

Kanserde Hasta-Hekim İlişkisi

Patient-Physician Relationship in Cancer: Medical Education

Dr. Elif ATICI^a

Deontoloji ABD, Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi, BURSA

Geliş Tarihi/Received: 07.06.2007
Kabul Tarihi/Accepted: 13.10.2007

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Elif ATICI
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Deontoloji ABD, BURSA
elifatici@uludag.edu.tr

ÖZET Onkoloji etiğinin ana odağı hasta-hekim ilişkisidir. Bu ilişkinin kritik açıları dürüstlük, güven ve sorumluluk paylaşımıdır. Kanser tanısı ile baş edebilme ve tedavi sürecine uyum sağlama güçlü bir hasta-hekim ilişkisini gerektirmektedir. Doğru iletişim, hastanın psikososyal açıdan değerlendirilmesi, hasta beklentisinin analiz edilmesi hasta için en uygun ilişki modelinin belirlenmesinde etkilidir. Kanser hastası ve hekim arasındaki ilişkide ortaya çıkabilen sorunlar hastadan, hastalığın özelliğinden, hekimin yaklaşımından ve altyapı-personel-donanım eksikliği, hekimin aşırı iş yükü, kötü hastane işletmeciliği ve finans sorunları gibi dış etkenlerden kaynaklanır. Dış etkenlerin ortadan kaldırılması devletin sağlık politikası ile ilgilidir, ancak hastayla doğru iletişim kurma hekimin becerileri arasında yer almak zorundadır.

Anahtar Kelimeler: Kanser bakım olanakları, hekim-hasta ilişkileri, etik

ABSTRACT The main point of oncology ethics is the patient-physician relationship. Honesty, confidence and sharing responsibility are the critical points of this relationship. Coping with cancer diagnosis and transduction to the treatment process requires a strong patient-physician relationship. Accurate communication, evaluation of patients from the psychosocial point of view and analysis of patient's expectancy are effective in identifying the most proper relationship model for the patient. Problems that may appear in the relationship between cancer patient and physician originate from the patient, disease characteristics, physician's approach, and external factors such as deficiency of substructure-staff-equipment, extreme workload of the physician, poor hospital management and financial problems. Eradication of the external factors is related to the health policy of the state, but accurate communication must take part in the professional skills of the physician.

Key Words: Cancer care facilities, physician-patient relations, ethics

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2008, 28:74-82

Kanser, hastada çok yönlü psikososyal sorunlara neden olan bir hastalık grubudur. Sadece takip gerektiren bir durumdan radikal tedavilere kadar çok geniş bir yelpaze içerisinde değerlendirilmektedir. Kötü bir üne sahip hastalık tanısı almak, organ işlevlerinde bozukluk, organ kayıpları, tedavinin yan etkileri ve maliyeti, yaşam kalitesinin bozulması, iş gücü kaybı gibi ilk anda akla gelen sorunlar hasta ve hekim arasındaki ilişkiyi de etkilemektedir. Bu zor tanı ile baş edebilme ve tedavi sürecine uyum sağlama, güçlü bir hasta-hekim ilişkisini gerektirmektedir.

Kanser hastası ve hekim arasındaki ilişkide ortaya çıkabilen sorunlar hastadan, hastalığın özelliğinden ve hekimin yaklaşımından kaynaklanır. Elbette buna dördüncü şık olarak sağlık sistemindeki yetersizlik ve aksaklıkların getirdiği eşitsiz bir sağlık hizmeti sunumunun yarattığı olumsuzlukları da eklemek gerekir. Altyapı, personel ve donanım eksikliği, hekimin aşırı iş yükü, kötü hastane işletmeciliği ve finans sorunları gibi dış etkenler hasta-hekim ilişkisini bozan diğer sorunları oluşturur. Ancak sayılan bu sorunların ortadan kaldırılması, devletin sağlık politikası ile ilgili olup konumuz dışında yer almaktadır. Bununla birlikte hastayla doğru iletişim kurma hekimin becerileri arasında yer almak zorundadır, çünkü iletişim doğrudan hekim tarafından yönetilebilen bir olaydır.

Hekimin, mesleki bilgilerini profesyonelce uygularken hastayla iletişiminde yetersiz kalmasının sonucu hasta memnuniyetsizliği, hizmet kalitesinin düşmesi, tedaviden istenilen yararın sağlanamaması, hatta hastanın tedaviyi reddetmesi olabilir.¹ Kanserde, hastalık yaşantısının belirsizliği, hastanın bu beklenmedik duruma uyum sürecinin uzamasına ve geleceğe ilişkin belirsizlik ve ölüm korkusunun artmasına yol açabileceği gibi, hastanın tedaviye bağlı olarak bedeninde meydana gelen değişikliklerden rahatsızlık duymasına neden olabilir. Bu nedenlerle, hasta ve hekim arasındaki ilişkide güven duygusunun geliştirilmesi, bunun için de hastayla işbirliği içerisinde girilmesi ve hastaya biyo-psiko-sosyal bütüncül yaklaşımda bulunması önemlidir.

