

Hekim-Hasta İlişkisi: Karar Verme Sürecinde Hastanın Yeri

THE DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP: THE POSITION OF THE PATIENT IN THE DECISION-MAKING PROCESS

Dr. Alis ÖZÇAKIR^a

^aAile Hekimliği AD, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, BURSA

Özet

Hekim-hasta ilişkisi günümüzde üzerinde önemle durulan konulardan birisidir. Hasta ile hekim arasındaki iletişimde; karşılıklı iyi bir ilişkinin kurulması, bilgi transferi ve tedavi ile ilgili karar verme gibi farklı amaçlar bulunmaktadır. Son yıllarda sıklıkla hekim-hasta arasında bir ortaklık kurulması felsefesinden de bahsedilmektedir. Bu ilişki biraz daha derinden incelendiğinde, hekim-hasta arasında bir takım etkileşim modellerinin olduğu bildirilmekte; bu etkileşim tiplerinden paternalistik yaklaşım modeli, bilgilendirme modeli ve paylaşımcı model yaygın olarak tanımlanmaktadır. Sağlıkta değişimler, hasta hakları, eğitimdeki gelişmeler gibi çeşitli faktörler sonucu; "hastanın tıbbi karara katılması" önem kazanan bir alan olarak ortaya çıkmaktadır. Hekim-hasta arasındaki farklı etkileşim modellerinin ve hasta ile tıbbi kararın paylaşımı konusunun bilinmesi bu önemli ilişki sürecinde yararlı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Doktor, hasta, iletişim, karar verme

T Klin J Med Sci 2004, 24:411-415

Abstract

The doctor-patient relationship has recently attracted renewed interest. Creating a good inter-personal relationship, exchanging information and making treatment-related decisions are the principal purposes of effective doctor-patient communication. The philosophy of building a partnership between the doctor and patient is being frequently addressed. Upon close examination of this relationship, several modes of interaction between the doctor and patient have been recognized. The paternalistic, the informed and the shared approaches are models commonly described. As a consequence of many factors (e.g., universal health care challenges, patient rights concerns, educational developments, etc.) "patient participation in medical decision making" has become an important aspect in this relationship. A review of the various interaction types and a consideration of the subject of sharing medical decisions with patients should be beneficial in defining this relationship.

Key Words: Doctor, patient, communication, decision-making

İki insan arasındaki en önemli ilişkilerden biri olan ve temeli güvene dayanan hekim-hasta ilişkisi günümüzde büyük bir değişim içine girmiştir. Hasta tarafından bakıldığında, gelişen tıp teknolojisi, giderek karmaşıklaşan sağlık sistemi ve bir ölçüde insancılıktan uzaklaşmış hekimlik nedeniyle hasta zor duruma düşmüştür. Bu nedenle hasta hakları son yıllarda tüm dünyada sağlık hizmeti tartışmaları içerisinde önemli bir yer tutmaya başlamıştır. İlk olarak 1981 yılında Dünya Tabipler Birliği tarafından kabul edilen "Lizbon

Hasta Hakları Bildirgesi" ve ardından 1994 yılında Amsterdam'da yapılan Dünya Sağlık Örgütü'nün düzenlediği toplantıda kabul edilen "Avrupa'da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi" ile hasta hakları uluslararası belgelerce ortaya konmuştur.¹

Günümüzde tüm dünyada hasta hakları ve hastanın her şekilde bilgilendirilmesi ile ilgili yasalar bulunmaktadır. İnsan hakları bildirelerinde, hastanın bilgilendirilmesi ana başlığı altında kullanılan cümleler şu şekildedir: "Hastanın, yeterli ölçüde bilgilendirildikten sonra önerilen tedaviyi kabul veya reddetme hakkı vardır"; "Hastalar, durumları ile ilgili tıbbi gerçekleri, önerilen tıbbi girişimleri ve her bir girişimin potansiyel risk veya yararlarını, önerilen girişimlerin alternatiflerini, tedavisiz kalmanın sonuçlarını, tanı, prognoz ve tedavinin gidişi

Geliş Tarihi/Received: 16.01.2003

Kabul Tarihi/Accepted: 23.05.2003

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Alis ÖZÇAKIR

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği AD, 16059, Görükle, BURSA
alis_o@yahoo.com

Copyright © 2004 by Türkiye Klinikleri

konularını içerecek şekilde sağlık durumları konusunda tam olarak bilgilendirme hakkına sahiptir".^{2,3}

