

# Klinik Uygulamada Hekim-Hasta İlişkisi

PHYSICIAN-PATIENT RELATIONSHIP IN CLINICAL PRACTICE

**N. Yasemin OĞUZ\***

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji ABD, Öğr.Gör., ANKARA

## ÖZET

Terimin geniş anlamıyla klinik uygulamada hekimle hasta arasındaki ilişki, etik açısından önemli ölçüde hekim ve hastanın kimlikleri ve rolleri ile belirlenir. Bu kimlik ve roller tıbbın tarihsel evrimi içinde üç tür ilişkinin ortaya çıkmasına yol açmıştır. Bunlar etkinlik-edilginlik, yol gösterme-işbirliği ve karşılıklı katılıma dayalı ilişki biçimleridir. Günümüzde hasta haklarını savunan kurum ve kişilerin çabalarıyla, karşılıklı katılıma dayalı ilişki biçimi hekim-hasta ilişkisinin etik yönünden temeli durumuna gelmiştir. Bu tür ilişkiye örnek olarak bireysel psikoterapideki ilişki modeli gösterilebilir. Zamanımızdaki değişimin temel nedenlerinden biri, hekim-hasta ilişkisinin temel ögesi olan güvenin dayanağının değişime uğramasıdır. Buna göre hastanın hekime güvenmesinin nedeni, onun kendisi için en iyi olanı yapacağına inanmasından çok (Hipokratik güven ögesi), en iyi olanı seçmesi için gereksindiği bilgiyi kendisine sağlayacağına (aydınlatılmış onama dayalı güven ögesi) inanması olmaktadır.

Ancak bu yeni tür ilişki biçimi hekimde de hastada da birtakım yeni becerilerin gelişmesini gerektirmektedir. Bunlar arasında en önemli yeri iletişim becerileri almaktadır. Kuşkusuz bunların kazandırılması dışında da sağlık hizmetlerinin sunulduğu mekânlar, sağlıkla ilgili hakların korunmasına yönelik düzenlemeler ve hakların kullanılması ile ilgili olarak kamuoyunun bilgilendirilmesi gibi, bu alanda düşünülmesi gereken birçok konu bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Tıp etiği, Klinik uygulama ve hekim-hasta ilişkisi, Güven ögesi

T Klin Tıbbi Etik 1995, 2-3:59-65

Geliş Tarihi: 4.11.1995

Yazışma Adresi: N. Yasemin OĞUZ  
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji  
ABD, ANKARA

T Klin Tıbbi Etik 1995, 2-3

## SUMMARY

From an ethical point of view, the relationship between physicians and patients in clinical practice, using this expression in a comprehensive sense, is largely determined by their identities and roles. These roles and identities have produced three main models of this relationship in medical evolution. These are activity-passivity, guidance-cooperation and mutual participation. In our time, mutual participation has become the main model in physician-patient relationship thanks to the efforts of patients rights defenders and the related organisations. The relationship in individual psychotherapy can be given as an example for this kind of model. One of the main reasons for the recent change has been the transformation on the basis of confidence, one of the basic components of physician-patient relationship. Today, patients trust physicians because they expect that physicians will provide them with adequate information in order to make decisions on their best interest (Informed consent), rather than because they will do the best for them (Hippocratic confidence).

To be sure, this sort of relationship forces both the physician and the patient to develop new skills, above all communication skills. Besides the acquisition of communication skills, however there appear to be other topics to be considered in this matter, such as the places where health care facilities exist, informing the society about how to use their rights to be healthy and making organisations in order to protect these rights.

Key Words: Medical ethics, Clinical practice and physician, Physician-Patient relationship. Confidence

T Klin J Med Ethics 1995, 2-3:59-65

**A) Klinik uygulamada hekim ve hasta kimlikleri:**

Yalnız klinikteki uygulama değil, tüm tedavi edici hekimlik karşılığı geniş anlamıyla klinik uygulamada he-

kimle hasta arasındaki ilişki tıbbın değişen koşullarına göre sürekli olarak evrimleşmiştir. Bu ilişkinin yapısını anlayabilmek için tarafların kimliklerini ve ilişkideki rollerini tanımlamak gerekir. Bu tanıyı yapmadan önce, kimlik ve rol terimlerinden yazarınızın ne anladığına değinelim. Rol; kişinin salt eylemini belirten bir terimdir. Bir ilişkideki rolden söz ettiğimizde ise, kişinin ilişkideki kimliği nedeniyle ortaya koyduğu eylemlerin bütününden söz etmiş oluruz. Kimlik; bir kişinin belirli bir kimse oluşunun çeşitli koşullarının tümüdür. Bu koşullar eylemi de içerir. Kişilik ise, bir kişinin sahip olduğu kimliklerden oluşan karmaşık bir bütündür (1).

Yukarıdaki tanımları hekimle hasta arasındaki ilişkiye uygularsak; hekimin kişiliğinin önemli ölçüde hekim kimliği tarafından belirlendiğini söyleyebiliriz. Bunun nedeni hekimliğin yalnızca bir eğitim, meslek ve iş olmaktan öte bir toplumsal konum ve bir yaşam biçimi oluşudur. "Hekim kimdir?" sorusunun yanıtı basitçe "Hekim, hastalığı tedavi etme erkine sahip kişidir." biçiminde verilebilirse de hekim yalnızca hastalığı tedavi etmekle kalmaz, neyin hastalık olduğuna da karar verir; bu, onun erkini besleyen unsurlardan biridir. Hekimin sahip olduğu erkin iki temel ögesi bulunmaktadır. Bunlardan birincisi onun sahip olduğu özel bilgi ve becerilerdir, ikincisi ise toplum tarafından ona verilen yetkidir. Bu nedenle hekim-hasta ilişkisinde hekimin rolü oldukça belirleyici ve bir oranda verili bir roldür.

