

DERLEME

## Hasta - Hekim İlişisini Etkileyen Unsurlar

Elif ATICI

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji Anabilim Dalı, Bursa.

### ÖZET

Hasta-hekim ilişkisi tıbbi uygulamanın özüdür. Bu ilişkinin gerçekleştiği kültürde o zaman diliminde geçerli olan hekim rolü, hekim kavramı, hekimden beklenen davranış kalıpları, 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 olmaktadır. Bu derlemede hasta ve hekim arasındaki ilişkiyi etkileyen unsurlar değerlendirilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Hasta-hekim ilişkisi. İletişim. Güven. Teknoloji. Etik eğitimi.

### Factors Affecting Patient-Physician Relationship

### ABSTRACT

Patient-physician relationship is the core of medical practice. The concept and the role of a physician, the expecting behavior pattern from a physician, the concept of illness at that age, diagnosis and treatment methods, problems originate from physician, patient or health services, characteristics of an illness are efficient in forming and processing this relationship. In this review, factors affecting relationship between patient and physician are evaluated.

**Key Words:** Patient-physician relationship. Communication. Trust. Technology. Ethics education.

Hasta-hekim ilişkisinde üzerinde durulan dört önemli nokta; hasta-hekim etkileşiminin amacı, hekimin yükümlülüğü, hasta değerlerinin rolü ve hasta özerkliği kavramıdır<sup>1</sup>. Bu dört nokta birbirlerine bağlı olarak hasta-hekim ilişkisinin iskeletini oluştururlar. Genel olarak hasta ve hekimin ortak amacı; hastanın sağlığına kavuşturulması, yaşam kalitesinin artırılması, fiziksel, ruhsal, davranışsal, sosyal açıdan tam bir iyilik halinin sağlanmasıdır. Dolayısıyla hasta ve hekim, aynı amaç için birlikte çalışan bir ekibin bütünlüğü iki tarafı konumundadır. Bu nedenle, tanı ve tedavi sürecinin birlikte yürütülmesi, kararların birlikte alınması ve uygulanması, hekimin olduğu kadar hastanın da sorumluluğudur. En iyi yararın sağlanmasında hasta değerlerinin doğru analiz edilmesi ve hasta özerkliğine saygı gösterilmesi öngörülmelidir.

Hasta-hekim ilişkisi tıbbi uygulamaların temel dayanağı olup tedavi başarısı aynı zamanda bu ilişkinin şekline ve gücüne dayanır. Bu ilişki kültürel, toplum-

sal, ekonomik, teknolojik, psikolojik ve etik gibi birçok etmen tarafından belirlendiğinden aynı zamanda toplumsal bir konudur<sup>2</sup>.

Hasta-hekim ilişkisini etkileyen unsurları birkaç başlık altında toplayabiliriz. Bunlar:

1. Hasta hekim arasında kurulan ilişki modeli
2. İletişim
3. Bütüncül yaklaşım (hastanın biyopsikososyal açıdan değerlendirilmesi)
4. Güven
5. Hekimin ve çağın hastalık kavramı, tanı ve tedavi yöntemleri
6. Hekimden kaynaklanan durumlar
7. Hastadan kaynaklanan durumlar
8. Hastalıktan kaynaklanan durumlar
9. Sağlık sisteminden kaynaklanan durumlar
10. Bilimsel ve teknik gelişim-Teknoloji
11. Tıp etiği eğitimi

Geliş Tarihi: 15.05.2007  
Kabul Tarihi: 27.07.2007

Dr. Elif ATICI  
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Deontoloji Anabilim Dalı,  
16059 Görükle, Bursa  
Tel.: 0224 2950000  
e-mail: elifatici@uludag.edu.tr

### Hasta Hekim Arasında Kurulan İlişki Modeli

İlkçağlardan günümüze değin kurulmuş olan hastanın edilgen, hekimin ise etkin olduğu ilişki modelinde her zaman hastanın yararına dayanarak hareket eden bir "baba" figürü söz konusudur. Ancak 20. yüzyıla

birlikte sağlık ve hastalık kavramlarının geçirdiği değişim, hekim kimliğindeki farklılaşmalar, “sağlık hakkı” kavramı ile tıbbın giderek çok yoğun teknoloji kullanan bir disiplin haline gelmesi, hastanın tıbbi kararlardaki rolü üzerinde hasta özerkliği ile sağlığı, hastanın değerleri ile hekimin değerleri arasında çatışmaya neden olmuştur<sup>3</sup>. Bu da farklı bir ilişki modeline doğru değişimi gerektirmiştir. Günümüzde ideal olarak tanımlanan hasta katılımına dayalı, hastanın aktif hale geldiği ve hekim sorumluluğu kadar hastanın da tedavisinde sorumluluk aldığı bir ilişki modelidir<sup>4</sup>.

