

Hekim ne diyor, hasta ne anlıyor?

Prof. Dr. Mustafa Bilici



1965 yılında doğdu. İlk ve orta öğrenimini Adana'da tamamladı. 1990 yılında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Uludağ Üniversitesi'nde tamamladığı psikiyatri uzmanlığının ardından (1995), KTÜ'de doçent (2000), Medipol Üniversitesi'nde profesör oldu (2012). 2003-2005 yılları arasında İstanbul Haydarpaşa Numune Hastanesi'nde çalıştı. 2005'te Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne kurucu başhekim olarak atandı. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesinde öğretim üyesi görevini sürdüren, aynı zamanda özel muayenehanesinde hasta ve danışan kabul eden Bilici'nin çalışma alanları arasında "kişiler arası ilişki sorunlarının terapisi" ve "uyku bozuklukları" ön planda yer almaktadır.

nsan iletişiminin kabaca iki yönü olduğu söylenebilir. İlk düşünceleri ifade etme, ikincisi düşünceleri anlama. Birinci başlık meramımızı ifade etmenin yollarını içerir. Konuşma, jest ve mimiklerimiz bu bağlamda ele alınır. Bu üç ifade aracından jest ve mimikleri diğer canlılarla da kullanır; ama konuşmanın insana özgü olduğu söylenebilir. Konuşma, düşüncelerimizi ve meramımızı ifade etmenin en kestirme ve en kolay yoludur. Zira pek çok karmaşık istek, arzu ve niyetimiz ses şeklinde sembolize edilerek ifade edilebilir. Jest ve mimiklerin bu kadar karmaşık düşünceleri ve niyetleri ifade etme kapasitesinin düşüklüğü göz önüne alındığında, konuşma yeteneğinin iletişimde ne kadar büyük bir imkân sağladığı daha rahat anlaşılacaktır. Konuşma birçok faktörle ilişkili bir iletişim becerisidir. Her şeyden önce, konuşabilmek için sağlam ve olgun bir beyne ihtiyacımız vardır. Beynimiz hem dışardan gelen uyarıları hem bedenimizden ve beynimizin diğer yerlerinde kayıtlı olan bilgileri işleyerek konuşmanın motor çıktısını hazırlar. Bu çıktı dil; yutak, dudak, gırtlak gibi periferik motor organları çalıştırarak ses şeklindeki konuşmayı gerçekleştirir. Beynin konuşmanın motor çıktısını hazırlaması için öğrenilmiş bir lisan ihtiyacı vardır. Öğrenilmiş bir lisan olmasaydı sadece bağırp çağırma, ötme, haykırma, kükrme, homurtu gibi sesler çıkararak meramımızı ifade edebildik ki bu ifade biçimlerinin ne kadar kısır olduğunu söylemeye gerek yok sanırım.

Bu noktada bazı az gelişmiş insanların ya da konuşma becerisini kullanmayı düşünemeyenlerin, konuşma dışındaki seslerle iletişim kurmaya çalışmaktan başka çarelerinin kalmadığı daha iyi anlaşılmaktadır.

Buraya kadar anlattıklarımızdan, hekimlerin iyi bir konuşma becerisine sahip olmaları gerektiğini söylemeye gerek yok. Hekimlerin konuşmanın biyolojik kısmı, yani beyin ve periferik organlar konusunda bir sıkıntısı olduğunu düşünmüyorum; hekimlerdeki en büyük sıkıntı "öğrenilmiş dil" konusunda kendini göstermektedir. Burada sebeplerine ayrıntılı olarak değinmeden sadece şu kadarını söylemek gerekir: Hekimlerin büyük kısmı içinde hastalarıyla birlikte yaşadıkları kültürün dilinin inceliklerini öğrenme konusunda yetersizlik göstermektedir. İyi bir Türkçe ile yazılmış bir romanı ya da hikâye kitabını en son ne zaman okudunuz şeklindeki bir soruya çoğu hekimin yetersiz cevap vereceğini düşünüyorum.

Konuşma dışındaki meramımızı ifade etmemizi sağlayan diğer araçlar ise; jest ve mimiklerdir. Genel olarak vücut postürümüzden tutun, göz kürelerimizin etrafındaki minicik kaslara kadar pek çok hareket meramımızı ifade etmemizde konuşmamıza yardımcı olur. Ellerimizi göğsümüzde çaprazlama kavuşturup koltuğumuzda geriye doğru kaykılarak yaptığımız konuşma ile hafif öne eğilip hastamızın gözlerine baka-

rak yaptığımız konuşma arasındaki etki ve anlaşılma farkında büyük değişimler söz konusu olabilir. Bağırp çağırarak, başka tarafa bakarak, büyük el kol hareketleri yaparak, yüzümüzü buruşturup kaşlarımızı çatarak yaptığımız bir konuşmanın içeriği ne kadar doğru ve bilimsel olursa olsun, karşımızdaki hastada oluşturacağı etki tek kelime ile olumsuz olacaktır.

