

## Editöre Mektup

Dr. Turgay ALBAYRAK, Uzm. Dr. Rabia KAHVECİ, Doç. Dr. Adem ÖZKARA

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Ankara

Sayın Editör,

Bilindiği üzere, tıp fakültesine giriş hakkı kazanmak, eğitimi sürdürmek, uzmanlık sınavını kazanmak ve sonrasındaki asistanlık zamanları, gerçekten emek isteyen, zorlu süreçlerdir. Asistanlık sırasında belki de en önemli ve sıkıntılı süreç, tez konusu belirleme ve bunu hayata geçirmektir. Bu duruma başka bir açıdan baktığımızda ise, asistanların eğitimi boyunca en önemli ve etkili öğrenme dönemlerinden birisinin de tez hazırlama dönemi olduğu söylenebilir. Biz tez konusu belirleme ve hazırlama döneminde yaşadığımız bir tecrübe ile hasta merkezli klinik yöntemin (patient-centered care) önemini, siz ve değerli okurlarınızla paylaşmak istiyoruz.

Asistanlık yılları çoğu doktorun, gelecekteki klinik uygulamalarını etkileyen önemli bir süreçtir. Asistanlık yıllarında edinilen ve geliştirilen bilgi ve beceriler sayesinde hekim kendisine bir kavrayış oluşturur. Asistanlık yıllarının sonlarına doğru, hekimi zorlu ve sancılı bir süreç

olan tez konusu bulma ve hazırlama süreci bekler. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi alan asistan hekimler diğer uzmanlık eğitimi alan meslektaşlarından daha farklı ve kapsayıcı alanlarda araştırma yapma şansı yakalarlar. Bulunan tez konularının disiplinin temel ilkeleriyle uyumlu olması hekimin ilerideki klinik uygulamalarında bu ilkelerin benimsenerek kullanılmasını teşvik eder. Aile hekimleri, tıbbi bakıma gereksinimi olan herkese yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın kapsamlı ve devamlı bir bakım vermekle yükümlü kişisel doktorlar<sup>1</sup> olduğu için tezlerini de bu ilkeyi içeren bir bakış açısıyla hazırlamak durumundadırlar.

Bir asistanımız, gözlemleri ve konuyu meslektaşları ile birlikte değerlendirmeleri neticesinde, tez konusu belirleme sürecini şöyle aktarmaktadır:

*“Tez konusu belirleme süreci benim için çok eğitici bir dönem oldu. Psikiyatri rotasyonu yaparken bir hastaya konsültasyona gittik. Hasta, 68 yaşında, karaciğer kanseri olup, servikal medulla spinalis metastazı olan biriydi. Mevcut*

*hastalık durumuna bağlı olarak depresyon ön tanısı ile Psikiyatri konsültasyonu istenmişti. Hasta, önce kendisinin konuşmak istediğini söyleyerek, bir devlet kurumunda daire başkanlığı yaptığını, maddi olarak iyi bir hayat yaşadığını ve geriye dönüp baktığında maddi olarak istediği çoğu şeyi yaptığını söyledi. Hiç çocuğunun olmadığını ve dolayısıyla onunla ilgili bir gelecek kaygısı taşımadığını söyledi. Hastalığını hem kendisinin araştırması sonucu elde ettiği hem de doktorlarının verdiği bilgilere göre tam tedavi edilmesinin zor olduğunu söyledi. Ayrıca inançlı biri olduğunu vakti gelince öleceğini söyledi. Tüm bunları, yakınlarına ve doktorlarına söylediğinde, kendisine depresyona girmiş olabileceği düşünülerek, psikiyatri tarafından değerlendirilmesi gerektiği söylenmiş. Bu hastadan oldukça etkilendim ve aile hekimliği kliniğindeki arkadaşlarımla bu olayı da paylaştım. Psikiyatrideki bu hastanın durumu benim tez konumu belirlememe yardımcı oldu. Bu ve benzeri deneyimlerden yola çıkarak, tez konumu, “Kişilerde, hayatı tehdit eden olası durumlarda, yoğun bakım ve ileri yaşam desteği kararları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi” olarak belirledik.”*

Bu örnekte de belirtilen hastada olduğu gibi, biz hekimlere yardım almak için başvuran her hastanın, mevcut rahatsızlığının kendisine ne ifade ettiğini dikkate almak gerekir. Çünkü kişinin beklentisi bu anlam etrafında şekillenir. Ayrıca burada dikkat edilmesi gereken, benzer görünse de farklı kavramlar olan, rahatsızlık ve hastalık kavramlarıdır. Her iki kavram da hekimin günlük pratiğinde uyguladığı klinik yöntemin vazgeçilmez parçalarıdır. Hastaların rahatsızlıklarını algılama, kavrama ve ifade etme şekilleri farklıdır. Bu farklılığın temelinde yatan ise yaşanmış tecrübeler, rahatsızlıkları ile ilgili duygu durumları (korku, öfke, üzüntü, kaygı), sosyokültürel durumu ve gelecekle ilgili beklentileridir. Rahatsızlık hasta, doktora ne ifade ediyorsa odur. Hastalık ise hastanın ve yakınlarının şikâyetlerinden yola çıkarak doktorun varmış olduğu sonuçtur. Tıp eğitiminde genellikle, hastalığın teşhisi hep ön planda olmuştur. Hastalığının hasta için

ne anlama geldiği ancak tanı konduktan sonra anlaşıl-makta, hatta çoğunlukla da anlaşılmamaktadır<sup>2</sup>. Hastalığının, hasta için ne anlama geldiği, ilk aşamada genelde ihmal edilmektedir. Tıp alanındaki gelişim ve değişime paralel olarak, hekimlerin kendilerine rahatsızlık şikâyeti ile başvuran kişiye yaklaşımını oluşturan klinik yöntemlerinde de zamanla değişim olmuştur.