"Hasta kimdir?" sorusunun yanıtı ise temelde hastalığın ne olduğuyla bağlantılıdır. Sağlığın ve hastalığın tanımına göre, hasta kümesi çok geniş bir kapsamdan belirlir, dar bir kapsama kadar farklı biçimlerde oluşturulabilir. Burada göz önünde tutulması gereken nokta, hasta kümesinin genişliğinin kümelenme işlemini anlamsız ve işlevsiz kılacak boyutlara gelme olasılığıdır (2). Hasta kimliği, hastanın kişiliğini bir oranda etkiler. Bu noktada hastanın hastalığının ne olduğunun temel bir önemi vardır. Örneğin süregelen hastalıklar zamanla hastanın kişiliğinde belirgin değişikliklere neden olabilirler ya da ölümcül hastalıklar hastanın kişiliğinde ani değişikliklere yol açabilirler. Bu nedenle hekim-hasta ilişkisinde hastanın kimliğini hasta rolünden çok, onun hastalığının belirlediğinin' söyleyebiliriz. Günümüzde bu durumun hekim-hasta ilişkisinde neden olabileceği en olumsuz sonuç gerçekleşmeye başlamış ve hekim, hasta yerine onun hastalığı ile ilişki kurma durumuna gelmiştir. Hekimin bu tutumunda etken olan başka nedenler arasında bilimsel ve teknik gelişmeleri, bunlara bağlı aşırı uzmanlaşma eğilimini ve zaman darlığını sayabiliriz.

#### B) Hekim-hasta ilişkisinin tarihsel evrimi:

Hekim-hasta ilişkisinin tarihsel evrimine baktığımızda, yukarıda sözünü ettiğimiz kimliklerde ortaya çıkan değişimlere koşut bir farklılaşmanın yaşandığını görüyoruz. Temelde klinik dallarda uğraş veren hekim, insanı tüm, canlı olarak görmekte ve ona yalnız uğraşının biçimsel eğitiminin sınırları içinde değil, kendi kişilik biçim-

lenmesinin ve içinde bulunduğu toplumsal ve ekinçsel yapının etkisi altında yaklaşmaktadır (3). Bu çok etkenlilik nedeniyle hekim-hasta ilişkisinin genelde ahlak, özelde tıp ahlakı (tıp etiği) ve hukukla ilgili yönleri bulunmaktadır. Ayrıca ilişkinin toplumsal, ekinçsel, ruhbilimsel yönleri de vardır (4). Ben bu yazıda özellikle konunun tıp etiği açısından ekinçsel ve ruhbilimsel yönü üzerinde durmak istiyorum. Ancak konunun ekinçsel yönünü daha açıkça ortaya koyabilmek için, hekimle hasta arasındaki ilişkinin tarihsel evrimini özetlemek yerinde olacaktır sanırım.

Szasz, Knoff ve Hollender, hekimle hasta arasında üç temel ilişki modeli tanımlamışlardır.

1. Komada ya da genel anestezi altında bulunan hastada olduğu gibi, bilinçli olmayan ve böylece tümüyle edilgin durumdaki hastayla hekim arasındaki ilişki; etkinlik^adilginlikjrjeine dayanan ilişki.

2. Sağlığını kazanmak için işbirliğine hazır olan ve kendisine ne yapması gerektiğini söyleyen hekimin komutlarını kabul edip, bunları yapan hasta ile onun karşısında bilgi ve becerisini kullanan hekim arasındaki, hastanın bir ölçüde etkin, ancak sözünün geçerliliği açısından hekimden farklı durumda olduğu ilişki; yol gösterme ve işbirliği temeline dayanan ilişki.

3. Süregelen hastalıkların tedavisinde ve ruhsal çözümlenmede olduğu gibi, hekimin hastanın kendisine yararlı olmasında yardımcı olduğu durumlarda hekim-hasta ilişkisi; karşılıklı katılım temeline dayanan ilişki (6).

Bu modeli hem hekim-hasta ilişkisinin tarihsel evrimini incelerken, hem de hastanın içinde bulunabileceği farklı durumlarda hekimle arasındaki ilişkiyi ele alırken kullanmak olasıdır.

Tarihsel açıdan baktığımızda, belli bir toplumda belli bir çağdaki insan örneği ile oradaki hekim-hasta ilişkileri arasında bir bağlantı ileri sürmek olanaklı görünmektedir. Hatta daha da ileri giderek belli bir çağda birçok toplumda ortak özelliklere sahip bir tür hekim-hasta ilişkisi yaşandığını bile söyleyebiliriz. Bu benzerliği açıklamak için öne sürülebilecek belirleyici öğelerden biri kuşkusuz o çağdaki tıp bilgisinin düzeyi olabilir. Yukarıdaki üç yazar kendi modelleri açısından tıbbın evrimine baktıklarında Eski Mısır'ı, Eski Yunan Uygarlığının aydınlanma çağını, Ortaçağ Avrupası'nı ve Engizisyon dönemini etkinlik-edilginlik temeline dayanan hekim-hasta ilişkisinin geçerli olduğu dönemler olarak değerlendirmektedirler (5). Bu dönemdeki hastalık kavramı mistik öğeler taşımaktadır. Genellikle hekim iyileştirici güçleri eyleme geçiren ve hasta ile bu güçler arasında bağlantı kuran bir üstün kişi durumundadır. Bu özelliği açısından önemli rakibi din adamlarıdır.