Gelelim ikinci başlıktaki anlama mevzusuna. Anlamanın da konuşma gibi hem biyolojik hem öğrenilmiş lisanla ilgili yönleri vardır. Biyolojik yönden kastımızın sağlam ve olgun duyu organları ile beynin anlama merkezleri olduğu ortadadır. Karşımızdakinin çıkardığı ses, jest ve mimik şeklindeki sembolleri beynimiz bir "dekoder" gibi çalışarak deşifre eder ve bir anlam üretir. Üretilen bu anlam ya hemen ya daha sonra geliştireceğimiz davranışların şekillendirilmesinde önemli bir rol oynar. Anlamanın biyolojik ön şartı aktif dinlemekten geçer. Anlatılanları aktif olarak dinlemezsek, anlatılanlardan anlam çıkarma ihtimalimiz azalır. Sadece dinlemek de bazen yetmez, dikkatle izlemek hatta bazen dokunmak, tatmak ve koklamak gibi duyarımızı da sağlıklı anlam üretmek için devreye sokmak gerekebilmektedir.

İletişimi anlaşılın diye bu şekilde kabaca ikiye ayırdığımızı bakıp bu iki sürecin birbirinden bağımsız olarak çalıştığı izlenimine kapılmak hatalı olur. En baş-



ta şunu vurgulamamız gerekir: Sağlıklı bir konuşma için konuştuğumuzu anlamamız lazımdır. Dikkat ederseniz kendi konuşmamızı duymamız ve anlamamız, meramımızı ifade etmemizi olgunlaştıran en önemli etkidir. “Bu adam ne dediğini duymuyor” ya da “ağzından çıkanı kulağı duymuyor” derken tam da bu durum kastedilir. Hastalarımızla konuşurken dikkatimiz kafamızı kurcalayan başka bir meseleye yoğunlaşırsa doğal olarak konuşmamızı duyamayız. Kendi konuşmamızı duyamazsak, hastalarımızın bizi duymasını ve anlamasını da beklememeliyiz.

İletişimin her aşamasında devrede olan ve buraya kadar saydığımız etkenlerden belki de en önemlisi empati becerisidir. Empati becerisi kısmen eğitimle ve deneyimle ilgili olsa da, bu beceri büyük oranda yapısaldır. Empati, kendimizi karşımızdakinin yerine koyup onun zihniyle düşünebilme ve anlama becerisi olarak tanımlanabilir. Bu beceri bazı kişilerde yapısal olarak yetersizdir, bazı kişilerde -mesela antisosyal kişilik bozukluğu olanlarda- ise yok denecek kadar azdır. Bu nedenle bazı antisosyal özelliği olan kişilerin zeki ve yetenekli olsalar dahi hekim olmamaları gerekir. Tüm hekimlerde optimal düzeyde bulunması gereken empati becerisinin, psikiyatristlerde ve psikoterapistlerde maksimum düzeyde olması gerektiği söylenebilir. Belki robotik cerrahi konusuyla ilgilenen hekimlerde ortalama bir empati becerisi yeterli olurken, aile içi sorunlarla bağ-

lantılı olarak dikkati ve uykuları bozulan kişiyi değerlendiren bir psikiyatristin maksimum empati becerisine sahip olması gerektiğini söylemek meramımızın anlaşılmasını kolaylaştırabilir.

Yakın zamanda yapılan bir meta-analizde; hasta-hekim ilişkisinin, sağlık hizmetlerinin sonucu üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu gösterilmiştir. Hasta-hekim ilişkisinin kendine mahsus bir takım ayırt edici özellikler taşıdığı söylenebilir. İşin ilginç yanı, her bir hasta-hekim ilişkisinin bile kendine özgü bazı karakteristik özellikler içermesidir.

