Kadın Doğumda İLETİŞİM



EDİTÖR
İLETİŞİM UZMANI
DR. ATİKULLAH GHİASSE

nobel

Scanned with CamScanner

KADIN DOĞUMDA İLETİŞİM

Editör: Uzm. Dr. Atikullah Ghiasee

Yayın No.: 3896
Sağlık Bilimleri No.: 125
ISBN: 978-625-417-386-8
E-ISBN: 978-625-417-387-5
Basım Sayısı: 1. Basım, Aralık 2021

© Copyright 2021, NOBEL AKADEMİK YAYINCILIK EĞİTİM DANIŞMANLIK TİC. LTD. ŞTİ. SERTİFİKA NO.: 40340
Bu baskının bütün hakları Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti.ne aittir. Yayınevinin yazılı izni olmaksızın, kitabın tümünün veya bir kısmının elektronik, mekanik ya da fotokopi yoluyla basımı, yayımı, çoğaltımı ve dağıtımı yapılamaz.

Nobel Yayın Grubu, 1984 yılından itibaren ulusal ve 2011 yılından itibaren ise uluslararası düzeyde düzenli olarak faaliyet yürütmekte ve yayınladığı kitaplar, ulusal ve uluslararası düzeydeki yükseköğretim kurumları kataloglarında yer almaktadır.

Genel Yayın Yönetmeni: Nevzat Argun -nargun@nobelyayin.com-
Genel Yayın Koordinatörü: Gülfem Dursun -gulfem@nobelyayin.com-

Sayfa Tasarım: Dicle Korkmaz -dicle@nobelyayin.com-
Redaksiyon: Seval Sezer -seval@nobelyayin.com-
Kapak Tasarımı: Mehtap Yürümez -mehtap@nobelyayin.com-
Baskı Sorumlusu: Yavuz Şahin -yavuz@nobelyayin.com-
Baskı ve Cilt: Sarıyıldız Ofset Amb. Kağ. Paz. San. ve Tic. Ltd Sertifika No.: 23593
İvedik Ağaç İşleri San. Sit. 1354. Cad. 1358. Sok. No.: 31 Ostim / ANKARA

Kütüphane Bilgi Kartı

Ghiasee, Atikullah .
KADIN DOĞUMDA İLETİŞİM / Editör: Atikullah Ghiasee
1. Basım, XVI + 208 s., 16,5x24 cm. Kaynakça var, dizin yok.
ISBN: 978-625-417-386-8
E-ISBN: 978-625-417-387-5
1. Kadın doğum 2. Hasta-hekim 3. İletişim

Genel Dağıtım

ATLAS AKADEMİK BASIM YAYIN DAĞITIM TİC. LTD. ŞTİ.
Adres: Bahçekapı Mh. 2465 Sk. Oto Sanayi Sitesi No:7 Bodrum Kat, Şaşmaz/ANKARA
Telefon: +90 312 278 50 77 - **Faks:** 0 312 278 21 65 - **Sipariş:** siparis@nobelyayin.com-
E-Satış: www.nobelkitap.com - esatis@nobelkitap.com / www.atlaskitap.com - info@atlaskitap.com

Dağıtım ve Satış Noktaları: Alfa Basım Dağıtım, Arasta, Arkadaş Kitabevi, D&R Mağazaları, Dost Dağıtım, Ekip Dağıtım, Kida Dağıtım, Kitapsan, Nezih Kitabevleri, Pandora, Prefix, Remzi Kitabevleri

Scanned with CamScanner

İÇİNDEKİLER

ÖN SÖZ iii
TEŞEKKÜR v
BÖLÜM YAZARLARI vii

1. BÖLÜM
GEBELERLE İLETİŞİM 1
Arzu Bostancı Durmuş
Giriş 1
Antenatal Bakım 5
Bakım Planı 6
Hayat Tarzı Değerlendirilmesi 6
Gebenin Muayenesi 7
Gebelikteki Bazı Problemlerin Yönetimi 8
Fetal Taramalar 9
Genel Gebe Taraması 9
Sonuç 10
Kaynakça 10

2. BÖLÜM
LOHUSA İLE İLETİŞİM 13
Çağanay Soysal
Giriş 13
Anne Bebek İletişimi 16
Annenin Psikolojik Durumu 18
Postpartum Depresyon 19
Lohusa ve Yas Süreci 19
Lohusalıkta Cinsellik 19
Sonuç ve Öneriler 20
Kaynakça 21

3. BÖLÜM
JİNEKOLOJİK PROBLEMLİ HASTALARLA İLETİŞİM 23
Mehmet Alican Sapmaz
Giriş 23
Sonuç 27
Öneriler 27

4. BÖLÜM
PREOPERATİF HASTA VE HASTA YAKINLARIYLA İLETİŞİM 29
Oğuz Özdemir - Gökçe Gökkaya
Preoperatif Hasta Eğitimi 30
Preoperatif Hasta Muayenesi 31

Scanned with CamScanner

Preoperatif Hasta Stabilizasyonu 32
Sonuç ve Öneriler 34
Kaynakça 35

5. BÖLÜM
POSTPARTUM DEPRESYON VE İLETİŞİM 37
Işılay Ece Sapmaz
Giriş 37
Sonuç 41
Öneriler 42
Kaynakça 42

6. BÖLÜM
RİSKLİ GEBELİKLİ HASTALARLA İLETİŞİM 45
Fatma Doğa Öcal
Giriş 45
Hasta Merkezli Bakım 46
Hasta-Sağlıkçı İletişimi 47
Ortak İletişim Modeli 48
AIDET Modeli 48
Saygı "Respect" Modeli 48
Rapport (Rapor) 48
Empathy (Empati) 49
Support (Destek) 49
Partnership (Ortaklık) 49
Explanations (Açıklamalar) 49
Cultural Competence (Kültürel Yetkinlik) 49
Trust (Güven) 49
Hasta İletişiminde Eşitsizlik 50
Etkili İletişim Geliştirme 50
Sonuç 51
Kaynakça 52

7. BÖLÜM
TEKRARLAYAN DÜŞÜKLERİ OLAN HASTALARLA İLETİŞİM 55
Mehmet Alican Sapmaz
Giriş 55
Sonuç 60
Öneriler 60
Kaynakça 61

8. BÖLÜM
İSTENMEYEN GEBELİKLERDE İLETİŞİMİN ÖNEMİ 63
Dilek Menekşe Beşer
Giriş 63
Üreme Sağlığı 64
İstenmeyen Gebelikler 64

Scanned with CamScanner

İstenmeyen Gebeliklerin Önlenmesi 65
İstenemeyen Gebeliklerin Olumsuz Sonuçları 66
İstenmeyen Gebeliklerde Danışmanlık Hizmetleri 67
Gizlilik 67
Bilgilendirilmiş Onam 67
Kararla İlgili Danışmanlık 67
Kürtaj Sonrası Destek 68
Kürtaj Sonrası Danışmanlık 68
Sonuç 69
Kaynakça 69

9. BÖLÜM
POSTOPERATİF HASTA VE HASTA YAKINLARI İLE İLETİŞİM 73
Sinem Ayşe Duru Çöteli
Giriş 73
Postoperatif İletişim Nedir? 73
Postoperatif İletişimin Fiziksel Katkıları Nelerdir? 74
Postoperatif İletişimin Emosyonel ve Psikolojik Katkıları Nelerdir? 75
İyi Bir Postoperatif Hasta ve Hasta Yakını İletişiminin Özellikleri 76
Sonuç ve Öneriler 76
Kaynakça 77

10. BÖLÜM
MENOPOZLU HASTALARDA İLETİŞİM 79
Hande Esra Koca
Giriş 79
Menopoz Nedir? 79
Menopoz Süreci ve Belirtileri Nelerdir? 80
Menopoz Sürecinde Nelere Dikkat Edilmelidir? 82
Sonuç ve Öneriler 83
Kaynakça 84

11. BÖLÜM
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİDE HASTAYLA İLETİŞİM 87
Osman Aşıcıoğlu
Giriş 87
Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi ve Jinekolojik Onkoloji Hastası 88
Vulva Kanseri 88
Endometrium Kanseri 88
Yumurtalık (Over) Kanseri 89
Serviks (Rahim Ağzı) Kanseri 89
Jinekolojik Onkoloji Hastasıyla İletişim 89
Jinekolog Onkologlar Sağlıklı İletişim Nasıl Kurarlar? 90
Sonuç 92
Kaynakça 92

Scanned with CamScanner

12. BÖLÜM
PANDEMİNİN SAĞLIK HİZMETLERİNE ULAŞIMINA ETKİSİ VE TELE TIP 93
Ayşe Ayvacı
Giriş 93
Tele Tıp 94
Tele Tıbbın Amacı ve Uygulama Alanları 95
Sonuç 97
Kaynakça 97

13. BÖLÜM
YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE HASTA YAKINLARI İLE HEMŞİRELER ARASINDAKİ İLETİŞİM 99
Nefise Bayındır - Dilek Ergin - Murat Cansever
Giriş 99
Sağlık İletişimi 100
Yenidoğan-Aile Etkileşimi 103
Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri 105
Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Yakınları ile Hemşireler Arasındaki İletişim 107
COVID-19 Pandemisinin Bebeği Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Ebeveynler ile Hemşireler Arasındaki İletişime Etkisi 109
Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Tedavi Gören Ailelerin Gereksinimleri 112
Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Görev Yapan Hemşirelerin Gereksinimleri 114
Sonuç ve Öneriler 115
Kaynakça 117

14. BÖLÜM
CİNSEL İSTİSMAR MAĞDURU ADOLESAN GEBELERLE MESLEKİ İLETİŞİM 121
Hacer Duygu Yeşilkayalı
Giriş 121
Adolesan Gebelik ile Cinsel İstismar Arasındaki İlişki 122
Cinsel İstismar Mağduru Adolesan Gebeliğin Psikososyal Etkileri 124
Cinsel İstismar Mağduru Adolesan Gebelerle Mesleki İlişki Sırasında Dikkat Edilecek Noktalar 126
Adolesan Gebelere Yönelik Müdahale Programları 130
Sonuç 133
Kaynakça 134

15. BÖLÜM
CİNSEL YOLLA BULAŞICI HASTALIKLARDA İLETİŞİM 137
Eda Adeviye Şahin - Hanifi Şahin
Giriş 137
HIV/AIDS ve İletişim 140
HPV ve İletişim 140
Sonuç ve Öneriler 142

Scanned with CamScanner

Kaynakça 143

16. BÖLÜM
ENDOMETRİOZİSLİ HASTALARLA İLETİŞİM 145
Arzu Bostancı Durmuş
Giriş 145
Endometriozis 145
Medikal Tedavi 147
Cerrahi Tedavi 148
Sonuç 155
Kaynakça 155

