.tr

Her yıl gerçekleşen ölüm sayılarını bilmemize, aslında doğal bir süreç olarak de facto ölümü doğal kabul etmemize karşın, farklı kültürlerde, farklı inanışlarda, farklı çağlarda bambaşka şekilde algılandığını ve tepki verildiğini de görmekteyiz. Yapılan araştırmalarda insanların çoğunun evde ölmek istemelerine karşın, ölümlerin neredeyse çoğunun hastanelerde ve tabii YBÜ lerinde gerçekleştiğini görmekteyiz. Mevcut tıp pratiğinde, yaşam ile ölüm arasındaki çizgi giderek artan şekilde bulanıklaşmakta, bizler hekimler olarak kendimizi kritik bir hasta ile ilgili olarak tedaviye devam edip etmeme kararı ile yüzleşir bulmaya başladık. Bu çelişki yaşam sonu kararların alınma süreçlerindeki “kırılgan” sosyokültürel boyutu da göstermektedir.

Avrupa Konseyi Biyoetik Komitesi (DH-BIO) tarafından, hasta hakları hakkında çalışmaları esnasında, İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi (Oviedo Sözleşmesi, ETS No. 164, 1997) ile güvence altına alınan ilkeler, yaşamın son döneminde tıbbi karar alma süreci, tıp etiğinin uluslararası düzlemde kabul görmüş nitelikteki ilkeleri de olan; özerklik, yararlı olma, zarar vermeme, adil olma gibi ilkeleri kapsar.

Bu yaklaşım manzumesinde;

- Hastanın, karar verme sürecinin daima merkezinde olması
- Hasta karara doğrudan katılmaya istekli ya da muktedir değilse, kararın kolektif olarak alınmasının önemi
- Hastalar ve uygunsuz diğer ilişkiler (yasal temsilciler, vekiller, avukatlar, güvenilen kişiler, dostlar, aile fertleri) bu süreçteki görev ve rollerine uygun olarak, hastanın durumu ile ilgili bilgilere ulaşabilmesi, yer alır.

Karar verme süreci; hastalar, aileleri ve bakım vericilerinin, gereksiz sınırdan kaçınmaları ve acı çekmemeleri, hastanın ve ailesinin isteklerinin dikkate alınması, klinik, kültürel ve etik standartlara uygun yaklaşımı içerir. Mevcut pratikte, karar verme sürecinde doğru bildiği ve mecbur olduğu arasında kalan bölünmüş kimliklere sahip hekimler oluşmaktadır. Hasta ve hasta yakınları tarafından pratik uygulamada ve kişisel deneyimlere göre en çok saptanan durumlar:

- Sağlık sunucularından sınırsız talep
- Uygun olmayan tedavi talepleri (futilite)
- Kuşkuculuk, güvensizlik
- Suçlu yaratma ve arama eğilimi
- Ekonomik çatışmalar
- Ölümün olasılıksızlaştırılması
- Özverisizlik
- Ben merkezilik

Tüm bu gelişim ya da dönüşüm beraberinde sosyokültürel farklılıkların çözümlenmesi, kültürel fenotiplerin belirlenmesi, bu tanımlamaya yönelik uygulama modellerinin oluşturulması, gerektiği her noktada spiritüel desteğin sağlanabilmesi giderek artan önemli bir yeni alan oluşturmaktadır. Spiritüel sadece dinsel ilkeleri değil, iyileşme umudu, yaşam umudu, itiraf eksikliği ve ölüm sonrasının düşünülmesi gibi birçok ilkeyi barındırır. Bu konunun en dinamik olması beklenen “meca” yoğun bakımlar olmak durumundadır. Bu gerekçe ile

**PALYATİF BAKIM DERNEĞİ
YÖNETİM KURULU**

BAŞKAN

Prof. Dr. Meltem UYAR

GENEL SEKRETER

Prof. Dr. Gülçin ŞENEL

ÜYELER

Prof. Dr. Gül Köknel TALU

Prof. Dr. Aynur ÖZGE

Prof. Dr. Nurten İNAN

Prof. Dr. Ayla KABALAK

Uzm. Dr. Ayşegül BİLEN

İLETİŞİM

Halaskargazi Mh. Rumeli Cd.

Şimşek Apt. No: 5 Daire: 3

Şişli / İstanbul

tel : 0212 225 65 18

e-mail : info@palyatifbakim.org.tr

YBÜ doktorlarının “nozokomial tanalog”lar olarak kabul edilmesine yinelik yorumlar artmaktadır.

Sonuç

Hasta ve hasta yakını mentalite çözümlemesinin (beklentiler, kaygılar, saplantılar vb.) uygun bir şekilde yapılması, taleplerin yaşama geçirilebilirliğinin bilgilendirme, ziyaret ve iletişim ile birlikte netleştirilip değerlendirilmesi, spiritüel destek için daha fazla proaktif olunması ve sosyokültürel alt yapı ile ilişkilendirilmesi, yaşam sonu kararları bakımından oldukça önemlidir.

Türk Hukuku Bakımından Yaşam Sonu Kararları

Prof. Dr. Dilek Özcengiz

Yaşam sonu kararları gibi kavramları konuşurken aslında bir terminoloji sorunu da olduğu görünmektedir. Yaşam sonunun tanımı; bir hastalığın yaşamı tehdit edecek kadar ilerlemesi ve artık hangi tedavi yapılırsa yapılsın yaşamı uzatmanın mümkün olmadığı, hastalığın sürekli ilerleyerek ölümle sonuçlanana kadar geçen süre yaşamın sonu olarak ifade edilir.

Bir insanın karar verme, karar alma ve seçme özgürlüğünden bahsetmek gerekiyorsa kişilik tanımından söz etmek gerekir. Medeni kanununun 28. maddesinde "*Kişilik, çocuğun sağ olarak tamamıyla doğduğu anda başlar ve ölümle sona erer. Çocuk hak ehliyetini, sağ doğmak koşuluyla, ana rahmine düştüğü andan başlayarak elde eder*" denilmektedir.

Ölüm, hekimler tarafından karar verilen bir tıbbi durumdur. Yaşamın, hukuk sistemi tarafından güvence altında olması gerekmektedir ve güvence altına alan normlar mevcuttur. Avrupa insan hakları mahkemesinin 2. maddesi "*Herkesin yaşam hakkı yasanın koruma altındadır*" şeklindedir. Sözleşme üye devletlere yaşamın korunması konusunda bir pozitif yükümlülük yükler. Bu pozitif yükümlülükler ister özel ister kamu hastanelerinde olsun hastaların hayatlarını koruyacak yükümlülükler getirmektedir. Bu yükümlülük sadece sağlık sistemine değil, yargı sistemine de sorumluluk yükleyerek hekimlerin gözetiminde bulunan hastaların ölüm nedenlerini ve sorumlularını belirleyecek etkin ve bağımsız bir yargı sisteminin kurulmasını da öngörmektedir. Yaşam hakkı bir sert çekirdek haktır (hiçbir kimsenin dokunamayacağı bir hak). Bu hakka dokunmanın birtakım özel koşulları vardır. Bu koşullar, yapılan işi hekim açısından da hukuka uygun hale getirir. Bu koşullar:

- Hekimlik diploması
- Endikasyon
- Hastanın bilgilendirilmiş rızası
- Güncel tıbbi standartlar

Yaşam Sonu Kararları

Kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR): Tıbbi bir durumdur ve bu tıbbi duruma ve endikasyona hekimler karar verir. Endikasyon yoksa KPR yapılmaz. KPR için yararsızlık durumu, hastanın asla normal yaşama dönemeyeceği, ne yapılırsa yapılsın ölümün kaçınılmaz olduğu durumu ifade eder.



**PALYATİF BAKIM DERNEĞİ
YÖNETİM KURULU**

BAŞKAN

Prof. Dr. Meltem UYAR

GENEL SEKRETER

Prof. Dr. Gülçin ŞENEL

ÜYELER

Prof. Dr. Gül Köknel TALU

Prof. Dr. Aynur ÖZGE

Prof. Dr. Nurten İNAN

Prof. Dr. Ayla KABALAK

Uzm. Dr. Ayşegül BİLEN

İLETİŞİM

Halaskargazi Mh. Rumeli Cd.

Şimşek Apt. No: 5 Daire: 3

Şişli / İstanbul

tel : 0212 225 65 18

e-mail : info@palyatifbakim.org.tr

Yararsız tedavi (boşuna, faydasız): Hekim yararsız tedavi yapamaz. Dünya Tıp birliği yararsızlık durumunu; makul bir iyileştirme ve düzelleme ümidi sunmayan veya hastada kalıcı bir iyileşmeye neden olmayan tedavi olarak tanımlanmaktadır. Yararsız tedavi, güncel tıbbın bilgileri ışığında hekimin takdir yetkisi içinde olan bir durumdur.

Yararsız tedavilerin sabitlenmesi (withdraw)

Ağrı tedavisinde çift etki: Yaşam süresine negatif etki etse de hastanın ağrısının ortadan kaldırılması önceliklidir.

DNR (resüsitasyon yapma)

AND (doğal ölüme izin ver)

Hastanın Tercihleri ve Tıbbi Talimatname

Hastanın yaşam sonu süreçlerdeki tercihlerinin öğrenilerek bu doğrultuda bir plan yapılması gerekir. Hastanın yaşam sonu tedavileri reddetme hakkı vardır. Bu Türkiye'de de hem Hasta Hakları Yönetmeliği 25. maddede hem de Biyotıp sözleşmesi madde 5 'te bildirilmiştir.

Tıbbi talimatname olarak; müdahale sırasında isteğini açıklayabilecek durumda bulunmayan bir hastanın, tıbbi müdahale ile ilgili olarak daha önceden açıklamış olduğu istekler göz önüne alınmalıdır (Madde 9). Önerilen bu tıbbi talimatname için fiili ehliyetin olması gerekir. Bu tıbbi talimatname için aşağıda sıralanan şartlar sağlanarak alınması ideal olur:

- Karar verme yeteneğinin belirlenmesi
 - Gönüllülük ilkesi
 - Tanı, tedavi seçenekleri, prognoz ve her seçeneğin riskleri, faydaları ve yükleri dahil olmak üzere bilgilerin açıklanması
 - Uygunsa hekimin önerileri
 - Hastanın konuyu anlayıp anlamadığını değerlendirmek
 - Hukuki bir belge almak (el yazısı ve kendi cümleleri ile yazılmış).
- Hasta yakını, hasta için tedavi kararı veremez. Buna hasta kendi veya hekim endikasyon dahilinde karar verir. Hukuk, illiyet bağımlı çalışır.

İlliyet bağı

- Hasta hastalık nedeniyle öldü ise; hukuk karşısında hekim sorumlu değildir çünkü illiyet bağı vardır.
- Hasta başka nedenle öldü ise; hukuk karşısında hekim sorumludur.

Türk Hukukunda Hasta Özerkliği

Tıbbi girişimler biçimsel olarak vücut dokunulmazlığına karşı bir müdahale niteliği taşır. Manen ise insanlık onuruna ve manevi varlığa yönelik bir eylem şekline dönüşebilir. Hastanın geleceğini belirleme hakkının ve tıbbi müdahalenin hukuka uygun olabilmesi ancak hastanın rızası ile mümkündür. Hastanın rıza verebilmesi ise bilgilendirmenin sonucu olarak ortaya çıktığı takdirde anlamlıdır.

Hastanın tedavi ret hakkı da hasta özerkliği çerçevesinde değerlendirilmektedir. Hukuk öğretisinde ağırlıklı olarak bilinci açık hastanın tedaviyi reddi durumunda hekimin müdahale etmemesinde bir hukuki veya cezai sorumluluğu bulunmaz.



PALYATİF BAKIM DERNEĞİ YÖNETİM KURULU

BAŞKAN

Prof. Dr. Meltem UYAR

GENEL SEKRETER

Prof. Dr. Gülçin ŞENEL

ÜYELER

Prof. Dr. Gül Köknel TALU

Prof. Dr. Aynur ÖZGE

Prof. Dr. Nurten İNAN

Prof. Dr. Ayla KABALAK

Uzm. Dr. Ayşegül BİLEN

İLETİŞİM

Halaskargazi Mh. Rumeli Cd.

Şimşek Apt. No: 5 Daire: 3

Şişli / İstanbul

tel : 0212 225 65 18

e-mail : info@palyatifbakim.org.tr

Ayrıca hekim, hastanın istemediği bir müdahaleyi hastanın lehine de olsa yapamaz. Hastanın tedaviyi ret hakkı yasalarla güvence altına alınmıştır (Gökcan; 2013, s:57). Hastaya tıbbi bir müdahale yapılmasının ilk koşulu hastanın yapılacak işleme rızası olması olarak ortaya çıkmaktadır.

