

DERLEME

Hasta - Hekim İlişkisi Kavramı

Elif ATICI

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji Anabilim Dalı, Bursa.

ÖZET

Tıbbi uygulamaların temel dayanağı hasta-hekim ilişkisi olup bu ilişki karşılıklı destek, saygı ve güven gerektirir. Bu karmaşık, dinamik ilişki kültürel, toplumsal, ekonomik, teknolojik, psikolojik ve etik birçok etmen tarafından etkilenir. Hekim, farklı ilişki türlerinin etkili olduğu bir ortamda etkinlik göstermektedir. Bu da hasta-hekim ilişkisinin oluşturulmasında hekimin üzerine düşen sorumlulukları artırmaktadır. Her hastayla kurulacak ilişkinin türü farklı olabilir. Ancak bu ilişki türü belirlenirken hekim öncelikle hastanın yararına dayanarak hareket etmelidir. Bu derlemede, hasta-hekim ilişkisi kavramı üzerinde durulmakta ve ilişki türleri değerlendirilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hasta-hekim ilişkisi. İlişki modelleri. Etik.

The Concept of Patient-Physician Relationship

ABSTRACT

Primer basis of the medical practices is patient-physician relationship and it is required reinforcement, respect and confidence. This complex and dynamic relation is affected by many factors as culture, community, technology, economy, psychology and ethics. The physician is active in an environment that different kinds of relation models are effective. This has increased the responsibilities of the physician in building patient-physician relationship. The kinds of relationships could be different from patient to patient. However, while determining this relationship model, the physician must behave according to the patient beneficence. In this review, the concept of patient-physician relationship is emphasized and relation models are evaluated.

Key Words: Patient-physician relationship. Relation models. Ethics.

Tıp; bilgi birikimini, teknolojiyi, sanatsal yaklaşımı ve iletişim becerilerini kapsayan bir alandır. Tıbbın tek boyuta indirgenemeyecek kadar çok yönlü bir etkinlik olması, onu bir meslek olmanın ötesinde uygulamalı bir bilim, aynı zamanda bir sanat ve bir alt kültür olarak görmemizi de sağlar¹. Hekimliğin yalnızca bir eğitim, meslek ve iş olmasından öte bir toplumsal konum ve bir yaşam biçimi oluşu^{2,3}, hizmet verilen hastalarla olan ilişkiyi de çok yönlü ve özel kılmaktadır. Hekim, uğraş alanı olan insanı yalnızca biyolojik özellikleri ile değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal yönleriyle de değerlendirme durumundadır. Bu çok etkenlilik nedeniyle hasta-hekim ilişkisinin genelde ahlâk, özelde tıp etiği ve hukuk ile ilgili yönleri bulunmaktadır³.

Tıbbi uygulamalarda her yaklaşımın, her tedavi girişiminin temel dayanağını hasta ve hekim arasındaki

ilişki oluşturmaktadır. Tedavinin başarısı aynı zamanda hasta-hekim ilişkisinin şekline ve gücüne dayanır. Hekimlerin, klinik uygulamaların yanı sıra hastaların gereksinim ve beklentilerini değerlendirmede ve etkili bir şekilde karşılık vermede gerekli becerilere sahip olmaları klinik duyarlılığın göstergesi olarak kabul edilir⁴.

Bu karmaşık, dinamik ilişki; kültürel, toplumsal, ekonomik, teknolojik, psikolojik ve etik birçok etmen tarafından belirlenmektedir. Hasta-hekim ilişkisinin gerçekleştiği kültürde o zaman diliminde geçerli olan hekim rolü, hekim kavramı, hekimden beklenen davranış kalıpları, hekimin ve çağın hastalık kavramı, tanı ve tedavi yöntemleri, hekimden, hastadan ya da sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden kaynaklanan sorunlar, hastalığın kendine özgü özellikleri bu ilişkinin şekillendirilmesi ve yönlendirilmesinde etkili olmaktadır⁵. Bu nedenle, hasta-hekim ilişkisi bir yandan hekimlik uğraşısı içinde yer alırken, bir yandan da toplumsal bir konu olarak ele alınabilir.