Ancak hasta ve hekim arasında tek bir ilişki modelinden ya da tek bir ideal ilişki modelinden söz etmek doğru olmaz. Uygun ilişki modelinin seçilmesinde hastalığın ve hastanın özellikleri göz önüne alınmalıdır. Örneğin yaşam kalitesinin bozulduğu bir hastalıkta tedavi kararı ya da tedavi seçenekleri değerlendirilirken hasta katılımının sağlanması, ancak hastanın bilincinin kapalı olduğu, acil müdahale gerektiren ya da hastanın bilgilendirilmemeyi tercih ettiği durumlarda ise hekimin hasta adına karar aldığı paternal yaklaşıma dayanan ilişkinin kurulması gerekebilir.

## İletişim

Hasta-hekim ilişkisinde iletişim kişiler arası iletişim kapsamında yer alır. Kişiler arası iletişim ise rahatlama, problem çözme, stresi giderme, bilgi verme, ilişkileri biçimlendirme ve sürdürme, duyguları açıklama, ikna etme, karar verme gibi birçok amaca hizmet eder<sup>5</sup>. Katılımcı mesaj paylaşımı olarak tanımlanabilen iletişimde amaç sorunların çözülmesi ve gereksinimlerin karşılanmasıdır. İletişimin dayandığı temel koşullar ise karşımızdaki kişiye saygı duymak, gerçekçi ve doğal davranmak ile empati kurmak olarak özetlenebilir<sup>6</sup>. Tanıların %70’inin iyi bir hasta-hekim görüşmesi sonucu konduğu kabul edilmektedir<sup>7</sup>. Doğru kurulan iletişim; hasta memnuniyetini artırmakta<sup>8</sup> ve tıbbi uygulamalardan olumlu sonuç alabilme olasılığının artmasını sağlamaktadır<sup>9</sup>.

İletişimde doğru mesaj alışverişinin en etkili ve en güvenilir uygulama biçiminin “empatik iletişim” olduğu kabul edilmektedir<sup>10</sup>. Empatik iletişim, özellikle insanın her açıdan başkalarına bağımlı olduğu hastalık dönemlerinde çok daha önemli boyutlar kazanır. Bu yaklaşımla hastanın iletişime katılması desteklenir. Böylece hekimin, hastanın içinde bulunduğu durumu anlamasını sağlamak, hekimin hasta bakımındaki etkisini artırmak ve hasta ile hekim arasındaki uyumu desteklemek olanaklı olur<sup>11</sup>.

## Bütüncül Yaklaşım (Hastanın Biyopsikososyal Açıdan Değerlendirilmesi)

Sağlık, insanın biyopsikososyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır. Bu farklı üç alan hem

kendi içinde sürekli değişim halindedir hem de birbirleriyle sürekli etkileşim içindedir. Bu nedenle, insanın sağlıklı olabilmesi için her üç alanın da birbirleriyle karşılıklı bir denge durumunda olması gerekir. Bu nedenle, insanı gerek sağlık, gerekse hastalık durumunda ele almak zorunda olan hekimin hasta karşısındaki tutumu insanı bütünüyle tanımaya yönelik olmalıdır. Bu da insanın bedensel bütünlüğünü, ruhsal bütünlüğünü, beden-ruh ilişkisindeki bütünlüğü, sosyo-kültürel konumunu, sosyal ve doğal çevresi içindeki durumunu mümkün olduğunca tanımayı gerektirmektedir. Hekimin insanı tanıması ve insanın hastalığıyla ilişkisini anlaması, hasta-hekim ilişkisinin iyi bir şekilde kurulmasını, tanı ve tedavi başarısının artmasını sağlayacaktır<sup>12</sup>.

Koruyucu hekimlikte ve klinik uygulamalarda bütüncül yaklaşım, hastanın tedaviye uyumunda hastanın fiziksel durumu kadar hastanın kişiliğinin, tutumunun, yaklaşımının sosyo-kültürel konumunun da bilinmesini gerektirir. Hastanın sosyo-kültürel durumunun değerlendirilmesi, hekimin hastadan iyi şekilde öykü almasında, hastalık ve tedavi ile ilgili bilgilendirmenin nasıl yapılacağı konusunda yol göstericidir<sup>2</sup>. Bu bütüncül yaklaşım, tedavide hasta işbirliğinin sağlanması, güçlüklerin beraberce saptanıp çözümlenmesi için gereklidir ve hasta yararının sağlanmasını, hasta özerkliğine saygı gösterilmesini de beraberinde getireceğinden hasta-hekim ilişkisinde etik davranışın gerçekleştirilmesi de sağlanmış olacaktır<sup>13</sup>.

