

# Palyatif Bakım Etiği

## *Palliative Care Ethics*

Müge Demir

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

### Öz

Günümüzde toplumların giderek yaşlanmaları, biyoteknolojik gelişmeler ölümü artık tıbbi bir olay haline getirmektedir. Bu noktada aslında doğal bir süreç olan ölüm, tıbbin müdahale alanına girmektedir. Palyatif bakım yaşamı tehdit eden her türlü hastalığın teşhisi ile başlamakta ve duruma göre, ölüm sonrası hasta yakınlarının desteklenmesiyle ya da hayatta kalan hastanın rehabilitasyon süreci ile devam etmektedir. Bu süreç sadece tıbbi değil, kültürel, ekonomik, dini pek çok faktörü de barındırmaktadır. Ülkemizde yürütülen projeler ve politikalar kapsamında palyatif bakım merkezleri hızla artmaktadır. Bu hızlı artış, alanda eğitilmiş ve deneyimli personel açığı doğurmaktadır. Bu makale ile amaçlanan palyatif bakım ile ortaya çıkan etik ikilemlere dikkat çekmek, bu sorun alanlarını belirlemek ve personelin eğitiminde önemli yeri olan palyatif bakım etiği konularını vurgulamaktır.

**Anahtar kelimeler:** Palyatif bakım, tıp etiği, yaşam sonu bakımı, terminal bakım, klinik etik

**Geliş Tarihi:** 14.06.2016 **Kabul Tarihi:** 01.07.2016

### Abstract

These days, the population is getting gradually older and biotechnological improvements have turned death to a medical subject. Currently, death, which is a natural process, has become an intervention area in medicine. Palliative care starts with the diagnosis of all kinds of diseases that threaten life and as required, continues either with support provided to the patient's relatives on the death of the patient or with the rehabilitation of the surviving patient. This period comprises not only medical factors but also many cultural, economic, and religious factors. The number of palliative care centers is rapidly increasing within the scope of the projects performed and policies adopted in Turkey. This rapid increase creates a deficit in the number of trained and experienced healthcare professionals in this field. This article aimed to draw attention to ethical dilemmas that arise with palliative care, to determine problematic areas, and to emphasize palliative care ethical issues that have a significant place in the training of healthcare professionals.

**Keywords:** Palliative care, medical ethics, end-of-life care, terminal care, clinical ethics

**Received:** 14.06.2016 **Accepted:** 01.07.2016

**Çıkar Çatışması:** Yazar çıkar çatışması bildirmemiştir.

**Finansal Destek:** Yazar bu çalışma için finansal destek almadığını beyan etmiştir.

**Conflict of Interest:** No conflict of interest was declared by the author.

**Financial Disclosure:** The author declared that this study has received no financial support.

### Giriş

Değişen toplumsal yapılar, yaşlanan dünya ve biyoteknolojik gelişmeler sonucunda artık ölümler evde değil hastanelerde, hastanelerin yoğun bakım ünitelerinde gerçekleşmektedir. Yeni teknolojik uygulamalar ölüm kavramını değiştirmekte, belli durumlarda aileleri ve sağlık çalışanlarını ölüm süreçleri hakkında karar vermek zorunda bırakmaktadır. Bunun sonucunda da hasta, hasta yakınları ve sağlık çalışanları özellikle de hekimler pek çok etik ikileme karşı karşıya kalmaktadır. Yaşamı tehdit eden hastalıklarda palyatif bakımla ilgili gereklilikler çalışmaların ve tartışmaların arttığı bu dönemde palyatif bakım etiği ile gündeme gelen konu başlıkları bu makalede tartışmaya açılacaktır. Aynı zamanda, yaşam sonu kararları başlığı altında incelenen kavramlar palyatif bakımın kendine has dinamikleri çerçevesinde değerlendirilecektir.

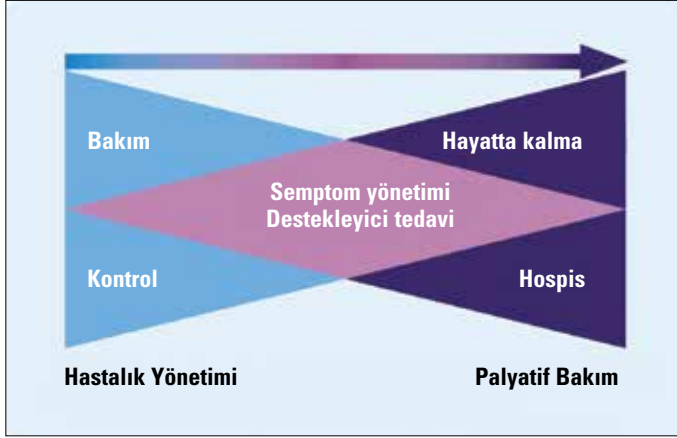
Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre, palyatif bakım yaşamı tehdit eden hastalıklarla mücadele eden hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitelerini yükseltme hedefinde olan bir yaklaşımdır. Bu yaklaşımda ağrıyı, acıyı hafifletmeye yönelik çalışmaların yanı sıra fiziksel, psikososyal ve ruhsal (manevi) bakım da yer almaktadır. DSÖ palyatif bakımın yaşamı onayladığını ve ölüme normal bir süreç olarak saygı duyduğunu ifade etmektedir. Aynı zamanda palyatif bakımın ne ölümü hızlandırmak ne de ertelemek niyetinde olmadığını vurgulamaktadır (1). Bu makalede değerlendirilen konu başlıklarının, bu çerçevede içinde ele alınması gerek-

tiğini vurgulamak uygun olacaktır. Palyatif bakım eğitimlerinin önemli bir kısmını iletişim, etik, psikososyal bakım ve kültür, dil, din ve maneviyat gibi konular oluşturmaktadır. Bu bağlamda palyatif bakım etiği, üzerinde durulması gereken özellikli bir konudur (2, 3).