Geliş Tarihi: 30.04.2007
Kabul Tarihi: 04.07.2007

Dr. Elif ATICI
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Deontoloji Anabilim Dalı,
Bursa
Tel: (0224) 2953951
e-mail: elifatici@uludag.edu.tr

Tarihsel Süreç İçerisinde Hasta-Hekim İlişkisi

Tarihsel açıdan bakıldığında, belli bir toplumda, belli bir çağdaki insan ile hasta-hekim ilişkisi arasında bir bağlantı olduğu görülmektedir. Belli bir çağda birçok

toplumda ortak özelliklere sahip bir tür hasta-hekim ilişkisi yaşandığı söylenebilir. Bu benzerliği açıklamada belirleyici öğelerden biri çağın tıp bilgisi düzeyidir². Eski Mısır, Eski Yunan ve Ortaçağda özellikle Engizisyon döneminde etkinlik-edilgenlik temeline dayanan hasta-hekim ilişkisinin geçerli olduğu görülmektedir³. Bu dönemdeki hastalık kavramı mistik öğeler taşımaktadır. Genellikle hekim iyileştirici güçleri eyleme geçiren ve hasta ile bu güçler arasında bağlantı kuran “üstün kişi” durumundadır ve aynı zamanda din adamıdır². Etkinlik-edilgenlik temeline dayanan hasta-hekim ilişkisinden yol gösterme-işbirliği etme temeline dayanan hasta-hekim ilişkisine geçişte Fransız Devrimi’nin ilişkiye yansımaları ve özellikle çağdaş ruh hekimliğinin kurucusu Philippe Pinel’in hastaya insancıl yaklaşımı etkili olmuştur⁶. On sekizinci ve on dokuzuncu yüzyıllarda bilim ve tıp alanında gerçekleşen gelişmeler ve bilgi birikiminin artması ise hastanın hekim karşısındaki edilgin konumunu ve bağımlılığını artırmıştır³. Karşılıklı katılım temeline dayanan hasta-hekim ilişkisinin ortaya çıkışı ise 19. yüzyıl sonlarında psikiyatrinin bir tıp dalı olarak gelişmeye başlaması ile olur. Joseph Braurer ve Sigmund Freud’un hastayı dinlemeyi bir tanı ve iyileştirme yöntemi olarak geliştirmeleri, hasta-hekim ilişkisinde karşılıklı katılım yolunda en büyük adımdır. Bu dönemde sağlıklılık ve hastalığı ak ve kara gibi birbirinden ayıran Kraepelin’ci görüşle, hastalığı biyo-psiko-sosyal bir olgu olarak kapsamlı bir şekilde tanımlayan bugünkü görüş bir süre birlikte etkili olduktan sonra, tıp bilgisinin de gelişmesiyle günümüzdeki geniş kapsamlı tanıma ulaşmıştır. Bu geniş kapsam içinde hekim, her üç ilişki türünün de etkili olduğu bir ortamda etkinlik göstermektedir^{2,3}.

Tıp uygulamasında hasta-hekim ilişkisi her zaman merkezde bulunan bir konu olmuştur. Hipokrat döneminde hekim uygulamasına yön veren genel yaklaşımı özetleyen ant metinlerinde bu özellik göze çarpmaktadır. Önceleri hastanın bütünüyle edilgin olduğu hekimin tek başına belirleyip yönlendirdiği “etkinlik-edilgenlik” biçiminde bir ilişki vardır. Bu ilişki, komada ya da genel anesteziye gibi, bilinçli olmayan ve bu nedenle tam anlamıyla edilgin durumdaki hasta ve hekim arasındaki ilişki biçimine uymaktadır. Etkinlik-edilgenlik biçimindeki ilişki zaman içerisinde hekimin yapılması gerekenleri belirlediği ve hastanın da bu belirlemelere uyarak gerekenleri yerine getirdiği ilişki biçimine dönüşmüştür. Burada hasta-hekim ilişkisi bir “yol gösterme-işbirliği yapma” niteliği taşımaktadır. Bu ilişki ise, akut seyreden ya da bulaşıcı hastalıklarda olduğu gibi, kendisine ne yapması gerektiğini anlatan hekimin söylediklerini yapan hasta ve hekim arasındaki ilişki biçimine uymaktadır. Hasta-hekim ilişkisinin üçüncü farklı görünümü “paylaşımcı hasta-hekim ilişkisi” ya da “karşılıklı katılıma dayalı ilişki”dir. Bu son biçimde, hastanın hastalık sürecine belirli sorumluluk-

lar üstlenerek katılımı gerçekleşmektedir. Bu ilişki biçimi, kronik hastalıkların tedavisi ve ruhsal çözümlenmelerde olduğu gibi hekimin hastanın kendisine yararı olmasında yardımcı durumda olduğu hasta ve hekim ilişkisine uymaktadır^{3,7}.

Hasta ve hekim arasındaki ilişkide değişimin ortaya çıkmasına neden olan pek çok etken bulunmaktadır. Bunlardan başlıcaları sağlık ve hastalık kavramlarının geçirdiği değişim, hekim kimliğindeki farklılaşmalar, bireyin “sağlık hakkı” kavramı üzerindeki yeni belirlemeler ve değerlendirmeler ile tıbbın giderek çok yoğun bir teknoloji kullanan disiplin haline gelmesidir. Tüm bu etkenlerin “hasta” ve “hekim” kimliklerinde önemli birer belirleyici öğe olduğu kabul edilmektedir³.