Günümüzde hekimlerin giderek daha fazla bilim, teknoloji ve sağlık ekonomisi konularına odaklanmalarının beraberinde hasta-hekim ilişkisine getirdiği tehlike, hastaların durumlarını anlamayan ya da hastanın beklediği şefkati gösteremeyen hekimlerin yetişmesidir.² Oysa hasta-hekim arasındaki kişiler arası ilişkinin niteliğinin, klinik sonuçların yeterliliği için önemli olduğu, bu niteliğin büyük ölçüde hekimin becerilerine bağlı olduğu ve bu becerinin klinik yeterliliğin belirlenmesinde dikkate alınması gerektiği vurgulanmaktadır.³

KANSER HASTASI VE HEKİM İLİŞKİSİNİ ETKİLEYEN UNSURLAR

1. İLİŞKİ MODELİ

Hasta ve hekim arasındaki ilişkinin, paternalistik ya da karşılıklı katılıma dayalı (hasta merkezli) bir ilişki olması, hasta-hekim iletişimini, hastanın bilgilendirilmesini ve tedaviye katılımını etkilemektedir.⁴⁻⁶ Ancak her iki ilişki türünün de eksi ve artıları vardır.

İlişkide paternalistik tutumun sonucu hasta özerkliğine saygının göz ardı edilmesidir.⁶ Paternalistik ilişkinin hasta özerkliğini zedelemesi, hekimin her türlü kararı hasta adına almasının doğal bir sonucudur. Paternalistik tutum gösteren hekimin davranışını açıklayabilecek iki durum vardır. Birincisi, hekim, hastanın katılımının sağlanması ile hastanın psikolojik açıdan zarar göreceği, tedaviden beklenen yararın zedelenebileceği, hatta hastanın tedaviyi reddedebileceği düşüncesi ile hastaya karşı olan duyarlılığına dayanarak paternalistik tutum gösterebilir. Böylece hekim, tıbben yararlı olabilmek kaygısıyla hastasının dilek ve istemli eylemlerini yok saymakta, hastasını kendi belirlediği doğrular yönünde davranmaya zorlamaktadır. Bu tutum, tıbbi gerçeği hastadan saklamak ya da ona hiçbir bilgi vermemek boyutunda olabilir.⁷ İkincisi ise hekimin hastanın isteğini göz ardı etmesi ve kendisini tek söz sahibi olarak görmesidir.⁸ Birinci durumda, kaygı duygusu ve paternalistik yaklaşımla bir anlamda hekimin hastaya yararlı olma isteği, ikinci durumda ise sadece hekimin istemi söz konusudur.

Literatürde hastanın yaşam beklentisini ve yaşam kalitesini etkileyen kanser gibi hastalıklarda, hasta ve hekim arasındaki ilişkinin ortaklık ve işbirliğine dayanması, tıbbın amacı olan hastanın yararının sağlanmasında önemli bir basamak olduğu kabul edilmektedir.⁹⁻¹² Hastanın özerkliğine saygının, dolayısıyla hastanın aydınlatılmış onamının yasal ve etik açıdan gerekli görülmesi ile birlikte toplumda eğitim düzeyinin artışı, karşılıklı katılıma dayalı ilişkinin hasta ve hekim arasında kurulmasını zorunlu hale getirmiştir.^{4,13} Bu ilişki türünde,

hasta ve hekimin ortak amacı hastanın yararının sağlanmasıdır ve bunun için tanı ve tedavi sürecinin birlikte yürütülmesi, kararların birlikte alınması, uygulanması ve denetlenmesi, hekimin olduğu kadar kanser hastasının da sorumluluğudur. Bunun gerçekleştirilebilmesi için, öncelikle hasta ve hekim arasında sağlıklı bir iletişimin kurulması, hastanın bilgilendirilmesi, sorularının yanıtlanması ve endişesinin giderilmesi gereklidir. Her aşamada hekimin empati kurması, hastanın beklentilerini anlaması açısından önem taşır. Hastanın alınacak kararlara katılımı sadece uygulanması planlanan tedavi ile sınırlı görülmemelidir. Tıbbi karar sürecinin her aşamasında bu tavrın sürdürülmesi gerekir. Hastanın fizik muayenesinden, istenilecek tetkiklere kadar hasta onayının alınarak hareket edilmesi, hastanın işbirliğini sağladığı gibi, hastanın önemsendiğini hissetmesini ve beraberinde hekime duyduğu güvenin artmasını da sağlayabilir.¹ Sayılan bu yararlar, ancak hasta-hekim ilişkisinin karşılıklı katılım temelini dayandırılması ile olmaktadır.

Hasta-hekim ilişkisinde karşılıklı katılıma dayanan ilişkinin geliştirilebilmesi için gerekli unsurlar, hekimin hastaya yeterli zaman ayırması ve empatik yaklaşımda bulunmasıdır. Hastanın psikososyal açıdan değerlendirilmesi, hastanın katılımının ve memnuniyetinin sağlanması için zaman; hasta ve hekim arasındaki uyuşmanın desteklenmesi için ise hasta ve hekim arasında empatik iletişimin kurulmasına gereksinim vardır.^{14,15}

Bazı hastalar, bilgilendirilmeyi, kararlara katılımı ve hekim ile işbirliği içerisinde bulunmayı isteyerek, karşılıklı katılıma dayalı bir ilişki beklentisindedirler. Bazıları ise kontrolü tamamen hekime bırakmak ve bilgilendirilmeme hakkını kullanmak isteyerek, hekimden paternalistik tutum beklentisinde olabilirler. Bu nedenle, hasta beklentilerinin hekim tarafından iyi analiz edilmesi gereklidir. Kanser hastası ve hekim arasındaki ideal ilişkinin adının belirlenmesi ya da nasıl olması gerektiği, hekimin tercihine göre değil, hastanın beklentisi doğrultusunda olmalıdır. Hastanın beklentilerinin farkında olan bir hekim ise zor bir hastalık karşısında bilgilendirmeyi ne zaman ve nasıl yapacağına ipuçlarını elde eder.