Ancak asıl sorun, bilinci kapalı ve karar veremeyecek durumdaki hastalarda ne yapılabileceği ile ilgilidir. Hastanın daha önceden tedaviyi reddi durumunda da bilinci kapandığı takdirde bu isteğinin uygulanması yönünde görüş birliği vardır (Gökcan 2013, Hakeri 2018). Tedaviye başlanmasında olduğundaki gibi sürdürülmesi sırasında da hastanın rızası gereklidir. Tedaviye verdiği rızayı geri alan hastanın iradesine aykırı olarak tedaviye devam edilmesi cezai ve hukuki yönden sorumluluğa yol açar. Ölümcül durumdaki hastalarda da yine bu kural geçerlidir denilmektedir (Gökcan 2013).

Yapılacak işlemler için, bilinci kapalı ve rıza veremeyecek durumdaki hastalar için; "Veli veya vasisi olmadığı veya bulunmadığı veya üzerine ameliye yapılacak şahıs ifadeye muktedir olmadığı takdirde muvafakat şart değildir" denilmektedir (1219 sayılı kanun madde 70). Yine Biyotıp sözleşmesi 8. maddede de acil durumlardan söz edilerek " Acil bir durum nedeniyle uygun muvafakatın alınamaması halinde, ilgili bireyin sağlığı için tıbbi bakımdan gerekli olan herhangi bir müdahale derhal yapılabilir" denilerek acil durum gerekliliği ayrı tutulmuştur.

Sonuç

Yaşamın sonuna ait tartışmaları sürdürürken daima hatırlanması gereken, yapılan her tedavinin bir endikasyonun olması gerektiğidir. Yaşamın sonuna yaklaşmış ve ne yapılırsa yapılsın yaşatmanın mümkün olmadığı hastalarda KPR'nin endikasyonu olup olmadığı değerlendirilmelidir. Her yapılan uygulamanın bir endikasyonu olması gerektiği genel bir tıp kuralıdır. Hekimin doğru tanı ve endikasyonla yaptığı işlemlerin hukuka uygunluğunu tartışmak anlamlı ve işlevsel değildir. Tıp konusunda yetkin ve güncel bilgilerle donanmış bir hekimin en üst otorite olacağı konusunda tereddüt yoktur.

Biyotıp sözleşmesi madde 9'da da konu edilen "Tıbbi Talimatname" uygulamasının yaşama geçirilmesi bazı sorunların çözümü için oldukça önemlidir. Talimatnamenin bir yönetmelik ile uygulama ayrıntılarının belirlenmesi gerekmektedir. Kişilerin yaşamın sonu ile ilgili tercihleri, Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenecek ve gerektiği zaman hekimler tarafından kolayca ulaşılabilecek bir bilgi sistemine aktarılmalıdır. Özellikle kronik hastalıklarda bilinç açık iken, hastanın müdavi hekimine bu tercihleri iletmesi ve düşüncesi değiştiği zaman kolayca değiştirebilmesi hastanın geleceğini belirleme hakkı bakımından önemlidir.

Hekim, eğer hastada endikasyon varsa her tedaviyi yapmalı ancak nafile tedavi kapsamına girecek tedavileri yeterli güncel tıp bilgisi ile uygulamaması gerektiğini bilmelidir. Hekimin yarasız tedavilere zorlanması tıp etiğinin temel ilkelerine de uymamaktadır.

Yaşam sonu kararlarda en büyük sorumluluk şüphesiz hekimlerdedir. Hekimlerin özellikle kronik hastalığı olan hastalarla ve yaşlılarla ölümü konuşmaktan kaçınmaması gerekli görünmektedir. Ölüm de yaşamın kendisi gibi her canlı için doğal bir süreçtir. Hastalara yaşam sonu süreçlerde ölümün doğal seyrine



birakılmanın asla tıbbi bakımın ihmali anlamına gelmeyeceği anlatılmalı ve gerekli güvenceler verilmelidir.

Yapılması gerekenler; ileri talimatların hayata geçirilmesi için ilgili birimlerle düzenlemeler yapmak ve hekimliğin genel ilkelerine (hukuka uygunluk, endikasyon, bilgilendirilmiş rıza formu ve tıbbi standartlar) uymaktır.

PANEL III AĞRI, BESLENME VE SEMPTOM YÖNETİMİNDE ETİK YAKLAŞIM

Moderatör: Prof. Dr. Ruhiye Reisli, Prof. Dr. Murat Gündüz

Raportör: Uzm. Dr. Uğur Uzun

PALYATİF BAKIM DERNEĞİ YÖNETİM KURULU

BAŞKAN

Prof. Dr. Meltem UYAR

GENEL SEKRETER

Prof. Dr. Gülçin ŞENEL

ÜYELER

Prof. Dr. Gül Köknel TALU

Prof. Dr. Aynur ÖZGE

Prof. Dr. Nurten İNAN

Prof. Dr. Ayla KABALAK

Uzm. Dr. Ayşegül BİLEN

İLETİŞİM

Halaskargazi Mh. Rumeli Cd.

Şimşek Apt. No: 5 Daire: 3

Şişli / İstanbul

tel : 0212 225 65 18

e-mail : info@palyatifbakim.org.tr

Temel İnsan Hakkı / Ağrısız Olma ve Opioid

Kullanımında Etik Sorunlar

Prof. Dr. Gonca Oğuz

Palyatif Bakımda Nutrisyon ve Hidrasyonun Etik Yönleri

Prof. Dr. Çetin Kaymak

Olgu Temelli Semptom Yönetiminde Etik

Prof. Dr. Kadriye Kahveci

Temel İnsan Hakkı / Ağrısız Olma ve Opioid Kullanımında Etik Sorunlar

Prof. Dr. Gonca Oğuz

Ağrı, palyatif bakım gereksinimi olan hastalarda yaşam kalitesini etkileyen en önemli semptomlardan biridir. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Birliği ağrıyı “*vücudun doku harabiyetine bağlı olan veya olmayan, kişinin geçmiş deneyimleriyle de ilgili hoş olmayan emosyonel bir duyum ve davranış şekli*” olarak tanımlamaktadır. Modern hospis hareketinin öncüsü olan Cicely Saunders ise ağrıyı fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel boyutuyla biyopsikososyal bir model olan “*total ağrı*” kapsamında değerlendirmiştir.

Günümüzde ağrı patofizyolojisi ve tedavi yöntemleri ile ilgili oldukça önemli bilimsel gelişmeler olmakla beraber ağrı kontrolünde istenen ilerleme hala sağlanamamıştır. DSÖ'nün tahminine göre dünya popülasyonunun %80'i yetersiz tedaviye bağlı orta ve şiddetli düzeyde ağrı çekmektedir. Kanserle ilgili ağrı tanı anında %25-30 iken, terminal dönemde %75, yaşam sonunda %90 gibi oranlara ulaşabilmektedir. Bu hastaların yaklaşık yarısı yetersiz ağrı tedavisi almaktadır. Çalışmalarda, bakımevlerinde kalan hastaların %40-%85 oranında ağrı çektiği, yaşlı hastaların yaklaşık %25'ine hiçbir tedavi yapılmadığı bildirilmiştir. Orta ve ileri derecede demansı olan hastaların %61.5'inde ağrı olduğu ve sadece %30.7'sinin analjezik tedavi aldığı gösterilmiştir.

DSÖ sağlığı, yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmaması değil, fiziksel, zihinsel/psikolojik ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamıştır. Yeterli iyilik halinin sağlanması için etkin bir ağrı tedavisinin yapılması gerekliliği açıktır. DSÖ'nün palyatif bakım tanımının merkezinde ağrı semptomunun kontrolü yer almaktadır. 2004 yılında DSÖ, IASP ve EFIC iş birliği ile “*Ağrıya Karşı Küresel Gün*” bildirisi yapılarak ağrı tedavisinin bir insan hakkı olması gerektiği vurgulanmıştır. IAHP ve WPCA'nın 2008 yılında ağrı tedavisi ve palyatif bakımı temel insan hakkı olarak tanımlamalarını takiben bu konudaki farkındalık ivme kazanmış,



PALYATİF BAKIM DERNEĞİ YÖNETİM KURULU

BAŞKAN

Prof. Dr. Meltem UYAR

GENEL SEKRETER

Prof. Dr. Gülçin ŞENEL

ÜYELER

Prof. Dr. Gül Köknel TALU

Prof. Dr. Aynur ÖZGE

Prof. Dr. Nurten İNAN

Prof. Dr. Ayla KABALAK

Uzm. Dr. Ayşegül BİLEN

İLETİŞİM

Halaskargazi Mh. Rumeli Cd.

Şimşek Apt. No: 5 Daire: 3

Şişli / İstanbul

tel : 0212 225 65 18

e-mail : info@palyatifbakim.org.tr

çeşitli uluslararası ağrı ve palyatif bakım organizasyonları tarafından insan hakları perspektifine dayalı sağlık politikaları geliştirilmeye başlanmıştır. Bu çalışmaların hedefleri arasında ayrımcılık yapılmadan herkesin ağrı tedavisine ulaşabilmesi, ağrılı hastanın ağrının nedeni, değerlendirilmesi ve tedavi seçenekleriyle ilgili bilgi edinme hakkının korunması, opioid analjezikler gibi gerekli ilaçlara eşit erişimin sağlanması, yaşamı sınırlayan veya terminal dönem hastalığı olan bireylerin gereksinimine yönelik sağlık politikaları geliştirilmesi, sağlık profesyonellerinin ağrı ve palyatif bakım konusunda eğitimi ve farklı düzeylerde palyatif bakım yapılandırmasının oluşturulması sayılabilir.

Ağrı tedavisi tıbbi, etik ve hukuki bir yükümlülüktür. Hastanın ağrı ve ızdırabını azaltarak yaşam kalitesini arttırmak, hastayı bilgilendirerek kendi tercihleri doğrultusunda bir yaşam sonu bakımı ve onurlu ölüm sağlamak tüm sağlık profesyonellerinin görevidir. Bununla birlikte birçok faktör ağrı tedavisinde istenen başarıya ulaşmada engel oluşturabilmektedir. Ağrı ve palyatif bakım eğitimi eksikliği, opioid kullanımıyla ilgili yanlış inançlar (tolerans, bağımlılık, yan etkiler, vb), kültürel özellikler, ilaçlara ulaşılabilirlik, küratif tedavilerin hasta merkezli yöntemlerin önüne geçmesi, iletişim sorunları, hasta /hasta yakını ve sağlık sistemi kaynaklı diğer engeller etkin bir ağrı tedavisi yapılmasını güçleştirmektedir. Çocuklar, yaşlılar, azınlıklar, zihinsel engelliler, madde kötüye kullanım öyküsü olanlar ve dezavantajlı gruplarda süreç daha karmaşık ve yetersiz hale gelmektedir. Bu durumda, tıp etiğinin merkezinde yer alan ağrı yönetiminde, biyomedikal etiğin dört temel ilkesinin uygulanması daha da önem taşımaktadır.

Ağrının ve çekilen ızdırabın dindirilmesi “*yararlılık*” ilkesi için güzel bir örnektir. Yarar sağlama, kişinin değer yargıları ve isteklerini dikkate alarak, onun için neyin iyi olduğunu ortaya koymak ve uygulamaktır. “*Zarar vermeme*” ilkesi, Hipokrat zamanından günümüze kadar gelen “*hastaları zarardan koruma, önce zarar verme*” kavramlarıyla ilişkilidir. Ağrı tedavisinin yetersiz yapılması fiziksel ve psikolojik etkiler oluşturacak, hasta kendini terk edilmiş hissedecektir. Hasta ve tedavisiyle ilgili tüm kararlar alınırken “*özerkliğe saygı*” ilkesi de mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Hasta özerkliğine saygı ilkesi, ağrı yönetiminde sağlık profesyonellerinin en temel etik yükümlülüğüdür. Tıbbi bilimsel ve teknik bilginin hastaya otoriter bir tutumla dikte ettirilmemesi, hastanın mevcut durumu ve tedavi seçenekleri hakkında ayrıntılı olarak bilgilendirilerek seçim yapma hakkının korunması gereklidir. Yeterli bilgilendirmeye sahip olmayan bireyler, kendi otonomilerini de sağlayamazlar. Yeterli tedavi edilmeyen total ağrı, hastanın sadece fiziksel otonomisini değil, aynı zamanda spiritüel ve emosyonel otonomisini de etkileyerek etik kararların verilmesini imkansızlaştırır. Adalet ilkesi ise sağlık bakım kaynaklarının eşit olarak dağıtılması, ırk, dil, etnik köken, cinsiyet ve ödeme gücü düşünülmeden herkese aynı tanı ve tedavi seçeneklerinin sunumunu içerir. Dünyada sosyoekonomik özelliklerdeki büyük farklılıklar, ağrı tedavisi ve opioid ilaçlara erişimde adaleti sağlamaktan henüz çok uzaktır. Opioid ilaç tüketiminin çoğu nüfusun daha az olduğu gelişmiş ülkelere aittir.

