

Sadece ‘Sayılarla Tanı’ Yöntemine İtiraz: Bir Olgu Örneği

Objection to ‘Numbers’ Merely As A Diagnostic Method Within the Sample Clinical Case

Özge AKSÜT^a

Bilgi Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi
Karşılaştırmalı Edebiyat Bölümü Mezunu,
İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 21.12.2009
Kabul Tarihi/Accepted: 05.01.2010

Yazışma Adresi/Correspondence:

Özge AKSÜT
Bilgi Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi
Karşılaştırmalı Edebiyat Bölümü Mezunu,
İstanbul,
TÜRKİYE/TURKEY
aksutozge78@hotmail.com

Anahtar Kelimeler:

Etik; klinik tıbbi;
olgu sunumları

Key Words:

Ethics; clinical medicine;
case reports

Gerçek bir Olgu:

27 yaşındaki bayan hasta, komplike bir vakadır. Hastanın klinik tablosunda, Subfebril Ateşlenmeler vardır. O ateşlerin, hastada yoğun kas ve eklem ağrıları yarattığı, kalbinde ve böbreklerinde şiddetli ağrılar hissettirdiği, hasta tarafından tarif edilmektedir. Ayrıca hastada, nefes darlıkları, taşikardi, midede reflü şikâyetleri vardır. İleri derecede dehidratasyonlu hastanın, kronik kasık ağrıları olmakla birlikte, sürekli çektiği yan ve bel ağrıları; Kosto-Vertebral Açık hassasiyetleri ve aralarda da vuran şiddetli karın ağrıları vardır. Yetersiz tanı ve tedavi nedeniyle, hasta bu şikâyetleri ilerleyici boyutlarda yaşayıp, ani tansiyon düşmeleri ve yükselmeleri ile seyreden şoklar da yaşar ve bu süreçlerde uykuya meyilli ve zihni bulanık bir hal alır.

Ayrıca, idrar retansiyonları ve poliürisi olan hastanın, yapılan USG’lerde de kanıtlanmış; miktarında belirgin artış gözükken ‘rezidüel idrar’ bulguları vardır. Hastanın, uzun yıllar önce yapılan ürolojik değerlendirmesinde (Ürodinami tetkikleri sonucu), hastada, o zamanlar ‘nöropatik mesane’den şüphelenilmiş, hastanın son çekilen Batın USG’lerinde de, “Bilateral Renal Parankim Ekosunda Grade 1 Düzey Artış” saptanmış olup, böbreklerle ilgili başka ek bir patoloji bulunmamıştır. Hastanın kanında, Kreatin düzeyleri hep sınır değerlerde çıkar. Hastada çok sık tekrarlayıcı Nötrofil yoğunluklu Lökosit artışları ve Fibrinojen aktivasyonları gözükmektedir. Hastanın TİT’lerinde ise, zaman zaman ufak yollu mikroskopik kanamalar saptanır. Bu tablolara ilaveten hasta, sürekli Alfa Hemolitik Streptokok’larla enfekte olmuş bir boğaz florası ve Proteus SPP. Bakterisi ile enfekte olmuş bir genito-üriner sistem florası ile yukarıda tarif edilen şikâyet ve bulguları sık ve tekrarlayıcı bir şekilde yaşamaktadır. Hasta, durumunun ilerleyici olması nedeniyle, özel bir hastanenin bir Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniği’nden bir Profesör’e muayene olmak ister.

Fakat hasta, bu hekime gitmeden önce, kafasında bir plan oluşturur. Çünkü Obsesif Kompulsif Kişilik özelliklerine sahiptir ve detaycıdır. Bu hu-

yundan ötürü hekimler karşısında oldukça fazla zarar gördüğünü düşündüğünden hasta, bu detaycı anlatımlarını, hekime gitmeden önce, kendince düzeltme yoluna gider. Gideceği bu hekim, bir Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı olduğu için, hastanın bu hekime ilk söylemesi gereken belirti, elbette ateş olmalıdır! Yaşadığı ateş rahatsızlıklarını, kısa ve öz olarak tarif etmesi gerektiğini bilir, çünkü sosyo-kültürel seviyesi yüksektir. O yüzden, “tıbbi” terimleri hekimlerden öğrenmiştir ve kullanabilmektedir. Hastanın daha önce gittiği hekimler onun ateşlerine bugüne kadar hep “Subfebril Ateş” demişlerdir. Dolayısıyla, belirtilerini kısa ve öz anlatma sorumluluğunu içinde taşıyan hasta, yalnızca tek bir “Subfebril Ateş” tabiriyle, ateş belirtisini, hekime anlatmayı kafasına koyar. Hem bu terim, “hekim dili” olduğu için, hasta, hekimle, bu şekilde bir anlatımla, daha rahat anlaşabileceklerini düşünür ve hekime gitmeden önce, kafasından hep bunları geçirir. En son olarak da, hastalık belirtilerini önem sırasına göre dizip anlatmayı; önceden yapılmış olan tetkiklerinin sadece patolojik gözükkenlerini hekime verip inceletmeyi planlar. Böyle yaptığında sorunlarının çözüleceği umudu ile hekimin kapısını çalar.