Yazarlar birinci tür ilişkiden ikinci tür hekim-hasta ilişkisine geçişin dönüm noktalarından en önemlisinin. Fransız Devriminde çağcıl açık ruh hekimliğinin kurucusu olan Philippe Pinel'in çabaları olduğunu belirtmekte-

dirler (5). Orta Avrupa'da 18. ve 19. yüzyıllarda bilim ve tıp alanlarında gerçekleşen gelişmeler ve bilgi patlaması hastanın hekim karşısındaki edilgin konumunu ve bağımlılığını arttırmıştır (5). Bu dönemde çeşitli hastalıkların doğal nedenleri bulunduğu için, tıbbın içindeki mistik öğeler hızla ayıklanmış, hastalık kavramı doğal nedenlere dayandırılmıştır. Hekim de mistik özelliklerinden sıyrılmaya başlamış, işlevleri açısından din adamlarından tümüyle farklılaşmış ve bugün sahip olduğu toplumsal konuma yerleşmiştir.

Karşılıklı katılım temeline dayanan hekim-hasta ilişkisinin ortaya çıkışı ise 19. yüzyıl sonlarında psikiyatrinin bir tıp dalı olarak gelişmeye başlaması ile olmuştur. Bu konudaki en temel katkı Breuer ve Sigmund Freud'un hastayı dinlemeyi bir tanı ve iyileştirme yöntemi olarak geliştirmeleridir (5). Ancak kanımca, hipnozdan vazgeçerek hastayı tümüyle bilinçli durumdayken dinlemeye başlayan, serbest çağrışım yöntemini ortaya koyan Freud, bu konuda daha önemli kuramsal bir katkıda bulunmuştur. Bu tür ilişkinin günümüzdeki önemine ulaşması ise 2. Dünya Savaşı'ndan bu yana gerçekleşmiştir. Bu dönem, hastalık kavramı açısından tartışmalarla geçmiştir. Sağlıklılıkla hastalığı ak ve kara gibi birbirinden ayıran Kraepelin'ci görüşle, hastalığı bedensel-ruhsal-toplumsal kapsamlı bir olgu olarak tanımlayan bugünkü görüş bir süre birlikte etkili olduktan sonra, tıp bilgisinin de gelişmesiyle bugünkü geniş kapsamlı tanıma ulaşılmıştır. Bu geniş kapsam içinde hekim, her üç ilişki biçiminin de etkili olduğu bir ortamda etkinlik göstermektedir. İçerdiği mistik öğelerden neredeyse tümüyle arınmış olmakla birlikte, hekim kimliği kimi zaman teknisyenlik düzeyinde bir mekaniklik, kimi zaman da bir hizmet satıcılığı özelliği kazanmaktadır (5).

C) Günümüz teknolojisinin ve klinik ortamının hekim-hasta ilişkisine etkisi:

Bugün hekimin kimliğini belirleyen, sahip olduğu bilgiyle ve karşılaştığı hastayla kurduğu ya da genellikle yeğlediği ilişki biçimidir. Bu kimliğin içeriği giderek tedavi konusunda hastayla eşit sorumluluk paylaşan, öğretici konumundaki hekim olarak belirginleşmektedir. Günümüzde teknolojinin hekimi hastadan uzaklaştırdığı, klinik ortamın yabancılaşmaya neden olduğu savunulmaktaysa da kanımca bu tümüyle bir seçim sorunudur. Aynı teknolojinin hekime, hastayla insanca ilişki kurmasına olanak sağlayacak zamanı kazandırdığı da savunulabilir. Önemli olan teknolojinin akılcı ve olumlu kullanımı olmalıdır.

Bütün bu ilişki biçimlerinde değişen oranlarda var olan ve ruh hekimlerince "aktarma" (transferans) olarak adlandırılan bir durumdan burada söz etmek gereklidir. Hastalık kişide bir çaresizlik ve güçsüzlük duygusu yaratır; bunun sonucunda hasta bireyde bir güvence arayışı ve korunma isteği ortaya çıkar. Bu, psikiyatri açısından bir tür "gerileme" (regresyon) olarak görülebilir. Bu durum hasta ile hekimde özdeşleşmeye yol açarak, aralarında bir tür ana-baba-çocuk ilişkisi kurul-

ması eğilimine neden olabilir. Hasta, hekimde bir baba imgesi oluşturur; ona baba imgesine duyduğu çocukluktan kalma duygusal eğilim ve tepkileri aktarır. Hekim ise, hasta karşısında sahip olduğu erk nedeniyle babaca bir tutum sergileyerek hastadaki bu gerilemeyi besleyebilir. Genellikle hekim bu durumun farkına varması beklenebilecek kişidir, çünkü bu olasılığın bilgisi onun tıp bilgileri içinde yer almaktadır. Bu nedenle hasta ile olan ilişkisini, belki çoğu kez onunla birlikte, sık sık gözden geçirmek durumundadır, çünkü hastanın ruhsal gerilemesi, onun kendi sağlığı ile ilgili sorumluluk almaktan kaçınmasına neden olarak tedavide olumsuz etki gösterebilmektedir.

D) Hekim-hasta ilişkisinin türleri ve özellikleri:

Önceki bölümde sözü edilen sınıflandırma, farklı klinik durumlar için de temel alınabilir. Etkinlik-edilginlik biçimindeki ilişkiye komadaki, genel anestezi altındaki hastalarda veya ağır zekâ geriliklerinde rastlayabiliriz. Yol gösterme-işbirliği biçimindeki ilişki açısından benzer bir durum akut bulaşıcı hastalıklarda söz konusu olur. Karşılıklı katılım temeline dayanan ilişki ise, başta ruh hastalıklarının ruhsal çözümleme ile tedavi edildiği durumlar olmak üzere, süregelen hastalıkların çoğunda geçerlidir (5).