## Güven

Hasta-hekim arasındaki ilişki, hekimin mesleki bilgisinin ağırlıklı olduğu ve bu bilgiyi kullandığı, eşit düzeyde olmayan iki insan arasında kurulmakta olduğundan bu ilişkide güven duygusunun önemi büyüktür<sup>14</sup>. Hastanın bedenini, iç dünyasını, kendisi ile ilgili sırlarını paylaşması, mahremiyetine hekimin girmesine izin vermesi, hasta-hekim ilişkisinde güven duygusunun önemini vurgular. Bunun sonucu olarak, hekimin hastasına karşı her zaman dürüst davranacağı ve hekimin kendisine güvenen hastasının haklarını gözeteyeceği beklentisi vardır. Bazı hastalar özerkliklerini kullanmak ve tıbbi kararlarda tam bir kontrol sahibi olmak isterken, diğerleri her kararın hekim tarafından verilmesini tercih ederler. Bazıları ise her iki uç arasında bir yerdedir. Ancak sonuçta, her hasta hekimi ile güven ilişkisi geliştirirse tedaviden yarar sağlar<sup>15</sup>.

Hasta ve hekimin görüşme süresi, hekimin hasta merkezli iletişim kurması ve hastanın bilgilendirilme durumu hasta-hekim ilişkisinde güven duygusunu etkileyen unsurlar arasında yer alır. Hasta memnuniyeti ve iyi tedavi sonuçları ise hasta-hekim ilişkisinde güven duygusunun olumlu sonuçları olarak karşımıza çıkar<sup>16</sup>. Hastada güven duygusunun azalması ile hasta taleplerinin yerine getirilmemesi arasında ilişki olduğu gösterilmiştir<sup>17</sup>.

## Hasta-Hekim İlişisini Etkileyen Unsurlar

Günümüzde hastaların hekime olan güveninde azalma olduğu gözlenmektedir. Bunda özellikle hasta yığılımının çok fazla olduğu kamu hastanelerinde hekimin hastaya ayırdığı zamanın yeterli olmaması, hekimin maddi kaygıyla hareket ettiği düşüncesi büyük önem taşır. Güvensizlik hastanın doktor doktor dolaşarak zaman ve para kaybına neden olabilmektedir. Hastaya zarar vermemenin ve hastaya en fazla yararın sağlanmasının öncelikli olduğu tıbbi uygulamalarda, hastanın hekimine güvenmesi hasta-hekim ilişkisinin temelini oluşturur. Hekimine güvenen hasta, tedavisi için işbirliği içinde olacaktır.

## Hekimin ve Çağın Hastalık Kavramı, Tanı-Tedavi Yöntemleri

Tıp tarihine bakıldığında İlkçağ ve Ortaçağda özellikle Engizisyon döneminde etkinlik-edilgenlik temeline dayanan hasta-hekim ilişkisinin geçerli olduğu görülmektedir<sup>3</sup>. 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 adamıdır<sup>18</sup>. 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 olmuştur. On sekizinci ve on dokuzuncu yüzyıllarda bilim ve tıp alanında gerçekleşen gelişmeler ve bilgi birikiminin artması ile hastanın hekim karşısındaki edilgin konumu ve bağımlılığı devam etmiştir<sup>3</sup>. 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 ulaşılmıştır. Bu geniş kapsam içinde hekim, her üç ilişki türünün de etkili olduğu bir ortamda etkinlik göstermektedir<sup>3,18</sup>.

## Hekimden Kaynaklanan Durumlar

Hekimin kişiliği, rolü, hastaya bakış açısı, mesleğine sevgisi, maddi ve manevi açıdan iş doyumunu, tükenme düzeyi gibi etkenler ise hekimin hasta-hekim ilişkisindeki etkisini belirleyen unsurlar olarak sıralanabilir.