#### Palyatif Bakımın Hizmet Sınırları

Palyatif bakım genelde sağlık hizmetleri belirli bir düzeye ulaşmış ülkelerde verilen bir hizmet olarak görülmektedir. Düşük ekonomik geliri olan ülkelerde palyatif bakım masrafları sorun olmaktadır. Hekim olarak "öncelikle zarar verme" ilkesinden yola çıkarak hastanın ağrısını acını dindirmeye çalışmak gereklidir (4). Palyatif bakım sadece kanser hastalarına verilen bir hizmet değildir. Yaşamı tehdit eden her türlü hastalık için geçerlidir. Sadece hastayı değil hasta yakınını da kapsar.

Palyatif bakımın hastaya, yaşamı tehdit eden hastalığın teşhisinden itibaren aktif tedavi ile birlikte verilmesi, hastanın ölümünden sonra da yakınlarının yas sürecinde desteklenmesi ile devam etmesi gerektiği ifade edilmektedir (5). Hawley (6) palyatif bakımın sonunda hastanın her zaman ölmeyebileceğini, bu durumda hastanın rehabilitasyon sürecinin devreye girdiğini belirtmektedir. Papyon modeli olarak önerilen bu bakım sisteminin (Şekil 1), ölümcül olsun olmasın ciddi bir hastalık tanısı alan hastanın palyatif bakım sürecini kabullenmesini kolaylaştırdığı düşünülmektedir (6). Zira hasta ve hasta yakınlarının palyatif bakım sürecinin sonunda bir kaybin ve yasin varlığı ile yüzleşmeleri çok kolay görünmemektedir.



**Şekil 1. Palyatif bakımda papyon modeli. Makalenin yazarı Pippa Hawley'den izin alınmıştır (6).**

Palyatif bakım sürecinin yaşamı tehdit eden bir hastalık teşhisinin konulduğu andan itibaren hem hasta hem de hasta yakını için başladığını ve süreç içinde gereksinim doğrultusunda artarak devam ettiğini göz önüne alarak etik ikilemlerin en sık yaşandığı alanları, tek tek başlıklar altında incelemek uygun olacaktır.

#### a) Yaşam sonu kararları

Yaşamı tehdit eden hastalıklarla birlikte pek çok felsefi soru da gündeme gelmektedir. Ben kimim? İnsan kimdir? Yaşamın anlamı nedir? Tanrı var mıdır? Bu Tanrı'nın bana bir cezası mı? Neden bu benim başıma geldi? Bu tip soruların farkındalığı, verilecek hizmetin kalitesi anlamında önem kazanmaktadır. Dolayısıyla manevi bakım, dini destek gibi konu başlıklarını da içermektedir. Bu değerler hasta bir bütün olarak ele alındığında tıp etiği açısından yaşam sonu kararlarını tartışırken önem kazanmaktadır (7). Ölüm ve ölmek tıbbi bir olaydan çok daha fazlasıdır; toplumsal, bireysel pek çok noktası bulunmaktadır (2, 8).

Konunun yarattığı felsefik sorunların yanı sıra bir diğer önemli nokta ise, yaşam sonu kararlarını kimin vermesi gerektiği sorusudur? Avrupa Konseyi tarafından hazırlanan "Yaşamın son döneminde tıbbi tedavide karar verme sürecine ilişkin kılavuz" ayrıntılı biçimde yaşam sonu karar verme süreçlerini incelemekte, hastanın özerkliğine vurgu yaparak karar verme sürecinde yer alan tarafları ve rollerini ortaya koymaktadır (9). "Karar verici kim olmalıdır? Hastanın özerkliği bu kararlarda nerede yer alır? Hasta karar verecek mental kapasitede değilse veya kendisi karar vermek istemiyorsa onun yerine karar veren, vekil karar verici her zaman hastanın yararını mı gözetir? Tedaviyi ret, intihar girişimi midir?" gibi pek çok soru gündeme gelmektedir. Yaşam sonu kararlarında hasta yakınlarını sevdiği ile ilgili zor kararlar vermek zorunda bırakmak yerine, hasta özerkliğini merkeze almak önem taşımaktadır. Bu bağlamda yaşayan vasiyet ve yetkilendirme bildirimleri konuşulmalıdır.

Yetkilendirme bildirimleri; hastaların belirli durumlarda kendi sağlıklarıyla ilgili karar veremeyecek duruma gelmeleri halinde, ilerideki sağaltımlarına ilişkin seçimlerini veya bu seçimleri kendi adına kimin yapacağını istediklerini belirten bildirimlerdir (10). Türkiye'de Oviedo sözleşmesinin 9. Maddesinde (11) "Önceden açıklanmış istek" ve Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 24. maddesinde (12) geçen "Tıbbi müdahale sırasında isteğini açıklayabilecek durumda bulunmayan bir hastanın, tıbbi müdahale ile ilgili olarak önceden açıklamış olduğu istekleri göz önüne alınır" ifadesi buna işaret eder.