Klinikte, Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı hekim ile hasta, önce sıcak bir selamlaşma yaşarlar. Ardından hekim, anamnezin ilk klâsikleşmiş sorusunu hastaya sorar: “Şikâyetiniz nedir?” Bu soruyu duyduğunda hasta, kafasında daha önceden çizmiş olduğu şablonları aklına getirir ve cevabını öyle verir: “Benim Subfebril Ateşlerim oluyor hep, Doktor Bey ve bu ateşler beni çok rahatsız ediyor.”

_____ “Kaç derece, mesela ateşiniz?”

_____ “Ortalama 37.5 derece oluyor; ama bu derece, bir iki dizem üstünde veya altında da olabiliyor. 37.3 derece bile beni, sanki 39 derecenin şiddetindeymiş gibi yatırıyor, Doktor Bey.”

_____ “Ağızdan mı alıyorsun, dereceyi?”

_____ “Hayır, efendim, koltuk altımdan ölçüyorum! Bu Subfebril Ateşler beni çok fena yatırıyor.”

_____ “Bir kere “Subfebril Ateş” diye bir şey olmaz! O yanlış bir tabir! İkincisi, o dereceyi ağız-

dan ölçmediğin sürece, o söylediğin, ateş değildir! Sende aslında hiçbir hastalık yok! Sen sadece kafadan çatlaksın, o kadar!”

Hasta, burada hekime karşı yoğun öfkelenme ve incinme yaşar. Hekimin, ‘Subfebril Ateş’ gibi evrensel tıbbi bir bilgiyi yalanlayıcı sözleri, hekimin gerekli ‘meslekî’ donanımı olmadığını hastaya gösterir ve hekimin kullandığı bu “nezaketsiz” sözler, onu, hastanın gözünden düşürür. Öte yandan, hekimin sözlerine göre hasta zaten değersizdir! Böylelikle çifte değersizliklerin içine düşürülen hasta, yine de elindeki tetkiklerini, o anda hekime vererek, şu sözlerle, hekimi inandırmaya çalışır:

_____ “Ama efendim, normalde bu benim koltuk altımdan çıkan derece; ağızdan ölçüldüğünde, koltuk altına göre daha fazla bir ölçüm vermez mi? Koltuk altımdan ölçtüğüme 37.5 derece diyorsam, ağızdan zaten teorik olarak, daha fazlası çıkması beklendiği için, bu ateş sayılmaz mı? Öte yandan isterseniz, burada tetkiklerim var, görebilirsiniz! Benim bu bahsettiğim ateşlerde, lökosit, nötrofil ve fibrinojen değerlerim de yüksek çıkıyor. Bu da ateşimin olduğunun kanıtı değil midir? Alın, bakın!”

_____ Hayır değildir! Belki sen bu gösterdiğin tahlilleri, griplyken yaptırıp getirdin bana! O yüzden, ben bunlara inanmam! Bu 10 gün içerisinde, evde, her gün ağızdan derecelerini alıp, sonuçları, burada bana, yazılı bir kâğıtta göstermezsen, ateş değil seninki! Ayrıca sen biraz kafadan çatlak ve hastalık hastası! Bu da bir kişilik yapısıdır aslında ve bu hastalık ömür billâh kalır hep sende! Şimdi bana söyle! Sana öyle gelen bu ateş krizlerin, KAÇ DEFA (Burada ses tonunu yükseltiyor hekim) geliyor? Günde? Haftada? Ayda? Yılda?”

“KAÇ DEFA?” sorusunun cevabını, o ana kadar hasta, kendisi de hiç düşünmemiştir ve hastanın çektiği o kadar yoğun ve sürekli olan acılar, o ateşleri kaç kez yaşadığını, saati ve dakikasına göre, düşündürecek hal bırakmamıştır kendisinde. O yüzden hasta, bu sorunun cevabını bilememe durumu karşısında bunalım yaşar ve o anda hekime, bu bunaltısını tepkisel olarak dile getirir. Çünkü hekim, yineleyici sorularla, hasta üzerinde baskı uygulamak suretiyle, hastadan, ateşlerin günlere,

haftalara, aylara, yıllara göre dağılımını, sayısal veriler halinde, öğrenmek istemektedir: “Evet, kaç defa yokluyor sizi, bu ateş diye tarif ettiğiniz krizler? Eehh, artık, söyleyin ama!”