Hasta-hekim ilişkisinde hekimin hastaya karşı davranışının, sözlerinin, kullandığı beden dilinin önemli bir yeri vardır. Hekimin karamsarlığı, hastayla ilgili düşünceleri, duyguları görünüş ve davranışına yansıtılabilir. Görünüşüne, ifadelerine özen göstermeyen bir hekimin, hastasına beklediği ilgi ve önemi verdiği izlenimini bırakması olanaklı değildir. Hastasının anlattıklarını üstün körü dinleyen, onunla iletişim kurmayan, bir zorunluluk ya da görev gereği bir ilişki içerisinde olduğunu hissettiren bir hekimin sağlıklı bir hasta-hekim ilişkisi gerçekleştirebilmesi beklemez. Hekimin hastayı bir insan olmaktan çok bir olgu, bir hastalık olarak görmesi, hastayla duygusal ve bilişsel düzeyde bir ilişki kurmaması, hastaya durumu ile ilgili gerekli açıklamaları yapmaması, hastaya güven vermemesi, mesleğinin yalnızca maddi kazanç yönüyle ilgilenmesi gibi olumsuz davranışları hasta-hekim ilişkisini de olumsuz yönde etkileyecektir<sup>3</sup>.

Hekimin hastaya yaklaşımını etkileyen bir diğer unsur, hekimin rolüdür. Hekimin tedavi etme, araştırma ve idarecilik gibi zaman zaman birbiriyle çelişen rolleri vardır. Bu farklı roller hastayla kurulan ilişkinin niteliğini de etkiler<sup>19</sup>. Bir hekimin öncelikli olarak görevi hastaya zarar vermemek ve hastanın en iyi yararını sağlamaktır. Ancak hekimin tedavi edici rolü, hekim aynı zamanda bir araştırmacı ise çelişki yaratabilmektedir. Deneyler sırasında zarar verme riskinin tümüyle yok edilememesi nedeni ile insan üzerinde yapılan deneyler, hekimin zarar vermeme yükümlülüğü ile çatışmaktadır. Böyle bir durumda, araştırmacı kimliğine sahip olan hekim, denek olan hastasının güvenini kötüye kullanmamalıdır. Hasta, araştırmacı hekime geldiğinde yapılan uygulamanın tıbbi deneme olduğu hakkında bilinçli olmalıdır<sup>20</sup>. İdareci rolündeki hekimin ise sağlık kaynaklarının dağıtımını, bürokratik işlemlerin yürütülmesi gibi görevleri, hasta ile olan ilişkisinde olumsuzluklara neden olabilir.

Günlük çalışma süresi, mesleki deneyim, iş yükü, cinsiyet, yaş, medeni durum, gelecekte beklenen gibi unsurlar, hekimin iş doyumunu ve tükenme düzeyini etkilemekte, bu da hekimin hastasıyla olan ilişkisini yönlendirmektedir<sup>21,22</sup>. Yapılan çalışmalarda günlük çalışma süresinin uzun olmasının, iş yükü fazlalığının, mesleki deneyimsizliğin tükenme düzeyini artırdığı<sup>22</sup>; uzun çalışma süresi, yorucu iş temposu, kendine zaman ayıramama ve sosyal aktivitelere katılmamanın yaşam kalitesini düşürdüğü<sup>23</sup> belirlenmiştir.

## Hastadan Kaynaklanan Durumlar

İnsan davranışı, bireysel özellikler ve sosyal durumun bir sonucudur. Bireysel özellikler fiziksel ve psikolojik, sosyal durum ise sosyal yapı ve kültürü içermektedir. Fiziksel ve psikolojik özellikler ölçümü zor olmakla birlikte oldukça anlaşılabilir. Sosyal yapı

toplumun yapı taşlarını ifade etmekte, kültür ise insanın bilgi, inanç, fikir ve değerlerinin oluşumu olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle, aynı hastalığa yakalanan, farklı kültürlerden iki kişinin, hastalıkla ilgili yorumları birbirinden tamamen farklı olabilmekte ve bu da, bu kişilerin hastalıkla ilgili davranışlarını ve tedavi olanaklarını arama biçimlerini etkileyebilmektedir<sup>24</sup>. Hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, sosyokültürel özellikleri, kişilik yapısı, psikolojik durumu hasta-hekim ilişkisinde etkili unsurlar olarak sıralanabilir<sup>25,26</sup>.

Hasta olmak kişinin yaşamını çeşitli yönlerden etkileyen bir dönemdir. Bağımlılığın arttığı bu dönemde hastanın bağımlılık gereksinimi, hekimden destek alma beklentisini de beraberinde getirmektedir<sup>2</sup>. Hasta hastalığı nedeniyle ret ya da öfke gibi bir tepki gösterebilir, endişe, korku duyguları geliştirebilir. Böyle bir durumda hekim, hastanın yanında yer alarak hizmet verme zorunluluğundadır<sup>27</sup>.

