Bölüm
10

AİLE HEKİMLİĞİNDE KLİNİK YÖNTEM

Aslı KORUR[1]

GİRİŞ

Aile hekimleri klinik sorunlarla hastalık kategorilerine sınıflandırılmadan önce karşılaşırlar. İlke olarak aile hekimleri her tür sorun için vardır. Bu nedenle, nadir durumlar dahil, aile hekimliği uygulamasında karşılaşılmayacak bir hastalık yoktur. Buna dayanarak bütüncül ve sistematik bir yaklaşım sunan aile hekimliğinde hasta merkezli klinik yöntem tanımlaması yapılmıştır. (1)

Klinik yöntemin tarihçesine bakacak olursak 'doğal' (tanımlayıcı) ve 'geleneksel' (akademik) ekoller arası farklı bakış açılarından kaynaklandığı Crookshank tarafından tanımlanmıştır. (2) Doğal ekole göre tüm hastalıklar kişisel ve çevresel faktörlere bağlı olarak farklı şekillerde ortaya çıkarlar ancak temel bir bütünlüğe sahiptirler. Yani hastalığı bireyden, bireyi de çevresinden ayırmazlar. Bu ekole göre hastaya özgü semptomları iyileştirmek esastır ve bu iyileşme süresince hekimler doğaya destek olurlar. Geleneksel ekol ise hastanın rahatsızlığını hastalık kategorilerine göre sınıflar, soyutlama ve genellemeler yapar. Varsayılan tanıya göre tek bir tedavi uygularlar. (1)

Modern yöntemler organik patolojileri tanımlarken yeni teknolojik yöntemleri, laboratuar testlerini, görüntüleme yöntemlerini kullanırlar. Sağlık hizmet sunumunda teknik yönlere yoğunlaşmak hastanın iç dünyasından uzaklaşılmasına sebep olur. (3)

Hasta merkezli klinik yöntemde aile hekimlerine düşen iki temel değişim söz konusudur. Birincisi, hastanın pasif, hekimin belirleyici ve karar verici olduğu hiyerarşik metodun bu yöntemde geçersiz olduğudur. İkinci olarak, hasta ile aile hekimi arasındaki ilişkinin nesnelliğinin mesafeli bir duruş olarak gösterilmesinin kabul edilemeyeceğidir. Hekim hastasını biyopsikososyal boyutlarıyla değerlendirip hastalığı ile birlikte algılamaya çalışmalıdır. Hem bir dahiliye uzmanı hem de bir psikiyatrist olan Dr George Engel 1970'lerde geleneksel biyomedikal yöntemin dar bakış açısı sebebi ile yetersiz kaldığının ve yeni bir modelin gerekliliğinin altını çizmiştir. (4) Bu soyutlamanın hayata geçebilmesi için gerekli olan yeni yöntem ise hasta merkezli klinik yöntem olmuştur. (3, 5)

HASTA MERKEZLİ KLİNİK YÖNTEMİN UYGULANMASI

Hasta merkezli klinik yöntemi ardışık basamaklar, standartlaştırılmış prosedürler ve görüşme yöntemleri ile katı bir şekilde tanımlanmış bir süreç olarak algılamamak önemlidir. Bu yöntemin özünde hekimin iki ana görevi gerçekleştirmesi yatmaktadır: hastayı ve onun hastalığını kavramak. (1)

Yardım almak için başvuran her hastanın, yaşadığı rahatsızlığı kavrayışı temelinde şekillenen bir beklentisi vardır. Yakınmaların algılanış biçimi bireylerin kişisel özelliklerine ve ailesinin ve toplumun sağlık inançlarına göre farklılıklar gösterir. (6) Her hastanın sorunları ile ilgili yaşadığı duygu farklıdır. Nedeni ne olursa olsun her tıbbi başvu-

[1] Dr Öğretim Üyesi, Başkent Üniversitesi, akorur@baskent.edu.tr

Hekim ile hasta arasındaki dil uyumsuzluğu, hasta merkezli bakımda büyük bir engel teşkil eder. Dil uyumu hasta memnuniyeti başta olmak üzere, hizmetin kalitesini ve sonuçlarını iyileştirir. (14)

Hasta merkezlilikte kötüleşme hekimlerden değil de sağlık hizmet makro sisteminden kaynaklanır. Sistem-basamak baskısı burada temel rol oynamaktadır. Hem hastalar hem hekimler yetersiz çalışan sistemler içinde sıkışırlar. Bu da beraberinde klinik yöntem olarak başarısızlığı getirir. (11)

