

# Hekim-hasta iletişimi: Tarihin en eski ikinci profesyonel ilişkisi

Hekim-hasta ilişkisinin belirleyicileri; doktorların ve hastaların beklentilerinin yanı sıra, doktorun görev ve sorumlulukları, aydınlatılmış onam alma süreci ve söz konusu tıbbi uygulamanın etik ve yasal standartlara uygun olup olmadığıdır. Bu ilişkide; hekim-hasta etkileşiminin amaçları, hekimin zorunlulukları, hastanın değerlerinin rolü ve hastanın özerkliği kavramı oldukça önemlidir.



Doç. Dr. Hükel Ümek Bükten  
Facellege Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Deontoloji / Tıp Etiği ve Tarihi AD  
bukent@facellege.edu.tr

Hekim-hasta ilişkisinde tercih edilen yada reddedilmesi gereken bir iletişim modeli var mıdır? Bu sorunun yanıtını kolay verilemeyeceği açıktır, çünkü farklı klinik koşullar için ve farklı toplumlar için farklı modellerin uygun olabileceği düşünülebilir. Gerçekten de, klinikte farklı zamanlarda farklı iletişim modelleri hekime ve hastaya uygun yol gösterici olabilir. Ancak her durumda hekim, hasta deneye tam bir bilgilendirme yapma ve araştırmanın her aşamasında iletişimi koparmama sorumluluğuna sahiptir.

Hekim-hasta etkileşimine ilişkin tanımlanmış birçok model olmakla birlikte Emanuel'lerin modeli en çok ses getirmiştir. (Emanuel, 1993)

	Bilgilendirici Model	Yorumlayıcı Model	Tarıtsmacı Model	Otoriter Model
Hastanın değerleri	Tanımlanmış, sabit ve hasta tarafından belirlenir	Karşık ve gelişmiş, ortaya çıkarılmaya gerektir	Ahlaki tartışma yokluğu ve reddedilmeye açık	Hesret ve hasta ile hekimin her iki tarafından paylaşılır
Hekimin zorunlulukları	İlgili bilgileri sağlar ve seçimi girişimi uygular	Hastayı bilgilendirmenin yanı sıra hastanın ilgili değerlerini ortaya çıkarır, yorumlar, hastanın seçtiği girişimi yürütür.	Hastayı bilgilendirmenin ve seçimi girişimi yürütülmesini yanı sıra en iyi değerleri dile getiren ve hastayı ona eder.	Hastanın o anda tercihlerinden bahınarak olarak hastanın iyiliğini teşvik eder.
Hasta özerkliği kavramı	Tıbbi bakımın seçimi ve kontrolü	Tıbbi bakıma ilişkin kendi iradesiyle karar verir	Tıbbi bakıma ilişkin kendi ahlaki değerlerini geliştirir	Hesret değerleri olur
Hekimin rolü kavramı	Yüksek etiklik uzman	Bağcı	Ahlakçı	Koruyucu

Çizelgede de görüldüğü gibi Bilgilendirici Modelde hekim-hasta etkileşiminin amacı, hekimin hastaya konuyla ilgili bütün bilgileri vermesi, hastanın istediği bilgiyi girişimi seçmesi ve doktorun girişimi uygulamasıdır.

Yorumlayıcı Modelde hekim-hasta etkileşiminin amacı, hastanın değerlerini ve gerçekleştirdiği açıklığa kavuşturmak, hastaya bu değerlere uygun tıbbi girişimleri seçmekte yardımcı olmaktır. Tarıtsmacı Modeldeki hekim-hasta etkileşiminin amacı, hastanın, söz konusu klinik duruma uygun olan, sağlıklı ilişkin değerlerin en iyisini belirlemesine ve seçmesine yardımcı olmaktır. Otoriter Modelde (bu "Paternalistik", "ana baba tarzı" ya da "rahip tarzı" model de denemektedir) ise, hekim-hasta ilişkisi, hastalara sağlığını ve iyilik durumlarını en iyi etkileyecek girişimlerin yapılmasını güvenceye alır. Bu amaçla hekim, hastaya kendisinin en iyisi olduğunu inandırdığı girişimi onaylamasını sağlayacak, seçilmiş bilgileri verir. Otoriter modelde hekim, neyin hasta için en iyi olduğunu dile getirip uygulayarak, hastanın koruyucusu gibi davranır. Bu dört model bütün seçenekleri kapsanamaktadır. Bunlara Araç Olarak Yararlanma Modeli adı altında beşinci bir model de eklenebilir. Burada, hastanın değerleri ile ilgilenmez; hekim, toplum yararı ya da bilimsel bilginin ilerletilmesi gibi, hastadan bağımsız bir amacı hedefler.