Günümüzde etkinlik-edilginlik ve yol gösterme-işbirliği temeline dayalı ilişki biçimleri, belirli ve az sayıdaki durum dışında (ve tüm dünyada olmasa da) yerlerini karşılıklı katılım temeline dayalı ilişkiye bırakmaya başlamışlardır. Bu nedenle bu ilişki biçimini daha yakından incelemek gerekmektedir.

Hekim-hasta ilişkisinin karşılıklı katılım temeline dayanmasının özellikle önemli olduğu durumları şöylece sıralayabiliriz.

1. Tedavi için uygun seçimin belirgin olmadığı durumlar;
2. Hastanın sorununun çözümü için yaşam biçiminde ve davranışlarında önemli değişiklikler yapmasının gerekli olduğu durumlar;
3. Hemipleji, multipl skleroz, epilepsi gibi yetersizlik ve sakatlıkla birlikte yaşamayı öğrenmenin gerekli olduğu durumlar (6).

Bu durumlara baktığımızda bilinci yerinde ve yeterli olan bir hastanın söz konusu olduğu durumların pek çoğunda karşılıklı katılıma dayalı bir ilişkinin olanaklı olduğunu; onun dışındaki bir ilişki biçimini haklı çıkarmanın ise güç olduğunu görürüz. Karşılıklı katılıma dayalı ilişkide göz önüne alınması gereken temel özelliklerden biri iletişim yeteneğidir.

İletişim kurma yeteneği kimi kişilerde, kişiliğin bir parçası durumundaki bir yetenek olarak bulunsa bile, temelde öğrenilebilecek ve öğretilebilecek bir özelliktir. Hekimin tedavi bağlamında hasta ile olan ilişkilerinde belirli davranış ve iletişim tekniklerini öğrenmesi, tedavinin amacına ulaşmasında belirleyici

bir rol oynar. Bu teknik ve davranışlar soru sorma, dinleme gibi sözel iletişim becerilerini ve göz teması, duruş vb. gibi iletişimin sözel olmayan öğelerini içerir. Hekimin eğitimi sırasında bu öğelerin çeşitli bağlamlarda ele alınıp incelenmesi gereklidir. Tıbbın evrimi sürecinde hekim eğitiminde önemli bir yeri olan usta-çırak ilişkisi en çok bu alanda etkili olmuştur, ancak bugün bu konuda sözü geçen türden bir eğitim yeterli görülmemektedir. Hekimin hekim kimliğini kazanma süreci olan lisans eğitimi sırasında bu konunun kuramsal boyutlarının, uygulama ya da uzmanlaşma döneminde ise uygulamaya yönelik boyutlarının ele alınması gerektiği vurgulanmaktadır (7).

İletişimin temel özelliklerinden biri, söz konusu ilişkide kimin merkezde bulunduğuudur. Uygulamada genellikle gözlenen ve eleştirilen hekimin merkezde bulunduğu ilişki biçimi ile, hastanın merkezde olduğu ilişki biçimi arasında bu bakımdan önemli farklar vardır.

Hekimi merkeze alan ilişki biçiminde hastaya ayrılan zaman çok azdır ve hekim hastanın dile getirdiği ilk belirti üzerinde durmakta ısrarlıdır. Genellikle hastanın duygularına zaman ayırmak konusunda isteksiz olan hekim, hastayla yakınlaşmaya yol açacak ve insanca öğeler taşıyan gerçek bir ilişkiden kaçınır (7).

Hastayı merkeze alan ilişki biçiminde ise, dinlemek, sessizlik süreçlerine katlanabilmek, hastanın endişelerini yorumlamak, ona açıklamada ve gerv bildirimde bulunmak önemlidir (7). Bu ilişki biçimlerinden hangisinin benimseneceği yalnızca hekimin elinde olan bir seçim değildir. Hekim-hasta ilişkisinin gerçekleştiği ve ileride sözünü edeceğimiz koşullar da önemli öğeler durumundadırlar.

İletişimin temel unsurlarından biri, hekimin empati yapma ve etkin dinleme yeteneği, ötekisi ise soru sorma tekniğidir. Özellikle ruh hekimliğinde önemle vurgulanan empati, gerçekte tüm hekimler için gerekli bir gereçtir. Empati, zihinsel olarak başka bir insanın dünyasına girmek anlamına gelmektedir. Hastaya, dünyayı onun gözleriyle görebildiği iletisini ulaştırabilen hekim, iletişimde önemli bir adım atmış sayılabilir. Etkin dinleme ise, hastaya onun söylediklerinin tümünün algılandığı iletisini ulaştırmaktır. Hastanın söylediği cümleleri yorum katmadan yinelemek, başla onaylamak, onunla göz temasını sürdürmek gibi davranışlar bu iletinin verilmiş biçimleri arasında sayılabilir. \*

Hastadan hekime yönelen bilgi akışı hekimle hasta arasındaki iletişimin önemli bir bölümünü oluşturur. Bu nedenle hastaya kendisini tümüyle ortaya koyabileceği sorular sormak iletişimin bir başka önemli yönüdür. Bu bağlamda en etkin uygulama, açık uçlu sorulardan kapalı uçlu sorulara doğru gitmektir (7). Bu, hastanın endişelerini ve duygularını ortaya koymasına olanak

vereceği gibi, hekimin gereksindiği kesin bilgilerle ulaşmasını da sağlayacaktır.