Yetkilendirme bildirimleri ile ilgili yapılan çalışmalarda yaşam sonu kararlarında hastaların isteklerini ve değerlerini ifade edebildikleri, hasta yakınlarının ölüm sonrası daha az depresyon, anksiyete ve stres için-

de oldukları gösterilmiştir (13). Zira hastasının isteklerini yerine getirdiği ya da gereken her şeyi yaptığı hissi hasta yakınlarını rahatlatmaktadır. Türkiye'de yapılan çalışmada hastalar ve hekimlere aşağıda verilen önerme üzerinde duruma katılıp katılmadıkları sorulmuştur. "Varsayalım, hastanın karar verme yeterliliğini ortadan kaldıran bir klinik tablosu var. Aynı zamanda bu hastanın böyle bir durumda ölümüne izin verilmesi konusunda daha önceden bildirilmiş kararı (direktif, yetkilendirme bildirimi) var. Doktor ve hastanın ailesi hastanın cihaza bağlanmasını istiyor. Hasta solunum cihazına bağlanmamalıdır." Bu ifadeye hekimlerin %40,3'ü, hastaların %44,7'si katıldıklarını ifade etmişlerdir (14). Ülkemizde yetkilendirme bildirimlerinin çok bilinen bir terim olmadığı, yaşam sonu kararlarının temelde hekimler ve aile tarafından verildiği gerçeğinden hareketle sonuçlar hiç de şaşırtıcı değildir. Batı literatürü hastanın değerlerini merkeze koyarken bizim toplumumuzda ailenin bireyden daha merkezde olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Bu bağlamda daha çok niteliksel araştırmalar yapmak gerekmektedir.

Yaşam sonunda verilen etik kararlar bağlamında tartışılan temel konular aşağıda sıralanmıştır. Ancak pek çok yayında detaylı biçimde incelendiğinden burada kısaca değinilecektir (15-17).

Yaşam sonu kararlarında önemli başlıklardan bir tanesi boşuna/nafile/yararsız tedavidir. Hastaların içinde bulunduğu klinik durumu düzeltme olasılığı olmayan ya da çok düşük olan veya halen uygulanmakta olan tedaviden daha yararlı olması beklenmediği halde, daha pahalı ya da daha riskli olan tedavilere verilen addır (6).

Boşunalık kavramı biyoetik alanında kullanıldığında 4 temel koşulu varsayar:

1. Tıp alanında yer alması
2. Bir amaca yönelik olarak yararlı olmayacağına ya da elde edilecek sonucun çabaya değmeyeceğine ilişkin değer yüklü bir yargıya dayanması
3. Tümüyle yararsızla yararlı arasındaki ince sınırdan yer alması
4. Fiziksel, psikolojik ya da ekonomik olarak yük getirici olmasıdır (10).

Bir girişim, kendinden umulan fizyolojik etkiyi göstermeyecekse, eğer hasta bu girişime rağmen çok yakın bir gelecekte ölecekse, hasta da altta yatan ölümcül bir durum söz konusuysa ve planlanan girişimin bunu ortadan kaldırma olasılığı yoksa boşunadır (6). Amerikan Tıp Birliği dergisinde palyatif bakımın yaşam kalitesine etkisinin ve maliyetlerinin değerlendirildiği bir yazıda belki bir işe yarar düşüncesiyle aslında yarar beklenmeyen kemoterapötiklerin reçete edilmesi, hekimlerin, hasta ve hasta yakınlarının gerçekçi olmayan beklentilerini karşılamak üzere yararsız tedavileri uygulaması tartışılmıştır. Hastanın ağrı ve acısının dindirilmesinin temel olduğu yaklaşımların içinde yaşam kalitesini iyileştirmeyen, yaşamı uzatmayan ama aynı zamanda fiziksel, psikolojik ve maddi açıdan zarar veren uygulamaların yer almaması gerektiği vurgulanmıştır (18). Yararsız tedavi ve girişimlerin tıbbi olduğu kadar sosyal yönünün de bulunduğu gözden kaçırılmamalıdır.

Yararsız tedavi kavramı ile gündeme gelen bir diğer yaşam sonu kararı, tedaviden kaçınmadır. Belirli durumlarda hastaya tedavi başlanmamaktadır. Örneğin hastaya solunum desteği ya da böbrek diyalizi sağlanmamaktadır (10). Buna yakın bir diğer kavram tedaviyi sonlandırma; belirli durumlarda daha önce hastada başlatılmış ve yaşamı uzatıcı olan bir tedaviyi kesmektir. Örneğin başlatılmış böbrek diyalizini kesmek gibi. Genelde bu karar uygulanmakta olan tedavinin boşuna olduğu ya da yaşamı değil, ölümü uzatmak olduğu şeklinde değerlendirilmesi ile alınır. Bu konuda yapılan etik tartışmalar iki ana grupta toplanmaktadır. Birincisi tedaviden kaçınma ile sonlandırma arasında etik açıdan fark olmadığını savunurken, diğer grup fark olduğunu ifade etmektedir. Ancak klinisyenler çoğunlukla çalışanların hiç başlamamayı kimi durumlarda haklı çıkarılabilir bulurken, başlanmış tedaviyi durdurmanın öldürmekle

eş tutulduğunu düşünmektedir. Gerçekte tedaviye başlamadan hastanın ne kadar yarar göreceği önceden belli değildir (10). Karar verme yeterliliğine sahip, aydınlatılmış onam süreci doğru biçiminde işletilmiş hasta ve hasta yakınlarının karara dahil olduğu, yapılacak müdahalenin getirdiği yükler sağladığı yararlardan ağır gelen, kabul edilemez yaşam kalitesini sürdüren, yararsız olduğu düşünülen, uygun triyaj mekanizmasıyla daha öncelikli hastaların bulunduğu karara varılan hastalardaki tedavilerin ertelenmesi veya sonlandırılması etik açıdan haklı çıkarılabilmektedir. Hatta gerek sağlık çalışanlarına ait kurallar, kodlar, gerek adalet ödevi gibi diğer yükümlülükler üzerinden etik gereklilik haline gelmektedir (19).

