

Hasta-Hekim İlişkisinin Güncel Sorunları ve Kültürel Arası Yönleri: Bir Bakış

Dr. Eckhardt KOCH¹, Dr. Tolga TURGUT²

ÖZET

Tıpta, özellikle psikiyatride sağaltımın başarısı hasta-hekim ilişkisinin şekline ve gücüne dayanır. Bu karmaşık, dinamik ilişki, sosyal ve teknolojik gelişmeye koşut olarak değişmektedir. Hasta-hekim ilişkisinin içeriği, geleneksel geçmiş ve güncel kültür tarafından belirlenmektedir. Bu makalede güncel hasta-hekim ilişkisi ve genel olarak hekimlerin özel olarak ise ruh hekimlerinin karşılaştıkları sorunlardan söz edilecektir. Hasta-hekim ilişkisinin oluşturulmasında hekimin üzerine düşen sorumluluklar vardır. Bu sorumlulukların etik ve yasal yönleri sunulacaktır. Eski ataerkil hasta-hekim ilişkisi daha eşit, daha demokratik bir ilişkiye doğru gelişmektedir. Değişim sürecinde sürekli yeni sorunlarla karşılaşmaktadır. Değişimin kendisinin zor olmasının yanında tıp teknolojisinin ve iletişim sistemlerinin gösterdiği gelişmelerin hasta-hekim ilişkisine yansımaları, bağlı bulunulan yetke ve/veya sigorta kurumları tarafından uygulanan baskılar nedeniyle hasta ile hekim arasındaki güvenin bozulması gibi sorunlar değişim sürecinin daha zorlu geçmesine sebep olmaktadır. Sağaltıma uyum, cinsel taciz, hasta hekim ilişkisinde psikiyatride özgü sorunlar makalede yer verilen diğer konulardır. Hasta-hekim ilişkisinin kültürler arası yönleri ve klinikte karşılaşılan sorunlar Almanya'ya göç etmiş Türklerle ilgili olgu örnekleri ile tartışılmaktadır. Sonuçta, Almanya'da çalışan ruh hekimlerine karşı karşıya oldukları bu sorunlarla nasıl baş edecekleri hakkında önerilerde bulunmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Hasta-hekim ilişkileri, etik, göç, kültürler arası karşılaştırma

SUMMARY: The Current Problems and Cross-Cultural Perspectives of Patient-Doctor Relation: an Overview

The success of the treatment in medicine, especially in psychiatry is based on the form and the strength of the patient-doctor relation. This complex and dynamic relation is changing in accordance with the social and technological development of the society. The context of the patient-doctor relation is determined by the present day culture as well as the traditional background. An overview of current patient-doctor relation and of problems that physicians and in particular psychiatrists meet is presented. Physicians have responsibilities in building patient-doctor relation. The ethical and legal aspects of these responsibilities are presented. The former paternalistic type of patient-doctor relation is evolving into a more equal and democratic relation. New problems are being encountered continuously in the changing process. Beside the of the process itself, the effects of progress in medical technology and communication systems on patient-doctor relation and the pressure, put from the insurance companies and/or authorities on physicians, which impair the trust between the physician and his patient, are making the process more difficult. The issues of compliance, sexual harassment and unique problems of patient-doctor relations in psychiatry are the other subtopics in the article. The cross-cultural aspects of patient-doctor relations and encountered clinical problems are discussed with case examples particularly about Turkish immigrants, who live in Germany. Suggestions for psychiatrists in Germany to work out the challenges facing them are presented in the conclusion.

Key Words: Doctor-patient relations, ethics, immigration, cross cultural comparison

Teşekkür: Yazının Türkçe'ye çevrilmesi ve yayına hazırlanması aşamalarında değerli katkılarda bulunan Prof. Dr. Günel Koptagel-İlal ve Prof. Dr. Metin Zek'i teşekkür ederiz.

¹Uzm., Marburg-Süd Psikiyatri ve Psikoterapi Kliniği, Türk-Alman Psikiyatri, Psikoterapi ve Psikososyal Sağlık Derneği Başkanı, Almanya.