HASTA MERKEZLİ YÖNTEMİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hasta merkezli klinik yöntem hastaya, hekime ve sisteme çok fazla katkı sağlar. Hastaların tedaviye uyumu artar. Hekimler hastalardan olumlu geri bildirim alırlar ve bu şekilde mesleki yaşamlarında bu şekilde daha yüksek doyuma ulaşırlar ve zamanı da daha iyi kullanırlar. Sisteme sağladıkları ise daha az test istemi, daha az sevk olması ve tekrar başvuruların sayısında azalma olmasıdır. (5, 7-10) Bu yöntem hasta, hekim ve sağlık makro sisteminin bir ortaklığıdır. (11)

Hasta merkezli bakım eğitimi tıp eğitiminin rutin bir parçası olmalı ve bununla ilgili kaynaklar oluşturulmalıdır. Diğer klinik beceri eğitimleri ve günlük klinik uygulamaya entegre edilemez ise hekimlerin beceri kazanması ve uygulaması zorlaşabilir. Ayrıca eğitim sırasında kayıt altına alınan görüşmelerin izlenerek, eğitici ve öğrenci tarafından üzerinde yorum yapılarak, görüşme sırasında sonradan fark edilen eksikliklerin giderilmesi için bir kaynak, bir fırsat oluşturur. (11)

SONUÇ

Hasta merkezli klinik yöntem hasta doyumunu ve hekim-hasta işbirliğini artırır. Hastalık ve rahatsızlık kavramları ile ilişkili çıktıları iyileştirir. Hastaların sağlığında olumlu gelişmelere yol açar. Maliyet etkindir ve kaynakların uygun kullanımına katkı sağlar. Bu yöntem araştırılabilir, öğrenilebilir ve öğretilebilirdir. En önemlisi bir hekimin günlük pratiğindeki tüm hastalar için uygulanabilir bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, klinik yöntem, hasta merkezli bakım

KAYNAKÇA

1. McWhinney, I.R., Freeman, T. (2009). *Aile Hekimliği* (Dilek Güldal, Çev. Ed.) içinde (s. 140-191) İstanbul: Medikal Akademi Yayıncılık.
2. Crookshank Br Med J. 1926 Nov 20; 2(3437): 955–956.
3. Stewart M. The patient-centered clinical method: a family medicine perspective. *Türk Aile Hek Derg* 2013;17(2):73-85. (doi:10.2399/tahd.13.00073)
4. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *J Med Philos* 1981;6:101-123.
5. Ishikawa, H., Hashimoto, H., Kiuchi, T. The evolving concept of "patient-centeredness" in patient–physician communication research. *Social Science & Medicine* 2013; 96: 147–153. (doi:10.1016/j.socscimed.2013.07.026)
6. Akdeniz, M., Ungan, M., Yaman, H. *GeroFam* 2010;1(1):15-28. (doi:10.5490/gerofam.2010.1.1.3)
7. Castro, E. M., Van Regenmortel, T., Vanhaecht, K.,et al. Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Education and Counseling* 2016;99(12):1923–1939. (doi:10.1016/j.pec.2016.07.026)
8. https://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20Turkish%20version.pdf (Erişim tarihi: 01/09/2019)
9. Crombie, D.L. General Practice Today And Tomorrow. X. Diagnostıc Methods. *Practitioner* 1963 Oct;191:539-545.
10. Howie, J. G. A new look at respiratory illness in general practice. A reclassification of respiratory illness based on antibiotic prescribing. *The Journal of the Royal College of General Practitioners* 1973; *23*(137): 895.
11. Bodenheimer, T., Grumbach, K. *Birinci Basamağın Geliştirilmesi: Daha İyi Uygulamalar İçin Stratejiler ve Araçlar* .(Nafiz Bozdemir ve Esra Saatci, Çev. Ed.) Adana: Nobel Kitabevi.
12. Beckman, H.B., Frankel, R.M. The effect of physician behaviour on the collection of data. *Ann Intern Med* 1984;101:692-696.
13. Marvel, M.K, Epstein, R.M, Flowers, K., et al. Soliciting the patient's agenda. *JAMA* 1999;281:283-287. (10.1001/jama.281.3.283)
14. Flores, G. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Med Care Res Rev* 2005;62(3):255-299. (10.1177/1077558705275416)
15. Stewart, M., Brown J.B., Donner A., et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract* 2000;49(9):796-804.
16. Stewart, M., Brown, J.B., Hammerton, J., et al. Improving communication between doctors and breast cancer patients. *Ann Fam Med* 2007;5:387-394. (doi: 10.1370/afm.721.)
17. Bertakis, K.D., Azari, R. Patient-Centered Care is Associated with Decreased Health Care Utilization. *The Journal of the American Board of Family Medicine* 2011;24(3):229-239. (doi:10.3122/jabfm.2011.03.100170)
18. Issel, L. M. Paradoxes of Practice Guidelines, Professional Expertise, and Patient Centeredness: The Medical Care Triangle. *Medical Care Research and Review* 2018:1-27. (doi:10.1177/1077558718774905)