Hasta ve hekim arasındaki ilişki, hasta ve hekimin statüsü 25 yüzyıl boyunca gösterdiği değişimden daha fazla 20. yüzyılın son 35 yılında bir değişim göstermiştir⁷. Bu süreç boyunca, bir yandan sağlık ile özerklik, öte yandan hastanın değerleri ile hekimin değerleri arasındaki karşıtlıklar olarak nitelendirilen konuların ışığında hastanın tıbbi kararların verilmesindeki rolü üzerinde bir tartışma sürdürülmektedir. Bazıları, hekimin rolünü azaltmaya çalışarak, ilişkide daha çok hastanın kararlarının ağırlıklı olmasına ilişkin bir “ideali” savunmaktadır. Bazıları ise, taraflardan biri hasta olduğu ve güvenlik aradığı, verilecek kararlar da teknik bilgilerin yetersiz bir yorumunu içerdiği için, söz konusu ilişkinin potansiyel olarak dengesiz olan doğasına uygun olmadığı gerekçesiyle bu idealini sorgulamaktadır. Hasta ve hekim arasındaki dengelerin kurulmasında daha eşitlikçi bir ilişkinin çerçevesini çizmeye çalışanlar da vardır. Bu çabalar, hastaların ve hekimlerin beklentilerinin yanı sıra, hekimin görevleri, bilgilendirerek onama alma süreci ve tıbbi uygulamanın etik ve yasal sınırlarını biçimlendirmekte ve bizleri “ideal hasta-hekim ilişkisi nasıl olmalıdır?” sorusuna getirmektedir^{6,8,9}.

Hasta-Hekim İlişkisinin Türleri

Hasta ve hekim ilişkisini tanımlayan çeşitli modeller bulunmaktadır. Bu modeller vurguladıkları konu açısından benzer özellikler taşımakla birlikte ortaya koydukları etki açısından farklılık göstermektedirler.

Szasz ve Hollender (1956) tarafından hasta-hekim ilişkisi türlerinde geliştirilen psikoanalitik yaklaşımda, ilişki kavramı, gözlemlenebilen durumların uygun yönde soyutlanması olarak görülür. Szasz ve Hollender, hasta ve hekim arasındaki ilişki şekillerinin aynı zamanda diğer insanlar arası etkileşimlerde de bulunduğunu, ancak bu ilişkiyi benzersiz kılanın bulunulan ortamın özgünlüğü olduğunu ileri sürmektedir¹⁰.

Hasta-Hekim İlişkisi Kavramı

Szasz ve Hollender, hasta-hekim ilişkisinde üç tür ilişki şekli tanımlamaktadır:

1. Etkinlik-edilgenlik temeline dayanan ilişki, 2. Yol gösterme-işbirliği etme temeline dayanan ilişki, 3. Karşılıklı katılım temeline dayanan ilişki.

Etkinlik-edilgenlik temeline dayanan ilişki, ebeveyn-çocuk arasındaki ilişkiye benzemektedir¹¹. Ataerkil, babacıl, paternalistik tutum ve davranışları içeren ilişki biçimi olarak da adlandırılır. Hekim, “teknokrat” yaklaşım içerisindedir¹². Bu ilişki türünde, hekimin hasta adına ve hastanın onamı olmaksızın eylemde bulunması, bunu yaparken de söz konusu eylemin hastanın iyiliği, yararı için olduğu varsayımı vardır². Bu ilişki, komada ya da genel anesteziye gibi, bilinçli olmayan ve bu nedenle tam anlamıyla edilgin durumdaki hasta ve hekim arasındaki ilişki biçimine uymaktadır^{2,3,10}.

Yol gösterme-işbirliği etme temeline dayanan ilişki, sağlığını kazanmak için işbirliğine hazır olan ve kendisine ne yapması gerektiğini söyleyen hekimin komutlarını kabul edip, bunları yapan hasta ile hastanın karşısında bilgi ve becerisini kullanan hekim arasındaki ilişkiyi tanımlar. Bu ilişkide hasta bir ölçüde etkindir. Ancak tanı ve tedavi sorumluluğu tümüyle hekimin üzerindedir^{2,12}. Bu ilişkide hekim, hastanın değerleri doğrultusunda “yol gösterici”, “yorumlayıcı” bir yaklaşımdadır. Bu ilişki, akut seyreden ya da bulaşıcı hastalıklarda olduğu gibi, kendisine ne yapması gerektiğini anlatan hekimin söylediklerini yapan hasta ve hekim arasındaki ilişki biçimine uymaktadır^{2,3}.