2. İLETİŞİM

Kanser hastalarına hizmet veren hekimlerin, bu hasta grubunda ortaya çıkan kendine özgü sorunlarla başa çıkma ile ilgili sorumlulukları vardır. Bu sorumlulukların yerine getirilmesi, hekimlerin hastaları ile kuracakları doğru iletişim ve empatik yaklaşım ile olanaklı görülmektedir. Kanser hastalarında, tanıyı reddetme; reaktif depresyona girme; başına gelen bu kötü olay nedeniyle çevresini suçlama; hastalığın ilerlemesi ve ölüm korkusunun hâkim olduğu dönemde, hekimin yeterince ilgilenmediği düşüncesi ile hekimi sorumlu tutma gibi sorunlar görülebilmektedir. Bütün bu sorunların hasta açısından kolay anlaşılabilir nedenleri olmakla birlikte, bazen hastaların değerlendirmeleri tamamıyla hastanın gerçeklerden kopmasına yol açabilir. Doğru iletişim ile hekim, kendisini hastanın yerine koyarak sorunun kaynağını belirleyip çözüm üretebilir. Aynı zamanda hastanın beklentilerinin farkına vararak hastayla ilişkisinde izleyeceği yol hakkında ipuçları elde edebilir.

İletişimin iyi yönetilmesiyle kanser hastası ve hekim arasındaki ilişkide birçok sorunu ortaya çıkmadan önlemek, ortaya çıkmış bir sorunun ise daha kötü sonuçlara neden olmasını engellemek olanaklıdır. İletişimin yönetilmesinde öncelikle yanıtlanması gereken sorular; kanser hastasının beklentisinin, isteminin, gereksiniminin neler olduğudur. Hastanın hekime başvuru nedeni ve beklentilerinin doğru olarak algılanması, hastaya en doğru yanıtın verilmesini ve verilen yanıtın aktarılmasında en iyi yolun belirlenmesini sağlar. İletişimde mesajın doğru biçimlendirilmesi ve aktarımı kadar hastadan alınan geri bildirimlerin de değerlendirilmesi gereklidir.

İletişim becerileri, yaşamı tehdit eden hastalıklarda hastaların bakımında özel bir yere ve öneme sahiptir. Hasta-hekim ilişkisinde sağlıklı bir iletişimin kurulması ile hastanın psikososyal sorunlarının değerlendirilmesi, güven duygusunun geliştirilmesi, hastadan doğru bilginin alınması, hastanın yeterli ve doğru şekilde bilgilendirilmesi, hastanın tıbbi uygulamalar için onamının alınması, hasta ile işbirliğinin ve hasta memnuniyetinin sağlanması olanaklı olacaktır. Ayrıca doğru iletişim

ile hastanın olumlu biçimde davranması ve işbirliğinin sağlanması için, hasta üzerinde kontrol kurmak yerine hastanın katılımcı olarak yer aldığı ve görüşünün paylaşıldığı bir yaklaşımın gerçekleşmesi de desteklenir.

Hasta ve hekim arasındaki iletişimde hem hastadan hem de hekimden kaynaklanabilen güçlükler görülebilir. Kanser hastası elinde olmayan, ani olarak ortaya çıkan bir nedenle hekimle planlanmamış bir ilişkiye girmek zorundadır. Hastanın fiziksel şikâyetlerinin yanı sıra korku ve endişeleri vardır. Endişe, korku ve panik hastanın olduğundan daha agresif olmasına, kendisine iletilenleri yanlış yorumlamasına neden olabilir. Bununla birlikte hasta, hekimden olabileceğin üzerinde bir beklenti içerisinde bulunabilir. Hekimler açısından ise sağlıklı iletişim kurmanın önündeki engeller; aşırı iş yükü, hastaya ayrılan zamanın azlığı, stres ve tükenmişlik duygusunun neden olduğu umursamazlık, personel ve donanım eksikliği ile ekonomik beklentilerdir.¹

Hekim için kanser hastasıyla olan ilişkide, tanının söylenmesi en çok güçlük yaratan, genellikle ertelenen ve kaçınılan bir konudur. Hastanın durumu hakkında bilgilendirilmesi hasta özerkliğinin bir gereği olmakla birlikte, hasta özerkliği adına hastayı yalnız bırakmak da hastaya yararlı olma ilkesi ile çelişmektedir. Hekimlerin bu çelişkiyi yaşamasının nedenleri arasında, iletişim becerilerine duyulan güvensizliğin önemli bir yeri vardır. Burada vurgulanması gereken konu, tanının hastaya söylenip söylenmemesinden çok, kötü haberin hasta ile nasıl paylaşılacağıdır. Son yıllarda iletişim ve bilgilendirmenin, hastaların kanserle baş edebilmelerinde önemli yardımcı olduğu kabul edilmektedir.¹⁶⁻²¹