Hasta, bu soruya titrek ve üzgün bir sesle, “Öfff! Söylemek zorunda mıyım ben şimdi bunu? Bu ateşler bende sıklıkla var. Ateşsiz hallerim çok nadirdir. Yetmiyor mu bu cevap size?” diye yanıtını verir. Hekimin cevabı:

_____ “Hayır, yetmez! Bana söylemen lazım, bunun cevabını! Çabuk, söyle lütfen!”

Bu ısrara rağmen, hasta yine, dürüst davranmayı sürdürür ve cevabını bilmediği bu soruyu yanıtlamayıp, hekim karşısında uzun süre sessiz kalır. Ardından hekim, hastayı, “Senin gibi kafadan çatlak ruh hastaları, kendilerini bilip, bu soruları cevaplayamazlar zaten!” deyip, önündeki masada duran ve o ana kadar dikkatle bakmamış olduğu, hastanın tetkik kâğıtlarını, eliyle şöyle bir karıştırıp, hastaya geri vermek için uzatır. Tam o sırada, bir kâğıt parçası, tesadüfen hekimin gözüne ilişir: “Miktarı artmış Rezidüel İdrar ve Bilateral Renal Parankim Ekosunda Grade 1 Düzey Artış.” Profesör, hastanın en son çekilmiş olan bu USG raporuna, gözlerini iyice bir yaklaşıtırır ve :

_____ “Senin gibi hastalık hastası olan ruh hastaları, o kadar önemsiz kâğıt parçalarını hekime verir ki, işte böyle önemli kâğıtlar da, o önemsizlerin arasında önemsiz olup, kaynar gider. Bir kere, rezidüel idrar sende bu kadar çok olduğu sürece, sen çok sık sistit olursun ve o idrarın mesaneden tam boşalmayıp geri kaçması sonucu da, sistitle beraber zaman zaman ateşlenmeler yaşamış olursun. Bu ciddidir ve önlemi alınmazsa, ileride böbreklerini kaybetme riskin var! Anlaşıldı mı?” der.

Ardından, Enfeksiyon Profesörü, hastayı muayene etmeye geçer. Ancak hekim, muayenede, hastanın sadece karnına kısa bir dokunuş yapar ve “Neden ağrılı senin karnın böyle?” diyerek, hastanın suratına anlamsızca bir bakış atar. Bir de hekim, avucunu hastanın alnına dokundurarak, ateş yoklaması yapar. “Şu anda ateşin de var sanki senin!” der ve masasına düşünceli bir ifadeyle geçer ve bir şeyler yazmaya koyulur. O sırada, hekimin bu

enteresan tavrına karşı, hastanın cevabı kısa ve net olur: “Ateş değildir o; belki sıcak basmıştır!”

Muayene, oldukça kısa sürer. Hasta, o anda ateşinin var olduğunu hissetse bile, hekim karşısında, ateşi yokmuş tavrı takınır artık! Hekim, hem hastayı muayene ettiği sırada, hem de istem reçetesine önerdiği doktorların isimlerini yazdığı sırada, hastanın USG’de çıkan böbrek ve mesane patolojilerini önemseyip, onların gelecek için çok ciddi sorunlar olduğunu dile getirir. Bunun üzerine hasta, alaycı bir şekilde; “Aman boş verin, Doktor Bey! Ben sizden, bu ana kadar önemli bir şeyimin olmadığına garantisini aldım nasıl olsa; hastalık hastasıymışım! Nasıl olsa, bunca yıl, bu ateşleri hep yaşadım ve ölmedim, çok şükür! Yine aynı şekilde, griptir der, geçiştiririm bunları, ne olacak ki!” der.

_____ “Olmaz, bu önemli! Bakın, benim sözümlü iyi dinleyin şimdi!” der, hekim, kızgın bir ses tonuyla. Hekim, sözlerini şöyle noktalandırır: “Şimdi sana 2 tane Ürolog ismi vereceğim ve bu iki isimden yalnızca birini sen seçeceksin ve o hekimle önce ben konuşacağım, senin durumun hakkında. Sen işi karıştırırsın şimdi; anlatmayı beceremezsin ona. O yüzden durumu anlatma sorumluluğu bana ait! Bir de, bu 10 gün içinde, ağızdan her gün derecenı alıp, haftaya, bir kâğıda not düşerek, bana getirmeyi, sakın unutma! Bekliyorum. Tamam mı?”

Bu sözlerin ardından, hasta, hekim ile girişteki gibi kibarca tokalaşır ve mutsuz ve depresif (hekim tarafından yaratılmış-İatrojenik depresif) bir şekilde, hekimin poliklinik odasından ve hastaneden ayrılır.

Bu olguda, sayılarla hasta üzerinde bir GÜÇ oluşturan bir hekim ve o gücün altında duygusal anlamda ezilen, bir de hasta mevcuttur. Richard Sennett, “Otorite” adlı kitabında, paranın (kapitalin) işlediği ortamlarda hep var olan güç dengesizliğinden hekim-hasta ilişkilerini de içeren şu sözlerle bahsetmektedir: “... Öte yandan bir doktor ya da becerikli bir bürokrat kendisini eğitmiş ve geliştirmiştir; sahip olduğu özellikler onun malvarlığıdır ve başkaları onun bu özelliğine muhtaçtır”.¹

Öyleyse 'Kapitalist Modern Toplumlarda,' bu ikili ilişkilerin içinde hasta, hekime manevi olarak muhtaçtır; ancak hekim de hastaya, maddi olarak muhtaçtır; çünkü hekimin, o hastadan aldığı, ölçtüğü, biçtiği, hesapladığı sayısal verilerle, klinikte baktığı diğer hastaların verilerini gözlemleyip, deneyip, karşılaştırıp, ortalama (avarage) bir hastalık istatistiği oluşturması gerekmektedir.^{2,3}