Karşılıklı katılım temeline dayanan ilişki, hekimin hastanın kendisine yararlı olmasında yardımcı olduğu durumlardaki hasta-hekim ilişkisini tanımlar^{2,10}. Bu ilişkide, tanının konmasından tedavinin seçimine kadar yapılan tüm uygulamalarda hekim ve hasta birlikte karar verirler¹². Bu ilişki, kronik hastalıkların tedavisi ve ruhsal çözümlenmelerde olduğu gibi hekimin hastanın kendisine yararı olmasında yardımcı durumda olduğu hasta ve hekim ilişkisine uymaktadır^{2,3}.

Szasz ve Hollender’in psikoanalitik yaklaşımla tanımladığı hasta-hekim ilişkisi modelinden sonra, hastanın tıbbi kararlardaki rolü üzerinde hasta özerkliği ile sağlığı, hastanın değerleri ile hekimin değerleri arasındaki çatışma, ideal hasta-hekim ilişkisinin nasıl olması gerektiği sorusunu ortaya çıkardı. Ezekiel J. Emanuel ve Linda L. Emanuel (1992)⁸ bu sorudan yola çıkarak hasta-hekim ilişkisinde dört tür ilişki şekli tanımladılar:

1. Paternalistik model, 2. Bilgilendirici model, 3. Açıklayıcı model, 4. Görüşmecî model.

Paternalistik modeldeki hasta-hekim ilişkisi, hastalara sağlıklarını ve iyilik durumlarını en iyi etkileyecek girişimlerin yapılmasını güvenceye almaktadır. Bu sonuca ulaşmak için hekimler, hastanın tıbbi duru-

munu, hastalık sürecinin hangi evresinde olduğunu belirlemek ve hastanın sağlığını eski durumuna getirecek ya da ağrısını giderecek, tıbbi inceleme ve tedavileri saptamada tıbbi becerilerini kullanırlar. Bu amaçla hekim, hastaya, en iyisi olduğuna inandığı girişimi onaylamasını sağlayacak, seçilmiş bilgiler verir. Bu ilişki modelinde en aşırı tutum örneği, hastaya otoriter bir tarzda girişimin ne zaman başlatılacağına bildiren hekimdir. Bu ilişkide, neyin en iyi olduğunun belirlenmesini sağlayan ortak nesnel ölçütler olduğu varsayılır. Buna göre hekim, hastanın çıkarlarını, hastanın sınırlı katılımıyla biçimlendirebilir. Burada, hastanın özerkliği ile iyiliği, hastanın seçimi ile sağlığı arasındaki karşıtlıklarda paternalistik hekimin tercihi ikinci seçenekler yönündedir. Hekim, neyin hasta için en iyi olduğunu dile getirip uygulayarak, hastanın koruyucusu gibi davranır. Dolayısıyla hekimin, hastanın çıkarlarını kendi çıkarlarından üstün tutmak ve yeterli bilgisi olmadığında başkalarının görüşüne başvurmak gibi zorunlulukları vardır. Hasta özerkliği kavramı, hastanın ya o anda ya da daha sonra, hekim tarafından belirlenen “en iyiyi” onaylayıp onaylamaması ile sınırlıdır⁸.

Paternalistik yaklaşımın bir anlamda hastaya yararlı olma ilkesi ile birleştiği söylenebilir. Yararlı olma ilkesinde, hastanın yararına ve en azından hastada zarar bırakmayan (zarar vermeme ilkesi) bir davranış biçimi söz konusudur ve bu ilke doğrultusunda hasta özerkliğini koruyucu tarzda davranabilmek olanaklıdır. Buna karşın paternalizmde hekim, hastanın iyiliğini hastadan daha iyi bilen konumundadır ya da hasta yeterli olsa bile hastanın kendisi için neyin iyi olabileceğine karar veremeyeceği varsayımı ile hareket etmektedir. Bir başka tanımla paternalizm, onamı olmadan kişinin özerkliğine müdahale etmektir. Bu durumda, yararlı olma gerekçesiyle hastanın kişisel özerkliği sınırlanmakta ve zedelenmektedir^{13,14}. Bu tür davranışın kısaca iki öğeden oluştuğu söylenebilir: 1. Davranışta bulunan hekim bunu, davranışın yöneldiği hastaya karşı olan duyarlılığına dayanarak yapar. 2. Davranışın yöneldiği hastanın isteği ya göz ardı edilir ya da aşılır³.