Yaşam sonunda ağrı tedavisinde sık tartışılan etik konulardan biri de 'double effect' (çift etki) doktrinin uygulanmasıdır. Bu prensip, ciddi yan etki olasılığını öngörerek hastanın yararına olduğu düşünülen tedavinin uygulanmasıdır. Aşağıdaki bileşenleri içerir:



PALYATİF BAKIM DERNEĞİ YÖNETİM KURULU

BAŞKAN

Prof. Dr. Meltem UYAR

GENEL SEKRETER

Prof. Dr. Gülçin ŞENEL

ÜYELER

Prof. Dr. Gül Köknel TALU

Prof. Dr. Aynur ÖZGE

Prof. Dr. Nurten İNAN

Prof. Dr. Ayla KABALAK

Uzm. Dr. Ayşegül BİLEN

İLETİŞİM

Halaskargazi Mh. Rumeli Cd.

Şimşek Apt. No: 5 Daire: 3

Şişli / İstanbul

tel : 0212 225 65 18

e-mail : info@palyatifbakim.org.tr

- Eylemin kendisi iyidir veya en azından ahlaki açıdan tarafsızdır, örneğin ağrıyı hafifletmek için morfin vermek.
- Kötü etki (hastanın yaşamını sonlandırma) değil, yalnızca iyi etki (ağrıyı giderme) amaçlanır.
- İyi etki, kötü etki yoluyla elde edilmez (ağrıların giderilmesi, ölümün hızlandırılmasına bağlı değildir).
- İyi etkiyi elde etmenin alternatif bir yolu yoktur.
- Riske girmek için orantılı olarak ciddi bir neden vardır, örneğin dayanılmaz acı ve ıstırapın hafifletilmesi.

Bilimsel kılavuzlar ve standartlar izlenerek uygulanan tedavilerin etik olduğu, önemli olanın iyi etkinin amaçlanması olduğu bildirilmiştir. İleri evre kronik hastalığı olan bireylere yaşam sonunda ağrı kontrolü sağlamak amacıyla uygulanan opioid tedavisiyle ölümün gerçekleştiği veya hızlandığını gösteren, kanıt düzeyi yüksek araştırmalar mevcut değildir. Ölümün direkt güçlü opioid uygulamasından çok hastalığın ilerlemesine bağlı olduğu ileri sürülmektedir. Şiddetli ağrı, opioidlerin solunum deprese edici etkileri için bir antagonisttir. Yeterli analjezi sağlayarak hastada fizyolojik stresin azalması ile yaşam süresinin olumlu etkilenebileceği de bildirilmiştir. Bu dönemde verilen yoğun palyatif bakım desteğiyle hastaların %95-98'inde ağrı palyasyonu sağlanabilmekle birlikte %2-5 oranında istenen etkinliğe ulaşmak mümkün olmayabilir. Yaşam sonunda refrakter ağrı ve deliryum gibi semptomların kontrolünde palyatif sedasyon uygulanabilir. Kısa etkili sedatif ve analjezik ilaçların verilmesiyle hastada oluşan sedasyon, bilinçte ve farkındalıkta azalma hasta yakınlarında endişe oluşturabilir. Palyatif sedasyonun kültürel uygunluğunu değerlendirmek, hasta ve ailenin gereksinimlerinin belirlemek, temel amacın hayatı kısaltmak değil, dayanılmaz ağrıyı dindirerek konfor sağlamak olduğunu anlatmak önemlidir.

Yeterli tedavi edilmeyen ağrı hasta, aile ve toplum üzerinde olumsuz fizyolojik, psikolojik, ekonomik ve sosyal etkiler oluşturur. Bu kapsamda ağrı, artık bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir. Ağrı yönetiminin tüm disiplinlere entegre edilmesi, palyatif bakım merkezlerine ulaşılabilirliğin artması, hasta, aile ve sağlık profesyonellerinin eğitimi ve opiofobi ile ilgili endişelerin giderilmesiyle birlikte, etik ve yasal çerçeveler içerisinde ulusal politika / kılavuzların geliştirilmesi kanser ağrısı tedavisinde atılması gereken önemli adımlardır.

Kaynaklar:

1. Brennan F, Carr DB, Cousins M. Pain management: a fundamental human right. Anesth Analg. 2007 Jul;105(1):205-21. doi: 10.1213/01.ane.0000268145.52345.55. PMID: 17578977.
2. Cousins MJ, Brennan F, CarrDB. Pain relief: a universal human right. Pain. 2004 Nov;112(1-2):1-4. doi: 10.1016/j.pain.2004.09.002. PMID: 15494176.
3. Fine RL. Ethical and practical issues with opioids in life-limiting illness. Proc (Bayl Univ Med Cent). 2007;20(1):5-12. doi:10.1080/08998280.2007.11928223

PANEL III Katkı Raporu

Dr. Uğur Uzun

Temel İnsan Hakkı Ağrısız Olma ve Opioid Kullanımında Etik Sorunlar

Ağrı, palyatif bakım gereksinimi olan hastalarda yaşam kalitesini etkileyen en önemli semptomlardan biridir. Dünya popülasyonunun %80 i yetersiz tedaviye bağlı olarak orta ve şiddetli düzeyde ağrı çekmektedir. Avrupa Palyatif Bakım Birliği'nin yaptığı araştırma sonuçlarına göre Avrupa'da kişi başı morfin ekivalanı opioid tüketimi 107 mg iken ülkemizde 1.3mg gibi düşük bir oranda tespit edilmesi, ağrı tedavisinin yeterli miktarda yapılmadığını göstermektedir. Palyatif bakım ve ağrı tedavisi temel insan hakkı olup hastanın ağrı ve ızdırabını azaltarak yaşam kalitesini arttırmak, hastayı bilgilendirerek kendi tercihleri doğrultusunda bir yaşam sonu bakımı ve onurlu ölüm sağlamak sağlık profesyonellerinin başlıca görevlerinin başında yer almaktadır.

Ağrı tedavisi ile ilgili birçok uluslararası ve ulusal kılavuzlar olmasına rağmen bu durumun pratiğe yansımadaki başlıca sorunlar:

- Ağrı ve palyatif bakım eğitimi eksikliği
- Opioid kullanımı ile ilgili yanlış inançlar (tolerans, bağımlılık , yan etkiler vb)
- Kültürel ve dini özellikler nedeniyle yetersiz ağrı tedavisi / opioid kullanımı
- İlaçlara ulaşılabilirlikte eksiklikler
- Küratif tedavilerin hasta merkezli yönetimlerinin önüne geçmesi
- İletişim sorunları
- Hasta/hasta yakını ve sağlık sistemi kaynaklı diğer engeller
- Çocuklar, yaşlılar, zihinsel engelliler, madde kötüye kullanım öyküsü olanlar ve dezavantajlı gruplarda yetersiz ağrı tedavisi

Sonuç

Ağrı tedavisindeki sorunların çözümü için öneriler:

- Yaşamı sınırlayan veya terminal dönem hastalığı olan bireylerin gereksinimine göre sağlık politikalarının geliştirilmesi
- Ayrımcılık yapılmadan herkesin ağrı tedavisine ulaşabilmesinin sağlanması için yeni sağlık politikalarının oluşturulması
- Opioid analjezikler gibi gerekli ilaçlara eşit erişimin sağlanması
- Sağlık profesyonellerinin ağrı ve palyatif bakım konusunda eğitimi:
 - Ağrı tedavisinin tıbbi, etik ve hukuki bir yükümlülük olduğun anlatılması
 - Opioid kullanımı ile ilgili korkuları (opiofobi) ve yanlış inançları (tolerans, bağımlılık, yan etkiler vb) ortadan kaldıracak bilgilendirmelerin yapılması
 - Sağlık profesyonelleri, hasta ve ailesine opioid kullanımı konusunda iletişimi güçlendirmeye yönelik eğitim verilmesi
 - Bilimsel kılavuzlara uygun olan tedavinin etik olduğunun anlatılması
 - Yaşam sonunda ağrı tedavisi için opioid kullanımı ile ölümün hızlandığına dair kanıt olmadığının anlatılması

PALYATİF BAKIM DERNEĞİ YÖNETİM KURULU

BAŞKAN

Prof. Dr. Meltem UYAR

GENEL SEKRETER

Prof. Dr. Gülçin ŞENEL

ÜYELER

Prof. Dr. Gül Köknel TALU

Prof. Dr. Aynur ÖZGE

Prof. Dr. Nurten İNAN

Prof. Dr. Ayla KABALAK

Uzm. Dr. Ayşegül BİLEN

İLETİŞİM

Halaskargazi Mh. Rumeli Cd.

Şimşek Apt. No: 5 Daire: 3

Şişli / İstanbul

tel : 0212 225 65 18

e-mail : info@palyatifbakim.org.tr



PALYATİF BAKIM DERNEĞİ YÖNETİM KURULU

BAŞKAN

Prof. Dr. Meltem UYAR

GENEL SEKRETER

Prof. Dr. Gülçin ŞENEL

ÜYELER

Prof. Dr. Gül Köknel TALU

Prof. Dr. Aynur ÖZGE

Prof. Dr. Nurten İNAN

Prof. Dr. Ayla KABALAK

Uzm. Dr. Ayşegül BİLEN

İLETİŞİM

Halaskargazi Mh. Rumeli Cd.

Şimşek Apt. No: 5 Daire: 3

Şişli / İstanbul

tel : 0212 225 65 18

e-mail : info@palyatifbakim.org.tr

–Yeterli analjezi ile hastada fizyolojik stresin azalmasıyla birlikte yaşam süresinin olumlu etkilenebileceğinin anlatılması

–Yaşam sonunda refrakter ağrı için uygulanan palyatif sedasyonun ötenazi gibi algılanmamasının sağlanması

• Farklı düzeylerde palyatif bakım yapılandırılmasının oluşturulması

• Ağrılı hastanın ağrının nedeni, değerlendirilmesi ve tedavi seçenekleriyle ilgili bilgi edinme hakkının korunması

Palyatif Bakımda Nutrisyonun Etik Yönü

DSÖ palyatif bakımı hayatı tehdit eden hastalıklarda, hastalığın erken aşamasından itibaren “yaşam süresini uzatmaya” yönelik olan diğer tedavilerle birlikte uygulanabilen multidisipliner bir tedavi yaklaşımı olarak tanımlanmaktadır. Ciddi bir hastalığın yol açtığı semptomlara yönelik tedavi yaklaşımları ile birlikte hastaya fiziksel ve emosyonel desteğin verilmesi gerekir. Terminal dönemdeki hastalarda en sık görülen ve yaşam kalitesini etkileyen semptomlar ağrı, bulantı, kusma, kaşeksi, halsizlik ve dispnedir. Palyatif bakım hastalarının büyük çoğunluğunu oluşturan kanser hastalarındaki en önemli sorunlardan biri kaşeksidir ve erken dönemde başlamayan nütrisyonel destek mortalitenin artmasına neden olmaktadır. Kanser hastalarında malnütrisyonun düzenli olarak taranması, değerlendirilmesi ve tedavisi önem taşır.

Palyatif bakımda nütrisyonel destek verilmesindeki başlıca sorunlar:

- Kronik hastaların nütrisyon tedavilerine hastalığın geç evresinde başlanması
- Nütrisyon tedavisi tercihinin net ortaya konulamaması
- Nütrisyon tedavisinde multidisipliner yaklaşım sağlanamaması
- Hidrasyon ve nütrisyonun ayrı ayrı değerlendirilmemesi

Sonuç

Palyatif bakımda zamanında ve etkin nütrisyonel desteğin verilmesi gerekir.

- Nütrisyon tedavisi etik, kültürel değerler ve dini inançlar içeren hasta ve/veya hasta yakınlarının tercihlerine göre yönlendirilmelidir.
- Zarar vermeme ilkesi doğrultusunda hasta merkezli bakımı hedefleyen ortak bir karar verme süreci planlanmalıdır.
- Özerklik, 'hastanın her türlü tedaviyi, dilek veya istekleri doğrultusunda alma veya reddetme hakkı vardır' anlamına gelmez.
- Kişisel seçim yapma hakkının hastalık ve tedaviyle ilgili yeterli bilgilendirilme ve anlaşılabilirlik sağlandıktan sonra kullanılması uygundur.
- Her karar bireysel düzeyde alınmalıdır.
- Hastalıkla ilgili tedavinin olası sonuçları, yaşam kalitesi ve psikolojik durumu dikkate alınmalıdır.
- Erken başlayan palyatif bakım desteğinin mortalite ve anksiyete/depresyon üzerine olumlu etkileri gösterilmiştir.
- Terminal dönem kanser hastalarında, enteral ve parenteral nütrisyon tedavisinin mortalite ve metabolik anormallikleri önemli ölçüde değiştirdiğine dair bir kanıt yoktur.
- Nütrisyonun fayda ve etkinliğinin belirsiz olması durumunda tedavinin deneme bazında uygulanması, komplikasyon gelişmesi veya başarısız olması durumunda devam edilmemesi önerilir.