Kanıtı dayalı tıp uygulamaları ve hekimin klinik deneyimi ile bundan sonra yapılacak girişimlerin, tedavilerin yararsız olduğu düşünüldüğünde gündeme gelen tedaviyi başlatmama ve tedavi sonlandırma kararları temelde her vaka için yeniden değerlendirme yapılarak verilecek kararlar olmalıdır. Bu nedenle hazır reçeteleri yoktur.

Yaşam sonu kararlarında en tartışmalı konu alanlarından biri de "Canlandırmayınız Komutları"dır. İngilizce literatürde "DNR (do not resuscitate) order" olarak geçen bu kavram, solunumu ve/veya dolaşımı durmuş hastaların yaşama döndürülmesine ilişkin yönergeler, yaklaşımlar ve karar verme süreçleridir. Genelde bu terim, hastalara yaşama döndürücü girişimin yapılmaması yönünde tıbbi bir kararın varlığını bildiren komutlar olarak kabul edilmektedir (10). Bu komutlarla ilgili iki görüş mevcuttur. Birincisi canlandırmayınız komutlarının ötanazi sayıldığı, bu nedenle ülkemiz yasalarına göre yasak olduğu görüşüdür. Bu görüşte, hekimin canlandırma uygulamaması bir ihmaldir şeklinde düşünülmektedir. Türk Ceza Kanunu (20) 257. maddesi ikinci bendinde "Kanunda ayrıca suç olarak tanımlanan haller dışında, görevinin gereklerini yapmakta ihmal veya gecikme göstererek, kişilerin mağduriyetine ... neden olan ... kamu görevlisi, üç aydan bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır." ifadesi nedeniyle suç sayıldığı ifade edilmektedir. Bu nedenle "canlandırmayınız komutu"nun resmi olarak verilemeyeceği, dosyaya işlenemeyeceği düşünülmektedir. Bir diğer görüş ise bunun tedaviyi ret kapsamında değerlendirilebileceği, dolayısıyla aşağıda verilen hasta hakları yönetmeliği ilgili maddesi doğrultusunda aydınlatılmış onam süreçleri işletilerek sorunsuz biçimde uygulanabileceğidir. Hasta Hakları Yönetmeliği (12) "madde 25- Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir." ifadesi bulunmaktadır. Yani bu kararlar aydınlatılmış onam süreçleri ile birlikte ele alındığında, ülkemiz için yasal bir sorun bulunmamaktadır.

Tüm bu yaşam sonu kararları bağlamında ele alınan temel kavram yaşam kalitesidir. Yaşamın kalitesi bireyin fiziksel, sosyal ve mental fonksiyonlarının yeterliliği ya da hastanın yaşamını bağımsız sürdürebilmesi anlamına gelir. Yaşam kalitesi anlayışı her bireyin değerleri, inançları, deneyimleri ve beklentileriyle ilişkili olarak değişmektedir (21). Bu nedenle palyatif bakım sırasında sağlık çalışanı kendisinin yaşam kalitesinden ne anladığından daha çok, hastanın yaşam kalitesinden ne anladığını merkeze almalıdır. Bu açıdan bakıldığında tıbbi gerçeğin söylenmesi ve hastanın gerektiğinde ölüme hazırlanması önem kazanmaktadır.

### b) Gerçeğin söylenmesi ve kültürel-ekonomik faktörler

Avrupa Konseyi tarafından hazırlanan "Yaşamın son döneminde tıbbi tedavide karar verme sürecine ilişkin kılavuz"u sürecin her aşamasında hasta ve hasta yakınları için gerekli bilginin verilmesi ve iletişimin önemini vurgulamaktadır (9). İletişimin temelini oluşturan güven ilişkisini yaratan koşullardan biri de tıbbi gerçeğin söylenmesidir.

İspanya'da palyatif ve yaşam sonu bakımında kültürel ve etik konu başlıklarını tartışan bir makalede ötanazi ve sedasyon, terminal dönemin

tanımı, yaşamın son 48 saatindeki bakım, teşhisin açıklanması ve teşhis ile ilgili bilgi verilmesinin İspanyol kültüründen, geleneklerinden etkilediğini belirtmiştir (22).