Hekim, klinikte baktığı hastalardan topladığı sayısal verilerle çalışır. Genelde, toplum genelinde sıklığı, yaygınlığı ve tekrarlanması ile toplumsal bir boyut kazanmış "hastalıklar" üzerinde daha çok çalışılır. Hekime toplumsal 'bakış' yaratan bu tür hastalıklar,³ kendisine ve kurumuna büyük kazançlar getireceği için, hekimin bireylerden topladığı tek tek sayısal verilerle, toplumsal bir hipotez oluşturması ve bunu sayısal genellemelerle kanıtlanması, hekimi kurumsal, toplumsal ve ulusal ölçülerde 'başarılı' kılacaktır.^{3,4}

Böyle bir durumda, her dönem için toplum genelini etkileyen "hastalıklar" hep var olacaktır. Mesela bir dönem Kuş Gribi çok gündemde olan bir hastalıkken;⁵ bir başka dönem kene ısırması sonucu gelişen Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Hastalığı gündemde olmuştur ve toplum, bu hastalık konusunda aydınlatılmıştır.⁶ Şimdi ise, Domuz Gribi'nin sansasyonel bir haber oluşturması, ülke genelinde çeşitli risk analizleri yapan Sağlık Bakanlığı'nı harekete geçirmiştir.⁷ Diğer yandan, bir dönem Ülser ile "Helicobakter-Pylori" mikrobu arasında bir ilişki kurulmuş, ülserler o mikroba duyarlı antibiyotikler ile tedavi edilmiştir.⁸ Tıbbi literatürde, klinik araştırmalar yapılmış ve üzerlerine bilimsel bilgiler oluşturulmuş hastalıkları taradığımızda, Dr. Sevgi Tetik'in çalışmasındaki "Psoriatik Artrit Epidemiyolojisi" başlıklı şu tablo da, başka bir örnek olarak gözümüze çarpar.⁹

*Yaş: 20-40Görülme Sıklığı: 20-1000/100.000
İrk ve Coğrafya: Kuzey Avrupa ve*

*Cins: K/E 1/1 Yalnızca DIF eklem tutulumu
E>K Kuzey Amerika'da*

Genetik Birliktelikler: HLA B 38> Periferik artritli grupta, HLA B 39 > Bayanlarda daha sık

Asya'da seyrek.

Bu örneklerde de görüldüğü gibi, klinik hastalıklar üzerine çalışan hekimler, epidemiyolojik araştırmaların sonunda, hastalıkların genel olarak yaş, ırk, cinsiyet, bölgesel ve iklimsel koşullar; ayrıca da kurum içi ve dışı olgu benzerlikleri ve farklılıkları gibi faktörlere göre sınıflamasını yaparak, toplumsal "tanımlamasını" yapmış olurlar. Epidemiyoloji, tanım olarak, toplumu etkileyen sağlık ve hastalık faktörlerini araştıran bir bilim alanı olmakla birlikte, koruyucu halk sağlığı tıbbıyla ilgili yapılmış müdahalelerin esaslarına ve gerektirdiklerine dayalı hizmet de verir. Epidemiyolojinin halk sağlığı esasına dayalı bir yöntem bilim olduğu düşünülebilir ve o yüzden epidemiyoloji, hastalık risk faktörlerini teşhis etmek ve klinik pratikte en iyi tedavi yaklaşımlarını belirlemek için var olan 'Kanıt Dayalı Tıbbın' içinde yüksek derecede itibar görmektedir.¹⁰ Ancak yüksek itibar gören bu bilimsel bilgilerin doğruluğu da, çoğu zaman kurumların maddi ihtiyaçları ve kâr beklentileri göz önünde bulundurulduğunda şüphe ile karşılanmalıdır. Topuzoğlu ve Ay, yazmış oldukları, "Kanıt Dayalı Tıp" adlı kitapta, toplumsal genellemelere gidilen bu tür klinik çalışmalarda, hekimin "yan tutabileceğini" söylemekte, bu tür çalışmalardan doğabilecek "yanlış tanımlara" dikkatimizi çekmektedir.⁴

Buradan yola çıkarak, sunduğum örnek olguyu da göz önünde bulundurarak, şunları söyleyebilirim: İşletme anlayışları içindeki kurumlar, çalıştırdıkları hekimlerin uzmanlık başarılarını görmek için, her ay o hekimlerin baktıkları klinik hastaların sayılarını ve tedavi endikasyonları ile semptomları gerilemiş hastaların sayısal "çıktıları" almaktadırlar ve o çıktılarda "başarılı" görünen hekimler, kurum tarafından performanslarıyla ödüllendirilmektedirler.^{11,12} Bu nedenle, o çıktılarda kendilerini sayısal oranlarda "başarılı" göstermek isteyip de hakikatte "sayısal başarı" oranları düşük olan hekimlerin, hastanın sayısal verilerini klinik çalışmalarında kullanırken "yan tutma" girişiminde bulunabileceğini aklımızdan çıkartmamalıyız. Çünkü hekim ile hasta arasındaki tanı ve tedavi diyaloglarında, insiyatif tamamen hekimin elindedir; yani hekim isterse son derece yüzeysel bir anamnez alır ve bulguları subjektif olarak değerlendirebilir. Bir başka hekim, o görüngüyü (hastanın klinik tab-