17. BÖLÜM
ÇOCUK KALP VE DAMAR CERRAHİSİ KLİNİKLERİNDE AYDINLATILMIŞ ONAM SÜRECİ 159
Nur Dikmen - Mehmet Taşar
Giriş 159
Kapasite Üzerine: Hasta Karar Verebilir Mi? 160
Anlamak Nedir? 161
İmmatürite: Genç Hasta 161
Gelişmekte Olan Çocuğun Kapasitesi 163
Hastalık ve Kapasite 163
Karar Kapasitesinin Değerlendirilmesi 163
Bilgi Neden Önemlidir? 164
Ne Kadar Bilgi Yeterli ve Gereklidir? 165
Bilgi Alışverişi Süreci 169
Memnuniyet Kategorisi 170
Anlama Süreci 170
Çocuklar İle İletişimde Genel İlkeler 171
Farklı Gelişim Aşamalarında Cerrahi Onam Sürecindeki İletişim 172
Bebekler ve Küçük Çocuklar 172
Okul Öncesi Çocuklar 173
İlkokul Çağındaki Çocuklar 174
Ergenlik Dönemi 175
Genç Yetişkinler 176
Sonuç 177
Kaynakça 178

18. BÖLÜM
GEBELİK VE DOĞUM KOMPLİKASYONLARINDA KADINLAR VE AİLELERİ İLE İLETİŞİM 181
İsmail Burak Gültekin
Giriş 181
Sonuç 185
Öneriler 185
Kaynakça 186

Scanned with CamScanner

19.BÖLÜM

POLİKİSTİK OVER SENDROMLU HASTALARLA İLETİŞİM 187
Hakan Arslan
Giriş 187
Sonuç ve Öneriler 190
Kaynakça 191

20. BÖLÜM

İNFERTİL ÇİFTLER İLE İLETİŞİM 193
Sezin Oral Yıldız
Giriş 193
İnfertilite Etiyolojiye Yönelik Değerlendirme 194
İnfertil Erkeklerin Değerlendirilmesi 195
İnfertil Çiftler İle İletişim 196
İnfertil Çiftlerde Umutsuzluk 197
İnfertilitenin Cinsel Sağlık Üzerine Etkileri 198
İnfertil Çiftlere Yaklaşım 199
Sonuç 200
Kaynakça 201

21. BÖLÜM

GÖÇMEN KADIN SAĞLIĞINDA KÜLTÜRLER ARASI İLETİŞİMİN ÖNEMİ.. 203
Çiğdem Canatan Gençer - İpen İlknur Ünlü
Giriş 203
Kültürler arası İletişim 204
Kültürel Duyarlılık ve Kültürler arası İletişim 206
Göçmen Kadın Sağlığı ve Kültürler arası İletişim 206
Sonuç 207
Kaynakça 207

Scanned with CamScanner

17. BÖLÜM

ÇOCUK KALP VE DAMAR CERRAHİSİ KLİNİKLERİNDE AYDINLATILMIŞ ONAM SÜRECİ

Nur Dikmen - Mehmet Taşar

Giriş

Bir hastanın tıbbi bir işlem için onayını alma süreci, tartışmasız her doktorun, aslında her klinisyenin, öğrenmesi gereken en önemli becerilerden biridir. Doktorların herhangi bir türden teşhis veya tedavi sürecini hastanın rızası olmadan başlatabileceği fikri, modern tıp uygulamasına tamamen aykırıdır (Manson, 2010; O' Neill, 2003). Kuşkusuz ki aydınlanma, ilk zamanlarda Avrupa'ya özgü bir olgu olmakla birlikte, aydınlanma ile ilgili baskın temanın aslında kişisel özerklik ve bireylerin kendi gelecekleri hakkında karar alma hakkı olduğu söylenebilir (Hardy, 1997). Doktorların her zaman çalıştıkları ülke tarafından verilen bir hukuk çerçevesinde pratik yapmaları gerekmektedir. Bir bakıma hukuk ortamı, aynı ülkede var olan etik değerlerin zorunlu bir versiyonudur. Elbette etik, hukuka göre daha karmaşıktır; herhangi bir ülke genellikle farklı etik kodları takip eden çeşitli insanları içermektedir. Bu etik kodlar dinî, seküler ve kişisel olmak üzere pek çok kaynaktan doğar, her biri oldukça basit sorulara (Yapılacak doğru şey nedir? Olunması gereken doğru kişi kimdir?) verilen cevapları sistematik hâle getirmektedir. Doktorların görevlerinin bir unsuru da profesyonelliktir. Geniş anlamda, rıza ile ilgili kanunları, mesleki kuralları ve rızanın etik temelini ve özerk muhakemeyi hatırlamaları gerekecektir (DH London, 2009).

Kitabın bu bölümünde, bir kişinin kendisine veya yükümlü olduğu kişilere yapılacak olan tıbbi müdahaleye rızasını ararken ve elde ederken "ne yapılacağı"

Scanned with CamScanner

veya "ne söyleneceği" konusunda basit rehberlik etmek ve bilgilendirme sürecindeki hususlardan bahsetmek amaçlanmaktadır.

Pek çok otorite, geçerli bir tıbbi onam için dört bileşenden bahsetmektedir.

1- Yeterli bilgi.

2- Kapasitesi uygun olan yetkin bir hasta.

3- Zorlayıcı etkiden muafiyet.

4- Dinamizm (Onamın devam eden doğası ve geri çekilme hakkı).

Herhangi bir tıbbi müdahaleyi onam olmadan başlatan ve devam ettiren doktorlar, yasal sonuçlarla karşılaşabilmektedir ve tazminat ödemesi veya disiplin cezası gibi sonuçlara katlanmak zorunda kalabilmektedir.

Metinlerde ve kılavuzlarda açıklanan çeşitli tıbbi onam kategorileri vardır: Sözlü ve yazılı onam, açık ve üstü kapalı onam, zımni (söylenmeden anlaşılan) onam ve diğerleri. Önerilen ise hiçbir onamın açık ve yazılı onam kadar net bir sonuç içermediği ve bunlar dışındakilerin kullanılmaması gerektiğidir. Bu seçeneklerin tercihi, hastanın karar vermesinin hayati bir parçası ve güven ilişkisinin gerçekleşmesinin bir yolu olarak kabul edilmektedir (Elwyn, 2008; Parks,1998).

Cerrahi seçenekleri gizlemek daha kolay bir konuşmayı sağlayabilir ancak güvenin oluşması için pek tutarlı bir durum değildir. Her şekilde, tedavi alternatifleri ile ilgili bilgiler, çeşitli pratik ve sosyal nedenlerle olduğundan daha genel olarak mevcuttur. Bu, sosyal ilerleme, profesyonel gücün paylaşımı veya tüketimci bir değişimin parçası olarak düşünülebilmektedir (Slowther, 2004).

Kaynakların kısıtlanması, karar verme, seçim ve nihayetinde klinik onam potansiyelini de etkileyebilmektedir. Bu tür vakalarda, yüzleşilmesi gereken daha büyük sorun, klinik onamın ötesindedir ve doktorun mevcut olabilecek tüm olası müdahaleleri ortaya çıkarma ve doğruları açıkça ifade etme göreviyle ilgilidir.

Kapasite Üzerine: Hasta Karar Verebilir Mi?

Bir kişinin kapasitesini değerlendirmenin pratik sonuçları ile birlikte, kapasite teriminin felsefi temelleri göz önünde bulundurulmalıdır. Kapasite ile ilgili yasa, dünya çapında farklılıklar göstermektedir, farklı adli yaklaşımlar ve yorumlar bulunmaktadır. Öyleyse klinik bağlamda kapasite nedir? Aslında klinik kapasiteye olan genel bakış açısını diğer alanlardan ayırmak zordur. Kapasite, bir kişinin bir şeyi düşünme ve onun hakkında bir karar verme yeteneği olarak tanımlanmaktadır. Klinik onam alanında ise rıza verme veya tedaviyi reddetme yeteneği olarak kabul

Scanned with CamScanner

edilmektedir. Onamın zorla ya da bilgi verilmeden alındığı gibi unsurların her biri, rızası istenen kişinin kararının niteliğini ve sonuçlarını anlayabildiğini varsaymaktadır. Açıktır ki, pek çok klinik sorun, bir kişinin bir müdahaleye rıza gösterme yeteneğini zayıflatacak veya en azından etkileyecektir. Küçük çocuklar, ileri düzeyde bilişsel bozukluğu olanlar veya toksik durumlara bağlı mental konfüzyon durumlarından müzdarip hastaların tümü rıza verme yeteneklerinde bozulmaya uğramış olabilmektedir. Başlangıçta, kapasitenin yalnızca belirli bir tanıdan dolayı otomatik olarak bozulduğunun kabul edilmediğini vurgulamak önemlidir; vurgulama patoloji üzerinde değil zihinsel fonksiyona yönelik olmalıdır. Kapasite bu şekilde bozulduğunda akrabalar veya bazı zamanlarda da klinisyenler, bu şekilde engelli bir hasta adına onam verebilmektedir. Engelli bir kişi adına hareket eden bu kişiler vekil olarak adlandırılabilir. Bilgilendirilmiş onam başlığı altında açıklama yaparken "kapasite" veya "yeterlilik" kelimeleri kullanılabilmektedir (Manson, 2010).

Anlamak Nedir?

Birisinin tedaviyi kabul etme veya reddetme yeteneğine sahip olduğunu söylediğimizde, bu kişinin bilişsel işlevinin bunu destekleyen bir düzeyde olduğu öne sürülmektedir. Başka kriterler ise hastalık sebebiyle anlamanın sınırlı olması, immatürite veya irrasyonalitedir.