Çin'de yapılan bir çalışmada beklenenin aksine hastaların (%98'i) kendilerine doğrudan ve hekim tarafından, hastalıkları ile bilginin verilmesini istedikleri bulunmuştur (23). Ülkemizde yürütülen bir çalışmada 151 hekim ve 150 hastaya anket uygulanmış ve verilen önermelere katılıp katılmadıkları sorulmuştur. Önermelerden biri şudur: "Hastanın tedavisi mümkün olmayan ileri dönem kanseri olduğunu söylemelidir ve hastalığını ailesine söyleyip söylememe kararını hastaya bırakmalıdır." Hekimlerin %67,6'sı, hastaların %85,3'ü bu ifadeye katıldıklarını belirtmişlerdir. Asıl ilginç olanı diğer önermeye verilen cevaplardır: "Varsayalım, aile durumdan haberdar ve hastaya hastalığıyla ilgili bilgi verilmesini istemiyor. Doktor hastasını hastalığıyla ilgili olarak her durumda bilgilendirmelidir." Bu ifadeye katıldığını belirten hekimleri oranı %54,7'ye düşerken, katılıyorum diye hastaların oranı %85,3 olarak sabit kalmıştır (14). Sorulması gereken soru "teşhisi söylemeli miyim?" değil, "Uygun biçimde nasıl söyleyebilirim?" olmalıdır (24). Yaşam sonu bakımında gerçeği söylemenin kültürel bir boyutu da olduğuna dikkat ederek bu konuda kendi beklentilerimiz yerine temel olarak hastanın ne istediğine odaklanmak uygun olacaktır. Bunu gerçekleştirebilmenin yolu da sağlık çalışanlarının kendi kültürlerinin farkında olmalarından ve diğer kültür- lere saygı duymalarından geçmektedir (25).

Gerçeğin söylenmesi ile ilgili değinilmesi gereken bir diğer nokta da özellikle kötü haberin verilmesi eğitimidir. Lisans eğitimi içinde çok da yerini bulmayan kötü haberin verilmesi hekimin kendini güvende hissetmediği bir alan içinde kalmaktadır. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi 3. Sınıf öğrencileri "İyi Hekimlik Uygulamaları" içinde standart hastalarla zor hasta görüşmesi yapmaktadırlar. Ancak bu gerçek bir kötü haberin verilmesi aşamasında ne kadar yarar sağlamaktadır?

Bir diğer sorun alanı ise, hastanın nerede bakım alacağı ve dolayısıyla nerede ölmek istediğidir. Hastaların nerede ölmek istediklerine dair ülkemizde yapılmış çalışma sayısı son derece sınırlıdır. Üstelik bu isteği şekillendiren pek çok faktör söz konusudur. Ölüm yeri tercihini etkileyen bu faktörler:

1. Hastanın sosyal ortamı ve yaşama düzeni,
2. Bakım veren hastaya bakma kapasitesi,
3. Hastanın bakım veren/ailenin refahı hakkında endişelenmesi,
4. Bakım verenin tutumları ve bakım için gönüllülük,
5. Semptom yönetimi,
6. Hastanın saygınlığını kaybetme korkusu,
7. Hasta ve bakım verenin hizmetlerin güvenilirliği ve önerilen 'güvenlik' derecesi algılamaları,
8. Hastanın hospise (şefkatevi) bakış açısı,
9. Hastanın hastanelerle ilgili deneyimi,
10. Hastanın toplum odaklı hizmetlerle ilgili bilgi ve tecrübesi,
11. Hastanın evde hastabakıcı hizmetine bakış açısı,
12. Hastanın ölüm ve ölme konusundaki dini inancını içeren bakış açısı,
13. Ölüm ve ölme konusunda önceki kişisel deneyimler olarak sıralanmaktadır (26).

Hastanelerde sunulan hizmetin pahalı olması, sağlık politikalarını düzenleyenlerin evde bakım hizmetlerine ağırlık vermesine neden olmaktadır. Ancak hasta yakınlarının evde bakım hizmetini düzenli olarak ve aynı profesyonel ekip tarafından almasını sağlamak da bir diğer sorun alanını oluşturmaktadır. Palyatif bakım birimleri her ne kadar ülkemizde hızla kurulmakta olsa bile hala yetersizdir, üstelik çalışan personelinde bu konuda eğitim yetersizliği içinde olduğu bilinmektedir. Dolayısıyla ihtiyacı olan herkese bu hizmeti ulaştırmak da mümkün olmamaktadır.

### c) Diğer tarafların psikososyal yönden desteklenmesi

Palyatif bakım süreci bir ekip çalışmasına dayanmaktadır. Bu ekibin içinde sağlık personeli ile birlikte hasta ve hasta yakını da yer almaktadır. Makalenin başında belirtilen dini ve manevi desteğin tüm süreç içinde hasta yakınlarına ve sağlık personeline de sağlanması önemli bir noktadır. Zira aile bireylerinin aslında tedavi kararlarının verilmesinde önemli bir role sahip oldukları, tedavinin değişik aşamalarında değişik roller üstlendikleri görülmüştür (27). Palyatif bakımda hasta ile hasta yakınlarının birlikte desteklenmeleri, ölümden sonra yas sürecinde hasta yakınlarının desteklenmeye devam edilmeleri önemlidir. Bunun kadar önemli bir diğer nokta da sağlık çalışanlarının desteklenmesidir. Ünlü yazar Irvin D. Yalom'un Günübürlük Hayatlar ve Gerçek Psikoterapi Öyküleri kitabında "Ölümcül bir hastalığı olan kişilerle çalışacaksam önce kendi ölüm korkumu halletmem gerektiğini anladım." ifadesi aslında tüm palyatif bakım çalışanlarının bu bağlamda desteklenme gerekliliklerini oldukça net bir biçimde ortaya koymaktadır.