Hastanın duygularını, içinde bulunduğu zor durumu kavramak ve hastanın yaşam savaşında onun yanında yer almak hekimin sorumluluğudur. Tedavisi olanaklı olsa da çoğu kez ömür boyu hastalıkla birlikte yaşamayı gerektiren ya da tedavinin başarılı olamayacağı ve ölümün kaçınılmaz olarak beklendiği lösemi hastalarında, iletişimin ve bu iletişim içerisinde empatik yaklaşımın önemi daha da belirginleşmektedir. Empati uygun biçimde kulla-

nıldığında, hasta-hekim arasında daha iyi bir işbirliğinin sağlanmasına, hastanın kendisini daha kolay ifade edebilmesine, bilgi aktarımı sorunlarının aşılabilmesine ve ilişkinin geliştirilmesine yardımcı olabilir. Ancak uygun biçimde kullanılmadığında, hastanın kendisini anlaşılmamış hissetmesine ve hekimle işbirliği kuramamasına neden olabilmektedir.²² Burada dikkat edilmesi gereken en önemli nokta, hekimin hiçbir zaman gerçeklikten ve objektiflikten kopmamasıdır. Hastasının tepkilerine tamamen hak verip, onun kadar üzülen ve hatta depresyona giren bir hekim, hastaya yararlı olmak için sahip olması gereken “serinkanlı ve objektif” ve “gerçeklerden kopuk olmaması” gereken konumunu kolayca yitirebilir. Kanser hastalarında olduğu gibi bu hastalıkları tedavi eden hekimlerde de depresif semptomların ortaya çıktığı bilinmektedir. Tedavisi için çaba sarf ettiği hastalarını ardı ardına kaybetmenin, hekimde “umutsuzluk” ve “boşa uğraş verme” şeklinde duygulanımlara neden olması, hastayla iletişimde olumsuz mesajlar vermesine ya da iletişim kurmaktan kaçınmasına neden olabilir. Böyle bir durum ise hastaya verilmesi gereken psikososyal desteğin geri çekilmesine, tedavi alternatiflerinin göz ardı edilebilmesine neden olabilir.²³

3. HASTALIK YAŞANTISINDA BELİRSİZLİK

Belirsizlik, herhangi bir durumu kontrol edemekten kaynaklanan yetersizlik duygusu ya da yaşantıdaki olayların anlamını açıklamadaki yetersizlikten kaynaklanan bilişsel bir durum olarak tanımlanmaktadır.²⁴ Hastalıkta yaşanan belirsizlik ise hastalıkla ilgili olayların anlamını belirleme yetersizliğidir. Hastalık yaşantısı, hastalarda belirsizlik duygusuna neden olmakta, belirsizlik ise hastaların duygularını olumsuz olarak etkilemektedir. Belirsizlik; stres, psikososyal uyum sorunları ve negatif duygu durumları ile doğrudan ilişkili olup, umut, beklenti, hastalıkla baş etme becerisi ve yaşam kalitesi ile ters ilişkilidir.²⁵ Hastalık yaşantısındaki belirsizlik algısını etkileyen unsurlar; bilinmeyen olaylar, tahmin edilemeyen bulgular, bilgi eksikliği, anlaşılır olmayan açıklamalar, yaşamı kontrol edememe duygusu, tedavi etkinliğinin ve hastalık prognozunun belli olmaması olarak sıralanmaktadır.²⁶

Belirsizlik; hastalıkların oluşumundaki tahmin edilemeyen nedenlerden, olayların algılanmasındaki bireysel farklılıklardan, teknolojik gelişim ile birlikte tanı ve tedavi yöntemlerinin artmasından etkilenmektedir. Kanserde, hastanın her aşamada belirsizlik yaşamadığı ve belirsizliğin bu hastalarda belirgin bir özellik olduğu kabul edilmektedir. Tanı aşamasında “acaba kanser miyim?”, tedavi aşamasında “iyileşebilecek miyim?”, tedaviden sonraki aşamada “hastalığım tekrarlar mı?”, terminal dönemde ise “ne zaman öleceğim?” gibi sorular hastaların içinde buldukları belirsizlik tablosunu yansıtmaktadır.²⁷ Tanı öncesi belirsizliğin, hastalığın ne olduğuna yönelik; tanı sonrası belirsizliğin ise hastalığın neden oluştuğuna, hastalık seyrinin ne olacağına ve hastalıkla birlikte nasıl yaşanılacağına yönelik olduğu görülmektedir.

Kanser, genellikle aşırı duyarlılık, kırılganlık, caresizlik, ölüm ve bilinmezlikle ilişkili korkular uyandıran bir hastalık grubudur. Klinik seyrin belirsizliği ve tam iyileşmenin her zaman olanaklı olmaması, hastada endişeye neden olur. Belirsizlik daha çok hastalığın tekrarlamasına ilişkin yaşanan korku, kontrol kaybı ve ölüm korkusundan kaynaklanmaktadır.²⁸ Belirsizlik, hasta tarafından bir tehlike olarak algılandığında, kaygı oluşur. Belirsizliğin kaygıyı arttırması, kaygı artışının da belirsizliği olumsuz etkilemesi ile bir kısır döngü meydana gelmektedir. Kaygının yüksek olması, hastanın hekime soru sormak istememesine ya da soru sormaktan korkmasına, hastanın karar vermekte güçlük çekmesine neden olabilir. Hastalığa yönelik belirsizlik arttıkça hastanın psikososyal uyumu bozulmakta ve hastalığın olumsuzluğu ile baş edebilme yeteneği önemli oranda azalmaktadır. Yine hastalıkla ilgili yapılan rutin tetkiklerin sonucunun ve bir sonraki aşamada ne olacağının bilinmemesi, tedavinin uzun sürmesi durumunda belirsizlik daha yoğun olarak yaşanmaktadır. Hastaların belirsizlik yaşadıkları pek çok durumda açık ve doğru kullanılmayan dil ve gerçeği öğrenmek istedikleri halde doğru olarak verilmeyen bilgi, hastanın daha çok belirsizlik yaşammasına neden olabilmektedir. Oysa bilgilenme, kişinin yaşamını tehdit eden bir durum karşısında, olayları objektif olarak yorumlaması ve etkili baş etme davranışları