Hasta-hekim ilişkisi eksenindeki “tarafaların”, hastalıkların etiyolojilerini anlama biçimlerinin örtüşme düzeyi doğal olarak farklılık gösterecektir. Ancak bu fark ne kadar az olursa işlerin o kadar iyi gideceği söylenebilir. Tüm kişiler arası ilişkilerde anlamak ve anlaşılacak, güvenmek ve güvenilmek, saygı duymak ve saygı görmek temel öğelerdir. Hasta ve hekim ilişkisi de bu temel öğelere dayanmak durumundadır. Hasta-hekim ilişkisinin bu temel öğelere dayanması genelde herkes için birçok yarar sağlasa da, hastalıkların etiyolojilerini anlama özelinde ortak bir dil kurulmasını da sağlar. Hekim, “hem hastalığı tanımlama hem hastalığı tedavi etme yetki ve becerisine sahip olan kişi” şeklinde tanımlanabilir. Bu nedenle hekimin rolü söz konusu ilişkide oldukça “belirleyici” bir konumdadır. Bu belirleyicilik, iki tarafı keskin bir bıçak gibidir; zira bir tarafı ile hekime müthiş

Konuşma, düşüncelerimizi ve meramımızı ifade etmenin en kestirme ve en kolay yoludur. Zira pek çok karmaşık istek, arzu ve niyetimiz ses şeklinde sembolize edilerek ifade edilebilir. Jest ve mimiklerin bu kadar karmaşık düşünceleri ve niyetleri ifade etme kapasitesinin düşüklüğü göz önüne alındığında, konuşma yeteneğinin iletişimde ne kadar büyük bir imkân sağladığı daha rahat anlaşılacaktır. Konuşma birçok faktörle ilişkili bir iletişim becerisidir. Her şeyden önce, konuşabilmek için sağlam ve olgun bir beyne ihtiyacımız vardır.



bir rahatlık ve manevra alanı sağlarken, diğer tarafı ile ciddi bir zarar verme potansiyeli taşır. Kısacası hekim, hastayla kurduğu ilişkide bu iki uç arasında uygun bir yerde bulunur.

Hekimi merkeze alan ilişki biçiminde hastaya ayrılan zaman çok azdır. Bu ilişkide hekim, hastaların duygularını anlamak konusunda isteksiz olursa hastayla sahici bir ilişki kuramaz. Bu durum, hekimin sevimsiz olmasıyla sonuçlanır. Oysa hastayı merkeze alan ilişki biçiminde dinlemek, katlanabilmek, hastanın endişelerini yorumlamak, açıklamada ve geri bildirimde bulunmak ve geri bildirim almak önemlidir. Hasta, tedavi ihtiyacını bir tabip üzerinden gidereceği için; kaçınılmaz biçimde hekimle ilişki kuracaktır. Hasta bir yönü ile zora düşmüş biri iken, diğer yönü ile hekimin ihtiyaç duyduğu parayı veren ve hekime tedavi etme hazzını yaşatan kişidir. Dolayısı ile hasta yoksa hekim diye bir şeyden bahsetmek mümkün değildir. Yani ortada bir hekim olmadığında bile hastalar varlığını sürdürebilir, ama tersi zorunlu değildir.

Hastanın sıkıntısının hekim tarafından anlaşıldığının, ya da en azından anlaşılmaya çalışıldığının, hasta tarafından hissedilmesi yalnızca empati içeren bir ilişkide mümkün olur. Etkin ve empatik iletişimin sağlık hizmeti neticelerini olumlu etkilediği bildirilmiştir, ancak

empati; sadece hekimin anlamasına ve hastanın anlaşılmasına yönelik olursa eksik kalır. Hastanın da doktorun verdiği bilgileri anlaması gereklidir. Bu durumda etkin empatik iletişimde, “anlamak” için olduğu kadar “anlaşılacak” için de çaba gösterilmelidir.

Hekimle hastanın etiyoloji konusunda ortak bir dil gelişimini engelleyen risklerden bir diğeri ise, hekimin empatik tutum yerine “sempatik”, ya da daha da kötüsü “antipatik” bir tutum takınmasıdır. Sempatik tutum, duygusal atıf içeren tutum olarak tanımlanabilir. Yani hekimin hastasını ya ailesinden biri gibi, ya da duygusal ilişki içinde olduğu biri gibi görmesidir. Çeşitli nedenlerle tarafların sahip olduğu iletişim becerilerinin dengesi bozulduğunda ilişkinin niteliği de doğrudan etkilenir ve etiyoloji konusunda ortak bir dil kurma ihtimali azalır. Hasta-hekim ilişkisine devlet, töre, din, teknoloji, kültür, ekonomi, etik ve hukuk gibi pek çok faktörün müdahil olma potansiyeli vardır. Bu faktörler hasta ve hekimi ne kadar ayrı saflarda konumlandırmaya zorlarsa, etiyoloji konusunda ortak bir dil kurma ihtimali o kadar azalır.