Hekim-hasta ilişkisinde, hastanın uygun şekilde bilgilendirilmesi yanında diğer bir boyut da, hasta ile bir ortaklığın oluşturulmasıdır. Yapılan çalışmalar sonucunda hasta memnuniyetinin, hastaya verilen bilgi ve hastanın hastalığını anlama düzeyi ile değiştiği gösterilmiştir.⁴ Hasta hakları, hastanın bilgilendirilmesi, hasta ile bir ortaklık oluşturma ve hasta memnuniyetinin sağlanmasından yola çıkıldığında, hekim-hasta ilişkisinde farklı modellerin bulunduğu görülmektedir.

Hekim-hasta etkileşimi ve etkileşim modelleri

Karar verme, insan davranışının en karmaşık yönlerinden birisini oluşturmaktadır. Bu durum, özellikle hasta ile hekim arasındaki etkileşim sırasında, geniş anlamda problemlerin tanımlandığı ve bunların çözümü ile idaresi için planların yapıldığı bir dönem olan "konsültasyon" sırasında yaşanmaktadır.^{5,6} Tıbbi sonuçlarla ilgili belirsizlik, kanıtların yetersiz oluşu, insan faktörü ile tıbbi uygulamalar arasındaki önceden tahmin edilemeyen karmaşık etkileşimler, bunun da ötesinde günümüzde insanın değer ve düşüncelerinin rolü tıp alanında giderek artan etkiye sahip özellikler olarak ortaya çıkmış; bilgiye ulaşım kolaylığının artması ve hastanın otonomisinin de önem kazanması gibi birçok faktör hastaları karar verme sürecine katmıştır.⁷⁻⁹ Hasta merkezli yaklaşım modellerinin ilk kez sunulduğu 1980'lerden sonra, hasta ile doktorun ortak karar verdikleri, yani 'karar vermede paylaşım' şeklinde yeni bir alan ortaya atılmıştır. Sağlıkla ilgili kararlara hastaları katmanın, bir başka deyişle hasta ile tıbbi kararı paylaşmanın sağlık sonuçları üzerine belirgin ve sürekli bir farklılık yarattığı bildirilmektedir.¹⁰ Karar paylaşımı, hekim-hasta arasında görülen etkileşim tiplerinde farklı olmaktadır.

Hekim-hasta ilişkilerine bakıldığında; çeşitli modeller ileri sürülmekle birlikte yaygın olarak ifade edilen etkileşim tipleri şu şekilde tanımlanmaktadır.¹¹⁻¹³

1. Paternalistik model (Paternalism / Paternalistic model)

2. Bilgilendirme modeli (Informed model)

3. Paylaşım modeli (Shared model)

Paternalistik model ↔ Paylaşım modeli ↔ Bilgilendirme modeli

Tıbbi kararın verilmesi açısından etkileşim modellerindeki farklılıklar

Paternalistik model: Paternalizm'in Türkçe karşılığı "(devletin, hükümetin, bir kuruluşun, patronun) kendine bağlı bireylere karşı babanın çocuğuna davrandığı gibi davranması" şeklindedir. Karar verme aşamasında sorumluluğun tamamen doktor tarafından üstlenilmesidir. Bu yaklaşım uzun yıllar boyunca, tedavi ile ilgili karara varılmasında en çok kullanılan modeli oluşturmuştur.¹³⁻

¹⁴ Bu modelin saf formunda hasta doktorun tercih ettiği tedavi seçeneğini kabul ederek pasif olarak hekimin profesyonel otoritesine boyun eğer. Bu model, doktorun her şeyi ve her şeyin en iyisini bildiği varsayımı, hastaları katmaksızın hastalar adına karar verme ve hastalar alternatif yollardan tıbbi bilgiye ulaşmış olduğunda hekimin kendini tehdit altında hissetmesi şekline kadar değişebilir.¹⁵ Tedaviye karar verme aşamasındaki herhangi bir basamak bu modelde yoktur; başka bir ifade ile aslında burada hekim-hasta ilişkisi de bulunmamaktadır.¹³ Bu model, son yıllarda hastalarla hekimler arasında daha çok ortaklık şeklinde bir ilişkinin olması gerektiğini savunan doktorlar, hastalar, tıbbi etik uzmanları ve araştırmacılar tarafından değişime uğratılmıştır.^{16,17}