²Uzm., Hacettepe Ü Tıp Fak., Psikiyatri AD, Ankara.

G R Ş

Hasta-hekim ilişkisi, psikiyatride her yaklaşımın, her sağıltım girişiminin temel dayanağını oluşturur. Bu etkileşim sürecini, ilişkinin taraflarına ait bireysel özelliklerden kaynaklanan davranış ve tavır alışların yanı sıra içinde yaşanan kültür de etkiler. Hasta-hekim ilişkisi kültürel, toplumsal, ekonomik, psikolojik ve etik bir çok etmen tarafından belirlenmektedir. Hasta-hekim ilişkisinin gerçekleştiği kültürde o zaman diliminde geçerli hekim rolü, hekim kavramına yönelik tasarım, hekimden beklenen davranış kalıpları ilişkiyi şekillendirir ve yönlendirir.

Allensbach Toplum Araştırmaları Enstitüsü tarafından 1999'da yayınlanan çeşitli mesleklerle ilgili tasarımları belirlemeye yönelik temsil edici kamuoyu araştırması, Almanya halkının %75 gibi yüksek bir oranla en saygın meslek üyeleri olarak hekimleri gördüğünü göstermiştir. Hekimleri açık bir fark ile rahipler (%45), avukatlar (%37), profesörler (%34), diplomatlar (%31) ve politikacılar (%11) izlemektedir. Fakat bu saygınlığın hasta hekim ilişkisine ne ölçüde yansıdığı, başlı başına bir sorudur. Geçen 20-30 yıl boyunca hasta-hekim ilişkisi oldukça değişmiştir. Teknolojinin gösterdiği hızlı gelişmeler ve bireysel özgürlüklerin artan önemi nedeniyle, hastaların klasik ataerkil tipteki bağımlılığının; yani "hekim karar verir, hasta hekimin dediğini uygular" şeklindeki hasta-hekim ilişkisinin sorgulanmasına yol açmıştır. Hasta ile ortaklık biçiminde bir ilişki kurma, yani hekimin hastayı ayrıntılı bilgilendirmesi ve kararların hastayla ortaklaşa verilmesi yönünde demokratikleşme için uyarılar artmaktadır. Almanya Anayasa Mahkemesi'nin 1979 yılında verdiği bir kararın aşağıda yer alan gerekçesinde de görüldüğü gibi bu yöntemi işaret eden yasal örneklerin sayısı da giderek artmaktadır.

"Hastanın işbirliği, diyalog içinde olması ve kendi sorumluluğunu güçlendirmesi; ancak içinde bulunduğu tıbbi durum konusunda yeterince bilgilendirildiğinde olanaklıdır. Yeterince bilgilendirilmemiş hasta, genelde hekimin bakımı altındaki edilgen bir nesneden başka bir şey değildir. Hastanın durumu hakkında bilgilendirilmesi hekimi bu ilişkinin yükünü tek başına taşımaktan kurtarır. Hastayı da verilecek karara bilgili bir ortak yapar...."

Hasta-hekim ilişkisinin en çarpıcı özelliği hastanın hekime varoluşsal bir bağımlılık içinde olmasıdır. Hastanın hekime güven duyması, sağıltımın etkinliği için birinci koşuldur. Bu güven hekimin hem mesleki yeteneğine, hem de insan olma özelliklerine duyulan güveni kapsamaktadır.

