

# TIBBIN SANAT OLAN YÖNÜ

N. Ahmet ERÖZENCİ\*

Tıp tarihinin başlarında hastalıkların gelişimiyle ilgili iki görüş hakimdi. Hipokrat ve takipçilerine göre hastalıklar, "... hastanın içinde ve dışındaki doğal dengenin bozulmasından," kaynaklanır. Ontolojik kuramda ise hastalıklar, "... vücudun belli bölümlerini tutan," nesnelere, Birinci görüş hastalığın genelliğini, ikincisiyse lokal olduğunu öne çıkarılmaktadır. Günümüzde bilimin ve teknolojinin yardımıyla oldukça ilerlemiş, yaşam süresinin uzamasını sağlamış, bir zamanlar ölümcül olan hastalıklara çare bulmuşsa da, aslında hastalıkların genel veya lokal olgular olup olmadığı tartışmasına kesin bir yanıt bulunmamış; hatta bu tartışma bir kenara bırakılarak tüm hastalıklara bir "isim" konulma çabası öne çıkmıştır.

Bunun bir sürü örneği verilebilir: Mesela metastatik adenokanser bir tanı değildir ama metastatik prostat adenokanseri bir tanıdır. Veya orijini bilinmeyen bir kanserin kaynaklandığı yeri bulmak için kimi zaman hiç yararı olmasa bile hastayı oldukça yoran testler yapılmaktadır. PSA'nın normal değerlerin üzerinde olması bir hastalık olmaması bir yana, aslında şikayet bile değildir (şikayet türk dil kurumu sözlüğünde hoşnutsuzluk belirten söz veya yazı, sızlanma olarak tanımlanmaktadır.) Ancak tıp günümüzde öyle bir noktaya gelmiştir ki, biz hekimler belli kalıplar içinde hemen her şikayeti bir "hastalık adıyla" birleştirme ve tedavi etme yönüne gidiyoruz. Bilimsel yaklaşım tabii ki bunu gerektirir, ama unutmamak gerekir ki bilimsel teoriler sadece tanıyı belirlemede ve hastalığı daha iyi anlamamızı sağlamakta; hasta, hasta doktor iletişimi ve hastanın hastalıktan etkilenmesi yönünde bir şey söylememektedir.

Bilimsel gelişmelerin bir yansıması onkoloji alanında belirgindir. Teknolojinin de yardımıyla gelişen/yenilenen ameliyat yöntemleri, ilaç sanayinin araştırma geliştirme projelerine klinisyenlerin daha aktif olarak katılmaları bir dizi kanserde sağaltımı, bir takım kanserlerde ise kaliteli sağlık süresinin uzamasını sağlamıştır. Fakat tüm bu gelişmelere geniş bir açıdan bakıldığında on dokuzuncu yüzyılın son ve yirinci yüzyılın ilk yarısındaki ilerlemenin insan vücudunun işleyişinin daha iyi anlaşılması sayesinde olduğu ortaya çıkar. Teknolojik ilerlemelerin tıbbı katkısı geride bıraktığımız asrın son yarısı itibarıyla olmuştur.

Bu noktada, tarihsel gelişim içinde bir sanat olduğu vurgu-

lanan, günümüzde ise teknoloji, bilgi artması, kılavuzlar gibi öğelerin girmesiyle sanatsal yönünü giderek kaybeden ve mekanikleşmekte olan mesleğimizde nerede olduğumuzu sormak gerekir.

Her ne kadar belli bir noktadan sonra karşı olsam da, kılavuzların mesleğimizi (dolayısıyla bizi, hastaya yaklaşımımızı, tedaviyi) yönlendirdiği bir çağda yaşadığımızı göre, mesleğimizi de, aynen kılavuzlarda olduğu gibi kategorize edebiliriz. Buna göre bir doktorun yapması gerekenler:

1. Sorunun ne olduğunu bulmak – tanı
2. Sorunun neden kaynaklandığını bulmak – etyoloji
3. Ne yapılması gerektiğine karar vermek – tedavi
4. Sonrasında ne olacağını öngörmek – prognoz, olarak sıralanabilir.

İlk aşama, yani sorunun ne olduğunun bulunması, için gereklerse öncelikle bir insanda "sorun" olması, bu sorunun onun doktora başvurmasını için "şikayete" dönüşmesi, bu şikayete bize başvurduğunda onu irdeleyebilecek kadar bilgi sahibi olmamızdır. İşimizin zorluğunu vurgulamak açısından basit bir yakınmayı –bel ağrısını- ele alalım. Bir hasta bu şikayete doktora başvurduğunda doktor hastanın yaşını, cinsiyetini, mesleğini de göz önüne alarak sorgulama yapmak ve bir dizi ayırıcı tanıyı aklına getirmek zorundadır (Tablo 1)