PALYATİF BAKIM DERNEĞİ YÖNETİM KURULU

BAŞKAN

Prof. Dr. Meltem UYAR

GENEL SEKRETER

Prof. Dr. Gülçin ŞENEL

ÜYELER

Prof. Dr. Gül Köknel TALU

Prof. Dr. Aynur ÖZGE

Prof. Dr. Nurten İNAN

Prof. Dr. Ayla KABALAK

Uzm. Dr. Ayşegül BİLEN

İLETİŞİM

Halaskargazi Mh. Rumeli Cd.

Şimşek Apt. No: 5 Daire: 3

Şişli / İstanbul

tel : 0212 225 65 18

e-mail : info@palyatifbakim.org.tr

- Yaşamı uzatmak hiçbir zaman tek amaç olmamalı ve her zaman hastanın iyiliği ile ilişkilendirilmelidir.
- Fayda sağlamayan bir tedaviyi geri almak veya vermekten vazgeçmek hem etik, hem de yasal açıdan aynı sorumluluğu getirir.
- Karar verilemediği durumlarda her zaman yaşamı devam ettirmek için çalışılmalıdır.
- Multidisipliner ekip çalışması yapılmalıdır.
- Hidrasyon ve nütrisyon ayrı ayrı değerlendirilmelidir.

Olgu Temelli Semptom Yönetiminde Etik

Kronik yaşamı sınırlayan sağlık sorunları için palyatif bakıma ihtiyaç vardır. Palyatif bakımda amaç, yaşamın uzatmak ya da kısaltmak değil, ölümün yaşamın doğal süreçlerinden biri olarak kabul edilmesini sağlamaktır. Herkes onurlu bir ölüm (iyi bir ölüm) hakkına sahiptir. Terminal dönemde semptom yönetimi yapılmadığında ölüm hasta ve aile için zorlu bir süreç haline gelir. İyi bir ölüm hastaların ve ailelerinin isteklerine uygun olarak önlenebilir acılardan uzak olandır. Bu yüzden hastanın fiziksel ve psikolojik bütünlüğünü korumak, acı ve ıstırabını ele almak, tercihlerine saygı duymak, yaşamın son evresine değer vermek gereklidir. İleri evre kanseri olan yaşlı bir hastanın yaşamının sonunda birçok zorlu etik sorunla karşılaşılabilir. Buradaki kilit beceri kötü haberin iletilmesi ve aile ve sağlık ekibi için kabul edilebilir bir tedavi planı üzerinde müzakere etmektir.

Palyatif bakımda semptom yönetiminde karşılaşılan etik sorunlar:

- Yasal düzenleme olmadığı için yaşam sonunda olan hastaların birçoğuna yaşamı uzatan tedavilerin verilmesi
- Yaşamı uzatan tedavilerin etkili olmadığı durumlarda tedaviyi durdurma veya geri çekmenin hastanın ailesine anlatılmasındaki zorluk

Sonuç

Palyatif bakımda etik ilkeler çerçevesinde etkin semptom yönetimi sağlanmalıdır.

- Hekimler yararsız / boşuna tedaviler konusunda bilinçlendirilmeli, yaşam kalitesine katkısı olmayan girişimlerden sakınmak gerektiği hatırlatılmalıdır.
- Bakımın odak noktası semptom kontrolü sağlamaktan, bakım hedefleri ve yaşam sonu bakım tercihlerini belirlemeye kadar gitmektedir.
- Yaşamı uzatan tedaviler etkili değilse aileye yaşamı uzatan tedaviyi durdurmanın veya geri çekmenin hastanın terk edilmesi anlamına gelmeyeceği anlatılmalı ve artık aktif semptom yönetimine odaklanılacağına dair güvence vermek önemlidir.
- Hastaların ölüm yerine ve tercihine saygı gösterilmelidir.

Moderatör: Prof. Dr. Gül Köknel Talu, Prof. Dr. Mustafa Cankurtaran

Raportör: Doç. Dr. Umut Gök Balcı

Yaşlılık Olgusu ve Tıp Etiği

Prof. Dr. Teslime Atlı

Palyatif Bakımda Demanslı Hasta ve Uzun Süreli Bakım

Prof. Dr. Aynur Özge

**Tıbbi Vasiyet “Önceden Açıklanmış İstek”,
“Yetkilendirme Bildirimi”**

Doç. Dr. Nil Tekin

**PALYATİF BAKIM DERNEĞİ
YÖNETİM KURULU**

BAŞKAN

Prof. Dr. Meltem UYAR

GENEL SEKRETER

Prof. Dr. Gülçin ŞENEL

ÜYELER

Prof. Dr. Gül Köknel TALU

Prof. Dr. Aynur ÖZGE

Prof. Dr. Nurten İNAN

Prof. Dr. Ayla KABALAK

Uzm. Dr. Ayşegül BİLEN

İLETİŞİM

Halaskargazi Mh. Rumeli Cd.

Şimşek Apt. No: 5 Daire: 3

Şişli / İstanbul

tel : 0212 225 65 18

e-mail : info@palyatifbakim.org.tr

PANEL IV Katkı Raporu

Doç. Dr. Umut Gök Balcı

Yaşlılık Olgusu ve Tıp Etiği

Genel kabul görmüş bir yaşlı tanımı yoktur. 65 yaş üstü herkes aynı şekilde yaşlanmaz. Bireye ve topluma göre değişebilir. Yaşlılık tanımı aslında sadece fizyolojik bir süreci içerir. Yaşlılık sınırının 75 yaşa çekilmesi tartışılır hale gelmiştir. Yaşlanma arttıkça mücadele edilmesi gereken sağlık sorunlarının da artması nedeniyle hekimlerin asıl amacının yaşlanırken maksimum fonksiyonelliği yakalamak olması gerektiği belirtilmektedir.

Fonksiyonel yaşam ve maksimum yaşam süresi kavramları etik sorunları beraberinde getirmektedir. Tedavi kararları verilirken düşme, izolasyon, ihmal gibi sorunları da göz önünde bulundurarak etik sınırları gözetmek gerekir. Sağlık profesyonelleri ve aileler yaşlıların kararlarına müdahale ederler. Etik olunabilmesi için yetkinlik ve karar verme konusunda yaşlıya saygı duyulması gerekir. Tıbbi önerilerde hasta yanlış karar verse bile yetkin hastanın sözü geçerlidir. Yetkinliği yoksa vesayet devreye girer.

Otonomide hekimin dengeleyici rolü vardır. Yetkin hastaya ayrıntılı bilgi verip yanlış karar vermesini olabildiğince azaltmak önemlidir. Demans burada engelleyici bir unsurdur. Yeterliliği olan kişide otonomi için aydınlatılmış onam alınması sırasında zorluklar yaşanabilir. Karar vermek zor olabilir. Bilişsel, sosyal, dini etkenler karar vermede etkili olabilir. Vasi tayini de etik ve yasal problemler yaratabilir. Yaşam sonu evliliklerde yaşanan yasal sorunlarda vasi tayini de böyledir.

Sonuç

İleri yaşam planlamaları erken dönemde yapılabilirse yetkin olunmayan dönemde karar almak kolaylaşır. İhmal, terketme, malpraktis, yatışı reddetme, tedavi kararları, ötenazi, kısıtlama zamanlamaları, enteral beslenme de önemli yaşlılık dönemi etik problemlerdir.

**PALYATİF BAKIM DERNEĞİ
YÖNETİM KURULU**

BAŞKAN

Prof. Dr. Meltem UYAR

GENEL SEKRETER

Prof. Dr. Gülçin ŞENEL

ÜYELER

Prof. Dr. Gül Köknel TALU

Prof. Dr. Aynur ÖZGE

Prof. Dr. Nurten İNAN

Prof. Dr. Ayla KABALAK

Uzm. Dr. Ayşegül BİLEN

İLETİŞİM

Halaskargazi Mh. Rumeli Cd.

Şimşek Apt. No: 5 Daire: 3

Şişli / İstanbul

tel : 0212 225 65 18

e-mail : info@palyatifbakim.org.tr

Palyatif Bakımda Demanslı Hasta ve Uzun Süreli Bakım

İnsanlar genelde hastanede ölür ancak demans hastalarının çok az kısmı palyatif servislerde ölmektedir. Palyatif bakım süreçlerinin her noktasında hasta yakını dinamikleri demans hastalarında çok önemlidir. 2040 yılında demans hastalarının kanser hastalarındaki artış hızından daha fazla olacağı ve palyatif bakımda yatan hastaların 4 de birinin demans hastası olacağı öngörülmektedir. Bu nedenle Palyatif Bakım ekibinde geriatrist ve nörolog olmalıdır.

Demansda işlevsellik kademe kademe azaldığı için demanslı bireyi sağlıklı yaşlı bireyden ayırmak erken dönemde zor olabilir. Demans yeterince tanınmamaktadır. Demans tanısı geç konmakta ve hasta sayısı hızla artmaktadır. Uzun süreli bakımın demans özelinde yeniden kurgulanması gerekir. Palyatif bakımda demansa bütüncül yaklaşım zordur. Ciddi bir organizasyon ve fedakarlık gerekir.

Tüm dünyada yaşlı hastaya etik yaklaşım konusunda en önemli açık eğitimidir. Demans hastaları mutlaka ilerleyen dönemde palyatif bakıma ihtiyaç duymaktadır. Erken tanı ile bakımın organizasyonu sağlık ekonomisine ciddi katkı sunar. Evde palyatif bakım bu hasta grubunda iyi bir bakım modelidir. Mortalite ve morbiditenin azaltılmasının da sağlanabildiği evde bakım modelinin de uygulanması kolay değildir.

Hekimler arasında da demans hastalarında palyatif bakım uygulamaları açısından ortak görüş olmadığı görülmektedir. Norveç modelinde olduğu gibi Aile hekimlerinin palyatif bakımlarda temel düzenleyici olması doğru bir yaklaşımdır. Belçika ve İsveç Palyatif Bakım rehberlerinde olduğu gibi birçok ülke rehberinde demans özelinde bilgilendirme yoktur.

Sonuç

Palyatif Bakım ve geriatri arasında iyi bir iş birliği gereklidir. İdeal olan yaşlıyı olabildiğince evde aile ile desteklemek ve mobil multidisipliner ekiplerle süreçleri yönetmektir.

Tıbbi Vasiyet “Önceden Açıklanmış İstek” “Yetkilendirme Bildirimi”

Türkiye’de 80 yaş üzeri yaşlı sayısı zamanla artmıştır. Yaşam beklentisi arttıkça tıbbi sorunlar karmaşıklaşmıştır. Yaşam sonu dönemde bireysel tercihler önemlidir, kişilerin kendi tedavileriyle ilgili karar vermesi temel insan hakkıdır. Yaşam sonu dönemde uzun süreli bakım süreçlerinde sorunlar yaşanmaktadır. Bakım veren ekip doğru kurgulanmalıdır.

Hipokrat’tan beri tıbbın çaresiz kaldığı durumlarda tedavi reddi söz konusu olmuştur. Uluslararası sözleşmeler olsa da uygulamalarda sorunlar yaşanmaktadır. Ölüm sürecinin iyi olması sağlanmaya çalışılırken kişisel faktörler önemsenmelidir. Önceden açıklanmış istekler yol gösterici olacaktır.

Bakım veren ekip yaşamı destekleyen tedavileri uygulamak ya da kesmek kararları vermek durumunda kalabilmektedir. Bu konunun çok yönlü değerlendirilmesi gerekir. Müdahale ile ilgili o anda karar veremeyecek hastanın önceden bildirmiş istekleri olması karar vermeyi kolaylaştırır.



Sonuç

Tıbbi vesayet sadece resüsitasyon kararlarından ibaret değildir. Aydınlatılmış onam aynı zamanda aydınlatılmış reddir. Kişi isterse tüm bakım ve tedavisini reddedebilir. Aile ile beraber karar vermek hekimlerin karşılaştıkları zorlukların azaltılmasında yardımcı olur.

PANEL V PEDIATRİK PALYATİF BAKIM ETİĞİ

Moderatör: Doç. Dr. Zülfikar Akelma, Uzm. Dr. Nihal Durmaz

Raportör: Doç. Dr. Zehra Öztekin Çelebi

PALYATİF BAKIM DERNEĞİ YÖNETİM KURULU

BAŞKAN

Prof. Dr. Meltem UYAR

GENEL SEKRETER

Prof. Dr. Gülçin ŞENEL

ÜYELER

Prof. Dr. Gül Köknel TALU

Prof. Dr. Aynur ÖZGE

Prof. Dr. Nurten İNAN

Prof. Dr. Ayla KABALAK

Uzm. Dr. Ayşegül BİLEN

İLETİŞİM

Halaskargazi Mh. Rumeli Cd.