### Hastalıktan Kaynaklanan Durumlar

Hastalıklar, getirmiş oldukları fiziksel zorluklara ek olarak, kişilerin yaşamdaki uyumlarını da bozmakta, psikolojik ve sosyoekonomik sorunların ortaya çıkmasına neden olmakta, bu da kurulmuş denge durumunu bozmaktadır<sup>28</sup>. Hastalıkların hemen hepsinde az çok korku ve endişe yaşanır. Özellikle kişinin bedensel ve ruhsal bütünlüğünü ve işlevlerini bozan kronik ve ilerleyici hastalıklarda bu duygu daha da yoğun yaşanmakta ve çeşitli ruhsal karmaşalara neden olmaktadır.

Hastalık, kişide belirsizlik duygusuna neden olmakta, bu da hastaların duygularını etkileyebilmektedir. Belirsizlik, herhangi bir durumu kontrol edememekten kaynaklanan yetersizlik duygusu olarak tanımlanır. Oluşan bu duygular kaygı, korku, öfke, çaresizlik, aşırı duyarlılık ve depresyon olarak açığa çıkar. Belirsizlik bireylerin ne yapacakları konusunda karar vermelerini güçleştirebildiği gibi, bireylerin yaşamlarını kontrol edebilme düzeylerini de azaltabilmekte, bireyin kaygısı, yaşamını kontrol etme ve baş etme becerileriyle ilişkili görülmektedir. Hastalık durumunda bilgi eksikliğinin giderilmesi, pozitif düşünme, sosyal destek ve ekonomik yeterlilik bireyin baş etmesini olumlu olarak etkilemekte, böylece belirsizlik yaşamasını engellemektedir<sup>29</sup>.

Hastalık durumunda hasta ve hasta yakınları yeni koşullara uyum sağlamada zorlanabilmekte ve kişilerin kendi özelliklerine göre normal dışı duygu, düşünce ve davranış biçimleri açığa çıkabilmektedir. Yaşamını sağlıklı olarak sürdürebilmek, bozulan sağlığına yeniden kavuşabilmek için tedaviyi kabul eden hasta, bir yandan iyileşme umudunu taşıırken, bir yandan da uygulanan tedavinin getirdiği sorunları, kayıpları ve kayıp tehditlerini yaşamak durumunda kalabilir. Hastalık nedeniyle değişen koşullara uyum

da gerek hasta, gerekse hasta yakınları açısından zorlayıcı bir ortam oluşturabilir. Hastalığın getirdiği güvensizlik duygusu ile hastalar hekimden olağanüstü beklentiler içerisine girebilir. Bu da hasta, hasta yakını ve hekimde, zaman zaman gerginlik ve öfke duygularının açığa çıkmasına neden olabilmektedir<sup>30</sup>. Özellikle yaşamı tehdit eden, beden ve ruh bütünlüğünü bozan zor hastalıklarda hem hasta hem de hekim açısından iyi bir ilişkinin kurulması gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Hekimin hastayı değerlendirirken hastalığın özelliklerini (prognoz, tedavi, beklenen yaşam süresi) göz önüne alması hasta-hekim ilişkisi açısından yararlı olacaktır.

### Sağlık Sisteminden Kaynaklanan Durumlar

Bireylerin en çok sıkıntılı oldukları, devletin yardımına en çok ihtiyaç duydukları dönem sağlıklarını kaybettikleri, hasta oldukları zamandır. Sağlık hizmetlerinde yapılan her hatanın sonradan telafi edilme olanağının hemen hemen olmaması nedeniyle, tedaviye ilişkin hizmetlerin sağlanmasında adalet ve eşitlik ilkelerinin gözetilmemesi, vatandaşların bir kısmının diğer vatandaşlara göre yaşam hakkının sınırlandırılması anlamına gelmektedir. Yaşam hakkıyla doğrudan ilgili olan sağlık hakkının sağlanmasında kişiler, bölgeler, gruplar arasında farklılıkların olmaması ve eşit düzeyde standartlaşmış ve beklentileri karşılayan bir kalitede hizmet sunulması gerekmektedir. Bunda sağlık kaynaklarının makro ve mikro düzeyde dağıtımının en uygun şekilde yapılması da yer alır<sup>31</sup>.