İmmatürite: Genç Hasta

Herhangi bir kapasite analizinde, çocukları iki gruba ayırmak uygundur. Oldukça açık bir şekilde, bebek ve çocuklar, gelecekleri hakkında önemli kararlar verecek durumda değildir. Yeni yürümeye başlayan çocuklar, belirli bir zamanda hangi oyuncağı seçip oynayacaklarına veya yiyecek, içecek veya kucaklaşma isteyip istemediklerine karar verebilirler. Bu nedenle bu, bakıcılar tarafından teşvik edilecek ve desteklenecek, gelişen bir özerk işlev duygusu olarak görülebilmektedir. Bununla birlikte, bu tür kararlar ile tıbbi bakım ve benzerlerini etkileyenler arasında açıkça bir uçurum vardır. Bununla birlikte, çocukların bu tür karar vermeyi anlama gücü, olgunlaştıkça artar. Bu nedenle büyüme kavramı, çocuklar ve yetişkinler arasındaki tek açık farkı tanımlayanla tam olarak eşleşir: Çocuklar büyür ve yetişkinler biyolojik olarak büyümez. İyi pediyatrik bakımda daha az resmî şekilde fakat yine de rıza kavramı göz önünde bulundurulmalıdır. Doktor-hasta ilişkisine güven oluşturmak ve kapasitenin geliştirilmesine yardımcı olmak için onam, çocuk bakımını üstlenen kişi ile alınmaya çalışılmalıdır. Bu nispeten yeni bir literatür konusu olarak karşımıza çıkmaktadır. Burada açıklanan, bir çocuğa tedavi sonrası ne bekleneceğini söylemeyi

Scanned with CamScanner

içerebilmektedir. Tıbbi süreç, yaşa uygun bir şekilde tedaviyi anlamalarına yardımcı olmak ve tedaviyi kabul etme isteğini öğrenmek olarak yürütülmelidir. Bu onay kavramı, tıbbi bir müdahaleyi ertelemesine veya reddetmesine izin vermek için ortaya çıkmıştır. Tarihsel olarak bu konunun çocukların tıbbi bakımlarıyla çok az bağlantısı vardır. Önceleri, çocuklara bilgi verilmeden, ebeveynlerin açık onamıyla tıbbi işlemler yapılmaktadır. Fakat bir çocuk kronolojik ve entellektüel olarak olgunlaştıkça onam konuşmalarına katılma olasılığı benzer şekilde gelişmektedir ve bununla birlikte klinisyen ile reşit olmayan hasta arasında güven ilişkilerini geliştirme olasılığı artmaktadır. Kapasitesi yetersiz olan, kalıcı zihinsel engeli olan veya çok küçük çocuklar için eski durumda belirtildiği gibi yalnızca ebeveyn onamı devam etmek zorundadır. Ebeveynler yoksa tıbbi onam mutlaka hasta üzerindeki durumun kararını verme yetkisi olan bir vekilden alınmalıdır. Bu vekilin çocuğun maksimum yararına göre karar verdiği varsayılmaktadır. Bununla birlikte, durum çok küçük ve çok ağır hastalarda kolay olmamaktadır. Vakaların çoğu, prematüre bebeklerde yaşamın başlangıcında olmaktadır. Açıktır ki, bu tür bebekler, herhangi bir anlamıyla kapasite sergilememektedir. Böylece vekiller, ebeveynler, mahkemeler veya klinisyenler, kendi adlarına karar almaktadır. Onam alınamayan durumlarda, klinisyenler fiilen karar vermezler, sadece hastanın ve kendilerinin çıkarları doğrultusunda, olması gerektiği gibi hareket ederler. Tüm vekiller de aynı yüksek menfaat anlayışını izlemelidir. Bazen bir klinisyenin görüşü ile ebeveyn görüşü örtüşmeyebilir ve bu hastalar için ayrıntılı bir "en iyi çıkarlar nosyonu" geliştirmek faydalıdır. Bu tür vakalar telafi edilemeyecek kadar üzücü, tıbben karmaşık ve etik açıdan zorludur. Tıbbi onay açısından bakıldığında birkaç konu uygun görünmektedir. Kapasitesi düşük bir hasta, son dönem yaşam sürdürme tedavileri ve bunların geri çekilmesiyle ilgili olanlar da dâhil olmak üzere, başkalarının kendisi için kararlar almasına güvenmek zorundadır. Genellikle, küçük çocuklar için vekil olarak hareket eden kişiler, klinik ekiple iletişimde olan ebeveynlerdir. Ebeveynler, klinik ekip tarafından prognoz, farkındalık ve tedavideki diğer konular hakkında bilgilendirilmektedir (Rahman, 2011).

Bu tür hastalarda ebeveyn görüşü ile tıbbi görüş uyuşmadığında sorunlar çıkabilmektedir. Bu infantlar için kilit kararlar alınırken ebeveynlerin, bu konularda klinisyenlere göre önceliğe sahip olması gerektiği iddia edilmektedir çünkü temelde onlar en çok ilgilenecek olan biyolojik vekillerdir. Ebeveynlerin tedavi etme ve acıyı hafifletme konusunda kanıtlanmayan yöntemlerin uygulanmasında ısrarcı davrandıkları durumlarda, mahkemeler genellikle onlara karşı karar verecek ve tedavinin geri çekilmesine izin verecektir. Fakat bu genel bir kural değildir zaman zaman mahkemeler, çocukların yüksek oranda yararlanacağının gösterildiği durumlarda ebeveynlerin invaziv tedavi tercihlerini onaylamıştır (Getz, 2003; Corrigan, 2003).

Scanned with CamScanner

Gelişmekte Olan Çocuğun Kapasitesi

Pediyatrik ve yetişkin klinik uygulamaları arasındaki tek fark, çocuğun büyümekte olması gerçeğidir. Bu, belki durumu aşırı basitleştirmek olsa da, büyüme ilkesi çocuk yaş aldıkça karar kapasitesi kazanması olarak düşünülmelidir.

Hastalık ve Kapasite

Hastalık, kapasiteyi ve onay verme yeteneğini açıkça etkileyebilmektedir. Bu durum hem çocuklar hem yetişkinler için geçerlidir. Bazı hastalıklar kapasiteyi geçici olarak etkileyebilir ve bu nedenle kapasite dalgalanabilmektedir.

Kişi;

1- Tıbbi kararla ilgili bilgileri anlıyor mu?

2- Bilgileri aklında tutabiliyor mu?

3- Bilgileri karar vermenin bir parçası olarak kullanabiliyor mu?

4- Herhangi bir şekilde kararıyla ilgili iletişime geçilebiliyor mu?

Tüm bunları yapabiliyorsa yasal olarak yeterli kapasitededir.

Etik açıdan ilk görev, kapasitesi yetersiz kişi için sırasıyla fayda sağlamak ve zarar vermemektir. İkinci olarak bu durumdaki çocukların akrabalarının tedaviye rıza gösterme konusunda yasal yetkileri olmasa bile çocuğu olacaklar hakkında bilgilendirilmeleri gerekmektedir.

Karar Kapasitesinin Değerlendirilmesi

1- Klinik bir yetersizlik şüphesi olup olmadığı değerlendirilmelidir (Deliryum, bilişsel eksiklik, anormal davranış gibi).

2- Hastanın karar verme becerisine yardımcı olmak için makul çaba gösterilmelidir.

3- Kapasitesi yeterli ise hasta müdahaleye onay verebilir veya reddedebilir. Kapasitesi yeterli değilse hastanın çıkarlarına yönelik bir karar düşünülmelidir.

4- Hasta kapasitesi uygun aralıklarla gözden geçirilmelidir.

Scanned with CamScanner

Bilgi Neden Önemlidir?

Bilgi, onamın merkezindedir. Hastalarla bilgi paylaşmanın temel nedenlerinden biri karar vermeyi ve nihai seçimleri desteklemektir.

Doğrulukla ve başarılı şekilde hastaya iletilmiş bilgiler varlığında, mevcut seçeneklerin neler olabileceğinin anlaşıldığı varsayılmaktadır.

İyi bir klinisyen, tedavinin neden endike olduğunu, tedavinin neyi içerdiğini ve nasıl sonuçlanacağının olasılıklarını anlatırken hastaya bir karar verme süresi de sağlamaktadır. Hastaya verilen onam formunda, konuşmada bahsedilen çeşitli seçeneklerin alternatifleri, avantajları ve dezavantajları mevcuttur. Onam sürecinin bir parçası olarak bilgi paylaşımının etik gerekçelerinden biri, özerkliği kolaylaştırması ve daha iyi karar almaya katkıda bulunmasıdır.

Hastalarla bilgi paylaşmanın daha az bilinen başka etik nedenleri de vardır. Bir klinisyen bir hastayla konuşmak için zaman ayırdığında hastasını biraz daha iyi tanımak için de zaman ayırmış olmaktadır. Böylece klinisyen, semptomlar, olası teşhisler, tedaviler ve sonuçlardan bahsederken bir hastanın hangi öncelikleri, değerleri, endişeleri, umutları ve korkuları olduğu hakkında daha fazla bilgi sahibi olacaktır. Terapödik ilişkiye duyulan güven, profesyonel sağlık personeli ve hasta arasındaki dürüst bilgi alışverişi ile gelişecektir.

Cerrahi onam alma süreci hem klinik hem de etik yasal literatürde özel ilgi konusu olmuştur (Rachels, 1995; Toon, 2002).

Cerrahideki rollerin farklı profesyoneller arasında bölünme şekli, onamların da farklı ekipler tarafından alınmasını gerektirmektedir. Ameliyattan cerrah, anesteziden de anestezist sorumlu olup ameliyat öncesi görüşmeler bir cerrahi polikliniğinde yapılmaktadır ve genellikle ameliyat sabahı prosedürün esaslı tartışılması ile bir onam formu imzalatılmaktadır. Bu tür bir uygulama, ameliyatın organizasyonuna ve idaresine uygun olmakla birlikte, bilgi paylaşımı ve rıza isteme açısından günümüzde iyi bir uygulama olarak görülmemektedir. Onam almak bir süreçtir. Tek seferlik bir randevu ile ayaktan tedavi kliniğinde ve ameliyat öncesi kısa sürede bir onam formu imzası talep edilmesi; sağlanan bilgilerin düşünülmesi, sorular sorulması, seçeneklerin aileyle tartışılması ve üzerinde düşünülerek karara varılması fırsatını yaratmadığından uygun görülmemektedir. Bilgilendirme kavramının riskler ve faydalar hakkında uzman bilgisinin aktarılmasından daha fazlası olduğu kabul edilirse hastalarla konuşmak, önceliklerini keşfetmek ve bireysel kaygılara yanıt vermek ikna edici olabilmektedir. Artık hekim-hasta görüşmesinin tek odak noktası tıbbi veya cerrahi olarak baskın bir toplantı değildir; hasta ve profesyonel sağlık personeli için hem önerilen ameliyatın ayrıntılarının hem de en önemlisi bu

Scanned with CamScanner

ayrıntıların o ameliyatı geçirmeye hazırlanan kişi için ne anlama geldiğini müzakere etme fırsatıdır (Chester, 2002).

Hemşire liderliğindeki onamların işe yaraması için hem hasta hem de klinisyenler tarafından benimsenmiş, hastanın karar verme sürecini desteklemeye yönelik bir ekip yaklaşımı olmalıdır. Hemşire liderliğindeki onam sistemlerinin tümü olmasa da çoğu açıkça belirtilmiş, istisnalar ve koşullar ile iyi tanımlanmış protokollerin sınırları içinde çalışır. Doktorlar dışındaki sağlık profesyonellerinin rolünü genişletmek, on yıldan fazla bir süredir sağlık hizmetleri politikasında bir tema olmuştur (Rahman, 2011; Getz, 2003; Corrigan, 2003).