Bilgilendirme modeli: Paternalistik yaklaşımın tam karşı kutbunda bulunan modeli oluşturmaktadır. Hastanın tedavi seçenekleri ile ilgili bilgilendirilmesi ile karar verme sürecinde hekimin kendini geri çekmesi şeklindedir. Bu modelde hasta-hekim arasında bir ilişki bulunur ancak bilginin aktarımı safhası sadece tek yönlü, doktordan hastaya olacak şekildedir. Hekim, tüm olası tedavi seçeneklerini, bunların yarar ve zararlarını anlatarak hastayı bilgilendirmektedir.¹³ Bu modele göre hekimin görevi, hastaya bütün gerçekleri bildirmektir; bu bilgiler ışığında hasta yapılacak olan tedavileri değerlendirir.¹⁸ Süreç şu şekilde sonlandırılmaktadır: "Size yeterli bilgiyi verdim, bu konudaki kararınız nedir?".¹¹ Bu modelin benimsenmesinde hasta hakları çok etkili olmuştur.

Paylaşım modeli: ‘Tıbbi kararın paylaşımı’ (Shared decision making) terimi, hekimlerin hastaları aktif olarak tıbbi karara varma sürecine sokmayı hedefledikleri konsültasyonlar için kullanılmakta ve giderek artan şekilde tıp çevresinde karar verme açısından ideal bir model olarak savunulmaktadır.^{5,19} Bilgilendirme modelinin aksine bu modeldeki temel özellik, hasta ile hekimin karar verme sürecinin her safhasında paylaşımında bulunduğu, karşılıklı etkileşimsel yapısıdır.^{19,20} Bir başka deyişle; bu modelde hekim danışmandır; hastaya arkadaş ya da öğretmen gibi davranır. Hekim yalnızca hastanın ne yapabileceğini belirtmekle kalmaz, aynı zamanda hasta ile hangi çeşit sağlık uygulamalarını kabul edebileceği konusunda da tartışır.¹⁸ Özellikle hastanın yaşam kalitesi üzerine farklı etkileri bulunabilecek olan çok sayıda tedavi seçeneklerinin bulunması durumunda, hastanın tercihine sunulması daha sağlam olmakta; hastaların karar sürecine aktif katılımları tedavinin etkinliğini arttırabilmektedir.²¹ Bu modeldeki anahtar noktalar şu şekilde sıralanmaktadır:¹⁹ 1) Hekim-hasta olarak en az 2 katılımcı olmalıdır, 2) Her iki taraf da bilgi paylaşımında bulunmalıdır, 3) Tercih edilen tedavi hakkında her iki taraf da fikir birliği oluşturmaya yönelik adım atmalıdır, 4) Uygulanacak tedavi hakkında ortak bir karara varılmalıdır.

Tablo 1’de tıbbi karar verme süreci, yukarıdan aşağı doğru analitik basamaklar şeklinde sıralanarak 3 etkileşim modeli arasındaki farklılıklar gösterilmektedir.¹³ Bilgi aktarımı (akış, yön, tip, gereken minimum miktar), tedavi seçenekleri hakkında görüşme-tartışma ve uygulanacak olan tedaviye kimin karar verdiği şeklindeki aşamalarda model-

ler arası farklılıklar görülmektedir. Paternalistik modelde hekimin, bilgilendirme modelinde ise hastanın ön planda olduğu görülmekte iken; paylaşım modelinde hekim ve hasta arasında bilgi paylaşımının iki yönlü, karar verme açısından da bir ortaklığın olduğu göze çarpmaktadır. Tablo aynı zamanda hekim-hasta etkileşiminde çeşitli ara modellerin de bulunduğunu göstermektedir.

Hastanın tıbbi karara nasıl katılacağı ya da başka bir deyişle katılma aşamaları bazı çalışmalarda önerilmiş; ancak, henüz tam olarak araştırılmamış;^{12,22} yine pratikte hastanın bu karara katılması prensibinin ne şekilde algılandığı da henüz ortaya konamamıştır.²³

Towle tarafından önerilen hastanın tıbbi karara katılma aşamaları da şu şekilde belirtilmektedir.²²