Strupp'un hasta-hekim ilişkisinde ileri sürdüğü vazgeçilmez dört temel etmen olan "Sabır - Eşduyum-Anlayış-Saygı"ya (Strupp 1983) "İlgi"de eklenebilir. Erişkin bir hastayı, kendisi ve hastalığı konusunda olgun bir sorumluluk taşımaya doğru eğitirken, hastanın bağımlılık gereksinimlerini, hekimden destek alma isteklerini de göz önünde bulundurmak gereklidir. Gerektiğinde hekim sorumluluk üstlenme yürekliliğini göstermelidir. Sağıltımın başarıya ulaşabilmesi için hastanın sundukları ile hekimin tepkisi arasında bir uzlaşma olması ve her iki tarafın gereksinimlerinin birbirini karşılaması gerekir (Balint 1964). Beklentilerin birbirini karşılamaması durumunda çoğunlukla hastanın aleyhine olmak üzere örnekte anlatıldığı gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır.

mek 1: 42 yaşında paranoid psikoz belirtileri olan bir hastanın, belirtileri bir beyin hastalığını düşündürdüğünden, tanıyı kesinleştirmek için bilgisayarlı tomografi yapılması önerildi. Bu durum hastaya söylendiğinde hasta korkarak konuyu psikozun etkisi altında yorumlayıp, tomografiyi "tümör örümceği" olarak niteledi ve incelemeyi reddetti. Bunun üzerine inceleme yapılmadan kendisine yardım edilemeyeceği söylenerek, bu tutumu nedeniyle hasta hastaneden çıkarıldı. Gittiği başka bir hastanede, hastanın korkuları ciddiye alınarak sağıltımı üstlenen hekim hastayla birlikte tomografi yapılacak yere gitmiş ve inceleme yapılabilmiş. Normal çıkan tomografi bulguları hem hastayı rahatlatmış, hem de hasta hekim ilişkisini sağlamlaştırarak daha sonraki sağıltım girişimlerini kolaylaştırmıştır. Burada hastanın ne ölçüde karşıt bir söylemle direnç göstermeden kabullenilebileceği ve başlangıçtaki isteğinin ne kadar değiştirilebileceği de görülmektedir. Bu ve benzer örneklerde hastaneleri ve hekimleri dar bir bütçe içinde çalışmaya zorlayan ve sağıltım için önemli kimi özel girişimlere olanak verilmemesine neden olan ekonomik baskıları göz önünde bulundurmak gereklidir.

HASTA-HEKİM İLİŞKİSİNİN YASAL ve ETİK BOYUTU

Dünya Hekimler Birliği'nin 1981'deki Lizbon toplantısında, hasta-hekim ilişkisi ile ilgili belirlenen kurallar şunlardır:

- Hastanın hekimini seçme hakkı vardır.
- Hastanın klinik ve etik kararlarını, özgürce ve dış etkiler altında kalmaksızın verebilecek bir hekim tarafından sağaltılma hakkı vardır.
- Hasta, kendisine uygulanacak sağaltımla ilgili girişimler hakkında uygun ve yeterli açıklamalar yapıldıktan sonra bu girişimleri kabul etme veya reddetme hakkına sahiptir.
- Hasta, hekimin kendisine ait tıbbi ve kişisel verileri sır olarak saklama görevini yerine getirmesini bekleme hakkına sahiptir.
- Hasta, saygınlık içinde ölme hakkına sahiptir.
- Hastanın kendisine dinsel veya manevi destek verilmesini bekleme veya bu desteği reddetme hakkı vardır (Scheel 1993). Bu kural hastanın inancında bir din adamının bu desteği vermesi hakkını da kapsar.

Hasta-hekim ilişkisinin çerçevesini belirleyen bu kurallar içinde hekim koşullar, etik ve yasal zorunlulukların dayatması karşısında bile vicdanına uyarak davranıp hastanın iyiliğine hizmet etmekle yükümlüdür. Bu bildiri, hem hekimi hem de hastayı güvence altına almak isteyen temel hakları içermektedir. Bir ülkenin yasaları veya hükümeti bu hakları bazı uygulamalarla engelleyecek olduklarında dahi hekimler uygun yollar ve yöntemler arayarak bu hakları yine de saklı tutmaya uğraşmalıdır.