Bel ağrısı şikayetiyle başvuran hastanın tablo 1'de belirtilen hastalıklardan haberi yoktur. O, bel ağrısının nedenini kendine açıklayamadığı zaman, bel ağrısı nedeniyle yaşam kalitesi düştüğü –işine gidemediği, kendinden bekleneni veremediği, torununu kucaklayamadığı, uyuyamadığı, araba kullanamadığı, yürüyemediği, beline kuşak sararak sıcak tuttuğunda ağrı geçmediği- zaman doktora gelmiştir. Semptom kelimesinin tanımlanmasının da bu şekilde yapılması gerektiğine inanıyorum: *Semptom, hastanın o güne dek vücudunda hissetmediği, hissettikten sonra kendine açıklayamadığı ve olağan yaşamını sürdürmesine engelleyen ve doktora başvurulduğu anda "şikayet" olarak tanımlanan bulgudur.*

\* İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

Tablo 1: Bel ağrısının ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken hastalıklar

<b>Enflamatuvar nedenler</b>
Vertebral disk enflamasyonları
Vertebral osteomyelit
Ankilozan spondilit
Juvenil romatoid artrit
<b>Gelişme bozuklukları</b>
Spondilosis
Spondillestesis kifoza
Scheuermann kifoza
Tethered cord sendromu
Syringomyeli
İdiopatik juvenil osteoporoz
<b>Neoplasmlar</b>
Benign hastalıklar
Kemik kisti anevrizması
Osteoid osteom
Osteoblastom
Eosinofilik granülom
Primer malign hastalıklar
Ewing sarkomu
Osteojenik sarkom
Lösemi
Malign metastatik tümörler
Nöroblastom
Wilm's tümörü
Vertebraya metastaz yapan tümörler
Spinal kordun primer tümörleri
Astrositom
Ependimom
<b>Mekanik hastalıklar</b>
Adale hastalıkları
Vertebral herni
Apofiz halkası kırılması
Vertebral fraktür
Prostat kanseri metastazı
<b>Diğer nedenler</b>
Psikosomatik hastalıklar
İntraabdominal hastalıklar
Enflamatuvar kolon hastalıkları
İdrar yolları enfeksiyonu
Böbrek taşı
Over kisti

Ayırıcı tanıda dikkate alınması gereken hastalıkların çokluğu beraberinde yapılabilecek tetkiklerin de fazla olmasını getirir. Bel ağrısı yakınması olan bir hastada istenebilecek laboratuvar tetkiklerinin sayısı ekstrem durumlarda 80'e yaklaşabilir; radyolojik görüntüleme içinse hekim direkt kemik filmlerinden başlayarak BT, MR, PET, nükleer yöntemlerle yapılan kemik incelemeleri isteyebilir; kemikten biyopsi alınması gerekebilir; şayet bel ağrısı metastatik bir kan-

serden kaynaklanıyorsa, primer kanserin araştırılması ve saptanması başka tetkiklerin yapılmasını gerektirir.

Hekim sadece bel ağrısı nedeniyle tablo 1'deki tüm olası tanıları tetkik yaparak eleymeyeceğine göre bir takım sorular sorarak (anamnez!!) şikayeti irdelemek ve ona göre hareket etmek zorundadır: Ağrının ne zaman başladığı, şiddeti, hareketlerle ilişkisi olup olmadığı, beraberinde vücudunun başka yerlerinde ağrı olup olmadığı, ağrı olduğu zaman bulantı kusma gibi başka şikayetlerin de olup olmadığı, ağrının belli zamanlarda olup olmadığı, hastanın işi, sık seyahat edip etmediği, ağrının gün boyu zamansal özellik taşıyıp taşımadığı, özgeçmişinde bu ağrıya neden olabilecek hastalıklar veya geçirdiği ameliyatlar veya kazalar... Bu sorular daha da uzatılabilir ve doğal olarak bilhassa yan semptomlarla ilgili sorulara verilecek olumlu veya olumsuz her yanıt başka bir uzmanlık dalının, kimi zamansa birden fazla uzmanlık dalının devreye girmesini gerektirebilir.

İşte günümüzde teknolojiye kelimenin tam anlamıyla sırtını dayamış, dayamaktan da öte onun arkasına sığınmış olan mesleğimizde anamnez alma sanatı tam bu noktada devreye girmelidir. Yıllarca bir "sanat" olarak adlandırılan, bir anlamda "el vermeyle" kişiden kişiye aktarılan, "hoca-talebe, öğretmen-öğrenci" ilişkisinin ömür boyu sürdüğü mesleğimizin sanat yönü son yıllarda kılavuzlar, kimi zaman tartışılması bile düşünülmemeyen katı kurallar nedeniyle kaybolmakta, hastanın yakınmasını söylemesiyle birlikte başlayan sorgulama, anamnez kağıtlarındaki sorular ve yanlarındaki kutucuklara işaret konulmasıyla sınırlandırılmakta, "check list"lerden elde edilen sonuçlarla, neredeyse tamamen matematiksel bir yaklaşımla tetkikler istenmekte, bu tetkikler sonucunda hedef hastayı, yakınmanın hastada yol açtığı rahatsızlığı, yaşamında ne gibi engellemelere neden olduğunu anlamak yerine hastalığa bir isim koymak gibi dar bir noktaya odaklanmakta, bu da beraberinde hastalık yoktur hasta vardır kavramının yitirilmesini getirmektedir.