losunu) başka türlü görüp, başka şekillerde yorumlayabilir. Bunun temelinde, sistemin hekimi “politik” davranmaya mecbur kılması yatar.¹³ Sağlık alanında, ülke kaynaklarının ve ekonomisinin verimli kullanılması için geliştirilen “istatistikî veriler” ve “sayılar” çok önemlidir ve bunun stratejik yönetimi devlet ve kurum yöneticilerine aittir.^{11,12}

Bu ticari sistem “tıpta aşırı uzmanlaşmayı” beraberinde getirerek “Ben Kataraktçiyım; katarakt dışında başka göz hastalığı tanımam!” zihniyetli göz hastalıkları uzmanları yaratmaktadır.¹⁴ Aynı şekilde, ben sadece “Diyabetle” ilgilenirim diyen bir Dahiliye Hekimi, mide spazmıyla karşısına gelen hastaya tanı koyma konusunda ilgisiz, bilgisiz ve yetersiz kalıyorsa, sağlıkta “uzmanlık” eğitimi ve anlayışında gelinen en son nokta, mesleki etik problemlere dönüşmüş demektir. Bu durumda hekimler artık hasta seçerek, hastalarla ilgili “subjektif” gerçek dışı yargılar üretebilir hale gelmektedir. Olgudaki hekim ile hasta arasındaki diyalogların böyle “sağlıksız” bir biçimde sonuçlanmasının sebebi de buna bağlanabilir.

Sağlık kurumlarının “gelir” başarısını, “uzman” hekimlerin “sayısal oranlardaki” başarıları belirlediğine göre, işletme mantığı içinde, tek bir hastanın (“müşterinin”) memnuniyetsizliği hekimin kurum içi davranışlarını değiştirmez. M.B.A. Yönetim Uzmanı Yavuz ABADAN’ın tanımlamasına göre, hekimin kurum içi davranışlarını belirleyen “başarı” kriterleri, kurum içindeki hastaların “geneliyle” ilintilidir ve az sürede çok medikal işlem gerçekleştirme esasına dayalıdır.¹⁵ Ancak ülkemizde pratikte nadir de görülse, ABADAN’ın teorik tanımlamasındaki bu “ödüllendirme anlayışının” tersinin de uygulanabilirliği mümkündür. Mesela, “Sağlık” Dergisi Mart 2008 sayısında çıkmış bir haberdeki röportaja göre, Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimisi Dr. Leyla Mollamahmutoğlu, kliniğinde, “az sayıda” sezaryen ameliyatı yapmış olan hekimlerin, “ek performans” ödeneği ile ödüllendirildiğini, “çok sayıda” sezaryen ameliyatı yapmış hekimlerin ise, ödüllendirilmediğini söylemektedir.¹⁶ Yani haberdeki örnekte, “az sürede çok sayıda tıbbi işlem gerçekleştirme” esasına dayalı bu ‘Performans Başarı Ölçme Kriteri’ nin tersinin de

işleyebileceğini görmekteyiz. Bu da “başarı”yı sürekli olarak tanımlayan ve ölçen sağlık işletmeciliğinde, doğru tanımlarla mesleğe “etik” olarak bakabilme açısından önemli bir gelişmedir.

Başta sunduğumuz olguda da görüldüğü gibi, hekimin hastayı anlama ve kabul etme koşulu, karşısına çıkan hastayı, ancak çoğunluğun sayısal kriterlerine ve ortalamasına sokması ile mümkün olmaktadır. Hastanın müracaat ettiği o klinikte, araştırmaya alınmış tüm hasta popülasyonlarında, toplumsal ateş ortalamasını belirlemek için, hekimin kullandığı metodun, hastaların “Oral” yoldan alınmış ateş ölçümleri olduğu anlaşılmakta ve bu hekim sadece ‘yüksek ateşle’ ilgilenmektedir.⁴ Olguda hekimin hastanın ateşini koltuk altından ölçmüş olması yüzünden hastayı dışlaması, “nezaketsiz” ve “etik dışı” davranması bunu düşündürmektedir.