Ölüm kaygısı ile baş etme ve ölüm eğitimi 1960'lı yıllarda Amerika Birleşik Devletleri'nde gelişmiş, daha sonra Kanada ve İngiltere gibi diğer ülkelerde de uygulanmaya başlanmıştır. Bu eğitim programlarında, ölüm kaygısına yönelik farkındalık, doğal bir süreç olan ölüme uyum ve ölümün anlamının keşfedilmesi amaçlanmaktadır (28). 2009 yılında ülkemizde yapılan bir doktora tezinin sonuçlarına göre, haftada bir kez olmak üzere toplam 7 kez eğitim alan 45 hemşirenin, eğitim sonunda ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon ölçeklerinden aldıkları puanların ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalmıştır (29). Bakım verenlerin ve sağlık profesyonellerinin desteklenmeleri, kendi davranışlarına ilişkin içgörülerinin kazanmaları, hastalığa ve ölüme yükledikleri anlamların açığa çıkarılması son derece önem kazanmaktadır. Fiziksel, psikolojik, sosyal, manevi ve kültürel boyutlarıyla karmaşık bir durum olan ölüme ilişkin eğitimler, kişilerin ölüme karşı olumsuz tutumlarının değiştirilmesinde, farkındalığın artırılmasında, olumlu tutumların oluşturulmasında gerekli bilgi, psikososyal beceri ve kültürel duyarlılığın kazanılmasında yararlı olmuştur (30).

### Türkiye'de Palyatif Bakım

Ülkemizdeki duruma bakılacak olursa, Sağlık Bakanlığı 2010 yılında Türkiye Onkoloji Hizmetleri Yeniden Yapılanma Programı kapsamında Palyatif Bakım Organizasyonu Modeli Geliştirilmesi için çalışmalar yapmıştır (31). 2010 yılında yayınlanan bir makaleye göre, Türkiye'de Sağlık Bakanlığı bünyesinde 2, üniversitelerde 7, özel kuruluşlarda 1 tane olmak üzere toplam 10 adet palyatif bakım merkezi bulunmaktadır (32). Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu internet sayfasından alınan 2016 verilerine göre, 68 ilde toplam 1898 yataklı 168 tane palyatif bakım ünitesi bulunmaktadır (33). Yönetimin büyük bir hızla yapılanmaya gittiği aşikardır. Ancak bu sefer de karşımıza eğitimli, nitelikli personel eksikliği sorunu çıkmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın ve Palyatif Bakım Derneği'nin bu açığı kapatmak için eğitimler düzenlediği bilinmektedir (34, 35). Sağlık Bakanlığı Kansere Daire Başkanlığı'nın 2011 yılında başlattığı Palya Türk projesinin amaçları, yönetim şeması, Sağlık Bakanlığı'nın proje içindeki görevlerinin açıklandığı makalede amaçlar ağır yönetiminde önemli bir yere sahip morfinin ulaşılabilirliğini arttırmak, morfin reçeteleme için yeni düzenleme getirmek, tıbbi ekibi opiofobiye karşı eğitmek, toplum tabanlı palyatif bakım modeline aile hekimlerini yerleştirmek olarak verilmiştir (36). 2012 yılında yayınlanan bir diğer makalede ise, Türkiye'de uygulanmaya başlanan toplum tabanlı palyatif bakım modelinin başarılı olduğu, hastaların gereksinim duyduğu hizmeti sağladığı, daha ekonomik olduğu belirtilmiştir (37). Türkiye İstatistik Kurumu'nun verilerine göre, 2014 yılında ölüm nedenleri incelendiğinde, ikinci sırada iyi huylu ve kötü huylu tümörlerden ölümler (%20,7) gelmektedir (38). Bu noktada

Palya Türk projesini Kansere Daire Başkanlığı'nın yürütmesi hiç de şaşırtıcı değildir. Ancak bu, yaşamı tehdit eden tüm teşhislerde geçerli olan palyatif bakımın, sadece kanser hastalarına sunulan bir hizmet olarak algılanmasına yol açmaktadır.

Ayrıca, Türkiye'de palyatif bakım alan hastaların aileleri ile yapılan bir çalışmada ailelerin %68'nin palyatif bakım hakkında bilgi sahibi olmadığı gösterilmiştir. Bu araştırma ihtiyacı olan bireylerin bu hizmete ulaşmalarının önündeki engelleri ortaya koymak açısından çok önemlidir (39).

### Sonuç

Yaşamı tehdit eden her türlü teşhis için geçerli olan; teşhis konduğundan itibaren hasta ve hasta yakınları için başlanması gereken palyatif bakım içinde sadece tıbbi değil, kültürel, ekonomik, dini pek çok süreci de barındırmaktadır. Bu karmaşık süreçlerin farkında olmak verilen bakımın etkinliği için önemli bir noktadır. Kişilerin tanımadıkları ya da duymadıkları bir hizmeti talep etmeleri ya da aldıkları bakımı değerlendirebilmeleri mümkün değildir. Bu bakış açısı ile sayıları artan palyatif bakım birimlerinin hangi amaçla kuruldukları ve hangi alanda, hangi hizmeti sundukları topluma anlatılmalıdır. Ayrıca ürettikleri hizmet kalitesinin değerlendirilmesine yönelik parametreler geliştirilmeli ve hizmet kalitesi takip edilmelidir.