Hekimin görevleri ve hasta hakları konusunda Almanya'da 1981'de yayınlanan el kitabına göre, hasta ile hekim arasındaki yasal ilişki, sağaltıma girişmekle kendiliğinden oluşan bir sağaltım anlaşmasına dayanır (Scheel 1993). Sağaltım anlaşmasında hekimin görevi, hastalığın ayırımına erken varılması, doğru tanı konulması, sağaltım ve sır saklamadır. Sağaltımda başarı garantisi yoktur. Hekim sadece sağaltım çabalarını kusursuz uygulamakla yükümlüdür. Sağaltım başarısızlıkla sonuçlandığında, bu hemen bir sağaltım hatasına veya gerekli özenin gösterilmediğine yorulamaz. Hekimin bu konuda hastaya kapsamlı bir açıklama

yapması bir zorunluluktur. Sağaltım anlaşmasında hastaya düşen, sağaltım koşullarına destek olması, kendisine yapılan sağaltıma yönelik önerilere, örneğin, ilaçların alınması, perhiz vb. uymasıdır. Hasta sürekli olarak hekimin önerilerini umursamadığında, tıbbi dayanağı olmayan uygulamaları istediğinde, tıbbi yabancı sağaltımlara kalkıştığında, ilişkideki güven bozulmuş olur ve sağaltım anlaşması hekim tarafından iptal edilebilir. Hekimi değiştirmede haklı sayılabilecek gerekçe sağaltıcı hekime olan güvenin süregelen olarak bozulmasıdır.

HASTA-HEKİM İLİŞKİSİNDE GENELESEL SORUNLAR

1. Teknolojik Gelişmelerin Tıbbi Uygulamalara Yansımaları

Teknolojik gelişmelerin tıbbi uygulamalara yansması bireysel hasta-hekim ilişkisini etkilemektedir. Almanya'da özel çalışan hekimlerin ilaç yazma ve aygıtsal incelemeler yapma yetkileri iyice sınırlandırılmıştır. Böylece biyolojik ve teknolojik gelişmelerin doğurduğu yüksek miktardaki sağlık harcamaları, ödenebilir sınırlar içinde tutulmaya çalışılmaktadır. Bu durum her hastanın gerekli sağlık hizmetini alamaması tehlikesini doğurmaktadır. Ayrıca hastanelerde çalışan uzman hekimlerle hastalar arasındaki ilişki, giderek belirtilerin kontrolü ve aygıtsal incelemelerle sınırlı kalmaya başlamıştır.

Yaşamı uzatma yolundaki teknik olanakların gün geçtikçe artması, bir hastaya ölüm belgesi verilene değin, var olan bütün yoğun bakım olanaklarının kullanılmasının zorunlu olup olmaması gibi etik ve ekonomik boyutları olan tartışmalara yol açmaktadır. Hastaların bilinçlerini yitdiklerinde kendilerine uygulanacak tıbbi girişimleri özetleyen hasta vasiyetlerinin geçerlilikleri de, bu tartışmaları daha karmaşık hale getirmektedir (Haupt ve ark. 1999). Ölüme etkin yardım, yani ölüme yakın hastalar için hekim gözetiminde özkıyım, da hâlâ çözülememiş etik bir sorundur.

Tıbbi teknolojinin hızlı gelişimi, prenatal tıp için de etik sorunlar ortaya çıkarmaktadır. Amniyosenteze sık başvurulması ve dişi fetuslara küretaj yapılması, sadece belli kültürlerde karşılaşılan bir uygulama değildir. Ölüden alınan spermlerle yapılan döllenmeler de etik açıdan tartışmalıdır.

Bu etik sorunlar günümüzde sadece meslek ortamlarında değil, medyada da ateşli bir şekilde tartışılmaktadır.

2. Hekimin Ba ımlılı ı

Sadece hastasının esenliğini sağlamakla görevli olan hekim, zaman zaman kimi tıbbi konularda ve sadece hastadan kaynaklanmayan nedenlerle bağımsız hareket edememektedir. Bu sorun, özellikle güvenlik güçlerinde, silahlı kuvvetlerde (Kelly ve ark. 1996), sağlık sigortası kuruluşlarında ve işverenlere bağlı olarak çalışan hekimler için söz konusudur. Bu durumlarda, güven kuşkusu olmayan bir hasta-hekim ilişkisinin gerçekleşebilmesi için, hekimin sır saklama görevi büyük önem taşır.