Ayrıca bu olguda, hastanın, cevabını bilmediği soruya sessiz kalmakla dürüst davrandığını görmekteyiz. Kaldı ki bu olgudaki hastayı, başka bir ‘kişilik tipinde’ düşünecek olursak; hasta, bu kadar hekim baskısı karşısında, oral ölçümlerle ateşine 39 derece gibi yüksek rakamlar verip, 365 gün 6 saatinin toplam 289 günü 4 saatinde bu ateş krizlerini yaşadığını söyleyerek, hekimin inandırabilir. Amaç, klinikte sadece “alınmış sayısal veriler” üretmekse, “abartılmış” veya “olmayan” sayılar akılda üretilip, hekim-hasta iletişimine, hasta tarafından da sokulabilir. Hastanın “nasılları” ile ilgilenmeyen bir hekimin hastası ile iletişiminden bu tür “düzenbazlıkların” çıkabileceği hep beklenmelidir.¹¹

Hipokrat Andı’nın sonunda geçen şu sözler, “*Bu Ant’ı, tüm inancımın yerine getirirsem, yaşam beni ve sanatımı mutlu kılsın ve her zaman, tüm insanlar tarafından sayılayım! Zira bu yoldan çıkıp da, bu Ant’a uymazsam, bu bahtın tersine uğrayayım!*”,¹⁷ hekimlere, anttaki hükümlere uyma koşulu koymaktadır ve anttaki hükümlere uymayan hekimlerin “kötü yazgıya uğrayacağı”, yani “saygınlığını yitirme” sonucu ile cezalandırılacağı belirtilmektedir. Fakat artık günümüzde “sağlık” bir işletme alanı olduğu için, kurumsal ve toplumsal “güç”lerin, Hipokrat Değerleri’ni hiçe sayarak, sadece kazancı hedeflediği bir ortamda, tıp artık bir

“sanat” olmaktan çıkarılmış; bilim ile yapılan “ticaret” alanına dönüştürülmüştür.¹⁸ O yüzden bugün artık “Hastalık yoktur, hasta vardır!” anlayışı, bu ticari zihniyetler ile tersine çevrilmiş, “toplumsal hastalıkları” var sayan ve “birey” olan hastayı, ruh ve beden yapısıyla kendine özgü bir bütün olarak ele almayı reddeden bir yola girmiştir. Ant’ta geçen “kötü yazgı,” bugünün hekimlerinin pek çoğuna mal olmuş durumdadır.

Bugünün hekimlerini mesleki yaşantılarında bekleyen çok ciddi handikaplar vardır. Bu handikaplar, hekimin hastasını objektif ve etik değerlendirememesi şeklinde olabilir. Yani hasta ruh sağlığı yerinde bir kişidir; ancak hekim olgumuzda gördüğümüz gibi onu “akıl hastası” yapar. Ya da, hastanın cidden “subfebril ateşleri” vardır; hekim onun ateşine “normal” gözüyle bakar. Ya da hekim, baştan hastada ciddiye almadığı bir bulguyu, sonradan ciddi bulgu haline dönüştürüp, olgudaki gibi, hastaya çelişkiler ve iatrojenik (hekim kaynaklı) depresyon yaşatır. Hekimin mesleki “değerini” ve “saygınlığını” düşüren en esaslı handikap ise, hekimin kafasında önceden oluşturduğu düzen ve sayısal şablonlarla, hastanın klinik verilerinin tutmamasından kaynaklanan “Obsesif Kompulsif” bir agresyon içine girmiş olmasıdır.

Obsesif Kompulsif Kişilik, bireyin toplumsal “düzene” uymak için sürekli zihninde yarattığı zorlu takınlı “kötü düşünceler” ve “kaygılar” nedeniyle, kendi bedensel hareketlerinde anlamsız tekrarlamalar yapıp, o sürekli ritüellere dönüşmüş tekrarlarından kendini alamadığı ve o tekrarlar ile de içinde yaratmış olduğu derin “kaygıları” ve “bilinmezlikleri,” “Kompulsiyonlar” şeklinde davranışlarla kamufle etmeye çalıştığı- “mükemmeliyetçi” ve “detaylara” oldukça çok önem veren, her şeyin varlığından “kuşku” duyup (Descartes’tan gelen “scepticism”),¹⁹ durmadan bilimsel bilgiler üreten- bir “Modern Çağ” Kişilik yapısıdır. Çünkü “sayılarla” uğraşan, eğitilmiş, bilimsel düşünen ve materyal olarak durmadan zihnini “beden”e yoğunlaştırdığı için “Narsist” de olan ve maddi çıkarlarına göre hareket edip, durmadan “daha iyiyi, ölümsüzü” düşleyip hedefleyen ve onu sonsuzda arayan, Obsesif Kompulsif Kişilikli Modern Çağ insanı, hayatın sorunlarını “takınlı” düşünerek, ha-

rekette “şehir” hayatı da yaşar aynı zamanda.²⁰⁻²² Obsesif Kompulsif kişilik, “sayısal” yineleyici miktarlarla gelen “hedeflerine” ulaşamadığı anlarda, kişide aşırı bir gerginlik, anksiyete (kaygı) bozuklukları, öfke patlamaları ve çeşitli agresyonlar ile gelen stresli “depresyonlar” geliştirebilir ve o zaman bu kişilik yapısı, “Obsesif Kompulsif Bozukluk” Hastalığına dönüşebilmektedir.²³