Tuskegee sifiliz deneyi ve Willowbrook hepatit çalışması bu modelin örnekleridir. Bu

çalışmaların ahlaki açıdan eleştirilmesinin ortaya koyduğu gibi, bu model, bir ideal değil bir sapmadır. Günümüzde doğru kabul edilen paradigma, amaç-araç ilişkisinde, hastanın her zaman amaç olması, hiçbir zaman amaca araç edilmemesidir. Tüm ulusal-uluslar arası etki ve yasal düzenlemeler insanın haklarını, göncünü, onurunu merkeze koyar. Hekim-hasta ilişkisinde tercih edilen ya da edilmemesi gereken bir model var mıdır? Bu sorunun yanıtını kolay verilemeyeceği açıktır, çünkü farklı klinik koşullar için ve farklı toplumlar için farklı modellerin uygun olabileceği düşünülebilir.

Gerçekten de, farklı zamanlarda dört modelin her biri hekime ve hastaya uygun yol gösterici olabilir. Yine de, bir model ortak bir başyuru çerçevesi olarak belirlemek önemlidir; bu durumda, öteki modellerin kullanılacağı kural dışı durumlar, kendiliğinden reddedilemez ama belli bir durumun koşullarına dayanarak savunulmaları gerekir.

Bu yüzden, hastalardan aydınlatılmış onam alınmasının tedavide yaratacağı gecikmelerin hastada geri dönüşüz zarara yol açacağı acil durumlarda, otoriter modelin, hekim-hasta etkileşimine uygun bir yol gösterici olduğu yaygın olarak kabul edilmektedir.

Acil servisler aydınlatılmış onamın "istisnaları" oluşturur, burada hekim hastanın yararına olduğunu düşündüğü işlemi vakit geçirmeden uygulamakla yükümlüdür. Ancak örneğin Yehova Şahitleri örneğinde olduğu gibi, hastanın Yehova Şahidi olduğunu gösteren madalyonu taşımaması rağmen hastaya acil kan/serum veren hekim malpraktik ile yargulanabilir. Çünkü inançlarına göre Yehova Şahitleri eşjer kan-serum alırlarsa ilahı beşışmeden yararlanamayacaklarını düşünür ve bu tedavileri reddederler. Açık ama birbiriyle çelişen değerleri olan hastalar için, yorumlayıcı model daha uygun olabilir. Bu modelde hekim hastayı bilgilendirmenin yanı sıra hastanın ilişkili değerlerini ortaya çıkarır, yorumlar, hastanın seçtiği girişimi yürütür. Süre giden ilişki olmaksızın yalnızca bir kez karşılaşılan hekim ile hasta arasındaki ilişkinin söz konusu olduğu durumda ise, bilgilendirici modelin benimsenmesi doğru olabilir. Hekim ilgili bilgileri sağlar ve girişimi uygular. Gerektiğinde, hekim, toplum yararı ya da bilimsel bilginin ilerletilmesi gibi, hastadan bağımsız bir amacı hedefler.