Bir diğer önemli nokta da hizmet veren sağlık profesyonellerinin eğitimidir. Lisans ve uzmanlık eğitimi içinde palyatif bakım ve palyatif bakım etiği ile ilgili dersler vermek uygun olacaktır. Yapılan çalışmalar bu yönde olumlu sonuçlar vermiştir (40, 41). Ancak her ülkede bu eğitimin varlığından söz etmek mümkün değildir. DSÖ Avrupa bölgesinde 53 ülkede yapılan araştırmaya katılan 43 ülkeden sadece 13'ünde palyatif tıp eğitimi tüm tıp fakültelerinde verilmektedir (42). Meslek içi eğitimlerde sağlık çalışanlarının yaşamın son döneminde verilen hizmete ait bilgiler kadar; bu süreçte bireysel olarak düşünme ve sağlık personeli, hasta ve hasta yakını ile ortak karar verme konusunda eğitim alması da önemlidir. Eğitim, her bir sağlık çalışanının, giderek artan zor vakalarla nasıl baş edeceğini, klinik uygulamada ortaya çıkan etik sorunları nasıl çözümleneceğini de kapsamalıdır. İster bireysel düzlemde olsun, isterse hizmet içi eğitim özelliğinde olsun, takım çalışması kapsamında, ortak tartışma ve karar alma yönteminden yararlanılmalıdır. Bu eğitim, ayrıca, yaşamın son dönemindeki/hastalar/kişiler ile karşılaşan/çalışan, örneğin psikologlar, sosyal çalışmacılar ve din adamları gibi diğer uzmanlara da genişletilebilir (9).

Sağlık çalışanlarına eğitim verilmesinin yanı sıra psikososyal açıdan desteklenmeleri de gereklidir. Palyatif bakım birimlerinde çalışmak, sürekli ölümlerle yüz yüze gelmek yaşam enerjisini, meslek motivasyonunu düşürmektedir. Ekibin bu bağlamda korunması, destek alabileceği mekanizmaların oluşturulması gereklidir.

Palyatif bakım birimleri etik ikilemlerin sık karşılaştığı yerlerdir. Personel bir etik ikilemle karşılaştığında, hastane etik kurullarına danışılması ve etik danışmanlık talep edilmesi uygun olacaktır (15, 43). Özellikle yaşam sonunda verilen etik kararlar karmaşık, zor olabilir ve sağlık çalışanları bu sorunları çözme konusunda yetersiz kalabilir. Konunun bir hastane etik kurulunda tartışılması ve/veya bir etik uzmanının danışmanlık hizmeti sunması tüm tarafları kapsayacak çözüm alternatiflerinin yaratılmasını ve taraflar arası iletişimin sağlıklı yürütmesini sağlayacaktır. Sonuç olarak palyatif bakım birimlerini sadece tıbbi bakımın sağlandığı, dolayısıyla sadece sağlık çalışanların söz söylediği bir alan olarak görmemek gerekir. Palyatif bakım; sağlık çalışanları, hasta ve hasta yakınlarını içeren bir ekip çalışmasının ürünüdür. İçeriğinde tıbbi bilgi kadar, tıp etiği, kültür, din, manevi destek, sosyal ve hukuksal

konu başlıklarını da taşır. Sorunların çözümünde ilk adım etik farkındalık, ikinci adım ise tüm tarafların ilgili konularda bilgilendirilmelerini sağlayan eğitimlerdir. Sağlıklı iletişim kurabilen palyatif bakım birim ekibi daha kaliteli ve doyurucu bir hizmet üretebilecektir.