Şimşek Apt. No: 5 Daire: 3

Şişli / İstanbul

tel : 0212 225 65 18

e-mail : info@palyatifbakim.org.tr

Pediyatrik Palyatif Bakımda Farklı Gereksinimler

Doç. Dr. Ganime Ayar

Pediyatrik Yaş Grubunda İletişim

Uzm. Dr. Nilgün Harputluoğlu

Karar Verme Yetisi, Bilgilendirilmiş Onam, Ailenin

Çocukla İlgili Kararları

Doç. Dr. Şanlıay Şahin

PANEL V Katkı Raporu

Doç. Dr. F. Zehra Öztekin Çelebi

Pediyatrik Palyatif Bakımda Farklı Gereksinimler

Doç. Dr. Ganime Ayar

Pediyatrikte; tedavisi olmayan, yaşam kalitesinde herhangi bir iyileşme beklentisi olmayan komplike kronik hastalıklara sahip bir çocuk hastanız olduğunda çok zor etik ikilemler ortaya çıkar. Genellikle ölümün çocuğa yakıştırılmaması, ailelerin, bir hastalığın tedavisinin olmaması gibi bir duruma inanmaması, pediyatristlerin ölmek üzere olan çocuk ve ailesi ile yüzleşmesindeki çekinceler, yine pediyatristlerin agresif tedavi alışkanlıkları, çocuklarda prognoz ve fonksiyonel çıktılarının çoğu zaman daha az belirgin olması ve çocuk palyatif bakım alanında eğitilmiş, özelleşmiş personel eksikliği gibi nedenlerle bu zorluklar daha da artar. Bu sunumun amacı pediyatrik palyatif bakımın (PPB) erişkin palyatif bakımdan farklı etik gereksinimleri hakkında bir çerçeve çizmektir.

Bir hastanın yapay dolaşım ve solunum cihazları ile çok uzun süreler hayatta tutulması mümkündür. Çocuk hastalarda bu süre 10 yıl, 20 yıl gibi uzayabilmektedir. Peki, hastanın cihazlardan ayrıldıktan sonraki yaşama ihtimali, yaşam süresi ve hayat kalitesi nasıl olacaktır, trakeostomi ve ventilatör ile izlenen pediyatrik kronik hastalardan kaçınılmasıyla yaşamaya devam edebilir, sınırlı kaynaklarla bunu yapmak ne kadar doğrudur ve çocuk sağlığını korumak için ayrılmış mevcut kaynakların ne kadarı buna aktarılmalıdır, tüm bu sorular yanıt beklemektedir.

İnsan şüphe yok ki canlı olmanın kaçınılmaz sonucu olarak ölümlü bir varlıktır; yaşamın bir sonu vardır. Hekim bu durumlara nereye kadar ve nasıl müdahale ederse etik olarak ve hukuk karşısında görevinin sorumluluklarını yerine getirmiş



PALYATİF BAKIM DERNEĞİ YÖNETİM KURULU

BAŞKAN

Prof. Dr. Meltem UYAR

GENEL SEKRETER

Prof. Dr. Gülçin ŞENEL

ÜYELER

Prof. Dr. Gül Köknel TALU

Prof. Dr. Aynur ÖZGE

Prof. Dr. Nurten İNAN

Prof. Dr. Ayla KABALAK

Uzm. Dr. Ayşegül BİLEN

İLETİŞİM

Halaskargazi Mh. Rumeli Cd.

Şimşek Apt. No: 5 Daire: 3

Şişli / İstanbul

tel : 0212 225 65 18

e-mail : info@palyatifbakim.org.tr

olur. Literatüre baktığımızda; palyatif bakım hastaları için “canlandırmayınız” orderları ile birlikte, yaşamı destekleyen tedavilerin sonlandırılması ya da tedaviye başlanmamasından ve nafile tedavilerden bahsedilmektedir. Hastaya uygulanan tedavi, hastaya iyi bir yaşam kalitesi sağlayacak bir tedavi olduğu takdirde bunun esirgenmesi ahlaki olarak kabul edilemez. Aksine uygulanan tedavi prognozun iyileşmesine katkı sağlamıyorsa o zaman da bu tedavinin sürdürülmesi etik değildir. Basit görünen bu durumda en önemli zorluk özellikle çocuk hastalar için prognoz konusunda bazen bir kesinlik olmamasıdır. Diğer üstünde uzlaşılması zor konu ise yaşam kalitesidir. Yaşam kalitesi konusunda da hekim ve hasta arasında farklı bakış açıları olabilir. Bu durumda şüphe yok ki hastanın tercihleri veya ailenin tercihleri ön plana çıkar. Burada devreye hastane etik kurulları girmektedir. Bilimsel literatürde 1970’lerin başından itibaren aktif olarak çalışan etik kurullardan bahsedilmektedir. Etik kurullar bu anlamda hekim ve hasta yakınlarına destek sağlayacaktır.

Sonuç

- Sağlık çalışanlarının etik ikilemlerle baş etmelerine yardımcı olacak “yaşamı destekleyen tedavilerin başlatılması ya da sonlandırılmasına ilişkin ülke çapında geçerli olacak ölçütler” belirlenmelidir. Bu ölçütler hazırlanırken, tıbbi yarar hasta ve toplum yönünden pek çok açıdan gözetilmelidir.
- Çocuklarda prognozun, yaşam beklentisinin ve fonksiyonel çıktıların çoğu zaman daha az belirgin olması, hekimlerde kafa karışıklığını artırmaktadır, dolayısıyla bu ölçütler çocuk hastalar için ayrıca tanımlanmalıdır. Gelişmiş teknoloji ile hastalar aylarca yıllarca yaşatılmaktadır. Bu aşamada hayatta olmak, yaşamak ve yaşam kalitesi kavramları yeniden tanımlanmalıdır.
- Hekimler yasal düzenlemelerle korunmalıdır. Bu yasal düzenlemeler çocuk hastalar için ebeveyn onamalarını da içerecek şekilde yapılmalıdır.
- Tedaviye başlamama, tedaviyi sonlandırma, boşuna tedavi konularında karar verme sürecinde “Hastane Etik Kurulları”nın da yer alması sağlanmalıdır. Hastane Etik Kurulları karar alma sürecinde hasta ve hasta yakınlarına bilgi verilmesinden, konunun tüm taraflarına danışmanlık sunmaya kadar çeşitli işlevler üstlenebilir. Özellikle etik ikilemlerde kalan hekimlere yol gösterici olacaktır.
- Yaşam sonu kararlarda en büyük sorumluluk şüphesiz hekimlerdedir. Hekim, eğer hastada endikasyon varsa her tedaviyi yapmalı ancak nafile tedavi kapsamına girecek tedavileri uygulamaması gerektiğini bilmelidir.
- Hekim yararsız tedavilere zorlanmamalıdır, hekimin yararsız tedavilere zorlanması tıp etiğinin temel ilkelerine de uymamaktadır.
- Bu süreçte hekimlerin rolleri, yetki ve sorumlulukları, yeni gelişmeler çerçevesinde yeniden tanımlanmak durumundadır.
- Yaşam sonu süreçlerde ölümün doğal seyrine bırakılmasının asla tıbbi bakımın ihmali anlamına gelmeyeceği benimsenmelidir.

**PALYATİF BAKIM DERNEĞİ
YÖNETİM KURULU**

BAŞKAN

Prof. Dr. Meltem UYAR

GENEL SEKRETER

Prof. Dr. Gülçin ŞENEL

ÜYELER

Prof. Dr. Gül Köknel TALU

Prof. Dr. Aynur ÖZGE

Prof. Dr. Nurten İNAN

Prof. Dr. Ayla KABALAK

Uzm. Dr. Ayşegül BİLEN

İLETİŞİM

Halaskargazi Mh. Rumeli Cd.

Şimşek Apt. No: 5 Daire: 3

Şişli / İstanbul

tel : 0212 225 65 18

e-mail : info@palyatifbakim.org.tr

Pedriatrik Yaş Grubunda İletişim

Uz. Dr. Nilgün Harputluoğlu

Bir çocuğun potansiyel ölümü genellikle yetişkinlerden daha farklı duygusal etkiye sahiptir ve çocukların ölümüyle ilgili çeşitli zorluklar içerir. Pedriatrik palyatif bakımın (PPB) kalitesi iletişimin kalitesi ile doğru orantılıdır. Kötü haberi iletmek, prognozu tartışmak ve yaşamı sürdüren tedaviyi geri çekmek ya da sınırlamak gibi önemli konularda etkili iletişim şarttır. Bu sunumun amacı PPB alanındaki iletişimin etik boyutu ile ilgili bir çerçeve çizmektir.

Çocuk özünde tam bir insandır ve 1989'da kabul edilen Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi çocukların iletişim haklarını da içermektedir. İletişim çocukların, özellikle en dezavantajlı ve hassas olanların, hayatta kalmaları, tekâmül etmeleri ve zenginleşmeleri için önemli bir unsurdur. İşitilme ve ciddiye alınma hakkı, özgür konuşma ve bilgiye erişim hakkı, mahremiyetin korunması hakkı ile kültürel kimlik geliştirme ve kültürel değerleri ve inançlarıyla onur duyma hakkı bulunmaktadır.

PPB için özelleşmiş iletişim alanları bulunmaktadır. Bunlar tanı ve prognozla ilgili iletişim, yaşam sonu kararlarla ilgili iletişim, ölüm hakkında iletişim gibi alanlardır.

PPB'da *iletişimin temel esasları*: PPB'da iletişim hastayı, ebeveyni, kardeşleri ve gerektiğinde geniş aileyi içerecek şekilde olmalıdır. Hastanın kendisinin de bilişsel düzeyine uygun olarak bilgilendirilmesi hekimin etik sorumluluğudur. İletişim dürüst ve açık olmalıdır. Sağlık çalışanının içten ve samimi olması, sessiz iletişim teknikleri hakkında bilgi ve tecrübesinin olması gerekir. Çocuk ve ailesi dinlenerek onlara saygı duyulmalı, ailenin ırkı, etnik kökeni, kültürü, sosyoekonomik durumu ve değerleri dikkate alınarak, çocuk ve ailenin tercihlerine uygun seçimler yapılmalıdır. Etkin iletişim; gürültüsüz, güvenli, ısının ve aydınlatmanın yeterli olduğu ortamda, hasta ile yüz yüze, sakin bir şekilde sorgulayan ve cevap veren şekilde, açık uçlu sorularla, yeterli zaman tanınarak, tetkik ve tarama sonuçları, raporlar ve tıbbi kayıtlar dikkate alınarak yapılmalıdır. Hasta merkezli iletişim esas olmalıdır.

Tanı ve prognozla ilgili iletişim: Yaşamı tehdit eden ve sınırlayan hastalıklar çocuklar için kabul edilebilir değildir. Oysaki hastalık ve ölüm çocuklar için de bir gerçektir. Bir çocuğun hayatı sınırlayan bir hastalığının olduğunu haber vermek sağlık çalışanları açısından da çok zordur. Bu noktada hastanın ve ailenin bilmek istediği kadar bilgi açıklıkla, net bir şekilde, yanlış anlaşılmalara sebebiyet vermeden fakat empatik bir dille verilmelidir. Böyle önemli görüşmeler ayak üstü yapılmamalı, ailenin diğer üyeleri de dahil edilerek ve zaman ayırarak yapılmalıdır. Çocuk hastalıkları alanında prognozu ve fonksiyonel çıktıları belirlemek erişkin hastalardan daha zordur. Bu nedenle prognoz hakkındaki iletişim zorlaşmaktadır. Prognoz hakkında konuşurken kesin ifadelerden kaçınılmalıdır.

Ölüm ve yaşam sonu kararlarla ilgili iletişim: Her canlı içgüdüsel olarak neslinin devamını ister. Ebeveynler için kendisinden sonra dünyada kalmasını planladığı çocuğunun kendinden önce öleceğini kabul etmek hiç kolay değildir. Hasta çocuğun kardeşleri ve arkadaşları da bu süreçten çok etkilenir. Ailelerle ve çocuklarla ölüm hakkında iletişim kurulması gerekli ve önemlidir. Günümüzde



PALYATİF BAKIM DERNEĞİ YÖNETİM KURULU

BAŞKAN

Prof. Dr. Meltem UYAR

GENEL SEKRETER

Prof. Dr. Gülçin ŞENEL

ÜYELER

Prof. Dr. Gül Köknel TALU

Prof. Dr. Aynur ÖZGE

Prof. Dr. Nurten İNAN

Prof. Dr. Ayla KABALAK

Uzm. Dr. Ayşegül BİLEN

İLETİŞİM

Halaskargazi Mh. Rumeli Cd.