geliştirebilmesinde gerekli bir unsur olarak görülmektedir.²⁶ Görüldüğü gibi, hastalık yaşantısında belirsizliğin getirdiği kaygı artışı, kanser gibi yaşamı tehdit eden ve yaşam kalitesini bozan hastalıklarda, hastanın daha çok yarar sağlayabilmesi için gerekli olan hasta-hekim işbirliğini, hastanın katılımını olumsuz olarak etkilemektedir. Bu durumun giderilmesinde; hastaya pozitif bakış açısı kazandırılması, hasta-hekim ilişkisinde güven duygusunun arttırılması, hastanın gereksindiği bilginin verilmesi, hastanın verilen bilgiye hazır olması ve psikososyal desteğin sağlanması çok önemlidir.²⁸

Yaşamın her döneminde yaşanabilen ancak, hastalık durumunda daha da önem kazanan belirsizlik kavramının hekimlerce bilinmesi ve hastayı anlama, yardım etme ve tedavi süreçlerinde dikkate alınması gerekmektedir. Hastanın tedavisini ve uyumunu kolaylaştırmak için hastaya bütüncül yaklaşım, ekip hizmeti, hizmetin etkinliğinin sağlanması önemlidir.

4. DÜRÜSTLÜK VE GÜVEN DUYGUSU

Hekimin mesleki bilgisinden ve becerisinden yararlanmak isteyen hasta, hekime güvenmek zorundadır. Hekimine güvenen hasta ile güven duyulan hekim arasındaki ilişkinin doğasında, hekimin hastaya her zaman dürüst davranacağı ve hekimin hastanın haklarını gözeticeği beklentisi vardır. Bu beklentiler nedeniyle hasta, hekimin kendisinin yararına hizmet edeceğine inanmakta ve güvenmektedir. Güven duygusunun zedelendiği durumda, hastanın tedavi sürecine uyum sağlamaması; tedaviyi bırakması; hatta tıp dışı uygulama arayışına girmesi olasıdır. Hastanın hekimine güven duygusunda etkili olan unsurlar;

1. Hekimin ilgi göstermesi,
2. Hastaya zaman ayırması,
3. Hastanın sorularını açıkça ve dürüstçe yanıtlaması,
4. Hastanın gereksinim duyduğu bilgiyi yeterli ve anlaşılır bir dil kullanarak vermesi,
5. Sadece hastalığa odaklanmaması, hastayı tedavi etmesi,
6. Hastayla olan ilişkisinde dürüst olması,

7. Beklenen düzeyde mesleki bilgi ve beceriye sahip olması,

8. Mesleki bilgi ve becerisini hastanın yararına kullanmasıdır.²⁹

Kanserde hastanın güven duygusu; hekimin ilgisi, zor olan tanı ve tedavi sürecinde hekimin desteği ve hastanın bilgilendirme gereksiniminin hekim tarafından karşılanması konularında yoğunlaşmaktadır. Hastanın, hekimin dürüstlüğüne ve haklarını gözeteyeceğine dair güven duyması, büyük ölçüde hekimin hastanın içinde bulunduğu belirsizlik duygusuyla baş edebilmesinde hastanın istediği bilgiyi vermesine dayanır.

Bireye kanser olduğunun söylenmesi, o zamana kadar üzerinde durulmayan ölüm gerçeğini açığa çıkarır. Ölümün bilinmeyenlerle dolu olması ise her insanda değişik derecelerde korku yaratır. Bu nedenle ölümcül hastalık tanısı konulan hastaya, tanının söylenip söylenmemesi gerektiğine ilişkin tartışmalar sürmektedir. Gerçekte ise hiçbir hastaya hastalığının öldürücü olduğu açıkça söylenmemektedir. Durumu hakkında bilgi alma gereksinimi içinde olan hastaya hastalığının ciddi olduğunu söylemekle birlikte, tedavi uygulamaları hakkında bilgi vererek ümidin pekiştirilmesi gereklidir. Hastalar, tanılarını kendilerine açıkça söylenmese de kendilerine gösterilen ilginin değişmesi, yaklaşım farklılığı, kederli yüz ifadesi, kendi durumuna benzer şikâyeti olan hastaların anlatımları gibi nedenlerle hastalıklarını tahmin etmektedirler. Yine birçok hasta, tanının kendilerine kabul edilebilir bir şekilde açıklanmasını beklemektedir. Hekimin hastanın ümidini pekiştirecek tarzda yapacağı tedavi ile ilgili bilgilendirme, hastanın gereksinim duyduğunda yanında olacağını hissettirmesi, hastanın kendini güvende hissetmesini ve hekimine güveninin devam etmesini sağlayabilir. Bazı hastalar, durumlarının farkında olup ciddi sorunları olabileceğini tahmin etmektedirler. Yine bir hastalığa yakalandıklarında, olabilecek en kötü hastalık tanımlarını akıllarına getirip, bunların kendilerinde olmadığını duyma gereksinimi içinde olabilirler. Bu nedenle, hastanın durumuna ilişkin sorular sorulması, onun tanıyı duymaya hazır olma durumu ya da verilebilecek bilgi miktarı konusunda hekime