Hekimle hastanın etiyoloji konusunda ortak bir dil kurması, hekimin ve hastanın psikolojik özellikleri, ilişkinin başlama biçimi ve ilişkiyi başlatan unsurlar gibi pek çok etken tarafından belirlenir.

Çocuk hastalarla, bilinç bozukluğu olan ya da akli melekeleri ortadan kalkmış ağır mental retarde (zekâ geriliği olan) kişilerle, ya da gerçeği değerlendirme yetisi ileri derecede bozuk psikotik bir hastayla ortak dil kurulması beklenemez. Böyle durumlarda bırakın hekimin hastasına etiyoloji hakkında bilgi vermesini, doğru dürüst karşılıklı bir konuşma bile gerçekleşmeyebilir.

“Öğrenci” konumundaki hasta ile “öğretmen” konumundaki hekim arasında etiyoloji konusunda ortak bir dil kurma ihtimali zordur. Hekim genellikle bilgiyi verir, hasta da ne anlarsa onu kâr sayar. Böyle bir ilişkide hasta, hekimin açıklamalarını anlamadığında soru sormaktan imtina eder, zira hem hekimin kızdırmaktan hem anlamamış görünmenin getirdiği utançtan çekinir. Hasta ve hekimin “aynı safta” yer aldığı ilişki; etiyoloji konusunda ortak bir dil kurmada ideale yakındır, zira empati düzeyi en yüksek ilişki budur. Hâl böyle olunca tarafların birbirinden beklentileri net bir şekilde ortaya konur ve karşılanır. Sonuçta etiyolojiyi anlama konusunda da empatik tutum etkisini gösterecek ve ortak bir dilin kurulması mümkün hâle gelecektir.

Konuyu derinlemesine anlamak için pratik bir örnek verelim: Günde ortalama on dakika arayla hasta muayene ve tedavi edilmesi istenen bir devlet has-

tanisinin polikliniğindeki hasta-hekim ilişkisi (A tipi ilişki) ile günde en fazla altı hastanın kabul edildiği, hastalara en az elli dakikanın ayrıldığı muayenehanedeki hasta-hekim ilişkisini (B tipi ilişki) gözünüzde canlandırmaya çalışın. Tahmin edileceği gibi A tipi ilişkinin, yüzeysel, soğuk, kopuk, empatiden yoksun, zaman baskısı altında ezilen, tatminsiz, def'i belâ kabilinden ve tükenmeyle sonuçlanmasının kaçınılmaz olduğunu söylemek mümkün. Oysa B tipi ilişki, A tipi ilişkinin karşılıklı iş birliğine dayanan, empatik, saygılı, tatminkâr, tarafları geliştirici ve sürdürülebilir özellikte olduğu gün gibi aşîkârdır. Çünkü A tipi ilişkide hekim ve hasta arasına pek çok "karıştırıcı" etken girmekte ve güven zedelenmektedir. B tipi ilişkide ise mümkün olduğunca "dolaysız" bir ilişki kurulmakta ve güven sürekli tazelenmektedir. A tipi ilişkide araya giren etkenler hasta ile hekimin en başta kurması gereken iletişim becerilerini baltalayarak güven ilişkisinin oluşumunu engellemektedir. Elbette tüm hasta-hekim ilişkileri A ve B kutuplarında yer almamaktadır. Ancak başta da belirttiğimiz gibi bu iki kutup arasında dağılan ve neredeyse tüm ilişkilerin toplam sayısı kadar ilişki biçiminden bahsetmek mümkündür.

Etiyoloji konusunda ortak bir dil kurmayı bozan etkenlerden biri de hekimin omnipotent (tüm güçlü) bir konuma yükseltilmesi ya da deyim yerindeyse "tanrılaştırılması"dır. Hekime, sahip olmadığı bir takım "mistik" özellikler atfedilerek hem hekimin ayakları yerden kesilmiş olur, hem de ilişkinin niteliği değiştirilmiş olur. Hastaya ayrıntılı bilgi vermemek, onunla konuşmamak ya da konuşsa bile hastasının anlayamayacağı Latince ağırlıklı bir dille konuşmak bu tür hekimlerin özellikleri arasında sayılır. Hekimin kendi içinde taşıdığı omnipotensini dizginleyememesi de bu olumsuz durumun ortaya çıkmasına yol açabilir. Hasta, dert sahibi biri olarak ister istemez "yüce" bir varlıkla ilişkiye girme ihtiyacı hisseder; hekim de şifanın kendisinden sâdır olan bir özellik olduğu zehabına kapılarak omnipotansını besler. Bu durum iki tarafın eseri olsa da, burada omnipotans tuzağını görmek ve bu tuzağı etkisiz hâle getirmek hekimin görevidir. Sonuç olarak etiyoloji konusunda ortak bir dil kurma için aradaki ilişkinin mümkün olduğunca "demistifiye" edilmesi, yani ayaklarının yere basması gerektiğini söyleyebiliriz.