Hekim-hasta ilişkisini etkileyen ve yukarıda bazılarına değindiğimiz etkenleri şöylece sıralayabiliriz.

1. İlişkinin gerçekleştiği uzmanlık dalı,
2. Belli bir toplumda, belli zaman diliminde ilişki içinde bulunan hekimin ve hastanın benimsediği "hastalık" kavramı,
3. Hekim-hasta ilişkisinin gerçekleştiği belirli koşullar (zaman, coğrafya vb.) içinde söz konusu olan tıbbın yapısı ve tedavi biçimleri,
4. Hekimin ve hastanın eğitiminin onlarda neden olduğu bilgi, inanç ve tutumlar,
5. Hekimin ve hastanın ruhsal yapıları ve ilişkiden beklentileri,
6. Onların iletişim becerileri,
7. Hekimle hasta arasındaki parasal ilişki,
8. Hekim-hasta ilişkisinin gerçekleştiği fiziksel mekân.
9. Hekim başına düşen hasta sayısı,
10. Toplumun hekim-hasta ilişkisine bakışı (4).

Anlaşılabileceği gibi, yukarıdaki tüm etkenler kendi aralarında belli oranlarda etkileşmekte ve sonuçta belli bir toplumda, belli bir zaman diliminde geçerli, belli tür hekim-hasta ilişkilerine yol açmaktadır.

E) Hekim-hasta ilişkisinde "güven" ögesi:

Bu yazıda ele almak istediğim önemli konulardan biri de, hekim-hasta ilişkisi bağlamında evrensel bir öge olarak görülebilecek olan "güven" ögesinin tarihsel evrim içinde geçirdiği değişimdir. Bu konuya özel bir önem verişimin nedeni, bizi hekim-hasta ilişkisini yeniden sorgulamaya yönelten değişimin kökeninde "güven" ögesinin temel dayanaklarında meydana gelen değişimi görmemdir.

a) *Hipokratik (babaca) güven*

Bilindiği gibi, hekim-hasta ilişkisi büyük ölçüde hastanın hekimine güvenmesine, onun kendisi için en iyi olanı yapacağına inanmasına dayanmaktadır. Genel eğilim, bu güvenin kökeninde Hipokrat geleneğini, özellikle de Hipokrat Andı'nı görmektir. Ancak söz konusu güven ögesinin Hipokrat öncesine dayandığı düşüncesi, Hipokrat Andı'ndan önceki ant metinlerinin incelenmesi ve hekime güven geleneğinin bu metinlerde ve başkalarında gösterilmesiyle, giderek geçerlilik kazanmaktadır. Söz konusu düşünceyi destekleyen verilerden biri de Hipokrat tıbbının Hipokrat tarafından başlatıldığı öne sürülen geleneğe uymayan pek çok yönünün bulunuşudur. O halde kesin olarak gösterilmemiş olmakla birlikte, hekim-hasta ilişkisinde hekime güvenme geleneğinin Hipokrat'tan daha eski bir gelenek olduğu varsayılabilir. Ayrıca, Hipokrat Andı'nın daha sonraki he-

kim-hasta ilişkisini her yerde etkilediğini söyleyebilir miyiz?

Hekim-hasta ilişkisinin güven ögesine dayanması kuşkusuz kaçınılmaz bir durumdur, çünkü özel bir eğitim gerektiren tıp bilgisine sahip olmayan hasta ya da daha genel olarak toplum, hekimden hem bu bilgiye sahip olmasını, hem de onu iyileştirici olarak olumlu yönde kullanmasını beklemektedir. Söz konusu bilgiye sahip olmadığı için de hekimi ancak bir ölçüde denetleyebilmektedir. Bu denetlemeyi de, görevlendirdiği başka hekimler aracılığıyla yapmaktadır. Sonuç olarak en az bir ya da birkaç hekime güvenmek durumunda kalmaktadır.

Hekimliğin bir meslek olarak gelişiminin başlangıcında söz konusu güven, gizemli bir güce ve onun yarattığı erke dayanmak durumundaydı. Bunun nedeni tıp bilgisinin bugünküyle karşılaştırılamayacak ölçüde azlığı ve hekimin elindeki tedavi etme olanaklarının kaçınılmaz **sınırlılığıdır**. Hekim birçok hastalığın nedenini açıklamamakta, hatta kimi hastalıkları tedavi ettiği halde onları iyileştiren etkenin ne olduğunu bilememektedir. Bu durum doğal olarak ya da bilmeden hekimin etkinliğini giz perdesine bürümesiyle sonuçlanmıştır. Hekimliği saran bu gizem hekime hem bilgisizliğini gizleme olanağı, hem de açıklanamaz bir tedavi gücü kazandırmıştır. Kuşkusuz o çağların en yetersiz bilgisi tıp bilgisi değildi; ancak toplumun genelinin kullanımına açık olan bilgi, iletişim araçlarının da yetersizliği nedeniyle çağın bilgi düzeyinin daha gerisinde olduğundan, hastanın hekimden beklentisi ile hekimin ona sunabildikleri büyük ölçüde uyum içindedir. Hasta hekimden kendisi için en iyi olanı yapmasını beklemektedir, kendisiyle ya da çağın tıp bilgisi ile ilgili fazladan açıklamalara gereksinim duymamakta ya da en azından bunu dile getirememektedir. Buna hastalığın neden olduğu çaresizlik duygusunun ve ölüm korkusunun (ki o dönemlerde hastalığın ölümle sonuçlanması, iyileşmesinden daha sık görülen bir sonucu) yol açtığı ruhsal gerileme (regresyon) de eklenince, ortaya hastanın hekimi babası ya da yarı-Tanrı gibi algıladığı tipik bir babaca ilişki modeli çıkmıştır.