ipucu sağlayacaktır. Üzerinde durulması gereken diğer konular, her insanın sağlık durumu ile ilgili bilgi almak isteyip istemediğini belirtme hakkı olduğu ve bilgilendirmenin hastanın hekimi tarafından yapılmasının gerekliliğidir. Bilgilendirmede hekimin anlaşılır bir dil kullanması, empatik yaklaşımda bulunarak hastanın yanında olduğu mesajını vermesi, hastanın duygularını ifade etmesini desteklemesi önemlidir. Bir sonraki aşamada ise prognoza ilişkin verilebilecek bilgilerin birey üzerindeki etkisi dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir. Yaşamlarını planlamayı amaçlayan hastalar, detaylı bilgi isteme eğilimindeyken, hastalığını kabul edemeyenlerde çok genel ve sınırlı bilgi verilmesi uygun görülmektedir.³⁰

5. BİYO-PSİKO-SOSYAL BÜTÜNCÜL YAKLAŞIM

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre sağlık, kişinin fizik, ruh ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali içinde olmasıdır. Bu nedenle, hastanın iyileştirilme çabasında hekimin sadece fiziksel iyilik halinin sağlanmasına odaklanması yeterli değildir. Hastanın iyilik hali, ancak biyo-psiko-sosyal bütüncül yaklaşımla olanaklı olabilir. Kanser tanısına karşı hastanın davranışı kültürel, sosyal, ekonomik, etnik ve eğitim gibi etmenlere bağlı olarak farklılık gösterebilir. Bu nedenle, hastaya psikososyal destek sağlanması, hastaya yararlı olma açısından gerekli görülmektedir.

Hekim, kanser sözcüğünün toplumda çoğu kez ölümle eş anlamlı tutulduğunu unutmamalıdır. Kanser hastada öncelikle yarattığı korku duygusu, içinde belirsizlik, acı çekme, ekonomik düzenin bozulması, ölüm korkusu gibi sorunları barındırmaktadır. Korku, hastanın hastalığını ve tedaviyi reddetmesine neden olabilir. Tedavi nedeni ile izolasyon, hastada yalnızlık ve toplumdan soyutlanma hissine neden olabilir. Bu durumda hekimin yalnızca hastanın fiziksel durumunu iyileştirme çabası yetersiz kalacaktır. Öncelikle hastalığı kabullenebilme, tedavi sırasında yaşanacak maddi ve manevi güçlükler, bu güçlüklerin hastaya yaşatacağı duygulanım ve fiziksel eksiklik, terminal dönemde kısıtlı bir yaşamın bilincinde olmak, hastanın tıbbi desteğe ihtiyacı olduğu kadar psikolojik ve sosyal desteğe de yoğun şekilde ihtiyaç

duyduğunun göstergesidir. Tanının hastaya söylenip söylenmemesi, ne zaman ve nasıl bilgi verileceği ise hekim tarafından yaşanan sorunlar arasındadır. Hekimin bilgilendirmede doğru zaman ve doğru şekli bulması ise yine hastanın psikososyal durumunun değerlendirilmesi ile olanaklıdır. Ancak kanser tanısının, hastaların yanı sıra hekimlerde de duygusal gerginliğe neden olması psikososyal yaklaşımın önünde engel oluşturmaktadır.

İş yoğunluğu ya da biyo-psiko-sosyal bütüncül yaklaşım içerisinde olmayan bir hekim hastanın fiziksel yakınmalarını düzenli olarak değerlendirirse de, hastanın psikososyal ve ekonomik sorunlarını yeterince dikkate almayacaktır. Oysa hasta, tedavisi yapılırken fiziksel sorunlarla birlikte ruhsal sorunlar da yaşamaktadır. Ölümcül bir hastalığa sahip olduğu düşüncesi, primer tedavide uygulanan kemoterapi ya da radyoterapi yöntemlerinin ve cerrahi uygulamaların neden olduğu bazı fiziksel değişiklikler, hastada psikolojik stres yaratabilir. Hasta, tedavi sonrası kendisini halsiz hissedecek, bulantısı olacak ve kısmen saçları dökülecektir. Tüm bunların yanı sıra, hastanın sosyal yaşamında meydana gelecek değişiklikler ve hastalığın ekonomik boyutu, hastayı zorlayan önemli etkenler olarak ortaya çıkar. İlerlemiş olgularda tıbbi tedavi günlük yaşamı sürdürmeye, dayanma gücünü arttırmaya ve günlük ihtiyaçları (giyinme, yemek yeme, temizlik ihtiyaçları vb.) devam ettirmeye yardımcı olur. Burada amaç, fiziksel fonksiyonları sürdürmek ve yaşam kalitesini arttırmaktır. Günümüzde öncelik, fiziksel şikâyetlerin azaltılması ve hastayı olanaklar ölçüsünde rahat ettirebilmekse de, hastalığın getirdiği psikososyal sorunlar da en az kanserin tedavisi kadar önem taşımaktadır. Ölüm düşüncesi ile yüzleşmek zorunda olmak, hastalığın tekrarlayabileceği düşüncesi hastanın tedavisini de olumsuz etkileyecektir.³¹ Tüm bunlar göz önüne alındığında, hekimin hastasına karşı olan sorumluluğunun ağırlığı daha iyi anlaşılmaktadır.