Modern Tıbbın kendisinde, işleyişinden ötürü “Obsesif Kompulsif öğeler” vardır. Gerçek şu ki, “bilimsel gerçeğe” ulaşmak için hep kafasında “düzen” arayıp, “şüpheli” yaklaşan, karşılaştırmalı olgusal “bilgiler” üreten ve sayıların hep tekrarlandığı ve ayrıca “ölümü” çağrıştıran ve sık tekrarlayan “hastalıkların” var olduğu her yerde, Narsizm, Kuşkuçuluk (Scepticism), Obsesif Kompulsif Takılmalar, Stres, Depresyon, Yaygın Kaygı Bozuklukları (Anksiyeteler), Öfke ve Agresyonlar mutlaka vardır. Modern Çağ bizi, bedeni sayılarla “materyal” yapıp, üretken olup, bunlarla yaşamak zorunda bırakmaktadır.²⁴

Modern Tıp’ta, sürekli meslektaşlarıyla “rekabet” halinde olup, o rekabetin getirdiği bireysel “başarısızlık” kaygılarını hep içlerinde taşıyan hekimler, bir de ölümü çağrıştıran hastalıklarla sürekli uğraşmanın getirdiği stres, içsel bunalımlar ve melankoli, anksiyeteler mutlaka yaşarlar. Genelde böyle bir meslek alanında çalışan herkesin, ruh sağlığında depresif bozukluklar olabileceğini düşünmek, mesleğe subjektif bakmamak ve objektif olup, bilimsel yaklaşmak açısından yararlıdır. Ayrıca psikanalitik açılardan baktığımızda, hekimler kurumlarınca sayılarla rekabete ve sürekli daha üst başarıya teşvik edildikleri için, rekabet uğruna hastalıkların sayısal oranları ile kazançlarını “başarı” kriterleri doğrultusunda belirlemeleri nedeniyle, normalde insanlara ölümü çağrıştıran, korku ve dehşet veren hastalıklar, hekimlerin ruh yapılarının derinliklerinde sürekli “arzu” edilebilir ve “doyuma ulaşılabilir” bir nesne haline gelebilmektedir.²⁵ Dolayısıyla bu içsel çatışmaları hep bilinçaltılarında yaşayan Modern Çağ hekimleri, işletme sistemlerinin ve çağın yarattığı baskıcı yönetimlerin de gücüyle, Tükenmişlik Sendromu denilen ruhi bir bunalım içine girmeleri kaçınılmaz olmaktadır artık günümüzde (Burn-Out Sendromu).²⁶

Bu nedenle böyle bir tüketim toplumu içinde kaçınılmaz bir şekilde “kazanç” uğruna yaşayan her hekim, kendi kişisel ruhi bunalımlarından ve sayılar odaklı takınlık gerçek dışı düşüncelerinden kaynaklanan ve agresyonlar içeren kişilik bozukluklarından mutlaka kendisini arındırmış olarak hastalarına bakmalıdır. Öte yandan, hekimin karşısında bulunan hastanın Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğunda olması hemen “psikiyatrik” bir sorun olarak görülmemelidir. Çünkü hasta, her şeyden önce acı çekmektedir ve nedenini bilemediği acılarının yarattığı derin kaygılarla (anksiyete) hekime başvurmaktadır. Hastalık yaşayan birinde “Obsesif Kompulsif” özellikler olması, bu yüzden gayet doğaldır ve patolojik değildir. Hastanın fiziksel rahatsızlığı giderildikten sonra ve hasta, hastalık obsesyonlarıyla dolu böylesine travmatik bir “klinik” ortamdan uzaklaştırıldıktan sonra, Obsesif Kompulsif Kişilik yapısının getirdiği “patolojik” tutumlar hala daha sürüyorsa, o zaman “psikiyatrik hastalık” açısından değerlendirilmelidir.

Olguda görüldüğü gibi, sayısal beklentili agresyonları ile hekim hastasıyla, kendi meslektaşlarıyla ve hatta evrensel tıbbi bilgilerle bile (“Subfebril Ateş” bilgisi gibi) çatışmalı olabilmiş ve mesleğinde “etik” davranmamıştır. Böyle bir ruh halindeki her hekimin, hasta bakmadan önce “psikolojik yardım” alması en mantıklı çözümdür. Kliniklerde hep var olan bu “nezaketsiz” tutumların, hekim-hasta ilişkileri içinde tek tek gözlemlenip, etik açılardan hep sorgulanması gerekmektedir. Aksi takdirde, bu makede sunduğum olgudaki ‘hekim tipini’ kliniklerinde “gizli saklı” hep içinde barındıran toplumlar uygar olamazlar. Sonuç olarak, talihin iyisini de kötüsünü de yaratan Tanrı olduğuna göre, bu hekim için “iyi baht” denenin zıddı olanın, yani “hekimin toplum önündeki saygınlığının yitmesi” talihsizliğinin¹⁷ ciddiyeti ve mesleğin etik duruşu, “sayı” ve “hastalık” obsesyonları içeren, artık yerleşmiş bu “işletme” mantaliterinin içinde daha çok su yüzüne çıkartılmalıdır! Bu da, doktorlarla işbirliği içinde çalışması gereken etikçilerin görevi olmalıdır.!