Bu yarı-Tanrı hekimin erki ve ilişkideki yetkisi o denli sorgulanamaz bir duruma ulaşmıştır ki, bir süre sonra artık gizeme bile gerek kalmamıştır. Hastaya bilgi vermemek hatta onunla konuşmamak ya da anlayamayacağı bir dille konuşmak hekimliğin öğelerinden biri, bir tür eşyanın doğası durumuna gelmiştir. Yani hekim demek anlaşılmasız bir dille ve çok az konuşan, herkesin bilemeyeceği ve kolayca anlaşılacak bazı bilgilere sahip olan kişi demek olmuştur. Ve o bu bilgiler yardımıyla nasıl olduğu belli olmayan bir biçimde hastaları iyileştirmektedir. Hekimin gücü yadsınamaz, çünkü işe yaramakta, somut sonuçlara yol açmaktadır.

Hekimin erkini besleyen gizem ve bilginin paylaşılmaması durumu, toplumsal konum gibi başka etkenle-

rin de etkisiyle giderek gözden silinmiştir. Hekimin ne redeyse doğuştan üstün bir insan olduğu bile düşünülebilmiştir. Hastanın bu üstün ve iyi yarı-Tanrı hekime güvenmesinden daha olağan ve doğru ne olabilirdi! Söz konusu ilişkide hastadan beklenen, hekime kendisiyle ilgili gerekli bilgiyi en doğru biçimde vermesi ve onun "komutları" doğrultusunda üzerine düşeni yapmasıdır.

Genel olarak bilimsel bilginin gelişmesi, tıp alanında önemli bir bilgi patlamasına neden olduğunda bile, başlangıçta bu durumun pek değiştiği söylenemez. Hekim-hasta ilişkisinin ayrıntılı biçimde sorgulanması ve büyük bir değişim geçirmesi ancak bilgideki bu artışın toplumun kullanımında olan bilgiye yansısıyla olmuştur.

#### *b) Paylaşım ve bilgi aktarımına dayalı güven*

Toplumun eğitim düzeyi yükseldikçe ve ulaşabildiği bilgi kaynakları arttıkça, öte yandan hasta hakları kavramı geliştikçe hekim-hasta ilişkisinde hekimin sahip olduğu yetke sorgulanmaya başlanmıştır. Hekimlerin sahip oldukları yetkeyi her zaman en uygun biçimde kullanmamaları da bu süreci hızlandırmıştır. Kuşkusuz en önemli değişim, ki buna hekim-hasta ilişkilerinin dönüm noktası da denilebilir, 2. Dünya Savaşı'nda Nazi hekimlerinin sahip oldukları bilgi ve gücü kesin olarak kötüye kullandıklarının saptanması olmuştur. Bu denetimsiz bir gücün neler yapabileceğinin somut bir örneğini oluşturmuş ve yarı-Tanrı hekim mitini özellikle Batı toplumlarının gözünde kesin olarak yıkmıştır. Bu noktada ortaya bu gücün nasıl denetlenebileceği sorunu çıkmıştır. Tarihsel deneyimlerden de anlaşıldığı gibi, hekimin etkinliğinin denetimini tümüyle hekimlerden oluşan bir örgüte vermek her zaman istenen sonuca ulaşmamaktadır. Derinlemesine incelemede hekime sorgulanamaz bir yetke sağlayan ve mistik özellikler taşıyan gücün kaynağının bilgi olduğu gerçeği yeniden ortaya konulunca, hekimin, hekim-hasta ilişkisindeki erkini bilgiyi paylaşmak yoluyla hastaya paylaşması gerektiği sonucuna varılmıştır. Bu süreç, hekimin hastayı kendi adına uygun kararları vermesine yetecek kadar bilgilendirmesinin zorunlu tutulmasıyla noktalanmıştır. Ayrıca hekime, o bunu her zaman onaylamasa bile, bu kararlara saygı gösterme yükümlülüğü verilmiştir. Buna aydınlatılmış onam (informed consent) denmektedir.

Günümüzde hastanın hekime güvenmesinin dayanağı, onun kendisi için en iyi olanı yapacak kişi olmasından çok, kendisi ile ilgili en uygun kararı vermesini sağlayacak bilgiyi ve seçme şansını ona sağlamakla (ve uygulamakla) yükümlü kişi olmasıdır. Kanımca bu, hekim-hasta ilişkisinde varlığı kaçınılmaz olan güveni daha sağlam ve sağlıklı bir temele oturtmuştur. Bugün hekimle hasta arasındaki bilgi akışının, hastadan hekime yönelen, tek yönlü bir akış olmayıp iki yönlü olduğu ve onun en önemli bölümünü hekimden hastaya yönelen akışın oluşturduğu konusunda yaygın bir uzlaşma bulunmaktadır. Hekimden hastaya yönelen bilgi akışının önemi, yalnızca tedavinin olumlu sonuca ulaşmasını

sağlamakta sahip olduğu büyük etkinlik ve hekimin sahip olduğu erkin denetlenmesini sağlaması değildir. Bu, aynı zamanda hastanın kendi sağlığının sorumluluğunu üstlenerek duyarlılık kazanmasına da olanak sağlamaktır. Ancak bunun içeriğinin saptanmasında, zamanlamasının yapılmasında ve sürekliliğinin sağlanmasında söz konusu olan güçlük, bu konunun ayrıntılı bir biçimde ele alınmasını zorunlu kılmaktadır. Tüm bu nedenlerle aydınlatılmış onam öğretisi günümüzde tıp etiği alanında en çok incelenen konulardan biri durumuna gelmiştir ve hekim-hasta ilişkisi bu açıdan ayrıntılı bir biçimde sorgulanmaktadır.