Hekim, hastasını yalnızca hastalığı ile değil onun sosyokültürel ve psikososyal durumu, ekonomik koşulları, yaşam görüşü, ahlâki değerleriyle bir bütün olarak anlamaya çalışmalıdır. Böylece, hastasının kanserle birlikte yaşamayı öğrenmesine, yapılacak tedavi ve uygulamalara fiziksel ve ruhsal

olarak hazırlanmasına yardımcı olabilir. Kanser tedavisinde sonucun çoğu kez daha az belirgin olması ve iyileşmeden ziyade semptomların rahatlatılması hedeflendiğinden, amaç sadece yaşam kurtarmak ve ömrü uzatmakla sınırlı kalmakta, aynı zamanda hastanın yaşam kalitesinin arttırılması da hedeflenmektedir. Yaşam kalitesini oluşturan etmenler arasında ise fiziksel iyilik halinin sağlanması kadar hastanın psikososyal yönden de iyilik halinin sağlanması yer almaktadır. Yalnız hastalığın olmaması değil ancak tam fiziksel, zihinsel, ruhsal ve sosyal iyilik hali, yaşam kalitesi için önemli parametreler olarak kabul edilmektedir. Ancak hastanın biyo-psiko-sosyal bütüncül yaklaşım içinde değerlendirilmesi ne kadar önemli olursa olsun, yoğun iş temposu içerisinde çalışan hekimlerin çok azı hastaların psikososyal durumunu değerlendirebilme olanağına sahip olmakta, çoğu hekim ise sadece tetkiklerle hastanın tedaviye yanıtını değerlendirmektedir. Oysa hastaların başarılı bir tedavi sonucu olarak algıladıkları sadece uzamış bir ömür değil, iyi bir yaşam kalitesinin de sağlanmasıdır.³²

Hastaların yaşadığı psikososyal sorunların değerlendirilmesinin yanı sıra hekimlerin içinde bulunduğu ruh halinin de göz önüne alınması, hasta-hekim ilişkisinin niteliği açısından gereklidir. Ölümcül bir hastalık karşısında hastanın yaşadığı inkâr, öfke, suçluluk, keder, depresyon, ümitsizlik, korku ve anksiyete duyguları hekimlerde de ortaya çıkabilmektedir. Ancak hekimlerin bu tür duygu ve tepkilerinin nedeni ve şiddeti genellikle farklı olmaktadır. Hekimin ölümcül hastalık tanısı karşısında yaşadığı inkâr duygusu, onu sadece hastalığı tedavi etme ve teknik işlemleri gerçekleştirmeye odaklayabilmekte ve bu nedenle hasta bakımının psiko-sosyal yönü eksik kalabilmektedir. Hekimin hasta bakımında yetersiz ve başarısız olmaktan duyduğu korku, suçluluk duygusuna neden olabilmektedir. Yine duyulan bu korku, hekimin hastayla iletişimini sınırlamasına neden olabilmektedir. Korku duygusu, hastanın duygusal gereksinimlerini karşılamada yetersiz olmanın bir sonucu olarak da karşımıza çıkar. Ayrıca hastalığın tedaviye yanıt vermemesi, giderek durumun ağırlaşması, hastanın acı çekmesinin önlenememesi he-

kimin öfke ve keder duygularını yaşamasına neden olabilmektedir. Bakım verdiği hastaların sürekli kayıplar yaşadığını gören hekimde belli bir süre sonra tükenme sendromu gelişebilir. Bu nedenle hastalık ve ölüme yüklenen anlamın açığa kavuşturulması, hekimin kendi davranışlarına karşı iç-görü kazanması, etkili baş etme yöntemleri geliştirmesi önemlidir.³⁰

Kanserin getirdiği çeşitli olumsuzluklar hastada ve çevresinde psikososyal değişimlere neden olabilmekte ve zaman zaman hekimlerde özellikle hastaya kötü tanının söylenmesinde stres yaşamaktadır. Bu nedenler, kanserde yaşamı etkileyen sosyal, davranışsal ve psikolojik sonuçların incelenmesini ve hasta ile hekimi arasındaki ilişkide biyo-psiko-sosyal bütüncül yaklaşımı gerekli kılmaktadır.

SONUÇ

Hasta ve hekim arasında tek bir ideal ilişki modelinden söz edilemez. Hekimin her hastaya göre değerlendirme yaparak, hastanın yararını gözeterek şekilde ilişki kurma ve doğru iletişimi geliştirme sorumluluğu vardır.

Hastaların kanserle yüzleşmeleriyle ortaya çıkan uyum sorunları, hastalıkla baş edememe korkusu, yaşamdan beklenenlerde belirsizlik, kontrol

kayıbı hasta-hekim ilişkisinde hastadan kaynaklanan iletişim sorunlarını oluşturur. Hekimin psiko-sosyal yaklaşım ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmayışı, hasta ile empati kuramaması, kanser gibi zor hastalıklar karşısında, hasta kayıplarının sık yaşandığı durumlarda hekimin kendini çaresiz hissetmesi ve depresif duygulara sahip olması, tanının hastadan gizlenmesi ya da yeterli bilgi verilmemesinin sonucu olarak hastanın iletilen bilgileri anlamada zorluk çekmesi ise hekimden kaynaklanan sorunlar arasında sayılabilir.