Günümüzde etioloji konusunda ortak bir dil kurmayı mecrasından saptırma potansiyeli taşıyan en önemli unsur, teknolojik gelişmelerdir. Herkesin ekrana baktığı bu dönemde hekim de ister istemez bu akıma kapılmış ve hastanın yüzü yerine ekrana bakmayı tercih eder hâle gelmiştir. Hasta ne söylerse söylesin teknolojinin sunduğu verilerin esas alınması, "hastanın" baypas edilmesine neden olmaktadır. Bu durum, hekimin, sadece "hastalığın" kendisiyle iletişim kurduğu tuhaf bir ilişkinin doğmasına yol açmaktadır. Aynı durum hasta cephesi için de geçerlidir: İnternetin söyledikleri hekimin söylediklerinden daha inanılır hâle gelince, bu kez "hekimin" baypas edildiği ve hasta ile teknolojinin ilişkiye geçtiği garip

bir durum ortaya çıkmaktadır. Sonuç olarak, hasta ile hekimin etiyoloji konusunda ortak bir dil oluşturmasını bozan çok sayıda faktör bulunsa da ortak bir dil oluşturulmasını sağlayan en önemli etkenin hekimin empatik tutumu olduğunu söyleyebiliriz.

Kaynaklar

Crandall SJ, Marion GS, Identifying Attitudes Towards Empathy: An Essential Feature of Professionalism. Acad Med. 2009; 84:1174–1176.

N. Yasemin Oğuz. Klinik Uygulamada Hekim-Hasta İlişkisi. T Klin Tıbbi Etik, 1995, 2-3: 59-65.

Mustafa Bilici, Sena Yenel Özbay, Hasta ve Hekimler Etiyoloji Konusunda Ortak Bir Dil Oluşturabilir Mi? SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi, Haziran-Temmuz-Ağustos 2015. 35.sayı, sayfa 70-71.

DÜZELTME

54.sayımızda yer alan Dr. Öğr. Üyesi Murat Dinçer Çekin imzalı "İnsan ömrü ne kadar uzadı?" başlıklı makalede yer alan iki tabloda sütunlar kaydırılmıştı. Yazarımdan özür diliyor, tabloların doğru haline burada yer veriyoruz.

İngiltere ♂ ♀ nüfus verileri				
Yıl	Bebek ölüm oranı (%)	Doğumda ömür beklentisi ve ulaşılması beklenen yaş (yıl)	65 yaşında ömür beklentisi (yıl)	65 yaşında ulaşılması beklenen yaş (yıl)
1841	16,4 13,6	40,2 42,2	10,9 11,5	75,9 76,5
2011	0,48 0,39	79,0 82,8	18,3 20,9	83,3 85,9
		Doğumda ömür beklentisine göre 1841 - 2011 arasında ömür farkı (yıl)	İleri yaşta ömür beklentisine göre 1841 - 2011 arasında ömür farkı (yıl)	
		38,8 40,6	7,4 9,4	

170 yıl içinde ömür, doğumda ömür beklentisi dikkate alınırsa erkeklerde 38,8 yıl, kadınlarda 40,6 yıl; ileri yaşta ömür beklentisi dikkate alınırsa erkeklerde 7,4 yıl, kadınlarda 9,4 yıl uzamış görünmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri ♂ ♀ nüfus verileri				
Yıl	Bebek ölüm oranı (%)	Doğumda ömür beklentisi ve ulaşılması beklenen yaş (yıl)	65 yaşında ömür beklentisi (yıl)	65 yaşında ulaşılması beklenen yaş (yıl)
1900	14,6 12,0	46,3 48,3	11,5 12,2	76,5 77,2
2010	0,66 0,55	76,2 81,0	17,7 20,3	82,7 85,3
		Doğumda ömür beklentisine göre 1900 - 2010 arasında ömür farkı (yıl)	İleri yaşta ömür beklentisine göre 1900 - 2010 arasında ömür farkı (yıl)	
		29,9 32,7	6,2 8,1	

110 yıl içinde ömür, doğumda ömür beklentisi dikkate alınırsa erkeklerde 29,9 yıl, kadınlarda 32,7 yıl; ileri yaşta ömür beklentisi dikkate alınırsa erkeklerde 6,2 yıl, kadınlarda 8,1 yıl uzamış görünmektedir.