Sağlık hizmeti alımında kişilerin bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumları arasında uygulama farklılıkları olduğunda; tedavi hizmetlerinin ve ilaçların tümünün karşılanması, bir kısmının karşılanması ya da hiç karşılanmaması gibi durumlar ortaya çıkmaktadır. Sigortanın karşılamadığı tedavi ya da hastanın tamamen sosyal güvenceden yoksun olması düşük tıbbi hizmet ve düşük düzeyde tedaviye neden olabilmektedir. Bu durumda hasta, en çok yarar sağlayacağı tedaviden yoksun kalabilir. Ayrıca hastalığın mali yükü sadece tedavi masrafları ile sınırlı kalmamakta, aynı zamanda iş gücü kaybının getirdiği gelir kaybını da içermektedir<sup>32</sup>. Sosyal güvenliğe sahip olma durumunun bir diğer yönü, hastaların hekime zamanında, gecikmeden başvurması üzerindeki etkisidir. Sosyal güvence, mali ve kurumsal engellerin hekime başvuruda gecikmeye neden olması, bireylerin sağlık hizmetlerinde eşitlik ve ulaşılabilirlik haklarını zedelemekte, sağlık düzeyini düşürmekte ve tedavi maliyetlerinin daha da artmasına neden olabilmektedir.

Kısaca değinilen bu sorunlar hekim ve hastanın iradesi ve kontrolü dışında gelişmektedir. Bu sorunların yarattığı sıkıntılar ise hekimin hastası ile olan ilişkisini olumsuz yönde etkiler.

### Bilimsel ve Teknik Gelişim-Teknoloji

Sağlık alanında geliştirilen yeni teknolojiler, ileri araştırmalar ve tedavilerle birlikte sınırlı kaynakların adil dağıtımını üzerinde yoğunlaşan ekonomik baskılar, tıbbi uygulamaların insani boyutunu giderek zayıflatmakta ve mekanikleştirmektedir. Böylece, biyolojik ve teknolojik gelişmelerin neden olduğu yüksek miktardaki sağlık harcamalarının ödenebilir sınırlar içinde tutulmaya çalışılması hasta-hekim ilişkisine yansımaktadır. Böyle bir durumda, her hasta gerekli sağlık hizmeti alamama tehlikesi ile karşılaşır<sup>2</sup>.

Modern tıptaki hızlı ilerleme, hasta-hekim ilişkisinde yabancılaşmayı ve hekimin hastadan çok hastalıklara odaklanma tehlikesini de beraberinde getirmektedir. Hastanın sadece bir hastalık adı olarak görülmesi, ziyaret ve muayenelerde hastanın oradaki varlığının unutulması hekimlerin aralarında hastanın anlamadığı bir dilde konuşmaları hasta-hekim iletişimini zedeleyer<sup>33</sup>.

Teknoloji, hasta ve hekimin birbirine yabancılaşmasına neden olabilmektedir. Böyle bir durumda hekim, amaç olarak kendisini hastalığı tedavi etmekle sınırlamakta, tanı ve tedavi ile görevini yerine getirdiğini düşünmekte ve bu konuda da teknolojiye güvenmektedir. Oysa hekimin temel amacı sadece hastalığı tanımak ve tedavi etmekle sınırlı kalmamalı, aynı zamanda hastayı anlamak ve hastanın sorununu çözmek de olmalıdır. Hastanın beklentisinin karşılanması önemlidir. Hasta sadece iyi olmak ya da hastalığını tedavi ettirmek için hekime gelmez. Hastalığı ile ilgili endişelerinden, korkularından kurtulmak, hastalığı ile ilgili sorularına yanıt bulmak ve tam bir iyilik haline kavuşmak için de hekime gelir. Hastalığın olmamasının ya da hastalığın tedavi edilmesinin her zaman hastanın iyileşmesi anlamına gelmediği unutulmamalıdır<sup>34</sup>. Tıbbi teknoloji tanı ve tedavi olanaklarıyla insan varlığının üç alanından biyolojik alana yönelik bir katkı sağlar. Ancak, insan, psiko-sosyal açıdan da değerlendirilmeye gereksinim duymaktadır.

Hasta-hekim arasındaki ilişkide hastalığın objektif verilerini (görüntüleme yöntemleri, tıbbi testler gibi) elde etmede günümüz teknolojisi oldukça ilerlemiştir. Ancak subjektif boyuta gereken önemin verilmediği söylenebilir. Hasta-hekim ilişkisinin subjektif boyutunun bilimsel yöntemlerle ölçülebilir olmaması, bizlerin bunu bir kenara atmamıza neden olmamalıdır<sup>35</sup>.

Teknolojik ilerleme, hasta-hekim ilişkisinin insani boyutunu giderek zayıflatmakta ve mekanikleştirmekle birlikte sağladığı yararlar da vardır. Bu gelişmeler ve bireysel özgürlüklerin artan önemi hastaların klasik ataerki tipteki bağımlılığının sorgulanmasına neden olmuştur. "Hekim karar verir, hasta hekimin dediğini uygular" şeklindeki paternalistik ilişki,

hasta ile ortaklık biçiminde bir ilişki kurma, yani hekimin hastayı bilgilendirmesi ve hastanın kendi tedavi kararına katılmasının önemli olduğu karşılıklı katılım temeline dayanan ilişki biçimine dönüşmektedir<sup>2</sup>.