Tıbbi uygulamalarda paternalizmi tümüyle reddetmek olanaksız olmakla birlikte, bu tür davranışın sınırlarını iyi çizmek, bu sınırı olanaklar ölçüsünde dar tutmak ve bu davranışın haklı gerekçelerini çok iyi saptamak gereklidir. Tıp etkinliğinde tedavi açısından bu değerlendirmeyi yaparken yardımcı olabilecek ölçütleri belirlemek olanaklıdır. Bunlar³:

1. Tedavinin hastada ortadan kaldıracağı, engelleyeceği ya da düzeltereği zararlar çok önemli olmalıdır.

2. Tedavi ile ortaya çıkabilecek zararlar, tedavinin sağlayacağı yararlarla karşılaştırıldığında çok daha az olmalıdır.

3. Hastanın tedavi olmama isteğinin usdışı olduğu yolunda ciddi kanıtlar bulunmalıdır.

4. Hekim yansız davranarak, hastanın yerine kendisini koyarak her zaman zorunlu olan tedavinin yapılmasını sağlamalıdır.

Hasta ile hekim arasında paternalistik bir ilişkinin nedenleri irdelendiğinde, taraflar açısından farklı nitelikte kaygı ve istemlerin olduğu görülür. Hastanın sağlığı ile ilgili bedensel ve ruhsal şikâyetlerinin giderilmesini istemesi, hekimin ise bu şikâyetlere çözüm getirecek bilgi ve beceriye sahip kişi olması, doğal olarak hekimi hastanın karşısında üstün bir duruma getirmektedir. Hekimin etik sorumluluk içerisinde hastasının iyilik ve yararına hizmet etmesi, onu ilişkinin tek belirleyicisi ve yönlendiricisi konumunda tutar¹⁵. Hastanın hekime karşı geliştirdiği saygı ve güven de ilişkinin tek yanlılığını güçlendirmekte ve hekimi hasta üzerinde belli bir “otorite” konumuna getirmektedir. Bu bağlamda görülüyor ki, hekimlik uğraşı kaçınılmaz biçimde içerisinde belli bir “otorite” barındırmaktadır. Paternalistik tutum içerisindeki hekim, tıbben yararlı olabilmek kaygısıyla hastasının dilek ve istemli eylemlerini yok sayabilir. Hekim, hastasını kendi belirlediği doğrular yönünde davranmaya zorlamakta, örneğin tıbbi gerçeği hastadan saklamakta ya da ona hiçbir bilgi vermemektedir¹³. Paternalistik yaklaşımın ancak hastanın yeterliliğinin olmadığı ve onam veremediği, onam verebilecek durumda olsa tedaviyi kabul edeceği varsayılan bir durum söz konusu olduğunda geçerli olacağı kabul edilmektedir^{16,18}. Ancak paternalistik yaklaşıma yönelik eleştiride bulunurken içinde yaşanan toplumun kültürel ve sosyoekonomik düzeyinin göz ardı edilmemesi de gereklidir.

Bilgilendirici model; bilimsel, mühendislik ya da tüketim modeli olarak da adlandırılır. Teknik bilginin ön planda olduğu bu tür ilişkide hasta-hekim etkileşiminin amacı, hekimin hastaya gerekli tüm bilgileri sağlaması, hastanın istediği tıbbi uygulamayı seçmesi ve hekimin de hastanın seçimini uygulamasıdır. Bu sonuca varmak için hekim, hastaya, hastalığının durumu, olası tanı ile tedavi girişimlerini, bu girişimlere ilişkin risk ve yararların niteliği ile olasılığı ve konuyla ilgili bilgi açısından var olan bütün belirsizlikleri anlatır. Hasta hastalığı ile ilgili tüm tıbbi bilgileri ve olası tedavileri bilir ve hangi tedavinin uygulanacağına kendi değerleri ile karar verir. Hekimin hem kendi değerlerine hem de hastanın değerleri hakkındaki anlayışına ve yargısına burada yer yoktur. Teknik uzmanlar olarak hekimlerin, doğru bilgi sağlamak, uzmanlık alanlarında yetkin olmak ve bilgi ile becerileri yetersiz olduğunda başkalarına danışmak gibi önemli görevleri vardır. Hasta özerkliği kavramı, tıbbi kararların hastaların denetimi altında verilmesidir⁸. Hastanın seçtiği tedavinin yine hastanın kararına bırakılması, hastanın istediği şeyin ne olduğu hakkında belirsizlik gösterdiği durumlarda ideal bir hasta-hekim ilişkisini karşılamamaktadır⁹. Paternalistik modelde hekimin otorite olması ve hastanın kendisi-

ne verilen rolü oynaması durumu, bilgilendirici modelde tersine dönmektedir.