- 1) Hasta ile bir ortaklık oluşturulması,
- 2) Hastanın bilgi edinme açısından tercihlerinin belirlenmesi (örneğin: ne kadar ve ne şekilde istiyor),
- 3) Hastanın karar vermede bir rol üstlenme açısından tercihlerinin belirlenmesi,
- 4) Hastanın düşünce, kaygı ve beklentilerinin belirlenmesi ve yanıtlanması,
- 5) Hasta kişiyle ilgili olarak yapılan araştırmalardan seçeneklerin belirlenmesi ve kanıtların değerlendirilmesi,
- 6) Yukarıda belirtilen aşamaları hesaba katarak kanıtların sunulması; hastanın değer yargıları ile yaşam tarzına bakarak alternatif kararların etkisini saptama ve hastanın iyice düşünmesine yardımcı olunması,

Tablo 1. Tedavi ile ilgili karara varma açısından hekim-hasta etkileşim modelleri

Analistik safhalar	Paternalistik model	Ara model	Paylaşım modeli	Ara model	Bilgilendirme modeli
Bilgi akışı	Tek yönlü (genelde)		İki yönlü		Tek yönlü (genelde)
Bilgi aktarımı yönü	Hekim →Hasta		Hekim ↔ Hasta		Hekim →hasta
Aktarılan bilgi tipi	Tıbbi		Tıbbi ve kişisel		Tıbbi
Aktarılan minimum bilgi miktarı	Yasal ihtiyaçlar kadar		Karara varma için yararlı olacak her şeyi kapsar		Karara varma için yararlı olacak her şeyi kapsar
Görüşme / müzakere	Hekim (tek başına veya başka hekimlerle)		Hekim ve Hasta (+ potansiyel diğer kişiler)		Hasta (+ potansiyel diğer kişiler)
Uygulanacak tedaviye karar veren kişi	Hekim		Hekim ve hasta		Hasta

7) Ortak bir karara varmanın görüşülmesi ve uygulanması; çatışmalara müdahale edilmesi,

8) Uygulama planı açısından bir anlaşmaya varılması ve takip açısından girişimlerin tamamlanmasıdır.

Ortak karara varma, hekim-hasta ilişkisi içerisinde yeni bir boyut olmakla birlikte; hastanın karar verme sürecine aktif olarak katılmasını destekleyen ve karşı çıkan çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Yapılan tüm bu çalışmaları karşılaştıran bir çalışma sonucuna göre, şu bulguların elde edildiği ifade edilmektedir:²⁴ a) Hastalar alternatif tedavi seçenekleri açısından bilgilendirilmeyi istemektedir, b) Genelde hastalar birden fazla tedavi seçeneği mevcutsa, tedavide karar verme aşamasına katılmayı istemektedir, c) Hastanın bu aşamaya aktif olarak katılımının yararları araştırmalarda henüz açık olarak gösterilememiştir.

Saptanan bu bulgular sonucunda, hastanın karar verme sürecine katılımında 'hazır olma' düzeyini değerlendirme açısından çeşitli metotların geliştirilmesi ve hastanın hazırlılık düzeyine uyacak uygulamaların yapılmasının katılımcılığı arttıracığı savunulmaktadır. Hastaların karar alma sürecinde aktif sorumluluk almaya hazır olma durumları ile ilgili henüz az şey bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda, genç kişilerin paternalistik yaklaşımdan ziyade, kendi tıbbi kararları ile ilgili daha çok aktif rol almak istedikleri; buna karşın bazı yaşlı ve ciddi rahatsızlıkları olan kişilerin kararı hekime bırakmayı tercih ettikleri gösterilmiştir.^{24,25}

Sonuç

Bu bilgilerin ışığı altında, hekim-hasta ilişkisinde yeni bir alan olarak ortaya atılan 'hasta ile tıbbi kararın paylaşımı' konusunda daha ayrıntılı çalışmaların yapılmasına ihtiyaç olduğu görülmektedir. Hastalar açısından bakıldığında, hastaların karar alma konusunda istekli olup olmama durumları ve ilgileri, hastaların eğitim ve kültür düzeyi; hekim açısından bakıldığında ise, hekimin eğitim ve beceri düzeyi, hekimin bakmakta olduğu hasta sayısı ve zaman, hekimin enerji ve ilgi durumu gibi sıralanabilenler ise bu tip bir yaklaşımın pratikte uygulanması açısından engel olarak kabul edilecek faktörler arasındadır.