### Tıp Etiği Eğitimi

Tıp etiği, tıbbi uygulamalardan doğan sorunları belirleyerek, inceleyerek ve çözümüne katkıda bulunarak hasta bakımının kalitesini artırmayı amaçlayan bir disiplindir<sup>3</sup>. Tıp etiği eğitimi ile;

1. Hekimlik kimliği ve hekimlik rolünün kazandırılması<sup>36</sup>,
2. Tıbbi uygulamalarda etik açıdan haklı kararlar verme yeterliliğinin geliştirilmesi<sup>37</sup>,
3. Tıbbi uygulamalardan doğan sorunları belirleyerek ve çözümüne katkıda bulunarak hasta bakımının kalitesinin artırılması<sup>38</sup>,
4. Hastalarla kurulan ilişkilerde, bir hekim olarak sorumlulukların ve hakların bilinmesi<sup>39</sup>,
5. Hekim adaylarına ve hekimlere sağlık hizmetinin sunumunda kendilerinden ne beklendiğinin farkında olması<sup>38</sup>,
6. Empatik yaklaşımda bulunma becerisinin geliştirilmesi sağlanacaktır.

Bu nedenlerle hekimlerin hastalarla ilişkilerinde, alınan kararlarda etik bir boyutun olduğunu kavramaları; hastalara ait değerleri anlamaları; değerlerin sağlık hizmetinde farklı seçenekler üzerindeki etkilerini tartmaları, tıp etiği eğitimi ile olanaklıdır<sup>40</sup>.

### Kaynaklar

1. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. JAMA 1992; 267(16): 2221-6.
2. Koch E, Turgut T. Hasta-hekim ilişkisinin güncel sorunları ve kültürlerarası yönleri: bir bakış. Türk Psikiyatri Dergisi 2004; 15(1): 64-9.
3. Örs Y. Geçmişte ve günümüzde hekim-hasta ilişkisi. Tıp Dünyası 1975; 48(6): 224-30.
4. Lazaro J. Doctors' status: changes in the past millenium. Lancet 2000; 354: 17.
5. Miral S. Tıp eğitiminde iletişim becerileri: çağdaş yöntem ve teknikler. DEÜ Tıp Fak Derg 2001; 1(1): 63-6.
6. Tabak RS. Sağlık iletişimi. İstanbul: Literatür Yayınları No:32; 1999.
7. Akkoç N, Güldal D. Kliniğe giriş: kavram ve uygulamalar. DEÜ Tıp Fak Derg 2001; 1(1): 75-8.
8. Gordon T, Edwards WS. Making the patient your partner communication skills for doctors and other caregiver (Doktor-hasta işbirliği). Aksay E çev. İstanbul: Sistem Yayıncılık, İstanbul; 1997.
9. Aksakal OS. Türkiye'de doktor yetiştirme programları-1: -biz neredeyiz?-. Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Derg 2003; 11(1): 64-8.