Tuskegee sifiliz deneyi ve Willowbrook hepatit çalışması bu modelin örnekleridir. Bu

Tarıtsmacı modelde hekim, otoriter modelden farklı olarak ideal bir öğretilen gibi, belli değerleri otoriter bir biçimde zorla kabul ettirmeye değil, bu değerlerin önemi konusunda hastasını ikna etmeye çalışır. Hekimin amacı, hastayı kendi isteğinin nesnesi yapmaktır, belli bir davranış tarzının istenir olduğu konusunda onu ikna etmektir. Araştırmacı-hekim/denek-hasta ilişkisinde de genelde "karşılıklı katılım" a dayanan bu modelin en ideal olduğu düşünülebilir.

Toplumsal yapısını babacılı ("paternalistik") tutum biçiminin belirlediği öteki ülkelerde olduğu gibi, ülkemizde de hekim-hasta ilişkisinde hekim genellikle ilişkiyi yetke ögesidir. Böylece, ilgili alanın doğasına uysun uymazsın, hekimle hasta arasında işbirliğinden çok birinin ötekini yitirdiği bir ilişki söz konusudur.

Toplum bu ilişki biçiminin farklı örnekleriyle yaşamın her alanında sıkça karşılaştığı ve ona dayalı bir ekinc geliştirdiği için, böyle bir hekim-hasta ilişkisini yadrgaması, böyle bir ilişki sistemi onu değiştirecek yönde zorlaması söz konusu olmaktadır.

Ülkemizdeki tıp uygulamasında hasta çoğunlukla "bilgi alan ve tedaviye etkin katılımları" konusunda değil; kendisi ile ilgili bilgi veren ve hangi hekimin kendi tedavisine ilişkin olarak hangi düzeyde sorumlu olduğunu ve bu süreçteki haklarını bilmeyen kişi konumundadır.

Oysaki hekimin, hastasının değerlerini dikkate alarak tedavi yöntemini seçmesi ve olası riskler konusunda hastayı bilgilendirmesi, kendi değerleri açısından en uygun olanı seçmesi ve bu süreçteki haklarını bilerek, gerektiğinde talep etmesi "karşılıklı katılım" türünde bir ilişki için ön koşuldur. Hekim-hasta arasında "karşılıklı katılım" temelinde yeniden biçimlenen ilişkinin bir ürünü olarak klinik tıp etkinliğinde "hasta hakları" kavramının ortaya çıktığını görüyoruz.

Hastanın kendi sağlığı ile ilgili sorumluluğu üstlenmesi onun eğitimi, ekincsel durumu, ekonomik durumu ile de yakından ilişkilidir. Bu nedenle de hasta/hasta ailesi eğitimi, onların sorunlarına ilişkin sorumluluk düzeylerini ve davranışlarını geliştirecek, özerklik kavramının hasta tarafından algılanmasına katkı sağlayacak biçimde yapılmalıdır. Önerilen ideal modellerde hastalara ilişkin olarak şu ortak temel öğeler bulunabilir:

- Hastaların kendi katılımı;
- Birbirine bağımlı olma;
- Ortak karar alma;
- Hastalara sağlıkla ilgili öğrenme yetkisi verme;
- İki yönlü iletişim.

İşbirliğine dayanan ilişkiler, otoriter ilişkilerden tümüyle farklı bir çerçeveye dayanmaktadır. Böyle bir ilişki, hiç kimse "ipleri" elinde tutmaz, kimse kimseyi "kontrol" etmez. Ne yazık ki işbirliğine dayanan bir ilişki yaşıyan doktor ve hasta sayısı oldukça azdır. Özellikle ülkemizde çoğunuzun davranışlarını kontrol altında tutmak için ödül ve ceza kullanan otoriter ana-baba, öğretmen ve işverenlerimiz olmuştur.

Bu nedenle, pek çok doktorun hastaya işbirliğine, karşılıklı katılımı dayanarak bir ilişki kurup bunu sürdürme becerilerinin olmama-

sı, hastaların da böyle bir beklentilerinin olmaması anlaşılabilir bir durumdur.

Hastaların çoğu doktorları "ipleri ellerinde tutan kişiler" olarak algılarlar; işbirliğine dayalı bir ilişki beklemedikleri gibi böyle bir ilişki nasıl davranacaklarını da bilemezler. Hastalardan böyle bir ilişki isteği gelebileceği için, bunu doktorların başlatması çok önemlidir.