Tarihsel sürece baktığımızda gelişen endüstri ve teknolojinin, bilime olan katkıları, tıp alanında da kendisini göstermiştir. İnsanlarda hastalıklara sebep olan birçok bilinmeyen faktör, bu sayede aydınlatılmıştır. Tespit edilen hastalık nedenlerinin ortadan kaldırılmasıyla da insanlar tedavi edilmişlerdir. Bu, tıpta biyomedikal yaklaşım modelinin, esasını oluşturmaktadır. Biyomedikal (geleneksel) model, kişilere ve hastalıklara daha dar bir pencereden bakmak suretiyle hastalıkları etkileyebilecek olan, sosyal, davranışsal ve psikolojik boyutlarını ihmal eden bir yaklaşımdır. Öte yandan sağlık hizmeti alan hastalar, sağlık sorunlarının ve rahatsızlıklarının sadece bilimsel olarak açıklanmasını istemezler. Anlaşıl-mak, değer verilmek ve kararlara katkıda bulunmak isterler<sup>3</sup>. George Engel, biyomedikal modelin yetersiz kaldığını ifade ederek, 1977 yılında biyopsikososyal modeli ortaya atmıştır. Biyopsikososyal modele göre, kişiyi ve hastalığı değerlendirirken, kişinin sahip olduğu sosyal çevreyi, davranış şekillerini, psikolojik durumları ve diğer stres faktörlerini göz önüne alarak birlikte değerlendirmek gerekmektedir. Bu sayede kişiler için, kısa zamanda, daha etkin çözümler sunulabilir. Sağlık sistemin işleyişine baktığımızda, kabaca iki taraf vardır. Bunlar, hizmet veren ve hizmet alan gruplardır. Sistemin daha etkin işlemesi için sağlık hizmetinin hedef kitlesi olan halkın aktif rol oynaması gerektiği, çoğu zaman unutulur<sup>4</sup>. Sağlık sisteminin işleyişi esnasında daha çok, doktor merkezli klinik yöntem uygulanmaktadır. Uygulanan bu yöntem ile biyopsikososyal yöntem tam olarak örtüşmemektedir. Mc Whinney pratikte uygulanacak klinik yöntemin, doktor merkezli klinik yöntem yerine, hasta merkezli

klinik yöntem olması gerektiğini söylemiştir<sup>2</sup>. Hasta merkezli yönetim, hasta ve doktor memnuniyetini artırır, işlevsel durumda iyileşme sağlar, çatışmaları azaltır ve hastanın tedaviye uyumunu artırır. Hasta merkezli yönetimin sağlık sistemine sağladığı faydalar arasında ise daha az tetkik, daha az sevk ve daha az başvuru tekrarı sayılabilir<sup>2</sup>.

Aile hekimliğinin görev, amaç ve kapsamına baktığımızda, aile hekimleri için hasta merkezli bakım (patient-centered care) oldukça önemlidir. Hasta mer-

kezli bakım, hasta ve hastalığı bir araya getirerek, bütüncül ve sistematik bir yaklaşım sunmaktadır.

Aile hekimliği disiplininin sağlık sistemi içindeki uygulamasının daha sağlıklı olabilmesi ve hedefine ulaşması için, uzmanlık eğitimi alan aile hekimliği asistanlarına hasta merkezli bakım kavramı ve gerekliliği iyi anlatılmalıdır. Asistanların tez hazırlama dönemi bu amaca ulaşmaya yönelik bir fırsat olarak değerlendirilebilir.

### Kaynaklar

1. Allen J, Gay B. A Definition of the Key Features of the discipline of General Practice and the role of the General Practitioner, Draft Document Barcelona, European Society of General Practice/Family Medicine-WONCA Europe. 2001.
2. McWhinney IR, Freeman T. Klinik Yöntem. "Aile Hekimliği" içinde. (çev.ed). Güldal D. Türkçe 1.Baskı. İstanbul, Medikal Akademi. 2012;140-192.
3. Brown JB, Stewart M, McCracken E, McWhinney IR, Levenstein J. The patient-centred clinical method. Definition and application. Family Practice;1986:75-79.
4. Kahveci R. Sağlık Hizmetlerini Demokratikleştirecek Bir Adım: Son Dönem Yaşam Destek Kararlarına Hastaların Katılımı. Derleme. Türkiye Klinikleri J Med Ethics 2007: 15.