Kişisel deneyimlerimize göre bu konuda, özellikle yabancı kökenli azınlıklarda olumsuz örneklerden kaynaklanan büyük korkular vardır. Örneğin, sığınmacı olarak başvuranlarda, yasal durumun kesin olmayışı hastanın güvenini zorlaştırmaktadır.

3. Cinsel Taciz

Bağımlılıkla ilintili üçüncü bir sorun da hasta ve hekim etkileşimindeki cinselliktir. Bu konudaki araştırmaların sayısı az olmasına karşın gerek hekimler gerek psikoterapistlerle ilgili saydamlaşmamış olayların sayısı yüksektir. Özellikle yetmişli yıllarda, içlerinde hekimlik mesleğinden olanların da bulunduğu kimi yazarlar hekim ile hasta arasındaki cinsel yakınlaşmaların açık propagandasını yapmışlardır (Shepard 1971). Tıbbi etiğe göre her türlü cinsel yakınlaşmanın yasak olduğunu apaçık vurgulamak gerekir. Son yıllarda kadın hekimlerin erkek hastalar tarafından cinsel tacize uğradıklarından sıkça söz edilmektedir. Bu olaylarda, ilişkideki güçlü-güçsüz dengesi tersine dönmüştür (Schneider ve Phillips 1997).

4. Hekimlikte Bilgisayar

Hekimin inceleme odasında bilgisayar bulunması artık alışılmış görüntülerdendir. Hekim, hasta ile görüşürken eski bilgilere ulaşmak veya reçete yazmak için sıklıkla bilgisayar kullanır. Bazı yayınlarda belirtildiği gibi, bilgisayar hekimin yüksek teknik standartlara erişmiş olduğunun işareti olarak genellikle olumlu kabul görse de, bilgisayarı iyi tanıyan kimi hastalar, hekimin

sır saklama görevini zedeleyebileceğini düşünerek kaygı duyarlar (Ridsdale ve Hudd 1994). Bu, özellikle hastanelerde ve bilgisayar verilerinin sağlık sigortası kuruluşları ve işverenlerce kullanıldığında söz konusudur (Fisher ve Madge 1996).

Tanı veya sağaltım amacıyla bilgisayarların kullanılmasının da (Marks 1999) başarılı oldukları vurgulansa bile hem hastanın sağlığını, hem de hasta hekim ilişkisini tehlikeye düşürdüğünü düşünmekteyiz.

5. Sağaltıma Uyum Sorunları

Sağaltıma uyum, sadece hastanın hekime uymasını değil, hekimin de aynı biçimde hastaya uyum göstermesini, onu izlemesini ve dinlemesini içerir. Sağaltıma uyum tek yönlü düşünüldüğünde, eskiden alışlagelmiş ataerkil hasta-hekim ilişkisinin bir söylemi olur. Holm (1993) dikkatin sadece hastaya değil, uyumsuz hekime de yöneltilmesini önermektedir. Hastanın uyumsuzluğunu temel alan bir anketin sonuçları ne kadar güvenilir kabul edilebilirse de, hekimlerin hastalarda neyi uyumsuzluk olarak gördüklerini göstermesi açısından anlamlı olacağından burada söz etmek gerekir. Bu ankette hastaların %10-%20'sinin zor olduğu bulunmuştur. Zor olarak nitelenen gruba giren hastalar, tipik psikosomatik belirtileri olanlar ve kişilik bozukluğu belirtileri gösterenlerdir (Hahn ve ark. 1994). Deneyimli hekimden beklenen, hangi hasta olursa olsun hasta ile anlamlı bir ilişki temelini oluşturabilmesidir.