Açıklayıcı modelde hasta-hekim etkileşiminin amacı, hastanın değerlerini ve gerçekte hastanın ne istediğini açıklığa kavuşturmak, hastaya bu değerlere uygun tıbbi girişimleri seçmekte yardımcı olmaktır. Bilgilendirici modelde olduğu gibi açıklayıcı modelde de hekim, hastaya söz konusu durumun niteliği ve olası girişimlerin riskleri ile yararları hakkında bilgi verir. Bununla birlikte, açıklayıcı modelde hekim, bunun da ötesinde hastaya kendi değerlerini açığa çıkarma ve dile getirmede, hangi tıbbi girişimlerin bu özgül değerlere uygun olduğunu belirlemede, böylece hastanın değerlerini hasta için yorumlamada yardımcı olur⁸.

Açıklayıcı modele göre, hastanın değerleri her zaman aynı olmayabilir ve hasta tarafından bilinemeyebilir. Çoğu zaman değerlerin gelişimi tamamlanamamıştır ve hasta bunları yalnızca kısmen anlayabilir. Değerler, özgül koşullara uygulandıklarında çatışabilirler. Bu nedenle, hastayla ilgilenen hekim bunları açığa çıkarmalı ve anlaşılır bir duruma getirmelidir. Bunu yapabilmek için hekim hastayla birlikte, hastanın amaçlarını ve isteklerini, bağlılığını ve karakterini yeniden düzenlemek için uğraşır. Uç noktada hekim, hastanın yaşamını öyküsel bir bütün olarak tasarlamalı ve buradan hastanın değerlerini ve önceliklerini belirlemelidir. Hekim daha sonra hangi tetkiklerin ve tedavilerin bu değerlere en uygun olduğuna karar verir. Önemli olan, hekimin hastaya kararı zorla kabul ettirmemesidir. Hangi değerlerin ve hareket biçiminin kendisine uyacağı konusunda son kararı veren hastadır. Burada hekim, hastanın değerlerini yargılamamakta, hastanın anlaması ve uygulaması için hastaya yardım etmektedir. Hekim bilgiyi sağlar, değerleri netleştirmeye yardım eder ve hangi tıbbi girişimlerin bu değerleri yaşama geçirmeyi sağlayacağını söyler. Burada hekimin görevleri bilgilendirici modeldekine ek olarak hastayı ortak bir anlama sürecine katmaktır. Buna göre hasta özerkliği, kişinin kendisini anlamasından geçer⁸. Hekimin hastaya kendi değerlerini kabul ettirmeye çalışması, hastanın da bu kabul ettiriciliği kolayca kabul edebilecek konumda olması hasta-hekim ilişkisinde açıklayıcı modelin taşıdığı risklerdir¹⁹.

Görüşmecı modelde; hasta-hekim etkileşiminin amacı, hastanın klinik durumuna uygun olan, sağlığa ilişkin değerlerin en iyisini belirlemesine ve seçmesine yardımcı olmaktır. Bu sonuca ulaşmak için hekim, hastanın klinik durumu hakkındaki bilgileri ortaya koyacak ve eldeki seçeneklerin içerdiği değerlerin tiplerini açığa kavuşturmada yardımcı olacaktır. Hekimin amaçları arasında, sağlığa ilişkin bazı değerlerin neden daha çok önem taşıdığı ve istenmesi gerektiği konusunda önerilerde bulunmak vardır. Uç noktada, hekim ve hasta, hastanın sağlığa ilişkin ne tür değerleri izleyebileceği ve sonuç olarak izlemesi

Hasta-Hekim İlişkisi Kavramı

gerektiği konusunda karşılıklı tartışılar. Hekim, yalnızca sağlığa ilişkin değerleri, yani hastanın hastalığını ve tedavisini etkileyen ya da bunlar tarafından etkilenen değerleri tartışır. Ahlâki birçok unsurun hastanın hastalığı ya da tedavisi ile ilgili olmadığını ve mesleki ilişki sınırlarının ötesinde olduğunu kabul eder. Hekim hastayı ikna etme sorumluluğu taşır, zorlamadan kaçınır. Hasta kendi yaşamını tanımalı ve benimseyeceği değerlerin sıralamasını kendisi seçmelidir. Hekim ve hasta, bu tutumla yapılan karşılıklı görüşmelerle sağlığa ilişkin değerlerin anlamını ve önemini yargırlarlar⁸.

Görüşmeci modelde hekim, bir öğretmen ya da bir arkadaş gibi davranır, hangi davranış tarzının daha iyi olacağı konusunda hasta ile karşılıklı konuşur. Hasta özerkliği kavramı ahlâki öz gelişim ile ilgilidir. Hasta yalnızca daha önce incelenmemiş seçeneklerini ya da incelemiş olduğu değerleri izlemez, karşılıklı görüşme yoluyla sağlıkla ilişkili farklı değerleri, bunların önemini ve tedavideki yerini değerlendirme gücünü de kazanır⁸. Bu modelde dikkat edilmesi gereken nokta, hekimin önerdiği uygulamaların ve yapılacak tedavilerin hastadan çok hekimin ahlâki değerlerine bağlı kalmaması, hasta görüşünün alınmasıdır¹².