Ne Kadar Bilgi Yeterli ve Gereklidir?

Hem hastalar hem de klinisyenler için ortak bir endişe, onam için ne kadar bilginin yeterli ve gerekli olduğudur.

Onam üzerine pek çok eğitim, çok fazla bilgi vermek yerine paylaşılan bilginin kalitesinin önemini vurgulamaktadır. Klinisyenlerin hastalarla paylaştıkları bilgilerin hem miktarı hem de türü önemlidir. Onam alınırken bilgi hem nesnel hem de öznel yönden önemlidir. Nesnel olarak herkesin, önerilen müdahalenin veya tedavi şeklinin özünü yakalayan bilgilere doğru ve dürüst olarak sahip olması neticesinde karar vermesi önemlidir.

Öznel olarak hastalar endişelerine ve önceliklerine yanıt veren bilgilere ihtiyaç duyarlar. Hem nesnel olarak sağlam hem de öznel olarak anlamlı olan bilgi kombinasyonunu sağlamak, bilginin türü ve miktarının belirlenmesi klinisyen için karmaşık bir süreçtir.

Hastalarla paylaşılması gereken bilgilerin türü ve kapsamı hakkında kılavuzlar mevcuttur. Birincisi, hasta merkezli bir yaklaşımı benimseme eğiliminde olan (hastalara hizmeti ve korumayı birincil görev kabul eden) profesyonel rehberliktir. Etik ve klinik açıdan onam almak için arzu edilen yöntem de budur. Ortaklık ve müzakereye dikkat edilmesi gereken bir yaklaşımdır. Bir kişinin karar kapasitesine sahip olduğu veya kendi seçimlerini yapma kapasitesinden yoksun olduğu durumlarda en yüksek faydanın belirlenmesi söz konusu olduğunda özerk karar verilmesi kolaylaşmaktadır. Hasta odaklı bir yaklaşım, klinik konsültasyonların nüanslarını ve karmaşıklıklarını, sağlık hizmetini bilmenin ve deneyimlemenin önemini yansıtmaktadır.

Etik perspektiften bakıldığında bir profesyonelin, hastaya odaklanarak şefkat, sabır, tevazu, dürüstlük, açıklık ve hizmet etme arzusuyla hareket etmesi muhtemeldir.

Scanned with CamScanner

Hasta liderliğindeki bilgi paylaşımının normatif çekiciliği, pratik sınırlamaların farklı hastalar tarafından aranan ve değer verilen hem öznel hem de nesnel ögelere katılan bilgileri sağlamak için mevcut zamanı kısıtladığı klinik uygulamaların gerçekleri tarafından engellenebilmektedir. Bir danışmanın bilgi paylaşım unsurunu hızlandırmak veya kısıtlamak etik açıdan "yanlış bir zaman ekonomisi" olabilmektedir. Güven sağlamak için onam süreci aceleye getirilmemesi gereken bir konudur. Bir cerrahın hassas ve uzun bir ameliyatın belli bir süre alacağını kabul etmesi gibi klinisyenin de bilgi paylaşımının, bazen veya her zaman, daha önce öğrendiklerinden uzun süreceğini kabul etmesi gerekmektedir. Üstelik bilgileri etkin bir şekilde paylaşmak, daha uzun sürmesi anlamına gelmemektedir. Rutinde yapılan küçük değişiklikler, sistemi yavaşlatmadan önemli etkilere sahip olabilmektedir.

Çoğu klinik uygulama alanında olduğu gibi yasalar, onam ile ilgili bilgilerin nasıl anlaşılacağını şekillendirirken aynı zamanda da çarpıtabilmektedir. Uygulamanın diğer tüm yönlerinde olduğu gibi profesyoneller, kabul edilebilir bir standart için rıza arama ve alma konusunda hastalara özen gösterme yükümlülüğüne sahiptir. Diğer bir deyiş ile ihmal edilerek alınan bir onam, ihmal edilerek yapılan bir muayene, prosedür veya reçeteden farklı değildir.

İhmal hâlinde çıkacak bir dava üç unsurdan oluşur;

1- Davacı ile davalı arasında bakım yükümlülüğü,

2- Beklenen bakım standartının altına düşen bir eylem ya da ihmalden kaynaklanan bir ihlal durumu,

3- Sebebin davacıda belirgin ölçüde bir kayıp veya zarara yol açması.

Onam almak amacıyla yapılan bilgi paylaşımı, sağlık çalışanları ve hastalar arasında bir görev olarak görülmelidir (Elwyn, 2008; Parks, 1998; Slowther, 2004).

Bir ihmal davasında, prosedür veya tedavinin uygun sağlandığı durumda bile hastanın yetersiz onam nedeniyle haklı bulunması mümkündür. Bu sebeplerle onam almak için bir standart oluşturulması önem taşımaktadır.

Hayatımızın çoğu alanında, insanlar nasıl algılandıklarına ve duyulduklarına önem verirler. Hastalar ve doktorlar arası durum da farklı değildir.

Bilgilendirme, doğal olarak sonuç odaklıdır; birçok klinisyen, belirli bir kararın veya eylemin sonuçlarını dikkate alan etik yaklaşımlara ilgi duyar.

Pediyatrik acil cerrahi durumlarda bilgilendirilmiş onam optimizasyonu için öneriler;

1- Tarafsız terminoloji kullanılarak klinik denge vurgulanmalıdır.

Scanned with CamScanner

2- Aileye tedavi tercihleri açıklanmalı, bu tercihlerin altında yatan nedenler anlatılmalıdır. Tercihleri dengelemek ve yanlış anlamaları giderecek ölçüde yeterli bilgi verilmelidir.

3- Çocuklar ve gençler de bilgilendirilerek karar alma süreçlerine dâhil edilmelidir. Yapılan çalışmalarda, henüz yasal olarak yetişkin muamelesi görmeseler de yeterli olgunluğa ve anlayışa sahip olmaları sebebiyle profesyonellerin hem çocuklardan hem erişkinlerden izin alması gerektiği belirtilmiştir.

4- Bazı ebeveynler, çocuklarının tedavi prosedürleri ile ilgili duydukları konusunda endişeli olabilirler. Bu endişelere de duyarlı olmak önemlidir.

5- Ailelere bilgi verilirken tedavi zamanlamasının ayarlanması ile ilgili detay verilmelidir böylece endişeleri azaltılmış olur.

6- Normal çalışma saatleri dışında da aile bilgilendirme konusunda stratejiler geliştirilmelidir (Beauchamp, 2001; Frances, 2020).

Bilgilendirilmiş onam doktrini, modern cerrahi uygulamayı büyük ölçüde etkilemiş ve cerrahın "ataerkil" yaklaşımını çağdaş "hasta merkezli" yaklaşıma değiştirmiştir (Leclercq, 2010). Modern cerrahi uygulamada, geçerli bir bilgilendirilmiş onam almak yasal olarak zorunludur ve etik olarak hayati önem taşır. Tıbbi uygulamalarda pek çok ağır insan hakları ihlali sonrası kesin şeklini almıştır (Lerner, 2016).

Aydınlatılmış onam kavramı, hastayı korumak amacıyla hasta otonomisi ve kendi kaderini belirlemenin temel ilkelerini destekler. Çağdaş uygulamada aydınlatılmış onam, sağlık hizmeti sağlayıcısı için koruyucu bir rol de üstlenmektedir. En iyi şekilde uygulandığında bigilendirilmiş onam süreci hasta ve/veya ailesi için soru sorma ve endişeleri netleştirme fırsatı yaratmakta ve aynı zamanda hekim/cerrahın hastayla arasında güven sağlanması ve yakın ilişki kurulması için fırsat sunmaktadır (Luckner, 1995).

Çocuklardaki aydınlatılmış onam, bir vekilden onay alınması sebebiyle farklıdır. Bu vekil genellikle ebeveyndir çünkü geleneksel olarak yetişkinlere kıyasla çocukların deneyimsizlikleri ve sınırlı bilişsel yeteneklerinden dolayı kendileri için onay verme yeterliliğinden yoksun oldukları varsayılmaktadır (Henkelman, 2001; Powell,1994). Uygulamada beş bileşen karşılandığında geçerli bir aydınlatılmış onam elde edildiği varsayılmaktadır; açıklama, kapasite, anlayış, gönüllülük ve karar (Committee on Bioethics, 2016).

Açıklama, bilgilendirilmiş onam sürecinde onam alınan kişiye sağlanan bilginin türü, kalitesi ve miktarını ifade etmektedir. Kapasite, tedaviye katılıp katılma-

Scanned with CamScanner

yacağına veya devam edip etmeyeceğine karar verme ve bu seçimleri anlaşılır bir şekilde duyurma yeteneği olarak tanımlanmaktadır. Anlama, bir kişinin sunulan tedavinin süreci ve sonuçlarıyla ilgili anlayış derecesini ifade eder. Gönüllülük, herhangi bir fiili dış etki veya zorlama olmadan bağımsız bir karar verme sürecidir. Karar, danışanın önerilen tedavi planını kabul edip etmeme konusundaki nihai karardır.

Optimum açıklamayı sağlamak ve kapasiteyi belirlemek, onam alan cerraha/hekime aittir. Gönüllülük kesinleştirilemez ancak vekilin bir müdahaleye rıza gösterirken veya buna karşı olurken çocuğun yararına olduğu varsayılmaktadır. Çağdaş uygulamada onam alınırken, onam sürecinde alınıp verilen bilgilerin anlaşılması veya kavranmasının optimum olduğu varsayılır. Açıklanan bilgileri tam olarak anladığını gösteren yetkin hasta veya vekil, gönüllü olarak sağlık çalışanına ulaşmalıdır.

Çocuk kalp cerrahisinde güncel aydınlatılmış onam yöntemlerinin etkinliğini değerlendiren çalışmalar sınırlıdır. Cerrah-ebeveyn ikilisi arasındaki aydınlatılmış onam sürecinde, iyileştirme fırsatlarını ve ameliyat geçiren çocuklarda aydınlatılmış onam elde etmenin mevcut sürecini optimize etme yollarını belirlemek için literatüre bakarak sistematik bir inceleme sunmaktayız.