c) *Hekim-hasta ilişkisi için bireysel psikoterapi modeli*

Taşıması gereken özellikleri yukarıda belirtilen hekim-hasta ilişkisi için, ruh hekimliğinde kullanılan bireysel psikoterapi ilişkisi modelinin iyi bir örnek oluşturabileceği kanısındayım. Burada söz konusu ettiğim, psikoterapi sürecinde hastaya uygulanan yöntemin içeriğinden çok, ilişkinin kuruluş ve sürdürülüş biçimidir. Bireysel psikoterapi sürecinde ilişki, koşulların saptanmasıyla başlar. Bu koşullar arasında; hekim-hasta ilişkisinin sınırları, süresi, uygulanacak dürüstlük ilkesi ve bunun sınırları, paylaşılacak bilginin niteliği ve amaçlanan ortak hedeflerin saptanması gibi karşılıklı katılım temelinde dayalı ilişkinin temel öğeleri bulunmaktadır. Psikoterapide, sürecin sağlıklı ilerleyebilmesi ve tedaviden olumlu sonuç alınabilmesi için, başta saptanan bu ilkelere uyulması, değişen koşulların yeniden ve birlikte tartışılarak yeni ilkelerin oluşturulması bir gereklilik olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle özellikle hekim "tedavi sözleşmesi" denilen bu anlaşmanın yapılmasında ve ona uyulmasında ısrarlı olmaktadır.

içeriği farklı olmakla birlikte, öteki klinik dallarda da bu uygulamanın yapılması kanımca hem olanaklı, hem de işlevseldir. Bazı özel ve göreceli olarak ender durumlar dışında, bu ilişki biçimi tıbbın tüm alanlarında kullanılabilir. Hem hekimin hastaya karşı yükümlülüklerini belirlemek, hem de ulaşmaya çalışacakları ortaklaşa amacı saptamak bakımından bu yöntemin oldukça uygulanabilir olduğu savunulabilir. Ancak kuşkusuz konunun ayrıntılı ve kapsamlı olarak geliştirilmesi gerekmektedir

f) *Hasta ve hekim hakları, görev ve sorumlulukları*

Hekim-hasta ilişkisi bu denli ayrıntılı sorgulanınca, başta hastaların hakları olmak üzere, hekimlerin hakları, görevleri ve sorumlulukları da belirlenmiştir. Bu konularda birçok bildiri ve yasal metin oluşturulmuştur. Bunların tümüne burada yer vermek kuşkusuz olanaksızdır. Bu metinlerin başta hasta hakları olmak üzere ve ona dayanarak hekimlerin görev ve sorumluluklarını ayrıntılı bir biçimde ortaya koyduklarını vurgulamak yeterli olacaktır. Ancak tüm bu metinlerde gözden kaçan çok önemli bir noktayı vurgulamayı gerekli görüyorum. Yukarıda sözü edilen metinlerde hastanın görev ve sorumluluklarından ya hiç söz edilmemekte, ya da yalnız-

ca dolaylı olarak söz açılmaktadır. Bu durum oldukça düşündürücüdür; ve kanımca nedeni klinikteki hekim-hasta ilişkisinin henüz tümüyle babaca ilişki temelinden kurtulamamış olmasıdır. Hasta, bu ilişkide, hâlâ hekimin dediğini yapacağı varsayılan ve sonuçta ödemesi gereken parayı ödediğinde sorumluluğunu yerine getirdiğine inanılan bir ögedir.

Karşılıklı katılım temelinde dayalı ilişki hastanın bu konumunu sorgulamaya açık duruma getirmiştir. Bu tür ilişki hastaya bazı olanaklar tanır ve onun özerkliğini korurken, ona şimdiye kadar üstlenmediği bazı görev ve sorumluluklar da yüklemektedir. Bunların başında bilgiyi isteme ve verilen bilgiyi işleme konusundaki görevleri gelmektedir. Özellikle bilgiyi işleme hastanın çok temel bir görevidir. Bu görev, bilgiyi algılamak, anlamak, uygun biçimde yorumlamak ve kullanmak, geri bildirimde bulunmak gibi öğeleri içerir. Hastanın ikinci önemli görevi, sahip olduğu bilginin ve dolayısıyla kendi sağlığının sorumluluğunu taşımasıdır. Bu, yalnızca hekimin önerilerini ya da "komutlarını" yerine getirmek demek değildir; aynı zamanda koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanmak, sağlıklı bir yaşam biçimini benimsemek ve tedaviyle ilgili uygun kararlar almaya çalışmak demektir. Hastanın bir başka önemli görevi ise, sahip olduğu hakları savunması ve bunların çiğnenmesi durumunda, değişebilecek biçimlerde tepki göstermesidir. Hastanın haklarını savunmadığı ve kullanma isteğini göstermediği durumlarda, bu hakların hızla uygulamadaki etkinliklerini yitirmeleri olanaklıdır.

Hekimin en temel haklarından biri, mesleğini baskı altında kalmaksızın, çağdaş bilimsel tıbbın gereklerine ve etik ilkelere uygun olarak uygulayabilmektir. Bir hekim hastasının yaşamını tehlikeye atmamak koşuluyla kendi değerlerine uygun olmayan bir uygulamayı yapmaya zorlanamaz. Hekimin, kendi sağlığını ve can güvenliğini korumak için bazı koşulları isteme ve uygulamaları sonunda belli bir parasal kazanç bekleme hakları da bulunmaktadır. Hekimin hakları yukarıda sayılanlarla sınırlı değildir ve kuşkusuz hasta ile ilişkisinde hekim de kendi haklarını bilmek, gözetmek ve savunmak durumundadır.