10. Dökmen U. İletişim çatışmaları ve empati. İstanbul: Sistem Yayıncılık; 1997.
11. Bellet PS, Maloney MJ. The importance of empathy as an interviewing skill in medicine. *JAMA* 1991; 266(13): 1831-2.
12. Koptagel-İlal G. Davranış bilimleri. Tıpsal psikoloji. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2001.
13. Hot İ, Karlıkaya E, Doğan H, Değer M. Hekim hasta ilişkilerinde psikoloji ile etiğin etkileşimi. In: Hatemi H, Doğan H (eds). *Medikal etik-5 (davranış bilimleri, psikiyatri ve ahlak ile tıp etiğinin etkileşimi-bireyin profili özelinde-)*. İstanbul: Yüce Yayın; 2003. 32-34.
14. Cusack DA. Ireland: breakdown of trust between doctor and patient. *Lancet* 2000; 356: 1431-2.
15. Kodish E, Singe PA, Siegler M. Ethical issues. In: De Vita V, Hellman S, Rosenberg SA (eds). *Cancer: principles and practice of oncology, 5<sup>th</sup> edition*. New York: Lippincott-Raven Publishers; 1997. 2973-82.
16. Fiscella K, Meldrum S, Franks P, et al. Patient trust: is it related to patient-centered behavior of primary care physicians? *Med Care* 2004; 42(11): 1049-55.
17. Thom DH, Kravitz RL, Bell RA, Krupat E, Azari R. Patient trust in the physician: relationship to patient requests. *Fam Pract* 2002; 19(59): 476-83.
18. Oğuz NY. Klinik uygulamada hekim-hasta ilişkisi. *Tıbbi Etik Derg* 1995; 3(2-3): 59-65.
19. Rachagan SS, Sharon K. The patient's view. *Med J Malaysia* 2003; 58(Suppl. A): 86-101.
20. Atıcı E. Etik kurullar. In: Erdemir AD, Öncel Ö, Aksoy Ş (eds). *Çağdaş tıp etiği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2003. 409-36.
21. Aslan HS, Aslan RO, Alparslan ZN, Gürkan SM, Ünal M. Hekimlerde tükenmede cinsiyetle ilişkili etkenler. *Çukurova Üniv Tıp Fak Derg* 1997; 22(2): 132-6.
22. Karlıdağ R, Ünal S, Yoloğlu S. Hekimlerde iş doyumu ve tükenmişlik düzeyi. *Türk Psikiyatri Derg* 2000; 11(1): 49-57.
23. Avcı K, Pala K. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan araştırma görevlisi ve uzman doktorların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *UÜTF Derg* 2004; 30(2): 81-5.
24. Akşit BT. Toplum, kültür ve sağlık. In: Bertaş M, Güler Ç (eds). *Halk sağlığı (temel bilgiler)*. Ankara: Güneş Kitabevi; 1997. 15-25.
25. Osuna E, Perez-Carcales M. The right to information for the terminally ill patient. *J Med Ethics* 1998; 24(2): 106-9.
26. Akabayashi A. Family consent, communication, and advance directives for cancer disclosure: a Japanese case and discussion. *J Med Ethics* 1999; 25(4): 298-303.
27. HARDOFF D, SCHONMANN S. Training physicians in communication skills with adolescents using teenage actors as simulated patients. *Med Educ* 2001; 35(3): 206-10.
28. Elçioglu Ö, Erdemir AD. Hasta hakları. In: Erdemir AD, Öncel Ö, Aksoy Ş (eds). *Çağdaş tıp etiği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2003. 86-116.
29. Öz F. Hastalık yaşantısında belirsizlik. *Türk Psikiyatri Derg* 2001; 12(1): 61-8.
30. Tuncer Ö. Sistemlerin bütünleşmesinde bir köprü: "psikosomatik hekimlik uygulamada psikosomatik hekimliğin bütünleştirici rolü". In: Hatemi H, Doğan H (eds). *Medikal etik-5 (davranış bilimleri, psikiyatri ve ahlak ile tıp etiğinin etkileşimi-bireyin profili özelinde-)*. İstanbul: Yüce Yayın; 2003. 47-51.
31. Atıcı E. Sağlık kaynaklarının dağıtımı ile ilgili etik sorunlar. *Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Derg* 2006; 14(2): 111-5.
32. Indeck BA, Bunney MA. Community resources. In: De Vita V, Hellman S, Rosenberg SA (eds). *Cancer principles and practice of oncology*. New York: Lippincott-Raven Publisher; 1997. 2891-904.
33. Atıcı E. Malign tümör hastalarında etik ikilemler: hukukun ulaşamadığı ince ayrıntılar (pankreas kanseri açısından bakış). In: Hatemi H, Doğan H (eds). *Medikal etik-4 (tıp organizasyonunda etik ve hukuk/mediko-legal)*. İstanbul: Yüce Yayın; 2003. 52-63.
34. Özlü T. Hekiminizi nasıl alırdınız? İstanbul: Kaknüs Yayınları; 2003.
35. Gold M. Is honesty always the best policy? ethical aspects of truth telling. *Intern Med J* 2004; 34: 578-80.
36. McManus IC, Wakeford RE. Core medical curriculum. *BMJ* 1989; 298: 1051.
37. Mitchel KR, Lovat J. Teaching bioethics to medical students: the Newcastle experience. *Med Educ* 1992; 26: 290-300.
38. MacNair T. Medical ethics. *BMJ* 1999; 319(Suppl. 2): 7214.
39. Doyal L, Gillon R. Medical ethics and law as a core subject in medical education. *BMJ* 1998; 316: 1623-4.
40. Pehlivan İ. Yönetmelik, örgütsel, mesleki etik açısından tıbbi etik ve tıp etiği eğitimi. In: Arda B (ed). *Tıp etiği araştırmaları*. Ankara: Türkiye Biyoetik Derneği Yayını No:5; 1999.