Ama her şeyden önce doktorların böyle bir ilişkinin yararına ve hastaların etkin katılımına yardımcı olmanın değerine inanmalarını gerekmektedir. Doktorlar bu yöntemini çok zaman aldığını düşünebilirler. Ne var ki, geleneksel hekim-hasta ilişkisinde hastalar çoğunlukla yapılması gerekenleri yanlış anlamakta; tedavinin önemi bölümlerini unutmakta ya da doktorun söylediklerine uymamaktadır. Bu yarım ve yanlış iletişimin ilişkideki etkilerini yeniden düzeltmek de zaman ister. Hasta; doktorun bilgi, deneyim ve uzmanlığına sahip kişi olarak "otorite" olduğunu kabul etmiştir. Soru sorma hakkının olmadığını, buna karşılık her tür soruya yanıt vermesi ve doktorunun önerdiği her tür uygulamayı kabul etmek zorunda olduğunu düşünür.

Hekimlerde hastaların genellikle süsü-kültürel ve entelektüel düzeylerinin düşük olduğunu; bu nedenle onların aydınlatılmış onamının alınmasını yersiz ve zaman alıcı bir uygulama olduğunu; hekimin her zaman hasta adına en doğru kararı vereceğini; hastanın bağı olduğu toplumsal güvenlik sisteminin ona fazla seçenek sunmadığını ıeri sürebilirler. Ülkemizde tıp etiğindeki söz konusu olacak etik ilkelerin önceliği ve değerlendirilmesi Batı'dakinden farklı mıdır? Batı'da geliştirilen bilimsel ve onun bir parçası olan kişinin özerkliğine saygı ilkesi gibi değerler, evrensel değerler olarak anlaşılmalı mıdır veya kültürlerin kendi yorumlarına ve uygulamalarına bağlı olarak farklıdır? Bu tartışma konuları, tüm dünyada etikçileri ve felsefecileri uzun zamandır meşgul etmekte birlikte, Batı, tıp etiğinin kavramsal sorunlarını, sınırlarını ve zamana bağlı doğasını irdelediğinden, bu tartışma Batı'nın gelecekteki tıp etiğinin biçimlenmesinde, önemli etkilere sahip olabilecektir. Batı'nın biyomedikal etiğün, gelişmekte olan ülkeler üzerinde emperyalizm oluşturması endişesi, 1980'lerin sonunda kamuya mal olan bir konu olmuştur. Gelişmekte olan ülkelere etik ilkelerin değerlendirilmesi ve yapısı ABD, Kanada ve Batı Avrupa'daki ülkelere farklı mı olmalıdır? Bu konuların incelenmesi, etik sorgulamanın özellikleri ve doğası hakkında bilgi sağlayacak, Batı dışındaki bölgelerde ABD'de düzenlemelerin nasıl yorumlanacağı ve uygulanacağı hakkında görüş verecek ve Batı'nın mali destek verdiği yurtdışı uygulamaların incelenmesinde etik kurul üyelerine yardımcı olacaktır. Bir toplumdaki ahlaki ağırlığına göre, toplumsal ve kültürel geleneklerdir. Belirgin ahlaki kavramlar, gelenek geliştiği zaman içinde ağırlık kazanır. Amerikan kültüründeki "biyoyetik" düşüncesini ele alalım. Başlıca, "Amerikan Kültürel gelenekleri kişiliği; başarı, insan hayatının bireyi hoş fakat tedirgin edici bir yalnızlık durumuna bırakan amacı şeklinde açıklar" denmektedir. Bir etik ilke olarak "özzerkliğün görevi" bu geleneğin dışında anlaşılabilir. Do-