Bu sorunların giderilmesi için;

1. Hastanın tanı ve tedavisi hakkında bilinçlendirilmesi, hastaya net ve anlaşılır bilgilerin verilmesi, her aşamada psikososyal desteğin sağlanması;

2. Hekimlerin hastaya yaklaşım konusunda eğitilmeleri ve psikososyal onkoloji konusunda bilinçlendirilmeleri;

3. Hastaların psikososyal yönleri ile ilgilenecek danışmanların bulunması ve kanser tedavisi yapılan yerlerde psikososyal onkoloji birimlerinin kurulması;

4. Hekimlerin iş yoğunluğu ve stres yüklerinin hasta-hekim ilişkisini etkilemesi nedeniyle daha iyi hizmet sunabilmek için hekimlerin yaşam ve çalışma koşullarının düzeltilmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- Özlü T. Hasta ve sağlık çalışanları ilişkileri. Yalova: SSBYB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta Hakları Şubesi hasta hakları hizmet içi eğitimi el kitabı. 2004. p. 24-37.
- Dereboy Ç, Harlak H, Gürel S, Gemalmaz A, Eskin M. Tıp eğitiminde eşduyumu öğretmek. Türk Psikiyatri Derg 2005;16:83-9.
- Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician empathy: Definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. Am J Psychiatry 2002;159:1563-9.
- Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: Revisiting the shared treatment decision-making model. Soc Sci Med 1999;49:651-61.
- Wade JC. The patient/physician relationship: One doctor's view. Health Aff (Millwood) 1995;14:209-12.
- Falkum E, Førde R. Paternalism, patient autonomy, and moral deliberation in the physician-patient relationship. Attitudes among Norwegian physicians. Soc Sci Med 2001;52:239-48.
- Aydın E. Tıp etiğine giriş. Ankara: Pegem Yayıncılık; 2001. p. 3-50.
- Oğuz NY. Klinik uygulamada hekim-hasta ilişkisi. Türkiye Klinikleri J Med Ethics 1995;2:3:59-65.
- Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. Ann Intern Med 1984;101:692-6.
- Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. JAMA 1992;267:2221-6.
- Erdemir AD. Hekim-hasta ilişkileri ve etik sorunlar. Erdemir AD, Öncel Ö, Aksoy Ş, editörler. Çağdaş Tıp Etiği. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2003. p. 130-48.
- Habiba MA. Examining consent within the patient-doctor relationship. J Med Ethics 2000;26:183-7.
- Frosch DL, Kaplan RM. Shared decision making in clinical medicine: Past research and future directions. Am J Prev Med 1999;17:285-94.
- Epstein RM. Time, autonomy, and satisfaction. J Gen Intern Med 2000;15:517-8.
- Bellet PS, Maloney MJ. The importance of empathy as an interviewing skill in medicine. JAMA 1991;266:1831-2.
- Sawyers CL. Chronic myeloid leukemia. N Engl J Med 1999;340:1330-40.
- Cassileth BR, Zupkis RV, Sutton-Smith K, March V. Information and participation preferences among cancer patients. Ann Intern Med 1980;92:832-6.
- Fallowfield L. Psychosocial interventions in cancer. BMJ 1995;311:1316-7.
- Coulter A. Evidence based patient information. is important, so there needs to be a national strategy to ensure it. BMJ 1998;317:225-6.

20. Ford S, Fallowfield L, Lewis S. Doctor-patient interactions in oncology. *Soc Sci Med* 1996;42:1511-9.
21. Meredith C, Symonds P, Webster L, Lamont D, Pyper E, Gillis CR. Information needs of cancer patients in west Scotland: Cross sectional survey of patients' views. *BMJ* 1996;313:724-6.
22. Gülseren Ş. Eşduyum (Empati): tanımı ve kullanımını üzerine bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Derg* 2001;12:133-45.
23. Özkalemkaş F, Tunalı A, Hematoloji ve etik. Erdemir AD, Oğuz Y, Elçioğlu Ö, Doğan H, editörler. *Klinik Etik*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2001. p. 370-89.
24. Crigger NJ. Testing an uncertainty model for women with multiple sclerosis. *ANS Adv Nurs Sci* 1996;18:37-47.
25. White RE, Frasure-Smith N. Uncertainty and psychologic stress after coronary angioplasty and coronary bypass surgery. *Heart Lung* 1995;24:19-27.
26. Öz F. Hastalık yaşantısında belirsizlik. *Türk Psikiyatri Derg* 2001;12:61-8.
27. Halldorsdottir S, Hamrin E. Experiencing existential changes: The lived experience of having cancer. *Cancer Nurs* 1996;19:29-36.
28. Nelson JP. Struggling to gain meaning: Living with the uncertainty of breast cancer. *ANS Adv Nurs Sci* 1996;18:59-76.
29. Gilson L, Palmer N, Schneider H. Trust and health worker performance: Exploring a conceptual framework using South African evidence. *Soc Sci Med* 2005;61:1418-29.
30. Cimete G. Yaşam sonu bakım. Ölümçül Hastalarda Bütüncü Yaklaşım. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2002. p. 10-20, 183-4.
31. Ganz PA, Schag AC, Heinrich RL. Rehabilitation. In: Haskell CM, eds. *Cancer Treatment*. Philadelphia: WB Saunders Company; 1985. p. 883-92.
32. Beyzadeoğlu M, Özet A, Özet G. Kanser tedavisi esnasında yaşam kalitesi. *Türk Onkoloji Derg* 1996;11:39-42.