Bilginin açıklanması, geçerli bir onamın temel unsurlarından biridir fakat çocuklarda, ameliyat için ideal bir aydınlatılmış onam görüşmesi sırasında açıklanacak optimum bilgi türü ve miktarı hakkında fazla klinik çalışma yapılmamış ve öneriler sunulmamıştır. Yapılan çalışmalarda ise çoğu ebeveyn, kendilerine sağlanan bilginin yeterli olduğunu belirtmiştir. Bununla birlikte, ebeveynlerin üçte biri, prosedür hakkında tipik riskler ve faydalar ile ilgili daha fazla bilgi istemektedir (Gorodzinsky, 2015). Bununla birlikte, bu tür bilgilerin aynı zamanda ebeveyn kaygısını da etkilediği ve "ciddi", "yanlış gidebilecek her şeyin listesi" veya "en kötü durum senaryosu" bilgi türlerini aldıklarında artan endişeye sebep olduğu bulunmuştur (Pfeil, 2011). Çocuğun korkusu, güvenliği, anestezi riskleri, ameliyat komplikasyonları ve bakım planı belirsizliğinin de artan ebeveyn endişesi veya korkusu ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Alternatif olarak rutin/küçük ameliyattan bahsedilmesi, ameliyatla ilgili önceki deneyimler, ameliyat için tıbbi gereklilik ve hastanenin güveni/itibarı ebevenler için güven verici faktörler olarak görülmektedir (Sobo, 2005; Callaghan, 2008). Araştırmalar, çoğu ebeveynin ameliyat öncesi cerrahi muayenehane ziyaretinden önce biraz araştırma yaptığını göstermiştir ancak birincil bilgi kaynağı sayılabilecek internet ya da kişisel deneyimler güvenilmezdir. Aydınlatılmış onam mülakatı, güven inşa etme fırsatı olarak hizmet etmenin yanı sıra bu güvenilmez kaynaklardan gelen bilgilerle ilgili herhangi bir önceki yanlış kanıyı netleştirmek için fırsat sağlayabilmektedir (Gorodzinsky, 2015). Bununla

Scanned with CamScanner

birlikte, çalışmaların hiçbiri, ebevyen kaygılarını azaltırken hayati ve gerekli bilgi parçalarını dâhil etmeye devam etmek için mevcut aydınlatılmış onam süreçlerinin nasıl değiştirileceğine dair somut öneriler sunmamıştır.

Aydınlatılmış onam görüşmesi sırasında açıklanan gerekli bilgilerin anlaşılması, teorik olarak bu bilginin dağıtım tarzından etkilenebilmektedir. Literatüre bakıldığında çalışmaların dörtte biri cerrahın bilgi verme yönteminin yanı sıra ebeveynin bu bilgiyi elde etmek için tercih ettiği yöntemi değerlendirmiştir. Yetişkin hastaları içeren araştırmalara benzer şekilde, ebeveynlerin katılımı ve randevu süresinin çocuklarda aydınlatılmış onam görüşmesi sırasında sağlanan bilgi miktarını önemli ölçüde etkilediği bulunmuştur. Ebeveynler soru sorduğunda ve benzer şekilde randevu süresi daha uzun olduğunda sağlanan bilgi miktarının daha fazla olduğu sezgisel bir durumdur. İlginç bir şekilde, ebeveyn katılımı ve hekim duyarlılığının simbiyotik olduğu bulunmuştur (Cegala, 2012; Nadeau, 2010). Ancak şu anda optimum randevu süresinin yanı sıra ebeveyn katılımının nasıl iyileştirilebileceğine dair hiçbir bilgi mevcut değildir. Ebeveynin etnik kökeni ve eğitiminin yanı sıra vakanın karmaşıklığı ve sağlık okuryazarlığının, aydınlatılmış onam görüşmesi sırasında cerrah tarafından sağlanan bilgiler üzerinde büyük etkisi olmadığı saptanmıştır. Çok sayıda çalışma, web siteleri, broşürler veya akıllı telefon uygulamaları gibi ek bilgi kaynaklarının yararlı olduğu belirtilmiştir. Mevcut uygulamadaki bir değişikliğin, ek güvenilir bilgi kaynakları sunarak aydınlatılmış onam sürecini iyileştirebileceğini düşündüren eylemlere geçilebilmektedir. Günümüzdeki uygulamalar ile ilgili, ebeveynin anlayışı ve/veya aydınlatılmış onam sürecinin memnuniyeti üzerindeki etkiyi anlamak konusunda çok az bilgi mevcuttur.

Bilgi Alışverişi Süreci

Anlama/kavrama ve gönüllü karar verme, teorik olarak aydınlatılmış onam mülakatı sırasındaki bilgi değişiminden etkilenebilmektedir. Yetişkin hastaları içeren çalışmalar, ortak karar vermenin aydınlatılmış onamın kalitesini iyileştirdiğini ve karar verme çatışmalarını azalttığını göstermiştir (Chorney, 2015). Benzer şekilde, çalışmalar, ameliyatla ilgili karar süreçlerindeki belirsizliğin, iptal edilen operasyonlar ve yönetim planlarına zayıf uyumlulukla ilgili olduğunu göstermiştir (Knops, 2013). Çalışmalar göstermiştir ki ebeveyn ya da vekilin aydınlatılmış onam görüşmesi sırasında ortak olduklarını hissettikleri muamelelerde sorular sorarak karşılıklı etkileşimde olup güven ortamı sağlanmaktadır (Pfeil, 2011; Lashley, 2000). Karar sürecinde ortak muamele görmek karar çatışmasını azaltmaktadır. Çalışmada, ebeveynlerin yarısı cerrahın beceri ve yeteneğine güven duyduğunu bildirmiştir. Aksine, ebeveynlerin cerrahın zamanını çok fazla tüketmeme arzusu, soru sormakta tereddüt etmesi, çocuğun klinik durumu ile ilgili kaygı ve elde edi-

Scanned with CamScanner

len bilgilerden bunalması ebeveyn katılımının önündeki engeller olarak sunulmaktadır (Erraguntla, 2012). Birinci basamak hekimlerinin hastaları resmî bir cerrahi sevk gerçekleşmeden önce, ameliyatın tedavi seçeneklerinden biri olabileceğinin farkına varmasını sağlayarak ebeveynlerin ortak karar alma sürecine katılımını kolaylaştırabileceği öne sürülmüştür (Gorodzinsky, 2015). Karar alma sürecinde, ebeveynlerin beşte biri, cerrahi veya cerrahi olmayan, minimal invaziv veya major cerrahi prosedür seçenekleri arasında, önceden cerrahi deneyimi olsa bile, her hâlükarda kararla ilgili çelişki bildirmiştir. İstatistiksel olarak önemsiz bulunmakla birlikte, karar çatışması olduğu durumların, cerrahi opsiyonun seçilmesi ve devam edilmesi konusunda etkili olduğu saptanmıştır. Bu veriler, ebeveynlerin ve cerrahların ortak karar alma süreçlerine eşit katılımının önemini vurgulamaktadır (Chorney, 2015).

Memnuniyet Kategorisi

Memnuniyet kategorisi, aydınlatılmış onam süreci sırasında ebeveyn/vekil kaygısını değerlendiren çalışmaları içermektedir. Dâhil edilen çalışmaların yaklaşık yarısı ebeveyn ve/veya cerrah memnuniyetini değerlendirmektedir. Genel olarak mevcut aydınlatılmış onam sürecinde, ebeveyn memnuniyetinin ana belirleyicisinin istedikleri şekilde soru sorabilme durumları olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar, sağlık çalışanlarının ebeveynlerin soru sorma ve tartışmaya katılma fırsatı bulabilecekleri ortamı ve zamanı optimize etmeleri gerektiğini göstermektedir (Lashley, 2000).

Anlama Süreci

Ebeveyn anlayışı yeterli değilse aydınlatılmış onam süreci etkili olmamaktadır. Aydınlatılmış onam çalışmalarının yaklaşık yarısında ebeveyn anlayışının ve hatırlamanın değerlendirilmesi, cerrahın sağladığı bilgileri algılaması incelenmiştir. Genel hatırlama ve anlama, tüm çalışmalarda zayıf olup ancak yönlendirmeler sonrası iyileşme göstermiştir. Araştırmalar arasında demografinin ebeveyn anlayışına etkisi konusunda çelişkili veriler bulunmaktadır. Ebeveynler, hastalığın doğasını ve ameliyat sonrası takip sürecini, cerrahi risklerin özelliklerine kıyasla daha iyi hatırlamakta ve anlamaktalardır. Çoğu çalışma, eğitim geçmişi, ilk doğan çocuk olma, ebeveyn yaşı veya ırk dâhil olmak üzere demografinin, aydınlatılmış onam görüşmesi sırasında sağlanan bilgilerin hatırlanması/anlaşılması üzerinde hiçbir etkisi olmadığını göstermektedir. Bununla birlikte diğer çalışmalar, üniversite diplomasına sahip ebeveynlerde, ebeveyn eğitimi ile hatırlamama ve artan anlama arasında ters ilişki olduğunu bildirmiştir. İlginç bir şekilde, bir çalışma, ebeveynlerden annenin babaya göre daha iyi anlama ve hatırlama becerisi olduğunu saptamıştır. Zamanlamayla ilgili olarak ameliyat öncesi ve

Scanned with CamScanner

sonrası hatırlama oranlarında veya görüşmeler arasındaki zaman aralığına göre bakıldığında hiçbir fark bulunmamıştır. Asistan tarafından bilgi verilmesi yerine, cerrah tarafından bilgilendirme yapıldığında daha etkili olduğu bulunmuştur (Nadeau, 2010; Erraguntla, 2012; Thelogis 2016; Li, 2014). Genel olarak çalışmalar, aydınlatılmış onam süreci sırasında ebeveynlerin kavrayışını geliştirmeye yardımcı olabilecek değiştirilebilir faktörler önermektedir.

Sonuç olarak ameliyat geçiren çocuklarda aydınlatılmış onam süreci ile ilgili çok sayıda çalışma ve veri mevcuttur. Fakat memnuniyet, bilginin anlaşılması ve içerik ile ilgili bireysel temalı kategorilerde az sayıda çalışma vardır. Optimum bilgi alışverişinin ideal olduğu açıktır ancak ne kadar ve hangi bilginin optimum olarak kabul edilmesi gerektiği açık değildir. Anlama/hatırlama açısından %100 bir hatırlama mevcut değildir ve demografinin, özellikle de ebeveyn eğitiminin sağlanan bilgilerin anlaşılmasında rol oynayıp oynamadığı açık değildir. Aydınlatılmış onam süreci, karar çatışmasını azaltmak ve ebeveyn memnuniyetini artırmak için her iki tarafın da aktif katılımıyla iki yönlü bir süreç olarak görülmelidir. Bilgi sağlamada yardımcı faktörlerin (broşürler, web sayfaları, akıllı telefon uygulamaları gibi) kullanımı, ebeveyn endişeleri/soruları için tanımlanmış zaman ve ortamı optimize etme gibi nispeten basit önlemlerin uygulanması, aydınlatılmış onam süreciyle ilgili genel memnuniyeti önemli ölçüde artırmaktadır.