Doktor hasta iletişiminin kopması sadece tanı aşamasında değil tedavi aşamasında da ortaya çıkmaktadır. 1950 ve sonrasında doktorları tanıyı hastayla konuşarak, minimal tetkik yaparak ve deneyimleriyle koyup ameliyatlarını yaparlarken, 2000 yılı sonrasında minimal konuşma, maksimum tetkik ve sonrasında teknolojinin yardımıyla yapılan ameliyatlar almıştır. Doğal olarak, hastanede kalış süresini kısaltan, mortalite ve morbiditeyi olabilir en aza indiren, hastanın işine ve ailesine olabildiğince kısa sürede dönmesini sağlayan laparoskopik ameliyatlara karşı değilim; ama bu ameliyatların doktorun hastanın vücuduna –organlarına– dokunmasını ortadan tamamiyle kaldırdığını, dolayısıyla doktorun hastasına "dokunmasını", sıcak el temasının getirdiği insani dokunuşu yok ettiğini de kimse yadsıyamaz. Teknoloji tıbbi öyle bir noktaya getirmiştir ki, bırakın hastaya direk dokunmayı, robotik cerrahi sayesinde artık kimi ameliyatlar neredeyse hasta ameliyathanede, doktor da başka odada, robotun başındayken yapılmaktadır.

Acaba yirminci yüzyılın ortalarında sıklıkla söylenen, "Eli çok hafif doktor," "Bir sanat eseri yaratır gibi ameliyat ya-

pıyor," cümleleri yerini, "Çok gelişmiş aletlere sahip olan doktor"a mı bırakmakta? Acaba biz doktorlar akciğer grafisi, tomografi, MT, PET scan, nükleer tetkikler, laboratuvar tetkikleri nasıl osa doğru tanıyı koymamızı sağlar ve tedaviyi bu şekilde belirleriz diyerek hastayla konuşma süremizi farkında olmadan giderek azaltıyor muyuz? Acaba uzmanların hazırladığı (ama paradoksal olarak uzmanların deneyime dayanan görüşlerinin güvenilirlik açısından son sırayı aldığı) kılavuzlara sırtımızı bu kadar dayamamız, kendimizi kendimize, meslektaşlarımıza, bir hata olduğunda hukuka karşı savunma gereğinin bilinçaltı bir refleksi mi? Herhangi bir hastalık için en doğru olduğuna inandığımız ameliyatı yaparken, tedaviyi uygularken hastanın yaşamını, beklentilerini, ailesini, yaşam kalitesini, yaşamdaki hedeflerini, işini, uğraşlarını, hobilerini, yaptığımız tedavinin yaşamını ne kadar etkileyeceğini ne kadar göz önüne alıyoruz?

Tam olarak fark etmesek de, aslında doktorluğun en zor, en ikilemli dönemini yaşadığımızı inanıyorum: Yirminci yüzyılın ilk üç çeyreğinde tıptaki ilerlemeler insan vücudunu işleyişinin daha iyi anlaşılması sayesinde olmuştu, sonrasında buna teknoloji eklendi. Ve teknoloji işimizi o denli kolaylaştırdı, bizler teknolojinin getirdiklerini o denli sahiplendik ki, mesleğimizin sanat olan hastayla konuşma yönü yitirmeye başlandı.

Bu yazıyı Murat Canpolat'ın hastayla konuşmanın önemini esprili bir dille anlattığı şiirle bitiriyorum. Pratisyen olalım, uzman olalım, mesleğimizin ana öğesinin insan olduğunu, insanlar arasındaki iletişimin de konuşarak gerçekleştiğinin unutulmamasının "başarılı" doktor olmamızı, hastayı en doğru şekilde tedavi etmemizi sağlayacağı inancındayım.

### Voltaren pomad

Gece nöbetindeyken bir çocuk getirdiler  
Ayak burkulmuş belli iyice tetkik ettiler

Doktor dedi babaya şimdi iyi dinle beni  
Voltaren pomad yazdım iyice sürün emi

Günde tam üç kez sürün yedirerek merhemi  
Ayağı burkuk onun budur şişin sebebi

Tamam dedi babası aldı gitti çocuğu  
Aradan geçen bir hafta gördü doktor çocuğu

Baktı çocuk besbeter ağzı gözü mor halde  
Ayağı da şiş henüz başka çocuk heralde

Adam gelir doktor der kırık bunun ayağı  
Doktor çok iyi bilir burkuk mutlak bayağı

Doktor dedi verdim ya sürmedin mi merhemi  
Adam dedi vallahi sürdük tabi sürmem mi

Günde üç öğün sürdük ekmeklerin üstüne  
Sürdük sürdük yedirdik yemem dese de yine

Yemek istemedikçe döve döve yedirdik  
İşte böyle doktor bey ne yapsam bilmem artık

Murat Canbolat