KAYNAKLAR

- Sennett R. Otorite. (Çev. Kamil Durand). İstanbul: Ayrıntı Yayınları, 2005: 95.
- Durkheim E. The Rules of Sociological Method and Selected Texts on Sociology and its Method. In: Steven Lukes, eds. (Trs. W. D. Halls). London: Macmillan, 1982.
- Foucault M. Kliniğin Doğuşu. In: Halil Özer, Selma Koçak, eds. (Çev. Temel Keşoğlu). İstanbul: Doruk Yayıncılık, 2002.
- Topuzoğlu A, Ay P. Kanıta Dayalı Tıp Klinik Epidimiyolojik Araştırmaların Eleştirel Değerlendirilmesi. İstanbul: Ege Yayınları, 2007.
- (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Sağlık Kurumu Web Sitesi): Gündem. Küresel Halk Sağlığı. URL: www.tusak.saglik.gov.tr/index.php?option=com_content&task=view&id=59&Itemid=33. (03 Şubat 2006).
- Safran A. Kırım Kongo Kanamalı Ateşi: Sağlık Bakanlığı Verileri, Yapılan Çalışmalar ve Beklentiler. URL: www.bsm.gov.tr/sunu/docs/Bulasici_Saglik_KKKA.ppt. (2 Haziran 2005).
- (Sağlık Bakanlığı Grip Bilgilendirme Sitesi): Kesin veya Olası A (H1N1) Domuz Gribi Hastalarına Tıbbi Bakım Sırasında Enfeksiyon Önleme ve Kontrol Rehberi. URL: http://www.grip.saglik.gov.tr/kesin-veya-olasih1n1-domuz-gribi-hastalarina-tibbi-bakim-sirasinda-enfeksiyon-onleme-ve-kontrol-rehberi-id215-28.html. (22.05.2009).
- Tünger Ö. Helicobakter Pylori Infections. J Infection TR. 2008; 22(2): 107-115. URL: http://infeksiyon.dergisi.org/text.php?id=165.
- Tetik S: Psöriatik Artropatiler. In: Göksoy T. (Ed.): Romatizmal Hastalıkların Tanı ve Tedavisi. İstanbul: Yüce Yayınları, 2002: 644.
- Epidemiology Tanımı. (Çev. Özge Aksüt). Wikipedia. The free encyclopedia. URL: http://en.wikipwdia.org/wiki/Epidemiology. (28 October 2009): 1.
- Aktan C C, Saran, U. (Ed.): Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi. İstanbul: Aura Yayınları, 2007.
- Sur H. Sağlık Sektöründe Sağlıklı Yönetim. İstanbul: Avrasya Global Yayınları, 2006.
- Mendelsohn R S: Aykırı Bir Doktorun İtirafı. (Çev. Betül Y. Arslançan). İstanbul: Kuraldışı Yayıncılık, 2005.
- Küçükusta A R. Biri Bizi Hasta Ediyor. İstanbul: Hayy Kitap Yayıncılık, 2008.
- Sağlık İşletmelerinde Stratejik Yönetim Açısından Kurumsal Performans Değerleme ve Kurumsal Karne (BSC) Uygulamaları” Eğitim-Sertifika Programı Kitapçığı. Yavuz Abadan’a ait slaytlar. Avrasya Global A.Ş. (İstanbul, 10-12 Mart 2007).
- Yücel S., Kahraman E., Yıldız, A., Nuhoğlu, Y Çok Sezaryene Az Para. J Sağlık TR. 2008; 193 (17): 48-52.
- Hippocratic Oath Original Text. (Çev. Özge Aksüt). URL: http://en.wikipedia.org/wiki/Hippocratic Oath. (27 August 2009).
- Illich I. Sağlığın Gaspsı. (Çev. Süha Sertaboğlu). İstanbul Ayrıntı Yayınları, 1995.
- Erol Z. Mükemmeliyetçi Kişilik. İstanbul: Timaş Yayınları, 2009.
- Kızıltan H. Narsisizm Çağı. İlgörü Psikoterapi Merkezi. URL: http://www.icgoru.com/content/view/161/2/. (2009).
- Koroğlu E. PsikoNozooloji Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri. Ankara: HYB Yayıncılık, 2004.
- Descartes R. Metot Üzerine Konuşma. (Çev. K. Sahir Sel). İstanbul: Sosyal Yayınlar, 1994.
- Mckay D, Taylor S. Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve Bağlantılı Sorunlar Klinik El Kitabı. (Çev. Yıldırım B. Doğan). In. Abramowitz, J. (Ed.). İstanbul: Okyanus Yayınları, 2008.
- Kristeva J. RuhunYeni Hastalıkları. (Çev. Nilgün Tural). İstanbul: Ayrıntı Yayınları, 2007.
- Kayaalp M. Levent: Düşüncenin Bedensel Kökenleri. Psikanaliz Yazıları J. Psikosomatik Sonbahar 2005; 11.
- Tot Ş., Bal, N. Tıp Doktorlarında Psikiyatrik Sorunlar. N Symposium J Psy, Neu & Bhv 2003; 41 (1): 12-21.