Hasta-hekim ilişkisinin önemi konusunda, cerrahi uygulamanın teknik yönleri konusu genellikle çok vurgulanmış ve kabul edilmiş olsa da en önemli nokta doğru iletişimdir (Lewetown, 2008). İyi iletişim, doktor-hasta ilişkisini sağlamlaştırır ve bir dizi olumlu sonucu teşvik eder. Araştırmalar, pediyatrik hastalar ve aileleri ile daha iyi bir ilişkinin hasta ve ebeveyn memnuniyetini artırdığını, tavsiyelere daha iyi uymayı teşvik ettiğini ve hastanın öz yeterliliğini geliştirdiğini göstermektedir (Rider, 2011). Bunlar da morbiditenin azalmasına ve daha iyi klinik sonuçlara yol açmaktadır. Hasta-hekim ilişkisi, yüksek kaliteli cerrahi bakımın anahtar bileşenidir. Hastalar ve aileler ile olumlu ilişkiler birçok hekim için birincil motivasyon kaynağıdır ve bu nedenle iyi hasta-hekim ilişkileri hekimin iş tatminini de artırmaktadır.

Çocuklar İle İletişimde Genel İlkeler

Çocuğun yaşı ne olursa olsun ortak ilkeler, herhangi bir pediyatrik hasta ile iyi bir ilişkiye rehberlik etmektedir. En önemli olanı, çocukların önce kişiler sonra hastalar olduğunu hatırlamaktır. Çocuklar, ilgi alanlarını, başarılarını, korkularını, ebeveynlerini, kardeşlerini, arkadaşlarını, okullarını ve evcil hayvanlarını farkedip bunlara saygı duyduklarında güven ortamı oluşmaya başlamaktadır. Bir çocuğun içinde yaşadığı ortam, onun sağlığı ve refahı için çok önemlidir. Bir çocuğa neyi sevdiğini sormak,

Scanned with CamScanner

ailenin hastane deneyimine bağlı kalmak, okulda kalacak yerlerin yapılmasını sağlamak, bir çocuğun hayatı üzerinde minimum olumsuz etki ile iletişimin iyi gitmesine yardımcı olmaktadır. Çocuğun yaşı kaç olursa olsun, genel olarak çocukla ve ailesiyle herhangi bir etkileşimde olmak, hekimle çocuk iletişiminde bilgilendirme öncesi ilk adımdır (Hansinger, 2010; Appleyard, 2011; Berberich, 2011).

Bir yabancıdan korkabilecek daha küçük bir çocuk için bu iletişim başlangıçta tehditkâr olmayan bir gülümseme ve şakalaşmayla sınırlı olabilir ancak çocuk büyüdükçe cerrahla etkileşimda daha fazla rol almaya başlamaktadır. Çok küçük çocuk bile bilgi aktarımına yardımcı olmak için ebeveynlerin ve doktorun desteğiyle bir öykü vermeye ve tedavi hakkında konuşmaya katılabilmektedir (Cox, 2009; Nova, 2005; Stivers, 2012). Tüm hastalar, mümkün olduğunca, anamnezlerini iletmek ve tercihlerini kendileri belirlemek için cesaretlendirilmelidir. Çocuk, ziyaretin odak noktası olmasına rağmen ebeveynlerin de hekimle güven oluşturma, duyulduğunu ve anlaşıldığını bilme, karar verme sürecini paylaşma fırsatına ihtiyacı vardır. Cerrahtan ve çocuklarının bakım planından memnun olan ebeveynler, çocuklarının ameliyat stresinden kurtulmak ve ameliyat sonrası önerilere uymak konusunda daha donanımlı olacaklardır. Küçük çocukların ve ailelerin başa çıkmasına yardımcı olma çabası içinde, doktorlar genellikle kötü prognozla ilgili bilgiyi en aza indirerek anlatma eğiliminde olabilmektedir fakat profesyonellik tüm etkileşimlerde dürüst olmayı gerektirmektedir (Young, 2011; Bluebond, 2010; McGraw, 1994).

Gelişimsel olarak uygun dil ve araçlar mümkün olduğunca kullanılmalıdır. Bu yaklaşım, küçük çocuklarda bile dürüst tartışmadan kaçınmayı asla savunmamaktadır. Okul öncesi çocuklar bile ses tonlarını, annenin doktorla konuşması sonrası gözyaşlarını ya da konuşmaları kaydederek kötü haberleri algılayabilmektedir. Çocukların aktif hayal güçleri vardır ve tartışılan şey hakkındaki korkuları ve fantazileri genellikle ebeveynlerinin onları korumaya çalıştıkları gerçeklerden daha güçlüdür. Mümkünse en iyisi, tüm hastalara ve ailelerine karşı dürüst bir duruş sergilemektir (Lewetown, 2008; Rider, 2011; Eiser, 1984).

Farklı Gelişim Aşamalarında Cerrahi Onam Sürecindeki İletişim

Bebekler ve Küçük Çocuklar

Bebekler ile ilgili tıbbi durumlarda, doktor-hasta ilişkisinin genel odak noktası tabi ki ebeveynler olacaktır. Bununla birlikte, küçük yaşta bile çocuklar etraflarında olup bitenlerin farkındadır ve ebeveynlerin duygusal durumuna uyum sağlamaktadır. Bir odaya girdikten sonra gülümsemek, çocuğa iltifat etmek, sevecen davran-

Scanned with CamScanner

mak, cerrahın çocuğa olan ilgisini göstermektedir, tıpkı konuşmanın bir bölümünde veya muayeneden önce bebeği kucağında tutmak gibi. Yeni yürümekte olan çocuklar genellikle bir gülümsemeyle, oyuncakla ya da giysisi hakkında yapılan bir yorumla meşgul edilebilmektedir. 8-18 ay arası küçük çocuklar, yüksek ayrılık kaygısının yaşandığı "yabancı tehlikedir" zamanlarında, ebeveynlerinden ayrılmaya tepki göstermektedir. Birçoğu için, eğer mümkünse, annenin kollarında veya babanın kucağında muayene edilmek, muayene masasına çekilmekten daha rahat olacaktır. Hasta servislerinde ya da operasyon alanlarında ebeveynin varlığı hem çocuk hem de ebeveyn için son derece yatıştırıcı olabilmektedir (Berberich, 2011; McGraw, 1994).

Okul Öncesi Çocuklar

Bilişsel olarak okul öncesi çocuklar, dünyayı öznel ve kendine referans veren yollarla anlamaktadır. Doğrudan deneyimleyebildiklerini en iyi anlama eğilimindedirler ve genellikle çevrelerinde meydana gelen olayları düşüncelerinin ve eylemlerinin sonucu olarak yorumlamaktadırlar. Bir şeylerin geri alınabileceğini veya tersine çevrilebileceğini anlamakta güçlük çekebilmektedirler. "Biçimsel mantık" kullanımındaki sınırlamalara rağmen oldukça yaratıcı, meraklı ve çevrelerindeki dünyaya çok ilgi duymaktadırlar. Duygusal olarak bu aşamadaki çocuklar, ilişkiler dünyasına girmeye başlamakta ve başkalarına bağlı kalırken iradelerini nasıl kullanacaklarını öğrenmektedir. Bu yaşta rutinler de çok önemlidir ve çocuklar büyük değişikliklere uyum sağlamakta zorlanmaktadır. Okul öncesi çağdaki çocukların, başkalarının duygularını ve bakış açısını anlamaları da zordur. Bu çağrışımsal mantığın bir sonucu olarak okul öncesi çağdaki çocuklar, hastalıklarına ve yaralanmalarına kendine özgü anlamlar atama ve onları kötü davranışlar için ceza olarak görme eğilimindedir (McGraw, 1994; Eiser, 1984). Yanlış anlaşılma, ameliyat ve hekimlerle ilgili korkuları da tetiklemektedir. Ağrıyla ilişkilendirilen doktor tehditkâr bir figür hâline gelir ya da çocuğun neden hasta olduğu ya da ameliyat sırasında ne olacağına dair kendine özgü anlayışı korkutucu çarpıklıklar yaratabilmektedir. Çocuğun ameliyat ve hastane yatış sürecinde meydana gelen normal program ve rutindeki aksaklıklar stres verici ve üzücü olabilmektedir. Okul öncesi çağdaki bir çocukla tanışırken hekim, çocuğu selamlayarak ve kendini tanıtarak çocuğun büyüyen özerkliğini ve anlayışını kabul etmelidir (Hensinger, 2010). Çocuk, muayene konusunda endişeli ise steteskoplara, otoskoplara ve diğer fizik muayene araçlarına dokunmaya ve bunları incelemeye cesaretlendirilmelidir. Belirsiz veya metaforik dil, okul öncesi çocukları için kafa karıştırıcı olabilir ve korkutucu yanlış anlamalara yol açmaktadır. Ameliyat öncesi "uyutulacağı" söylenen bir çocuk, ailesinin evcil hayvanıyla aynı kaderi paylaşacağından korkabilmektedir (McGraw, 1994). "Uyutacağız." demek yerine, "Seni uykulu yapacak bir ilaç vereceğiz ve ameliyat-

Scanned with CamScanner

tan sonra uyanacaksın." şeklinde ifade etmek daha iyidir. Prosedürel hazırlık, çocuğun işlem sırasında yaşayacağı deneyimleri, örneğin anestezi maskesi takması veya indüksiyon odasını görme gibi paratik yapmasına izin verilerek kolaylaştırılmaktadır. Rahatsız edici prosedürlerin ortasında, bir çocuğun aktif olarak başa çıkmasına yardımcı olacak somut beceriler ile oyalamak bir çözüm olabilmektedir. Postoperatif dönemde, okul öncesi çocukların ağrıyı "daha iyi" veya "daha kötü" olarak derecelendirme veya ağrıya bir sayı verme konusunda bilişsel yeteneklerden yoksun olabileceğini hatırlamak önemlidir. Görsel analog ölçümler veya davranışsal gözlemler dâhil olmak üzere doğrulanmış ölçüler, bu yaştaki çocuklarda ağrı skalalarından daha iyi sonuç verecektir.