Hasta-hekim ilişkisinde ideal olarak kabul gören “görüşmeci model”in özellikle önemli olduğu durumları sıralamak olanaklıdır. Bunlar:

1. Tedavi için uygun seçimin belirgin olmaması.
2. Sorununun çözümü için, hastanın yaşam biçiminde ve davranışlarında önemli değişiklikler yapmasının gerekli olması.
3. Hastanın yetersizlik ve sakatlıkla birlikte yaşamayı öğrenmesinin gerekli olması.

Bu durumlara bakıldığında bilinci yerinde ve yeterliliği olan bir hastanın söz konusu olduğu durumların pek çoğunda karşılıklı katılım temeline dayalı (görüşmeci model, danışan-danışman ilişkisi) bir ilişkinin olanaklı olduğu; bunun dışındaki bir ilişki biçimini haklı çıkarmanın ise güç olduğu görülmektedir³.

Ezekiel J. Emanuel ve Linda L. Emanuel, tanımladıkları bu dört hasta-hekim ilişkisi türüne beşincisini eklemektedirler; *yararlı model*. Burada hasta değerleri dikkate alınmaz. Hekimin amacı, hastadan bağımsız olarak, bilimsel bilginin ilerlemesini sağlamaktır. Deneysel araştırmaları içeren bu ilişki, ideal bir ilişki olarak nitelenmemektedir⁸.

İngiliz Tıp Birliği (1993) ise hasta-hekim ilişkisinde iki tür tanımlamaktadır¹¹. Bunlardan ilki, “terapötik ortaklık” olup en sık karşılaşılan hasta-hekim ilişkisidir. Hekim hastaya karşı sorumludur. Toplum sağlığını tehlikeye atabilecek durumlar dışında hekim yalnızca hastanın yararına çalışır. Bu ilişkide hasta hekimini seçebilir. Aynı şekilde hekim de hastayı kabul ya da reddetme hakkına sahiptir (acil müdahale

gerektiren ve tıbbi uygulamayı yapacak tek hekim olma dışındaki durumlarda). İkinci ilişki türünde hekim, bir işyeri ya da sigorta kurumunun çalışanıdır. Burada hastanın hekimini seçme şansı çoğu zaman olmaz. Hekimin rolü, yapılan tetkik ve muayenenin sağlık hizmeti amacı taşımadığı hastaya doğru bir şekilde anlatılmalıdır. İşyeri hekimliğinde geleneksel hasta-hekim ilişkisi değişmiştir ya da yoktur. Hekimin hastaya olduğu kadar bağlı bulunduğu kuruma karşı da sorumluluğunun bulunması ilişkileri etkileyebilir²⁰. Geleneksel ilişkinin temel prensipleri olan; hekimin sadece hasta adına çalışmasının, hasta ve hekimin ortak amacının hastanın iyileştirilmesi olmasının ve hasta ile hekim arasındaki ilişkinin özel olmasının işyeri hekimliğinde uygulanabilirliği tartışmalıdır^{21,22}.

Sonuç

Hasta-hekim ilişkisinde yapılan bu gruplandırmalar, tıp tarihinin gelişimi içerisinde hasta ve hekim arasındaki etkileşimleri ve farklı klinik durumlarda nasıl bir ilişkinin kurulabileceğini tanımlamaktadır. Bu gruplandırmalarda günümüzde ideal olarak benimsenen hasta-hekim ilişkisi; karşılıklı katılım temeline dayanan ilişki, danışan-danışman ilişkisi ya da görüşmeci model olarak adlandırılmaktadır. Ancak her bir ilişki modelinin uygulanabilirliği hastanın duruma (kişiliği, eğitim düzeyi, yeterliliği, anlama kapasitesi gibi) ve hastalığın özelliğine (hastalığın akut ya da kronik bir seyir izlemesi, hasta yaşamını etkileme düzeyi gibi) göre değişebileceği unutulmamalıdır.