## Kaynaklar

- Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Definition of Palliative Care. Erişim tarihi: 26. Nisan.2016, [http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/].
- Branigan M. Teaching Palliative Care Ethics-Palliative Care Ethics Curriculum 2001. Erişim tarihi: 22 Nisan 2016. [http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.489.214&rep=rep1&type=pdf].
- European Association for Palliative Care (EAPC). Recommendations of the European Association for Palliative Care for the Development of Undergraduate Curricula in Palliative Medicine at European Medical Schools, 2013. Erişim tarihi: 22 Nisan 2016. [http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=S1MI-tulutQ%3d]
- Chukwunneke FN. Ethics of palliative care in late-stage cancer management and end-of-life issues in a depressed economy. Niger J Clin Pract 2015;18(Suppl):S15-9. [CrossRef]
- Ferris FD, Librach SL. Models, Standards, Guidelines. Clin Geriatr Med 2005;21:17-44. [CrossRef]
- Hawley PH. The bow tie model of 21st century palliative care. J Pain Symptom Manage 2014;47:e2-5. [CrossRef]
- Hermesen MA, ten Have HA. Pastoral care, spirituality, and religion in palliative care journals. Am J Hosp Palliat Care 2004;21:353-6. [CrossRef]
- Palliative Care Australia. Advance Care Planning Position Statement. Erişim Tarihi: 22 Nisan 2016. [https://palliativecareqld.org.au/images/documents/PCA%20Advance%20Care%20Planning%20Position%20Statement.pdf]
- Avrupa Konseyi. Yaşamın son döneminde tıbbi tedavide karar verme sürecine ilişkin kılavuz Şubat 2015. Erişim tarihi: 05 Ocak 2016. [http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/09\_End%20of%20Life/Guide/Guide%20FDV%20turc.pdf].
- Oğuz Y, Tepe H, Büken NÖ, Kucur DK. Biyoetik Terimleri Sözlüğü. 1 ed. Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu; 2005. p. 163-4.
- T.C. Resmi Gazete. 3.12.2003 tarihli ve 5013 sayılı Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun.
- T.C. Resmi Gazete. 01.08.1998 tarihli ve 23420 sayılı Hasta Hakları Yönetmeliği ve 08.05.2014 tarihli ve 28994 sayılı Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik.
- Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. BMJ 2010;340:c1345. [CrossRef]
- Odabaşı AB, Büken NÖ. Aydınlatılmış Onam ve Yaşamın Sonunda Alınan Etik Kararlar-Hacettepe Örneği. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Science 2009;29:1041-54.
- Büken NÖ. Yoğun Bakım Ünitelerinde Etik Karar Verme ve Hastane Etik Komiteleri. FLORA 2011;16:51-60.
- Akpir K. Yoğun Bakım Etiği. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi 2010;8:77-84.
- Demir M. End of Life Decisions and Their Legal status in Turkey. Acta Medica 2014;3:42-5.
- Zarrabi AJ, Huo R, Meier DE. High-value palliative care for cancer patients. AMA J Ethics 2015;17:1064-72. [CrossRef]
- Akpınar A, Ersoy N. Life-sustaining treatment: when should it be withheld or withdrawn? Turkish Journal of Oncology 2012;27:37-45. [CrossRef]
- T.C. Resmi Gazete. 12.10.2004 tarih ve 25611 sayılı Türk Ceza Kanunu.
- Büken NÖ. Tıp Etiği Terimleri. Tıptericimlericom- Sözlük Dergisi 2009;1.
- Núñez Olarte JM, Guillen DG. Cultural issues and ethical dilemmas in palliative and end-of-life care in Spain. Cancer Control 2001;8:46-54.
- Li J, Yuan XL, Gao XH, et al. Whether, when, and who to disclose bad news to patients with cancer: a survey in 150 pairs of hospitalized patients with cancer and family members in China. Psychooncology 2012;21:778-84. [CrossRef]
- Büken NÖ. Truth-telling information and communication with cancer patients in Turkey. JISHIM 2003;2:31-6.
- Rising ML. Truth Telling as an Element of Culturally Competent Care at End of Life. J Transcult Nurs 2015. pii: 1043659615606203. [CrossRef]
- Işıkhvan V. Terminal dönemdeki kanser hastalarının ölüm yeri tercihleri. Türk Onkoloji Dergisi 2008;23:34-44.
- Wijnhoven MN, Terpstra WE, van Rossem R, et al. Bereaved relatives' experiences during the incurable phase of cancer: a qualitative interview study. BMJ Open 2015;5:e009009. [CrossRef]
- İnci F, Öz F. Palliative Care and Death Anxiety. Current Approaches in Psychiatry 2012;4:178. [CrossRef]
- İnci F, Öz F. Ölüm eğitiminin hemşirelerinin ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon ve ölümcül hastaya tutumlarına etkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2009;10:253-60.
- Bolkan C, Srinivasan E, Dewar AR, et al. Learning through loss: implementing lossography narratives in death education. Gerontol Geriatr Educ 2015;36:124-43. [CrossRef]
- TC Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye Onkoloji Hizmetleri Yeniden Yapılanma Programı 2010-2023. Ankara 2010.
- Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, ve ark. Türkiye'de palyatif bakım hizmetlerinin mevcut durumu. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi 2010;1:1-6.
- TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu. Tescilli Palyatif Bakım Üniteleri 2016. Erişim tarihi: 25 Mayıs 2016, [http://www.tkhk.gov.tr/4857\_yeni-palyatif-bakim-].
- TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu. Palyatif Bakım Hizmetleri Eğitimi 2016. Erişim tarihi: 25 Mayıs 2016. [http://www.tkhk.gov.tr/Arama/palyatif@bak%c4%b1m@hizmetleri@e%c4%9fitimi].
- Palyatif Bakım Derneği. Eğitim Programları 2016. Erişim tarihi: 25 Mayıs 2016. [http://www.palyatifbakim.org/].
- Ozgul N, Koc O, Gultekin M, et al. Opioids for cancer pain: availability, accessibility, and regulatory barriers in Turkey and Pallia-Turk Project. J Pediatr Hematol Oncol 2011;33(Suppl 1):S29-32. [CrossRef]
- Ozgul N, Gultekin M, Koc O, et al. Turkish community-based palliative care model: a unique design. Ann Oncol 2012;23(Suppl 3):76-8. [CrossRef]
- Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2014. Erişim tarihi: 01 Nisan 2016. [http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18855].
- Kahveci K, Gökçınar D. Knowledge about palliative care in the families of patients. Acta Medica Mediterranea 2014;30:1369-73.
- Tsai SS, Hu WY, Chang HH, et al. Effects of a multimodule curriculum of palliative care on medical students. J Formos Med Assoc 2008;107:326-33. [CrossRef]
- Fins JJ, Nilson EG. An approach to educating residents about palliative care and clinical ethics. Acad Med 2000;75:662-5. [CrossRef]
- Carrasco JM, Lynch TJ, Garralda E, et al. Palliative care medical education in European Universities: A descriptive study and numerical scoring system proposal for assessing educational development. J Pain Symptom Manage 2015;50:516-23 e2.
- Aulisio MP, Chaitin E, Arnold RM. Ethics and palliative care consultation in the intensive care unit. Crit Care Clin 2004;20:505-23. [CrossRef]