Hastanın tıbbi karara ortak edilmesi gibi hayati bir konu, Avrupa'da eğitici konumunda olan aile hekimleri açısından büyük önem taşımaktadır. Bu noktadan yola çıkılarak, hekim ile hasta arasındaki farklı etkileşim tiplerinin, hasta ile tıbbi kararın paylaşımı konusunun bilinmesi, pratikte kullanılabilecek eğitim metodlarının öğrenilmesi bu önemli ilişki sürecindeki yaklaşımlara katkı sağlayacak; konu ile ilgili yapılan çalışma sonuçlarının sunulması yoluyla, uzun dönemde uluslararası bilgi / kaynak ağının oluşturulması yararlı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Elçioğlu Ö, Demirhan AE. Klinik uygulamalarda her durumda ortaya çıkan etik yükümlülükler. In: Demirhan AE, Oğuz Y, Elçioğlu Ö, Doğan H, editors. Klinik etik. İstanbul: Nobel Tıp kitabevleri; 2001.p.105-48.
2. Hasta hakları. Dünya Tabipler Birliği Hasta Hakları Bildirgesi, Lizbon; 1981. http://www.ato.org.tr/toplumsaglik/hastahaklari/hasta_haklari_4.shtml.
3. Hasta hakları. II. Avrupa'da Hasta Hakları Geliştirilmesi Bildirgesi, Amsterdam; 1994. http://www.ato.org.tr/toplumsaglik/hastahaklari/hasta_haklari_6.shtml.
4. Rakel RE. Establishing rapport. In: Rakel RE, editor. Textbook of Family Medicine. 5th ed. Philadelphia: Saunders Com; 2002. p.233-51.
5. Elwyn G. Shared decision making and patient involvement in clinical practice: an introduction. In: Elwyn G, editor. Shared decision making; Patient involvement in clinical practice. Nijmegen: WOK; 2001. p.10-1.
6. Schneider CE. The practice of autonomy: patients, doctors, and medical decisions. New York: Oxford University Press; 1998. p.58-61.
7. Sullivan FM, MacNaughton RJ. Evidence in consultations: interpreted and individualised. Lancet 1996; 348: 941-3.
8. Greenhalgh T. " Is my practice evidence-based? ". BMJ 1996; 313: 957-8.
9. Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P. Shared decision making in primary care: the neglected second half of the consultation. Br J Gen Pract 1999; 49(443):477-82.
10. Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P, Grol R. Shared decision-making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. Br J Gen Pract 2000;50(460): 892-9.
11. Samuelson M, Elwyn G. How to undertake shared decision making with patients? EURACT /CNGE Workshop, Paris: 2002.
12. Elwyn G, Edwards A, Gwyn R, Grol R. Towards a feasible model for shared decision making: focus group study with general practice registrars. BMJ 1999; 319: 753-6.
13. Charles C, Whelan T, Gafni A. What do we mean by partnership in making decisions about treatment? BMJ 1999; 319: 780-2.

14. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relation-ship. *JAMA* 1992;267:2221-6.
15. Coulter A. Paternalism or partnership? *BMJ* 1999; 319:719-20.
16. Eddy DM. Anatomy of a decision. *JAMA* 1990; 263:441-3.
17. Quill TE, Brody H. Physician recommendations and patient autonomy: finding a balance between physician power and patient choice. *Ann Intern Med* 1996;125:763-9.
18. Demirhan AE. Klinik uygulamalarda hekim-hasta ilişkileri. In: Demirhan AE, Oğuz Y, Elçioğlu Ö, Doğan H, editors. *Klinik etik*. İstanbul: Nobel Tıp kitabevleri; 2001. p. 65-84.
19. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision- making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med* 1997; 44(5):681-92.
20. 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.
21. Coulter A, Entwistle V, Gilbert D. Sharing decisions with patients: is the information good enough? *BMJ* 1999; 318:318-22.
22. Towle A. *Physician and patient communication skills: competencies for informed shared decision-making*. Vancouver, Canada: University of British Columbia;1997.
23. Gwyn R, Elwyn G. When is a shared decision not (quite) a shared decision? Negotiating preferences in a general practice encounter. *Soc Sci Med* 1997; 49:437-47.
24. Guadagnoli E, Ward P. Patient participation in decision-making. *Soc Sci Med* 1998; 47:329-39.
25. Charles C, Redko C, Whelan T, Gafni A, Reyno L. Doing nothing is no choice: lay constructions of treatment decision-making among women with early-stage breast cancer. *Sociol Health and Illness* 1998;20: 71-95.