Şimşek Apt. No: 5 Daire: 3

Şişli / İstanbul

tel : 0212 225 65 18

e-mail : info@palyatifbakim.org.tr

çocukların ölüm ve ölmekle ilgili gerçekçi bilgilere erişimi sınırlıdır. Çocuklara biyolojik gerçekleri açıklamak, çocukların ölüm kavramlarını geliştirmeleri için çok önemlidir. Çocuklar 3-6 yaşında ölümü anlayabilir ancak olgun bir ölüm kavramı 10-12 yaşında gelişir. Olgun bir ölüm kavramı oluşturma; çocuğun yaşı, bilişsel yeteneği ve ölüme maruz kalma ile ilişkilidir. Çeşitli iletişim araçları, kötü haberleri çocuklara iletmek için yararlı olabilir. Hikâye kitapları (*Faliko*), çizgi filmler (*MrRogers'ın mahallesi*) ve karakterler (*Aslan Kral*) çocuklara ölümü gerçekçi bir yaklaşımla anlatan örneklerdir. Birçok ebeveyn çocuklarını ölüm gerçeğinden koruma tutumu sergiler ve biyolojik gerçeklerle çelişen örtmeceler (gitti, melek oldu gibi) kullanırlar. Ebeveynlerin, çocuklarının ölüm ve ölmekle ilgili sorularını cevaplar; istekliliği, ulaşılabilirliği, rahatlığı, hoş olmayan hisleri paylaşabilme yetenekleri, ölümlle ilgili belirsizlikler, çocuğun ölümü konuşma ihtiyacının farkında olmaları ve doğadaki fırsatları kullanarak kaçınılmaz gerçek için çocukla konuşmaları önemlidir.

Sonuç

- Çocukların hastalığı ailelerdeki psiko-sosyal sıkıntıyı artırır. Çocuk-ebeveyn-sağlık çalışanı arasındaki dürüst, açık ve kaliteli iletişim bu stresi azaltır.
- Olumlu ilişki ve iletişim, güler yüz ve yakın davranışlar, hekimler için de mesleki memnuniyeti artırır. Doktorların zaman kısıtlamaları, klinik olayların hızlı evrimi, iletişimi etkiler. Aile görüşmelerinin iyileştirilmesi kaliteli etkin bir iletişim için önemlidir.
- Sağlık sistemlerinin zorlu ve karışık bir yapıya sahip olması, palyatif bakım konusunda yaşanan bilgi eksikliği, karmaşık klinik durumlar, iletişim ve empati eksikliği, doktorların ölüm gerçeğini bildirmekten kaçınması ise kısa ve uzun vadeli önemli iletişim ve etik sorunlarına yol açar.
- Tanı ve prognoz bilgisi, hastalığın muhtemel sonuçları, çocuklarının ağrı ve olası semptomlarla başa çıkabilme şekilleri, çocuk ve ailenin hastalığı nasıl yönetecekleri, hastane ve evde ihtiyaçlarını giderebilmek için hangi kaynakların olduğu, ölüm ve ölümün gerçekleşmesi halinde kardeşlere ve aile üyelerinin bununla baş etme biçimleri iletişimde önemli konulardır.
- Açık ve etkileşime dayalı iletişim pediatrik palyatif bakımın olmazsa olmazıdır. Hayatı tehdit eden veya sınırlayan hastalıklarla ilgilenen tüm pediatrik sağlık çalışanlarının iletişim eğitimi almaları ve çocuk ve aileye tam zamanlı destek sağlaması çok önemlidir.

Karar Verme Yetisi, Bilgilendirilmiş Onam, Ailenin Çocukla İlgili Kararları

Doç. Dr. Şanlıay Şahin

Pediatrik palyatif bakımda (PPB), erişkin palyatif bakımda olduğu gibi tıbbi karar verme sürecinde, tıp etiğinin uluslararası düzlemde kabul görmüş ilkeleri olan, özerklik, yararlı olma, zarar vermeme, adil olma ilkeleri göz önüne alınmalıdır. Fakat çocuk hastanın kendi başına karar verme yetisi olmadığı için bu ilkeleri uygulamak pediatrik yaş grubunda daha da karışık olabilmektedir. İyi klinik uygulamalar, bilgilendirilmiş/aydınlatılmış onam, rasyonel karar verme algoritmaları, ağrının/acının giderilmesi, risk/ yarar değerlendirilmesi, sır saklama, gerçeği söyleme ve benzer etik konularda özel bilgi birikimi ve uygulama becerisi gerektirmektedir. Bu sunumun amacı pediatrik yaş



PALYATİF BAKIM DERNEĞİ YÖNETİM KURULU

BAŞKAN

Prof. Dr. Meltem UYAR

GENEL SEKRETER

Prof. Dr. Gülçin ŞENEL

ÜYELER

Prof. Dr. Gül Köknel TALU

Prof. Dr. Aynur ÖZGE

Prof. Dr. Nurten İNAN

Prof. Dr. Ayla KABALAK

Uzm. Dr. Ayşegül BİLEN

İLETİŞİM

Halaskargazi Mh. Rumeli Cd.

Şimşek Apt. No: 5 Daire: 3

Şişli / İstanbul

tel : 0212 225 65 18

e-mail : info@palyatifbakim.org.tr

grubundaki Karar Verme Yetisi, Bilgilendirilmiş Onam, Ailenin Çocukla İlgili Kararları konuları hakkında bir çerçeveye çizmektir.

Karar verme yetisi: Ülkemizde yasal düzenlemelerde onam verme yetkisi yasal yaş sınırı ile (18 yaş) yetişkin kabul edilen bireylere tanınmaktadır. Amerikan Pediatri Akademisine göre; karar verme esnasında dikkat edilmesi gereken bazı noktalar vardır. Hastalığın niteliği açıklanmalı, teşhis ve tedavi aşamaları belirlenmeli, tedavi başarısı ve muhtemel riskler anlaşılabilir şekilde anlatılmalıdır. Vakalarda onam yasal temsilciden alınsa da çocuğun kararı bilme/katılma hakkı söz konusudur ve hekim çocuğu karara dâhil etme konusunda gayret göstermeli ve güven ilişkisi tesis etmelidir. Yedi yaşından itibaren çocuğun tıbbi kararlara katılımında bulunabilir. 15 yaşından itibaren ise "yetişkin çocuk" tan (mature minor) bahsedilir. Yasal yaş sınırının altında ve aileye bağımlı olsa da tıbbi tedavinin doğasını, sonucunu anlayabilir ve makul karar verebilir. Çocukların bilişsel durumlarının yeterli olduğu ölçüde karar alma sürecine dâhil edilmeleri, sağlık personeli için vazgeçilmez etik bir yükümlülüktür.

Yetişkin hastada olduğu gibi çocuk hasta da hastanın kişiliği, değerleri, özel istekleri, talimatları, verilen bilgiyi anlama ve karar verme kapasitesi, hastanın yaşam kalitesinden beklentisi, hastanın yeterliği yok ise onun adına karar verecek vasisinin kim olduğu ve hastanın üstün yararını gözeterek kararlar verip vermediği önemlidir. Ayrıca globalleşen dünyada sağlık hizmeti sağlayıcıları farklı inançlara, yaşam deneyimlerine, dinlere, dillere, değerlere ve farklı sağlık kavramlarına sahip bireyler için uygun bakımı sağlama konusunda zorluklar yaşamaktadır. Özellikle çocukluk döneminde yaşam sonu bakıma ihtiyaç duyulduğunda kültürün PPB'ı nasıl şekillendirdiğini gözden geçirmek etik ve eşitlik açısından hayati önem taşımaktadır.

Bilgilendirilmiş/aydınlatılmış onam: Hastayı bilgilendirmekle başlar. Hastanın verilen bilgiyi anladığından emin olunması gereklidir. Kişiye uygulanacak tanı ve tedavi yöntemleri, buna alternatif olabilecek uygulamaların yarar ve riskleri hakkında bilgi verildikten sonra izin alınması ve kendi bedenine yapılacaklar ile ilgili rıza gösterme sürecidir. Çocuk hastalar özen ve duyarlılık gerektiren incinebilir grupta yer almaktadır. Çocuk palyatif bakımda çalışan hekimler birçok etik ikileme karşı karşıya kalmaktadır. Bu ikilemelerle baş etme, klinik ve etik karar verme süreçlerini işletme konusunda ilgili tarafların (hekim, sağlık çalışanı, hasta, hastanın ailesi, sağlık kurumu) verecekleri kararlar; ait oldukları toplumun ahlaksal, sosyal, kültürel ve hukuki yapısından, ülkelerin sağlık politikaları ve sağlık ekonomilerinden etkilenmektedir. Günümüzde, rızasını açıklayamayacak durumda bulunanların korunması ve her hastanın, kendi geleceğini belirleme hakkı, tıbbi müdahale ve tedavi bakımından hastanın onamını gerekli kılar. Hekimin bilgilendirilmiş onam sürecini işletmeye istekli ve bunun gereğine inanması önemlidir. Bilgilendirilmiş onam reddi ve tıbbi işlem ve tedavinin reddi de hasta hakkıdır. Çocuklarda en sık reddedilen tıbbi prosedür ve müdahaleler; hastaneye yatış/ doktor tavsiyesi dışında taburculuk, invaziv müdahaleler, cerrahi operasyonlar, fizik muayene ve ilaç uygulamalarıdır.

Ailenin çocukla ilgili kararları: Hasta hakkında karar verme süreçleri hasta ailesinin, kurum ve kamu politikalarının, dini otoritelerin ve hastane etik kurullarının olduğu çok belirleyici bir ilişki içindedir. Çocuk hastanın yasal vasisinin kim olduğu ve hastanın üstün çıkarını gözetip gözetmediği önemlidir.



PALYATİF BAKIM DERNEĞİ YÖNETİM KURULU

BAŞKAN

Prof. Dr. Meltem UYAR

GENEL SEKRETER

Prof. Dr. Gülçin ŞENEL

ÜYELER

Prof. Dr. Gül Köknel TALU

Prof. Dr. Aynur ÖZGE

Prof. Dr. Nurten İNAN

Prof. Dr. Ayla KABALAK

Uzm. Dr. Ayşegül BİLEN

İLETİŞİM

Halaskargazi Mh. Rumeli Cd.

Şimşek Apt. No: 5 Daire: 3

Şişli / İstanbul

tel : 0212 225 65 18

e-mail : info@palyatifbakim.org.tr

Ailenin kararları üzerinde sınıf ve okuryazarlık gibi sosyal faktörler, kültürel normlar ve gelenekler çok etkilidir. Ayrıca aile çekirdek aile olarak değil geniş aile olarak da karar vermek isteyebilir. Örneğin bazı ailelerde ailenin en büyük erkek üyesiyle konuşmanın başlatılmasını tercih edilebilir. Çoğu ailede, anne tipik olarak birincil bakıcıdır; fakat anneler tedaviyi sürdürme veya kesmeye karar vermeden önce çocuğun babasından izin isteyebilir.

Türk hukukunda; yaşın küçük olması temyiz gücünü ortadan kaldırır. Ülkemizde 18 yaşın altındakilere belli tıbbi durumlarda tedavi hakkı veren yasal bir düzenleme yoktur. Tıbbi uygulamada anne-babanın anlaşmazlık durumunda, babanın kararı, baba ölmüş ise annenin onamı gereklidir. Vasi atanmış ise kararı verecek olan vasidir. Kanuni temsilci muvafakat vermediği halde müdahale tıbben gerekli ise, mahkemeden izin alınması gereklidir. Derhal müdahale edilmediği takdirde çocuğun hayatı ya da hayati organlarından biri tehdit altına girecekse izin şartı aranmaz.

Aile ve çocuğun kararında uyuşmazlık varsa; aile, hekimin önerdiği tedaviyi reddederse ve tedavi çocuğun sağlığı için kaçınılmaz bir müdahale ise, hekim hukuki ve yasal yollara başvurarak tedaviyi uygulama konusunda yetki alabilir. Acil durumda bu işlem telefonla yapılabilir. Telefon için zaman yoksa, tıbbi aciliyet halinde onay almadan tedavi yapmak gerekebilir. Doğal afet, savaş hali, toplu kazalar ve koma gibi durumlarda hekimin hastayı aydınlatma görevinden söz edilemez, çünkü burada ivedilik söz konusudur.