Karşılıklı katılım temelinde dayalı ilişkinin uygulamanın bir parçası olabilmesi ve sürekliliğini koruyabilmesi için, hem hekimin hem de hastanın görev ve sorumluluklarını yerine getirerek ve haklarını koruyarak bu ilişkiye özen göstermeleri gerekir. Çünkü özen gösterilmeyen ilişkiler, kendilerinden beklenen sonuçları vermezler. Bu aile içi ilişkilerde, meslek içi ilişkilerde olduğu gibi insanlar arası ilişkilerin hemen her türünde de böyle değil mi?

g) *Sonuç*

Bu yazının temel amacı, genel olarak klinik tıp etkinliğine bakıldığında karşılıklı katılıma dayalı ilişki modelinin hem tıbbın temel amacına uygun, hem de işlevsel olduğu savının kabul edilebileceğini vurgulamaktır. Bu modelin uygulama alanında gerçekleşmesi kuşkusuz

bazı somut koşulların sağlanmasıyla ilişkilidir. Ancak temelde, hekim başına düşen hasta sayısının belli bir oranda tutulması, klinik ortamının yabancılaştırıcı görünüm ve kokulardan arındırılması, hekimle hasta arasındaki doğrudan parasal ilişkinin ortadan kaldırılması ya da en aza indirilmesi gibi bu bağlamda sayılabilecek koşulların etkisi kanımca oldukça sınırlıdır. Öncelikle hekimlerin ve hastaların hekim-hasta ilişkisi konusunda duyarlı olması, özellikle hekimlerin bu ilişkinin tedavideki önemli rolünü kavramaları gerekmektedir. Ancak bu durumda hekimin özenli bir ilişki kurmayı bir zaman kayıbı ya da tedaviyi geciktirici, kimi zaman da engelleyici bir öğe olarak görmesi engellenebilir. Hastanın haklarını bilmesi ve hekimle olan ilişkisinde bunlara sahip çıkması, ilişkiyi bu yönde yönlendirmesi de aynı oranda önemlidir.

Hastaların, hasta hakları savunucularının ve hasta haklarını savunan kurumların baskısı, tarih boyunca babaca bir tutumu benimsemiş ve onun en işlevsel tutum olduğunu düşünmüş olan hekimleri, bugün kendilerini sorgulama noktasına getirmiştir. Bunun sonucunda hekim-hasta ilişkisinde bir değişim yaşanmıştır. Tıp bilgisinin yeterince gelişmediği ya da tıbbın yapısının sahip olunan bilgiye koşturarak değişmediği ülkelerde bu değişim daha yavaş olmaktadır. Bu yazının kaynaklar bölümünde yer alan makalelerin sayıca az oluşlarının ve tarihlerinin eskiliğinin nedenlerinden biri de budur. Ülkemizde hekim-hasta ilişkisi ile ilgili değişim tıbbın gelişmişlik düzeyine göre daha yavaş olmaktadır. Değişimin gerçekleştiği ya da değişim sürecine girmiş bulunan ülkelerde de henüz uygulamanın ölçütleri tam olarak oluşturulamamış ve sürekliliği güvence altına alınamamıştır. Günümüzde bu ülkelerde hekim-hasta ilişkisi ile ilgili olarak yayınlanan yazılar daha çok bu yöndeki çalışmaları içermektedir. Yazarınız da bu ko-

nuyu ele almayı sürdüreceği daha sonraki yazılarında bu çalışmaları ve bu alandaki son gelişmeleri gündeme getirecektir. Uygulamanın sağlıklı bir biçimde yürütülmesini sağlayacak bu öğelerin yerine getirilebilmesi için çalışmaların sürdürülmesi gerekmektedir. Bu da kuşkusuz hekimlerin ve hastaların konuya olan ilgi ve desteklerini sürdürmeleri ile olanaklı olacaktır. Hekim-hasta ilişkisini temelde karşılıklı katılıma dayalı olacak biçimde, özel durumlar için ölçütler saptanarak yeniden oluşturmak; onun belirli bir yetkinlik düzeyinde eşit iki yetişkin insanın ilişkisi durumuna gelmesini sağlamak; çağdaş bilimsel tıbbı, özellikle de klinik uygulamayı bu temel üzerinde yeniden yapılandırmak için daha birçok çalışma yapmak gereklidir.

## KAYNAKLAR

1. Kadioğlu S. Hasta ve hekim kimlikleri üzerine. Tıp Tarihi Doktora ders sunuşu, 1992.
2. Demir B. Felsefede ve tıpta kümeleştirme. intemlik Seçmeli Dönemi Semineri metni, 1990.
3. Arsan C. Yaman Örs'le özel konuşma. 1968; Örs Y. Tıp ve Eğitimi. Beş Öğretim Üyesiyle. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi Enstitüsü Uzmanlık Çalışması. Ankara, 1973;268.
4. Örs Y. Geçmişte ve günümüzde hekim-hasta ilişkileri. Tıp Dünyası 1975; 48:224-30, 319-27.
5. Szasz TS, Knoff WF, Hollender MH. The doctor-patient relationship and its historical context. American Journal of Psychiatry, 1958;115:522-28.
6. Szasz TS, Hollender MH. A contribution to the philosophy of medicine. Archives of Internal Medicine 1956;97:585-92.
7. Baltaş A, Baltaş Z. Hekim-hasta ilişkilerinde iletişimin geliştirilmesi. Cumhuriyet Bilim-Teknik, 1995;422:10-2.