layısıyla Amerikan kültüründe "bireye saygı" ilkesi oldukça ağırlıklıdır; genel olarak değerli olarak kabul edilen ancak, rahbet gördükleri toplumdaki sosyal koşulların değişmesi nedeniyle "ağırlık kaybetmiş" öteki ilkelere de üstün gelir. Örneğin, genel olarak "aleyne bağlılık" veya "yaşlılara saygı" doğru şeylerdir; bunlarla birlikte, Amerikan kültüründe aile ekonomisi ve sosyolojide ortaya çıkan önemli değişimlerle, bunlar eskiye göre, etik nosyonlar olarak daha az önemlidir. Dolayısıyla, bu çerçevede toplumsal ve gelenek içinde ilkelere önem sırasının değişebileceğini söylemek olanaklıdır. Kültürel gelenekler kaynaklanan etik ilkelerin farklı ağırlıklanması, ahlaki karakterlerin ve bu gelenekler içinde gelişen ahlaki rollerin çeşitli yönlerini kapsayabilir. Vatani dövüşerek savunmayı teşvik eden bir toplumda, cesaret ödüllendirilen bir ağırlıklıdır. Bireysel özerkliği destekleyen topluma ise, girişimcilik ve farklılık teşvik edilir. Dolayısıyla, kültürel bir geleneğe ağırlıklı olan etik ilkeler, bireysel bir karakter seviyesinde de etkili olur. Toplumsal roller hakkında, belirgin bir ahlaki karakterin, belirli bir rolü dikte ettiği söylenebilir. Bir ahlaki geleneğin etik ilkeleri daha bireysel bir yöne sahiptir. Ahlak tartışmada, bu rolleri oynayan ve bu karakterleri kazanan bireyler, uygun ilkeleri kendilerine öncelikleyeceklerdir. Dolayısıyla, hekimlerin "yararı", "özerkliği" üstün tutulmuş sık sık tanık oluruz. Bununla birlikte, bu antropolojik gözlemler bizi çok fazla uzağa götürmez. Ahlakı karşılıklı nedeni; temel ve marjinal ilkelere ya da önemlerle önemsizlerin dengelenmesi de geçerlidir.

Temel ve önemli olanların kendi aralarında dengelenmesi, Amerikan kültüründe temel olanı bu bireyselliği, bireyleri saygı ilkesi biçiminde ortaya çıkmasıyla göstermek de olasıdır. Bununla birlikte, Batı kültüründe değişmez bir yer edinen "başkalarına yardım" ile de göstermek olanaklıdır. Benzer biçimde, adalet ve adil olma da temel ve önemli kavramlardır. Dengelenme sorunu, özerklik yarar ile ve yarar adalet ile dengelenmek istenince ortaya çıkar.

Bütün bu kavramlar eşit ağırlığa ve öneme sahiptir; hangisinin ötekine tercih edilmesi gerekliliğini kuramsal tartışmalarla göstermek zordur. Buna göre ilk bakışta, tıp etiğünde herhangi bir ilkenin ağırlığı, onu ahlaki bir konudaki kültürel ve estetik düşüncelerin merkezine çeken çekim gücünden kaynaklanır. Bir değer, bir düşüncenin bir ahlaki gelenek içinde yaygın bir sosyal grubun üzerinde yarattığı toplu etkilenmeden ve bu gelenek içinde gelişen ahlaki karakterden ıeri gelir. Eşer o toplumun tarihi ve toplumsal yapısı belirli bir düşüncesi destekleyorsa, o düşüncesi kanusalt tartışma ortamına çıkar. Eğer gerekiz veya "marjinal" ise, görünmez olur ya da sessiz kalır. Ahlakı ağırlığına bir ilk kaynağının bu biçimde açıklanması kabul edildiğinde çıkacak sorunlar konusunda pek çok şey söylenebilir. Geçerli midir? Temel kültürel kavramları reddeden "tehlikeli" düşünceleri olan toplumlar nedir, kabul edilemez ilkelere egemen olduğu toplumlarda nedir? Zorlayan, eleştirilen, yenilikçi ahlaki kavramlar, ahlaki geleneklere yararı nasıl sağlar? Bu soruların üzerine gitmek ve açıklama yapmaya çalışınca en azından benim için zor görünmektedir.