İlkokul Çağındaki Çocuklar

İlkokul yıllarının başlarında çoğu çocuk, mantıksal ilkeleri kullanma ve tersine çevrilebilirliği anlama konusunda bilişsel kapasiteye sahiptir. Artık yalnızca kendi algılarına bağlı değillerdir, başkalarının farklı bakış açılarına sahip olabileceğini ve görünüşlerin yanıltıcı olabileceğini anlayabilmektedir. Çocuklar genellikle bedenlere hayran kalırlar, fizyolojik ilkeleri kavrayabilmektedirler. Duygusal olarak, bu yaştaki çocuklar yaparak ve başararak başa çıkma eğilimi gösterirler ve kendilerini herhangi bir faaliyetin dışında bırakıldıklarını hissettiklerinde mücadele etmektedirler. Kurallara uymak ve adalet de önemlidir. Okul öncesi çocuklar için geliştirilen teknikler daha büyük çocuklar için de faydalıdır. Kendinizi önce çocuğa sonra da anne babaya tanıtmak, çocuğun bakış açısını öykü toplama sürecine dâhil etmek, fizik muayene sırasında bedenine saygı duymak ve rahatını sağlamak, küçük çocuklar için olduğu kadar bu yaşta da önemlidir. Doktor muayenehanesinde daha fazla deneyime sahip olan bu çocuklar, ziyaret sırasında genellikle daha uyumlu ve daha az gergin olurlar ancak yine de arkadaş canlısı, onlara saygı duyan bir doktor profili iletişimde daha başarılıdır. Bir çocuğun en sevdiği aktiviteler, evcil hayvanlar ya da arkadaşları ile ilgili soru sormak, doktorlarının onları önemsediğini ve genellikle daha sonra bağlılığı teşvik etmek için iyi zaman harcandığını göstermektedir ve ikna aşamasında faydalı olacaktır. Bu yaştaki çocuklar özellikle muayeneler ve tıbbi kararlar sırasında açıklamalarla ve ayrıntılarla meşgul olmaktan hoşlanmaktadırlar. İlkokul çağındaki çocuklar, insan vücuduna olan hayranlıkları göz önüne alındığında kendilerine ne olduğu ve ne yapılması gerektiğine ilişkin daha ayrıntılı fizyolojik tanımlardan yararlanmaktadırlar (Hensinger, 2010; Cox, 2009; McGraw, 1994).

Posterler, 3 boyutlu modeller ve animasyonlar, bu yaştaki hastaların hastalıkları ve tedavileri anlamaları için özellikle yararlıdır. Bedensel bütünlük, okul çağındaki çocuklar için birincil endişe kaynağıdır ve görünüşe göre ne kadar cerrrahi kesisi

Scanned with CamScanner

olacağı gibi sorular çocuklar ve aileler için büyük önem taşımaktadır. Hastane odasında kendi televizyonuna sahip olmak, istediği her şeyi yemek gibi ameliyat sonrası sahip olacakları tüm özel ayrıcalıklara önem vermektedirler. Sohbeti bu değişikliklerle ilgili bir tartışmayla açmak çoğu kez kaygılarını etkisiz hâle getirecek ve sonuç olarak ebeveynlerinin endişelerini de azaltacaktır (Lewetown, 2008).

Çocukların ameliyattan sonra nasıl hissedeceklerine dair gerçekçi beklentilere sahip olmaları da önemlidir. Kayda değer miktarda ağrısı olacaksa çocuğa ve ailesine ne bekleyeceğini bildirip ağrısının nasıl hafifletileceği konusunda rahatlatılmalıdır. Bu beklenen prosedürler dizisinde ilk olacaksa çocuğa ne beklediğinizi bildirmek önemlidir. Bu yaştaki çocuklar, neler olduğunu anlamaya çalışırken sıklıkla sivri uçlu sorular sorarlar ve dürüst bir cevabı haketmektedirler. Ameliyat sonrası deneyiminin inandırılandan önemli ölçüde farklı olduğunu fark eden bir çocuk, genellikle kısa vadede durumla başa çıkmakta ve gelecekte doktoruna güvenmekte zorlanacaktır. Elbette çocukların beklenmedik ve kendine has deneyimler yaşadığı cerrahi durumlar da vardır. Bu durumlarda, komplikasyonların cerrah için de sürpriz olduğunu kabul etmek ve ortaya çıkan yeni sorunları ele almak için bir plan oluşturmaya onları dâhil etmek hem çocuğa hem de aileye güven verebilmektedir (Hensinger, 2010; Bluebond, 2010).

Ergenlik Dönemi

Ergenlikte bilişsel gelişim, soyutlamada yeni oluşmuş bir yeterliliktir. Bu çağın gençleri, hipotez oluşturabilir, olasılıkları test edebilir ve özelden genele gitmek için tümevarımsal akıl yürütmeyi kullanabilmektedirler. Bu nedenle gençler, çok çeşitli fikirleri keşfetmekten ve ebeveynlerden ve öğretmenlerden miras aldıkları bilgileri sorgulamaktan zevk almaktadır. Bu aşama, otoriteden duygusal ayrılığın da başlangıcını işaret etmektedir; ergenlik, ebeveynlerden akranlarına doğru hareket etme ve kişinin ailesinden ayrı bir kimlik bulmaya çalıştığı bir zamandır. Bağımsızlık, genellikle gençler tarafından ebeveynleri yerine arkadaşlarına bağımlılık olarak tanımlanmaktadır. Akran ilişkileri birincil rol üstlenmektedir ve gençler genellikle başkaları tarafından nasıl algılanacakları konusunda çok bilinçlidirler. Bu genellikle çoğu ergenin ebeveynlerine olan bağımlılığını gizlemekte; gençlik yılları, bir tarafta ebeveyn desteğine duyulan ihtiyaç ile diğer tarafta şiddetli bağımsızlık arasında bir sınırda ilerlemektedir. Bu nedenle ergen hasta, hekimlerin özerkliğine her şeyden çok saygı duymasını arzulamaktadır. Ayrıca ebeveynleri ile kendisi üzerinde ittifak kurduğunu düşündüğü herkesi dışarıdan küçümseyebilmektedir. Bununla birlikte, ergenlerin çoğu aynı zamanda ebeveynlerin tıbbi karar verme sürecine yakından dâhil olmasını istemekte ve aslında ana kararlarda söz sahibi olmalarını tercih etmektedir.

Scanned with CamScanner

Cerrah, özellikle ergenlik çağının ortalarından sonlarına kadar desteğe ihtiyaç duyulduğunda ebeveynler de dâhil olmak üzere, çoğunlukla ergene hitap etmelidir. Sorular doğrudan hastaya yöneltilmeli, ebeveynlere ara sıra bir bakışla ayrıntılar belirsiz veya tutarsız olduğunda, onları tamamlamaya davet etmelidir. Çocuğa ayrıca doktorla yalnız görüşme fırsatı sunulmalıdır, böylece özel tutmayı tercih ettiği sorular sorabilmektedir. Fizyolojinin ve müdahalelerin gerekçesinin net açıklamaları, ergenin kendisine saygı duyulduğunu ve bakış açısına değer verildiğini bilmesine yardımcı olmaktadır. Bu nedenle genç hastalara, rıza gösteren ebeveynlerine verilen açıklamalara benzer şekilde ameliyatın riskleri ve yararları hakkında bir açıklama yapılmalıdır. Burada dürüstlük çok önemlidir çünkü gençler doğru söylenmediğini algıladıkları durumlarda genellikle sadece kendilerini kapatarak ve bağlarını koparırarak samimiyetsizliğe yanıt vermektedir.

Akran ilişkilerinin önemini kabul etmek, gençlerin başa çıkmasını kolaylaştırabilir. Hastane ortamında, hasta ve aileyle, çocuğun ameliyat sürecinde arkadaşlarıyla nasıl iletişim hâlinde kalabileceğini tartışmak gerekmektedir. Gençlerin normal şekilde sosyalleşmesini engelleyen cerrahi durumların farkında olmak gereklidir. Ostomiler, kateterler, diyet kısıtlamaları, sık ilaç kullanımı ve kısıtlı hareket ergenleri arkadaşlarından farklı hissettirir, bu nedenle taburcu edilmeden önce fazladan zaman ve desteğe ihtiyaç duyabilmektedirler. Elektif prosedürleri planlamadan önce önemli olaylar sorulmalıdır çünkü ameliyata uyum ve başa çıkma (örneğin ameliyattan önce sınava girecekse) çok daha iyi olabilmektedir. Gençler genellikle entellektüel olarak yetişkinler gibi muamele görmek isteseler de özellikle hastalık veya alışılmadık prosedürler karşısında duygusal olarak kendilerini çocuk gibi hissedebilmektedir. Genellikle dile getirilemeyen bu gerilim, gençler için üzücü olabilmekte ve ihtiyaçlarını ifade etmelerini engelleyebilmektedir. Ergen hastalar için tipik korkuları normalleştirmek gereklidir. Örneğin, "Gençlerin çoğu ameliyata girerken uyuyana kadar annelerinin ameliyat odasına girmesini tercih ediyor, sen de ister misin?" diye sorulması, anksiyeteli bir ergen için "İhtiyacın varsa annen de gelebilir." şeklinde ifade etmekten daha faydalı olacaktır. Ayrıca postoperatif dönemde hijyen konusunda yardıma ihtiyaç duyan bir hastanın utanç duygusuyla empati yapmak önemlidir (McGraw, 1994; Bluebond, 2010).

Genç Yetişkinler

Ergenlik ve gerçek yetişkinlik arasında özel bir konuma sahip olan genç yetişkin hastalar, bir pediyatrik cerrah tarafından ameliyata alınırken karşılaştıkları benzersiz sorunlar nedeniyle söz hakkına sahiptir. Ebeveynlerin tipik olarak prosedürle ilgili kararlar aldığı bir uygulamada, tüm sağlık ekibinin genç yetişkin hastanın rızasını, özerkliğini ve mahremiyetini sağlamak için özel bir çaba sarf etmesi

Scanned with CamScanner

önemlidir. Cerrah kısa prosedürlerin bile psikososyal etkisine ekstra vurgu yapmak zorunda kalabilmektedir. Bir pediatri birimi veya çocuk ameliyathaneleri, genç yetişkinler düşünülerek tasarlanmamış olabilmekte; uzun süreli yatışlarda hastanın rahatsızlıklarını yönetmesine yardımcı olmak gerekebilmektedir.