Dünyada son 30 yıldır bireysel etik konsültasyon ve hastane etik kurul yapılanması rutin uygulama alanına girmiştir. Sağlık Hizmetleri Birimi Etik Kurulunda amacı insan onuruna, gönencine ve insan haklarına saygılı, etik norm, ilke ve değerlere, meslek ahlakı ilkelerine uygun bir şekilde yürütülmesini sağlamak; klinikte karşılaşılan etik ikilemlerde hekimlere yol gösterici danışmanlık hizmeti vermek; hastane yönetimi, sağlık çalışanı, hasta ve ailesine gereksinim duyulduğunda etik danışmanlık vermek; etik konularda kurum içi eğitim programları planlamak, yürütmek; ve bu sayede sağlık kurumunda verilen hizmetin kalitesini arttırmaktır.

Sonuç

- PPB modeli olarak çocuk ve aile üyelerinin yaşam kalitesini ve yaşam sonu bakımını artırmak için, geleneklere uyumlu ve kişisel değerlerdeki yapısal farklılıklara duyarlı aile merkezli bir yaklaşım uygulanmalıdır.
- Günümüzde globalleşen dünyada farklı ırk, milliyet, din ve kültürden hasta ve hekimlerle karşılaşmak olağan hale gelmiştir. Böylece yaşam sonunda hasta bakımı ile ilgili kültürler arasında büyük farklılıklar olmaktadır. Kültürlerarası anlayış ve iletişim tekniklerinin uygun kullanımı hasta bakım sürecini ve sonuçlarını iyileştirecektir.
- Kültürün ve dinin etkisi, hastalık, ağrı ve yaşam sonu bakımı deneyimlerini nasıl şekillendirdiği konusunda PPB'daki yaklaşımlara yardımcı olacak yönergeler sağlanmalıdır ve sağlık hizmeti sağlayıcıları, kalitenin iyileştirilmesi için bu önemli farklılıkları tanımlamaya teşvik edilmelidir.
- Hasta ve ailesine, sonucu ne olursa olsun, hastalık süresince devam eden bir PPB modeli sunulmalı, çözümler ivedilikle ulusal sağlık politikalarına ve sağlık çalışanlarının eğitimine entegre edilmelidir. Bu konuların tıp eğitimi

PALYATİF BAKIM DERNEĞİ YÖNETİM KURULU

BAŞKAN

Prof. Dr. Meltem UYAR

GENEL SEKRETER

Prof. Dr. Gülçin ŞENEL

ÜYELER

Prof. Dr. Gül Köknel TALU
Prof. Dr. Aynur ÖZGE
Prof. Dr. Nurten İNAN
Prof. Dr. Ayla KABALAK
Uzm. Dr. Ayşegül BİLEN

İLETİŞİM

Halaskargazi Mh. Rumeli Cd.
Şimşek Apt. No: 5 Daire: 3
Şişli / İstanbul

tel : 0212 225 65 18

e-mail : info@palyatifbakim.org.tr

müfredatında yer alması, mezuniyet öncesi ve sonrası konuyla ilgili eğitimlerin verilmesi önemlidir.

- Ülkemizde çocuklara uygulanacak tıbbi tedavi ve girişimlerle çocuklar üzerinde yapılacak tıbbi araştırmalarda, dünyada kabul gördüğü şekilde, yaklaşık yedi yaşından itibaren kendisi hakkında alınacak kararlar konusunda söz sahibi olması gerektiği düşüncesinin yasal hale getirilmesi, ülkemizi taraf olduğu sözleşmelere ve Dünya'daki uygulamalara uyumlu hale getirecektir.
- Hastanın özerkliği, bilgilendirme ve karar verme hakkı her durumda merkezde yer almalıdır.
- Karar verme sorumluluğunun paylaşılması ve hastanın en üstün çıkarı gözetilerek zor kararların alınması açısından, etik rehber ve algoritmaların rutin hizmet alanına girmesi, etik konsültasyonların uygulanması ve Hastane Etik Kurullarının oluşumuna hız verilmelidir.
- Yasal düzenlemelerin gelişen teknolojinin gerisinde kalacağı düşünüldüğünde, meslek kuruluşları ve kurumlar tarafından etik kılavuzların hazırlanması sağlık personeli, hasta ve yakınları için faydalı olacaktır.

PANEL VI PALYATİF BAKIM ÇALIŞANLARININ YAŞADIĞI ETİK SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Moderatör: Prof. Dr. Nurten İnan, Prof. Dr. Nimet Şenoğlu

Raportör: Uzm. Dr. Canan Küçük

Palyatif Bakımda Etik Çatışmanın Kalite Standartlarına Etkisi

Uzm. Hemşire Hurişah Aksakal

Zor Vakalar ve Klinik Etik Sorunlarla Baş Etme Becerilerinin Kazandırılması

Prof. Dr. Esra Akın

Palyatif Bakım Araştırmalarında Etik

Prof. Dr. Yasemin Yıldırım

Palyatif Bakımda Etik Çatışmanın Kalite Standartlarına Etkisi

Uzm. Hemşire Hurişah Aksakal

Palyatif Bakım (PB), SKS Hastane Sürüm 6 (1); Yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan fiziksel, psikososyal ve manevi gereksinimleri multidisipliner bir yaklaşımla uygun fiziki koşullarda karşılamak, ağrı ve ıstırapı dindirerek hasta ve ailesinin yaşam kalitesini arttırmak, hasta ve ailesinin yaşam sonu tercihlerine saygı duymak, yaşamın son anı, kayıp ve yas sürecinde hasta ailesine destek olmaktır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2002'de palyatif bakımı "yaşamı tehdit eden durumlarda sorunlarla karşı karşıya olan hastaların ve ailelerin yaşam kalitesini, ağrıyı ve fiziksel, psikososyal ve spiritüel boyuttaki diğer sorunları erken dönemde belirleyip değerlendirerek ve tedavi ederek geliştirilen bir yaklaşım" olarak tanımlamaktadır. DSÖ tarafından 2014 yılında "palyatif bakım tüm hekimlerin vicdani sorumluluğudur" görüşü eklenmiş olup aynı şekilde hasta



PALYATİF BAKIM DERNEĞİ YÖNETİM KURULU

BAŞKAN

Prof. Dr. Meltem UYAR

GENEL SEKRETER

Prof. Dr. Gülçin ŞENEL

ÜYELER

Prof. Dr. Gül Köknel TALU

Prof. Dr. Aynur ÖZGE

Prof. Dr. Nurten İNAN

Prof. Dr. Ayla KABALAK

Uzm. Dr. Ayşegül BİLEN

İLETİŞİM

Halaskargazi Mh. Rumeli Cd.

Şimşek Apt. No: 5 Daire: 3

Şişli / İstanbul

tel : 0212 225 65 18

e-mail : info@palyatifbakim.org.tr

yakınlarının bu süreçte ve yas döneminde psikolojik, sosyal, maneviyat ve fiziksel yönden desteklenmesi konusu da palyatif bakım tanımına dahil edilmiştir.

Her iki tanımdan da anlaşıldığı üzere PB; farklı meslek disiplinlerinin interdisipliner çalışarak PB gerektiren hastalığın semptomları hafifletilerek hasta ve ailenin yaşam kalitesinin artırılmasını hedefleyen bakım felsefesidir. Amaç hasta ve ailenin istekleri, inançları, değerlerini önceleyerek hastanın var olan kabiliyetlerinin devamlılığını ve sosyal yaşama katılımını sağlayarak hastalık sonrası yılları yaşanılabilir kılmaya yönelik destekleyici yaklaşımı sunmaktır.

Sağlıkta Kalite Sisteminin amacı; Türkiye'de sağlık hizmetinin etkin, etkili, verimli, zamanında ve hakkaniyet çerçevesinde sunulmasını sağlarken; hasta ve çalışan güvenliği ile hasta ve çalışan memnuniyetini en üst seviyeye çıkarmaktır. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Akreditasyon ve Çalışan Hakları Daire Başkanlığı tarafından PB kliniğine yönelik hazırlanan 10 SKS bulunmaktadır. Alanın uzman akademisyenleri ile hazırlanan sorular sahada uygulayıcıların görüş ve önerilerine sunulurken Mart 2020 yılında yayınlanmıştır. Bu standartlar;

- SPB01 Palyatif bakım hizmetlerine yönelik politika belirlenmelidir.
- SPB02 Palyatif bakım kliniğinde sunulan hizmetler ile ilgili süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.
- SPB03 Palyatif bakım kliniklerine yönelik fiziksel alanlar hizmet sunumu ile ilgili gereklilikler çerçevesinde tanımlanmalıdır.
- SPB04 Hastanın ihtiyaçları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmelidir.
- SPB05 Belirlenen ihtiyaçlar doğrultusunda bakım planları oluşturulmalıdır.
- SPB06 ÇEKİRDEK Ağrının etkin şekilde takibi ve kontrol altına alınması sağlanmalıdır.
- SPB07 Hasta ve refakatçilerinin yaşam kalitesini artırmaya yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
- SPB08 Aile ve bakım hizmetine katılacak kişiler, psikososyal destek ve bilgi ihtiyacı açısından değerlendirilmeli, gerekli destek ve eğitimlerin verilmesi sağlanmalıdır.
- SPB09 Klinikte görev yapan sağlık çalışanları palyatif bakım konusunda mesleki alanına özgü eğitim almış olmalıdır.
- SPB10 ÇEKİRDEK Hastanın farklı sağlık hizmet alanları arasındaki geçişleri etkin şekilde yönetilmeli, hizmete erişimde süreklilik sağlanmalıdır.

Palyatif Bakım Hemşireler Derneği ve Türkiye PB WhatsApp grubundan alınan geri dönüşler sonucunda, PB kalite standartlarının sağlık tesislerinde uygulanmasında yaşanan güçlükler ve etik çatışmalar aşağıda verilmiştir:

1. PB sağlık hizmet sunum bileşeni olarak tanımlanırken, akademisyenlerle, STK ile çalışılmaması sonucu yönergede yaşanan eksiklikler
 - PB hasta kabul ve taburculuk kriterleri
 - Palyatif bakımda kullanılacak semptom yönetimine yönelik kılavuzlar, rehberler
 - PB kliniklerinin fiziki koşulları
 - Multidisipliner ekip
 - Aile hekimleri ve evde sağlık birimleri ile entegrasyon,
 - Güçlü analjezikler ve opioid kullanımı
 - Palyatif bakımda hasta takibinde kullanılacak ölçekler



PALYATİF BAKIM DERNEĞİ YÖNETİM KURULU

BAŞKAN

Prof. Dr. Meltem UYAR

GENEL SEKRETER

Prof. Dr. Gülçin ŞENEL

ÜYELER

Prof. Dr. Gül Köknel TALU

Prof. Dr. Aynur ÖZGE

Prof. Dr. Nurten İNAN

Prof. Dr. Ayla KABALAK

Uzm. Dr. Ayşegül BİLEN

İLETİŞİM

Halaskargazi Mh. Rumeli Cd.

Şimşek Apt. No: 5 Daire: 3

Şişli / İstanbul

tel : 0212 225 65 18

e-mail : info@palyatifbakim.org.tr

–Yaşam sonu kararları ve hasta bakımı

–PB ülkemizde sadece hastane temelli sunulması

–PB sağlık profesyonellerinin özlük haklarının ihlali

2. Eğitim yetersizliği ve farkındalığın olmaması

–Sağlık politikalarına yön verenlerin ve PB’da çalışan sağlık profesyonellerinin PB felsefesi, ilkeleri ve amaçlarını bilmemesi sonucu PB fiziki koşullarının hasta ve ailenin yaşam kalitesini artırmaya yönelik kurgulanmaması

–PB başarısının yatak sayısını artırmak olarak kurgulanması, niteliksel artışın önemsenmemesi

–Multidisipliner ekibin PB’da görevlendirilmemesi

–PB meslek disiplinlerinin rollerini, kullanacakları hasta değerlendirme ölçeklerini bilmemesi

–Hizmet sunum süreçlerinin birbiri yerine kullanılması, hatta bazı süreçlerin PB olarak tanımlanması (yoğun bakım, ara yoğun bakım, 1.basamak YB)

3. PB’ın ülkemizde sağlık profesyonelleri için uzmanlık alanı olmaması

–PB semptom değerlendirme ölçeklerinin bilinmemesi ve kullanılmaması

–PB uzmanlık alanı olmaması nedeni ile hekim görevlendirmelerinde yaşanan sorunlar

–Multidisipliner ekip bileşenlerinin lisans eğitimlerinde PB’a yer verilmemesi

–Ağrı yönetiminde yaşanan sorunlar (güçlü analjezik ve opioid kullanımı)

–PB semptom yönetiminde uluslararası kılavuzları hazırlama ve kullanmada sorun yaşanması

4. Multidisipliner ekibin oluşturulmaması

–PB felsefesinin gerekliliği olan kayıp ve yas süreçlerinde ailesinin yalnız bırakılması

–Uzayan hasta yatış süreleri ve yaşanan sosyoekonomik sorunlar

–PB hizmetlerinin yürütülmesine yönelik gerekli paydaşlarla iş birliğinin sağlanamaması (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Belediyeler)

–Hasta ve yakınlarının fiziksel, psikososyal ve manevi gereksinimlerinin karşılanamaması

–PB sorumlu hekiminin yaşam sonu kararlarda yalnız kalması

–Taburculuk kararının gecikmesi, hasta ve ailenin gereksinimlerinin evde karşılanamaması

5. Fiziki koşulların uygunsuz planlanması

PB fiziki koşullar oluşturulurken;

–Sosyal etkileşim desteklenmeli

–Olumlu dikkat dağıtıcılar tercih edilmeli

–Mahremiyet, gizlilik ve kontrol önemsenmeli

–Hasta ve ailenin ortamı kişiselleştirmesine imkân sağlanmalı (ev benzeri ortam)

–Ortamı etkileyen koşulları düzenlemeye yönelik sistemler kurgulanmalı (müzik terapisi, aromaterapi vb)

6. Dünyada PB hasta bakımında tam konsensüsün sağlanamaması (beslenme, antibiyotik kullanımı kan transfüzyonu vb)

–Gereksiz girişimsel işlem

–Nafile tedavi

7. Yasal Boyut

–İleri sağlık direktifleri

–Vasi tayini

–Yaşam Sonu Kararları

PALYATİF BAKIM DERNEĞİ YÖNETİM KURULU

BAŞKAN

Prof. Dr. Meltem UYAR

GENEL SEKRETER

Prof. Dr. Gülçin ŞENEL

ÜYELER

Prof. Dr. Gül Köknel TALU

Prof. Dr. Aynur ÖZGE

Prof. Dr. Nurten İNAN

Prof. Dr. Ayla KABALAK

Uzm. Dr. Ayşegül BİLEN

İLETİŞİM

Halaskargazi Mh. Rumeli Cd.