Hekimlik uygulamasının hiçbir zaman teknisyenlik düzeyine indirgenmemesi gerekir. Hekimlik aynı zamanda bir iletişim sanatı olup hasta ile kurulan ilişkinin niteliği hasta yararını, hastanın memnuniyet düzeyini ve tedaviden yanıt alınmasını etkilemektedir. Günümüzde hasta haklarının güncel hale gelmesi beraberinde bazı uygulama sorunlarını da getirmektedir. Hasta katılımının sağlandığı bir hasta-hekim ilişkisi hasta hakları doğrultusunda gerekli görülmektedir. Bunun gerçekleştirilebilmesinde ise sadece hekime sorumluluk yüklenmesi hasta haklarının önünde bir engel oluşturacaktır. Çünkü toplumun sosyokültürel yapısında farklılıkların olduğu, hasta profiline çeşitlilik gösterdiği, hasta yığılımının olduğu, alt yapı eksikliklerinin giderilmediği, personel yetersizliğinin bulunduğu, sağlık çalışanının haklarının gözetilmediği koşullarda ideal hasta-hekim ilişkisi olarak karşılıklı katılım temeline dayalı (danışan-danışman, görüşmeci model) ilişkinin gösterilmesi hasta yararını zedeler. Dolayısıyla “hastalık yoktur hasta vardır” sözü her hasta için aynı ilişki modelinin kurulması yerine hastaya göre ilişki türünün belirlenmesi olarak da yorumlanabilir.

Her hastayla kurulacak ilişkinin türü farklı olabilir. Ancak bu ilişki türü belirlenirken öncelikle hastanın yararına dayanılarak hareket edilmesi gerekli görülmelidir. Bunun sağlanmasında ise tıp eğitiminde iletişim becerilerine önem verilmesi, öğrencinin hasta başında, hastayla diyalog kurarak ve hastaya “dokunarak” eğitim almasının sağlanması önemlidir.

Kaynaklar

1. Arda B. İş ahlakı' açısından tıp: Nerdeyiz?Nereye gidiyoruz? Üniversite ve Toplum 2003; 3(1): 4.
2. Oğuz NY. Klinik uygulamada hekim-hasta ilişkisi. Tıbbi Etik 1995; 3(2-3): 59-65.
3. Örs Y. Geçmişte ve günümüzde hekim-hasta ilişkisi. Tıp Dünyası 1975; 48(6): 224-30.
4. Hardoff D, Schonmann S. Training physicians in communication skills with adolescents using teenage actors as simulated patients. Med Educ 2001; 35(3): 206-10.
5. Koch E, Turgut T. Hasta-hekim ilişkisinin güncel sorunları ve kültürlerarası yönleri: bir bakış. Türk Psikiyatri Derg 2004; 15(1): 64-9.
6. Çobanoğlu N. Hasta yönetimi ve hekim-hasta ilişkisinde özerklik sorunu (Uzmanlık Tezi). Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2000.
7. Lazaro J. Doctors' status: changes in the past millenium. Lancet 2000; 354: 17.
8. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. JAMA 1992; 267(16): 2221-6.
9. Erdemir AD, Elçioğlu ÖŞ. Tıp etiği ışığında hasta-hekim hakları, Ankara: Türkiye Klinikleri Yayınevi; 2000.
10. Habiba MA. Examining consent within the patient-doctor relationship. J Med Ethics 2000; 26(3): 183-7.
11. British Medical Association. Medical ethics today, 3rd edition, Plymouth: Latimer Trend&Company; 1996.
12. Erdemir AD. Hekim-hasta ilişkileri ve etik sorunlar. In: Erdemir AD, Öncel Ö, Aksoy Ş (eds). Çağdaş Tıp Etiği. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2003. 130-48.
13. Aydın E. Tıp etiğine giriş. Ankara: Pegem Yayıncılık; 2001.
14. Savulescu J. Rational Non-interventional paternalism: why doctors ought to make judgements of what is best for their patients. J Med Ethics 1995; 21(6): 327-33.
15. Metcalfe D. Doctors and patients should be fellow travellers. BMJ 1998; 316: 1890-3.
16. Bassford HA. The justification of medical paternalism. Soc Sci Med 1982; 16(6): 731-9.
17. Perry CB, Applegate WB. Medical paternalism and patient self-determination. J Am Geriatr Soc 1985; 33(5): 353-9.
18. O'Neil O. Paternalism and partial autonomy. J Med Ethics 1984; 10(4): 73-8.
19. Elçioğlu Ö, Erdemir AD. Klinik uygulamalarda her durumda ortaya çıkan etik yükümlülükler. In: Erdemir AD, Oğuz Y, Elçioğlu Ö, Doğan H. Klinik Etik. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2001. 104-48.
20. Atıcı T, Atıcı E, Şahin N. Spor hekimliği ve etik. Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Derg 2004; 12(3): 183-8.
21. Bernstein J, Perlis C, Bartolozzi AR. Ethics in sports medicine. Clin Orthop 2000; 378: 50-60.
22. Waddington I, Roderick M. Management of medical confidentiality in English professional football clubs: some ethical problems and issues. Br J Sports Med 2002; 36(2): 118-23.