Sonuç

İyi cerrahi uygulama, doktor-hasta ilişkisine dikkat etmeyi gerektirmektedir. Yaklaşımı çocuğun gelişim aşamasına göre ayarlamak daha olumlu bir ilişkiyi kolaylaştırmaya yardımcı olmaktadır. Çocuğun ve ailesinin hayatındaki endişe ve tedirginliğin bir parçası olarak saygı duymak, onam ve bilgilendirme sürecine katılımını kolaylaştımak ve ameliyatla ilgili korkuları tahmin etmek ve ele almak güven ve yakınlık oluşturmaktadır. Hastalarla iyi ilişkiler, sonuçları iyileştirmekte ve hasta, aile ve hekimin cerrahi bakım sürecinden memnuniyetini artırmaktadır. Tüm bunlara karşın, son yıllarda yapılan çalışmalarda, hastalar ve sağlık çalışanları arasındaki iletişimi geliştirmenin sağlık hizmetinde görülen şiddet ile başa çıkmakta etkili bir strateji olmadığı öne sürülmüştür (Ghiasee, 2021).

Genel olarak özetlenirse;

- Görsel yardımcıların ve modellerin kullanımı faydalıdır çünkü bazı kişiler işitsel olanlardan daha fazla görsel işleme becerisine sahiptir. Hatırlama seviyelerini de artırmaktadır.
- Hastaya ameliyat sonrası erken dönemde dren takılacak veya entübe olacaksa, bu durum onam alınırken anlatılmalıdır. Bununla birlikte, insanlar yalnızca önemli noktaları hatırlama eğiliminde olduklarından, hasta ameliyathaneye girmeden hemen önce tekrarlanmalıdır.
- Anestezi için ayrı onam alınmalıdır.
- Unutulmamalıdır ki, cerrahi görüşmenin içeriği önemli olsa da bilginin aktarıldığı yer ve zamanlama da aile üzerinde beklenmedik etki yapabilmektedir. Cerrahın ofisi yerine, koridor gibi başka bir ortam kullanılmak durumunda kalındığında cerrah bu durum için mazeret bildirirerek bunun neden olabileceği herhangi bir rahatsızlık için özür dileyebilir. Böyle davranıldığında hasta yakınında oluşan öfke ve eşit muamele görmedikleri hissi azalacaktır.
- Cerrahlar, ebeveynlerin veya vekillerin soruları olup olmadığını, anlayıp anlamadıklarını, ek bilgi ihtiyaç durumlarını sorgulamalıdır.
- Ameliyat sürecinin planlanlaması ve zamanlama ile ilgili detaylı bilgi verilmelidir.

Scanned with CamScanner

Kaynakça

Manson, N. C. (2010). Consent and informed consent. In R. Ashcroft, A. Dawson, H. Draper and J. McMillan, eds., Principles of Health Care Ethics, 2nd edn,297–304.

O'Neill, O. (2003). Some limits on informed consent. J Med Ethics 29, 4–7.

Isaiah Berlin's famous essay, Two Concepts of Liberty, in The Proper Study of Mankind: an Anthology of Essays (1997), H. Hardy and R. Hausher, eds, London: Chatto and Windus, is a key analysis of the political and social aspects of Enlightenment thinking.

Not least of which is the Reference Guide to Consent for Medical Examination or Treatment, 2nd edn (2009). London: Department of Health.

Elwyn, G. (2008). Patient consent: decision or assumption. BMJ 336, 1259–60.

Parks, J. A. (1998). A contextualised approach to patient autonomy within the therapeutic relationship. J Med Humanities 19, 299–310.

Slowther, A., Ford, S. and Schofield, T. (2004) Ethics of evidence based medicine in the primary care setting. J Med Ethics 30, 151–155.

Rahman, L., Clamp, J. and Hutchinson, J. (2011). Is consent for hip fracture surgery for older people adequate? The case for pre-printed consent forms. J Med Ethics 37, 187–189.

Getz, L., Sigurdsson, J. A. and Hetlevik, H. (2003). Is opportunistic disease prevention in the consultation ethically justifiable? BMJ 327, 498–500.

Corrigan, O. (2003). Empty ethics: the problem with informed consent. Sociol Health Illn 25, 768–792.

Rachels, J. (1995). Feminism and the ethics of care. In The Elements of Moral Philosophy, 160–172.

Toon, P. (2002). The sovereignty of virtue. Br J Gen Pract 52, 694–695.

Toon, P. (2002). Defining and cultivating the virtues. Br J Gen Pract 52, 782–783.

Chester v. Afshar (2002) EWCA Civ 724; 356.

Slowther, A., Ford, S. and Schofield, T. (2004) Ethics of evidence based medicine in the primary care setting. J Med Ethics 30, 151–5.

Beauchamp, T. and Childress, J. (2001). Principles of Biomedical Ethics, 5th edn. Oxford: Oxford University Press.

Frances C. Sherratt, Lucy Beasant, Esther M. Crawley, Nigel J. (2020) Enhancing communication, informed consent and recruitment in a paediatric urgent care surgical trial: a qualitative study. BMC Pediatrics 20,140.

Leclercq WKG, Keulers BJ, Scheltinga MRM, Spauwen PHM, van der Wilt G-J.(2010) A review of surgical informed consent: past, present, and future. A quest to help patients make better decisions. World J Surg. 34,1406–1415.

Lerner BH, Caplan AL. (2016) Judging the Past: How History Should Inform Bioethics. Ann Intern Med. 164,553–557.

Luckner KR, Weinfeld IJ. (1995) Informed consent as a parent involvement model in the NICU. Bioethics Forum. 11,35–41.

Henkelman JJ, Everall RD. (2001) Informed Consent with Children: Ethical and Practical Implications. Canadian Journal of Counselling.

Scanned with CamScanner

Powell MP, Vacha-Haase T. (1994) Issues Related to Research with Children What Counseling Psychologists Need to Know. The Counseling Psychologist.

Committee on Bioethics. (2016) Informed Consent in Decision-Making in Pediatric Practice. Pediatrics. 138.

Gorodzinsky AY, Hong P, Chorney JM. (2015) International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology.79,1135–1139.

Pfeil M. (2011) Parents' experience of giving consent for their child to undergo surgery. Journal of Child Health Care. 15,380–388.

Sobo EJ. (2005) Parents' perceptions of pediatric day surgery risks: unforeseeable complications, or avoidable mistakes? Social Science & Medicine. 60, 2341–2350.

Callaghan K, Gray E, Caldamone A, Ellsworth P. (2008) Factors Involved in Parental Decision Making for Surgical Correction of Vesicoureteral Reflux. The Journal of Urology. 180,701–706.

Cegala DJ, Chisolm DJ, Nwomeh BC. (2012) Patient Education and Counseling. Patient Education and Counseling. 89, 25–30.

Nadeau DP, Rich JN, Brietzke SE. (2010) Informed consent in pediatric surgery: Do parents understand the risks? Arch Otolaryngol Head Neck Surg 136,265–269.

Chorney J, Haworth R, Graham ME, Ritchie K, Curran JA, Hong P. (2015) Understanding Shared Decision Making in Pediatric Otolaryngology. Otolaryngology - Head and Neck Surgery. 152, 941–947.

Knops AM, Goossens A, Ubbink DT, Legemate DA, Stalpers LJ, Bossuyt PM. (2013) Interpreting patient decisional conflict scores: behavior and emotions in decisions about treatment. Med Decis Making. 33,78–84.

Pfeil M.(2011) Parents' experience of giving consent for their child to undergo surgery. Journal of Child Health Care. 15, 380–388.

Lashley M, Talley W, Lands LC, Keyserlingk EW. (2000) Informed proxy consent: communication between pediatric surgeons and surrogates about surgery. Pediatrics.105,591–597.

Erraguntla V, la Huerta De I, Vohra S, Abdolell M, Levin AV. (2012) Parental comprehension following informed consent for pediatric cataract surgery. Jcjo. 47,107–112.

Chorney J, Haworth R, Graham ME, Ritchie K, Curran JA, Hong P. (2015) Understanding Shared Decision Making in Pediatric Otolaryngology. Otolaryngology - Head and Neck Surgery. 152, 941–947.

Theologis AA, Anaya A, Sabatini C, Sucato DJ, Parent S, Erickson M. (2016) Surgical Consent of Children and Guardians for the Treatment of Adolescent Idiopathic Scoliosis is Incompletely Informed. Spine. 41, 53–61.

Li FX, Nah SA, Low Y. (2014) Informed consent for emergency surgery — how much do parents truly remember? J Pediatr Surg. 49, 795–797.

Levetown M. (2008) Communicating with children and families: from everyday interactions to skill in conveying distressing information. Pediatrics. 121,1441–1460.

Rider EA. (2011) Advanced communication strategies for relationship-centered care. Pediatr Ann. 40, 447–453.

Scanned with CamScanner

Hensinger RN. (2010) Communication between the doctor and the child. J Pediatr Orthop. 30, 213–215.

Appleyard WJ. (2011) A personal approach to person-centredpaediatriccare. J Eval Clin Pract. 17, 376–378.

Berberich FR. (2011) Attending to suggestion and trance in the pediatric history and physical examination: a case study. Am J Clin Hypn. 54, 5–15.

Cox ED, Smith MA, Brown RL, Fitzpatrick MA. (2009) Learning to participate: effect of child age and parental education on participation in pediatric visits. Health Commun. 24, 249–258.

NovaC, VegniE, MojaEA. (2005) The physician-patient-parent communication:a qualitative perspective on the child's contribution. Patient Educ Couns. 58, 327–333.

Stivers T. (2012) Physician-childinteraction: when children answer physicians' quesions in routine medical encounters. Patient Educ Couns. 87, 3–9.

Taylor S, Haase-Casanovas S, Weaver T, Kidd J, Gerralda EM. (2010) Child involvement in the paediatric consultation: a qualitative study of children and carers' views. Child Care Health Dev. 36, 678–685.

Young B, Ward J, Salmon P, Gravenhorst K, Hill J, Eden T. (2011) Parents' experiences of their children's presence in discussions with physicians about leukemia. Pediatrics. 127,1230–1238.

Bluebond-Langner M, Belasco JB, De Mesquita Wander M. (2010) "I want to live, untill don't want to live anymore": involving children with life-threatening and life- shortening illnesses in decision making about care and treatment. Nurs Clin North Am. 45,329–343.

McGraw T. (1994) Preparing children for the operating room: psychological issues. Can J Anaesth. 41,1094–1103.

Eiser C. (1984) Communicating with sick and hospitalised children. J Child Psychol Psychiatry. 25,181–189.

Bluebond-Langner M, Belasco JB, De Mesquita Wander M. (2010) "I want to live, untill don't want to live anymore": involving children with life-threatening and life- shortening illnesses in decision making about care and treatment. Nurs Clin North Am. 45,329–343.

Ghiasee A, Sağsan M. The relationship between violent behavior in healthcare settings and communication skills:an empirical study on provincial hospitals in Ankara. Alpha Psychiatry. 2021; 22(2): 106-112.

Scanned with CamScanner