Şimşek Apt. No: 5 Daire: 3

Şişli / İstanbul

tel : 0212 225 65 18

e-mail : info@palyatifbakim.org.tr

8. Bakım verenin yaşam kalitesi

–Bakım için isteklilik durumlarının sorgulanmaması

–Bakıcı desteği

–Ekonomik sorunlar

–Eğitim gereksinimlerinin karşılanmaması

9. Hasta ve ailenin yaşam kalitesini artırmak

–İş-uğraş terapistlerinin PB’da görevlendirilmemesi

–PB’da planlanan etkinliklerin sağlık tesisi üst yönetimi tarafından gereksiz görülmesi ve finansal kaynak sağlanmaması

–Hasta ve ailenin gereksinimini karşılayacak meslek disiplinlerine tüm PB merkezlerinde ulaşılamaması

Palyatif Bakım Araştırmalarında Etik

Prof. Dr. Yasemin Yıldırım

Palyatif ve yaşam sonu bakımı dünyanın birçok yerinde değişmekte, hastalar için yaygınlaşmakta ve gelişmektedir. Palyatif tıp alanındaki literatür, palyatif ve yaşam sonu bakım için kanıtların sınırlı olduğunu göstermektedir. Palyatif bakım tedavi kararları, aile bakımı ve ileri yönergeler üzerine araştırmalar, titiz araştırma çabalarına ihtiyaç duyan alanlardan sadece birkaçıdır ve yaşamın son evrelerinde acı çeken bireylere etkili tedaviler sağlamaya devam etmek için palyatif bakım araştırmaları esastır. Gerçekten de iyi palyatif bakım araştırmalarının amacı, acıyı dindirmek ve yaşam kalitesini iyileştirmektir. Diğer tüm alanlarda olduğu gibi, palyatif bakım programları bir araştırma temelinde geliştirilmelidir ve sağlam araştırmalarla desteklenmediği takdirde hasta bakımı zarar görecektir. Palyatif bakım araştırmalarında özellikle dikkate alınacak alanlar şunlardır:

- Palyatif bakım hastaları özellikle savunmasızdır.
- Yeterli bilgilendirilmiş onayın alınması zor olabilir.
- Araştırma ve klinik rolleri dengelemek özellikle zordur.
- Palyatif araştırmaların risklerini ve yararlarını değerlendirmek zordur.

Kesin olan, tıbbi bakımı iyileştirmek ve bilgi tabanımızı artırmak için araştırma şarttır. Ölmekte olan veya ölme riski yüksek olan hastalar, bu tür araştırmalara katılmak için değerli fırsatlardan mahrum bırakılmamalıdır. Ancak, bu tür araştırmalar her zaman kabul edilmiş etik ilkelere bağlı kalmalıdır. Araştırma, hastaların onuruna saygı göstermeli, bilimsel olarak geçerli olmalı, hedeflenen popülasyona fayda sağlama potansiyeline sahip olmalı ve herhangi bir zarar potansiyelini en aza indirmelidir. Yaşamın sonundaki hastaları içeren araştırmalar, onların duygusal, sosyal, fiziksel ve ruhsal yıpratıcı durumları göz önünde bulundurularak tasarlanmalıdır. Bilhassa, bilgilendirilmiş onayın yetenekli, zorlamadan uzak ve çalışma müdahalesinden yararlanma olasılığı hakkında yanlış beklentiler barındırmayan hastalardan alınmasını sağlamak için hükümler alınmalıdır. Bu ilkelere bağlı kalmak, bilgiyi ilerletme ve gelecekteki hasta bakımını iyileştirme potansiyeline sahip araştırmalara hastaların etik olarak katılmalarını sağlamaya yardımcı olacaktır.

**PALYATİF BAKIM DERNEĞİ
YÖNETİM KURULU**

BAŞKAN

Prof. Dr. Meltem UYAR

GENEL SEKRETER

Prof. Dr. Gülçin ŞENEL

ÜYELER

Prof. Dr. Gül Köknel TALU

Prof. Dr. Aynur ÖZGE

Prof. Dr. Nurten İNAN

Prof. Dr. Ayla KABALAK

Uzm. Dr. Ayşegül BİLEN

İLETİŞİM

Halaskargazi Mh. Rumeli Cd.

Şimşek Apt. No: 5 Daire: 3

Şişli / İstanbul

tel : 0212 225 65 18

e-mail : info@palyatifbakim.org.tr

PANEL VI Katkı Raporu

Uzm. Dr. Canan Küçük

Palyatif Bakım (PB) çalışanlarının yaşadığı etik sorunların ele alındığı bu panelde sağlıkta kalite standartlarının (SKS) uygulanmasındaki zorluklar ve zorlu vakalarla baş edebilme becerilerinin nasıl kazanılacağı tartışıldı. Palyatif bakımda uygulanan bakım planlarının en iyi şekilde gerçekleştirilmesi için yapılacak araştırmaların önemi ve bu süreçte dikkat edilmesi gereken unsurlar vurgulandı.

PB; farklı meslek disiplinlerinin interdisipliner çalışarak PB gerektiren hastalığın semptomlarını hafifletmeyi, hasta ve ailenin yaşam kalitesini arttırmayı hedefleyen bir bakım felsefesidir. Amaç hasta ve ailenin istekleri, inançları, değerlerini öncelikle hastanın var olan kabiliyetlerinin devamlılığını ve sosyal yaşama katılımını sağlamak, hastalık sonrası yıllarını yaşanılabilir kılmaya yönelik destekleyici yaklaşımı sunmaktır. Ağrı ve ızdırıp çekmeden yaşamın içinde kalabilmek ve yaşam sonunda saygın bir ölüm bir insanlık hakkıdır.

Sağlıkta Kalite Sisteminin amacı; Türkiye'de sağlık hizmetinin etkin, etkili, verimli, zamanında ve hakkaniyet çerçevesinde sunulmasını sağlarken; hasta ve çalışan güvenliği ile hasta ve çalışan memnuniyetini en üst seviyeye çıkarmaktır. Bu amaçla Mart 2020 tarihinde Palyatif Bakım (PB), SKS Hastane Sürüm 6 (1) yayınlanmıştır. Bu standartlar:

- Palyatif bakım hizmetlerine yönelik politika belirlenmelidir.
- Palyatif bakım kliniğinde sunulan hizmetler ile ilgili süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.
- Palyatif bakım kliniklerine yönelik fiziksel alanlar hizmet sunumu ile ilgili gereklilikler çerçevesinde tanımlanmalıdır.
- Hastanın ihtiyaçları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmelidir.
- Belirlenen ihtiyaçlar doğrultusunda bakım planları oluşturulmalıdır.
- Ağrının etkin şekilde takibi ve kontrol altına alınması sağlanmalıdır.
- Hasta ve refakatçilerinin yaşam kalitesini artırmaya yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
- Aile ve bakım hizmetine katılacak kişiler, psikososyal destek ve bilgi ihtiyacı açısından değerlendirilmeli, gerekli destek ve eğitimlerin verilmesi sağlanmalıdır.
- Klinikte görev yapan sağlık çalışanları palyatif bakım konusunda mesleki alanına özgü eğitim almış olmalıdır.
- Hastanın farklı sağlık hizmet alanları arasındaki geçişleri etkin şekilde yönetilmeli, hizmete erişimde süreklilik sağlanmalıdır.

Palyatif bakım ülkemizde göreceli yeni bir hizmet alanıdır, bu nedenle hem hizmetin organizasyonu hem de palyatif bakım uygulamaları açısından palyatif bakım ekipleri birçok sorunla karşı karşıya kalmaktadır. PB için sağlıkta kalite standartlarının klinik pratikteki uygulamalarında eğitim eksikliği, multidisipliner ekiplerin kurulamaması, PB'da geçerli değerlendirme ölçeklerinin ve tedavi algoritmalarının kullanılmaması, hizmetlerde sürekliliğin sağlanamaması nedenleri ile ne yazık ki pek çok etik ihlal ve ikilem yaşanmaktadır. Palyatif bakım uygulamalarında etik yaklaşımla hasta ve ailesi kaliteli bir bakım alma şansına sahip olurken, palyatif bakım ekibinin karşılaştığı zorluklarda azaltılabilir.



PALYATİF BAKIM DERNEĞİ YÖNETİM KURULU

BAŞKAN

Prof. Dr. Meltem UYAR

GENEL SEKRETER

Prof. Dr. Gülçin ŞENEL

ÜYELER

Prof. Dr. Gül Köknel TALU

Prof. Dr. Aynur ÖZGE

Prof. Dr. Nurten İNAN

Prof. Dr. Ayla KABALAK

Uzm. Dr. Ayşegül BİLEN

İLETİŞİM

Halaskargazi Mh. Rumeli Cd.

Şimşek Apt. No: 5 Daire: 3

Şişli / İstanbul

tel : 0212 225 65 18

e-mail : info@palyatifbakim.org.tr

Özellikle PB hastalarının içinde bulunduğu süreç nedeni ile tedaviyi sonlandırma, kaynakların adil yönetimi, yeniden canlandırma, bilgilendirme konularında güçlüklerle karşılaşmaktadır. Konuyla ilgili literatür değerlendirildiğinde PB hastalarında dağıtıcı adalet, otonomi, yarar sağlama-zarar vermeme etik ilkelerinin sıklıkla ihlal edildiği göze çarpmaktadır. Etik değerlerden ise özgecilik, insan onuru, özgürlük, doğruluk sıklıkla ihlal edilenlerdir. Bu bağlamda, etik yaklaşım temelinde PB hastalarının tedavi ve bakım süreçlerinin yönetimi önemlidir. Tüm uygulamalar palyatif bakım felsefesini benimseyen ve hastayı merkeze alan bir etik sistem ile gerçekleştirilmelidir.

PB araştırmalarında tıbbi bakımı iyileştirmek ve bilgi tabanımızı artırmak için araştırma şarttır. Ölmekte olan veya ölme riski yüksek olan hastalar, bu tür araştırmalara katılmak için değerli fırsatlardan mahrum bırakılmamalıdır. Ancak, bu tür araştırmalar her zaman kabul edilmiş etik ilkelere bağlı kalmalıdır. Araştırma, hastaların onuruna sayĐı göstermeli, bilimsel olarak geçerli olmalı, hedeflenen popölasyona fayda sağlama potansiyeline sahip olmalı ve herhangi bir zarar potansiyelini en aza indirmelidir. Bu ilkelere bağlı kalmak, bilgiyi iletme ve gelecekteki hasta bakımını iyileştirme potansiyeline sahip araştırmalara hastaların etik olarak katılmalarını sağlamaya yardımcı olacaktır.

Sonuç

PB'da yapılan araştırmalarla desteklenen ölkemize ait verilerin analizi ile elde edilen sonuçlar hizmet kalitesine yansıtılarak palyatif bakım çalışanlarının karşılaştığı etik ikilemler aŐılmaya çalışılmalıdır.