6. Hasta-Hekim İlişkisinde Psikiyatriye Z - g Sorunları

Yüz yıl öncesine kadar normalden sapmış tüm davranışlar için, tımarhanelerden çalışma yurtlarına kadar kapalı kurumları kapsayan eksiksiz sistemler vardı. Psikiyatrinin topluma açılmasıyla, hastanın kapalı tutulup, sakınılarak sağaltımı günümüzde yaygın olarak terk edilen bir yaklaşım olmuştur. Resmi olarak psikiyatrinin görevinin, toplumu akıl hastalarından korumak olduğu artık öne sürülmemekteyse de, gayri resmi olarak bu istek hâlâ vardır. Dolayısıyla ruh hekimleri, hastalarına karşı bir çıkmaz içindedirler. Demokratik hasta-hekim ilişkisine göre, hasta özgür iradesini kullanabilecek durumda ise, herhangi bir tehlike söz konusu değilse ve sağaltıma rıza gösteriyorsa hastaneden çıkarılabilir. Fakat psikoz-

larda, hatta bazı ağır nevrotik bozukluklarda, bu tür bir söylem sorunlara neden olabilir. Böyle durumlarda hasta bazen durumunun ciddiyetini, sağaltımın gerekliliğini kavrayamaz ve kendi esenliğine karşı bir karar alabilir.

HASTA-HEKİM İLİŞKİSİNİN KÜLTÜREL FARKLILIKLARI

Buraya kadar değinilen bütün sorunlar temel olarak, etnik azınlık çevrelerinden gelen hastaların hekimlerle olan ilişkileri için de geçerlidir. Fakat onlar için bunlara eklenen başka boyutlara da dikkate edilmelidir. DSM-IV'ün (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994) kültürel fark etmenlerini ele alan rehber bölümünde, birey ile onu muayene eden arasındaki ilişkilerde kültürel öğelerin göz önünde bulundurulması zorunluluğu ayrıntılarıyla anlatılmaktadır. Bu kişilerin muayenesi sırasında kişinin kültürel kimliği, kültürel olarak bağlı olduğu kişiler, dili kullanma tavrı ve becerisi değerlendirilmelidir. Bu arada hastalığın kültüre göre açıklanması ve toplumsal baskı etmenlerinin kültüre uygun yorumları yeterince dikkate alınmalıdır. Başka kültürler hakkında bilgi eksikliği ve etnik azınlık gruplarından başvuranları anlamak için yeterli zamanın olmaması yüzünden gündelik uygulamalarda yukarıda vurgulanan bu gereklilikler her zaman yerine getirilememektedir. Geçmişlerinde göçmenlik olan hastaların hekimlerden büyük beklentileri vardır. Başlangıçta hekime genellikle çok temkinli, çekimser veya köken aldıkları memleketteki geçerli davranış kalıbını izleyerek çok isteyici yaklaşabilirler. Bu nedenle sadece yapılan inceleme ve sağaltımla sınırlı tutulan mesafeli bir hasta hekim ilişkisi bu hastalar için yeterli olmayabilir.

mek 2: Türkiye kökenli bir hasta bir Alman ruh hekimiyle karşılaşmasını şöyle anlatmıştır: En az beş dakika karşılıklı oturup birbirlerinin gözlerinin içine bakmışlar. Hekim hastanın söze girip yakınmalarını ve başvuru nedenini söylemesini, buna karşın hasta da hekimin kendisine sorular yönelterek konuşmasını beklemiş. Sonunda hekim sessizliği bozup hastaya yakınmalarını sormuş. Hasta çok heyecanlı ve gergin olduğundan eksik ve yetersiz bilgi verebilmiş. Bunun üzerine hekim bu kadar az ve sınırlı bilgi ile hastanın hastalığını belgeleyemeyeceğini bildirmiş. Hasta, bunu 'ben zaten raporluyum' diyerek yanıtlarken, hekim buna dayanarak ilaç yazamaya-

cağını söylemiş. Hastanın bu söze karşılığı 'benim ilaçlarım var, beni size hastalığımı sizin daha iyi anlayacağınızı söyleyerek yollamışlardı' olmuş.

Bu örnekte birbiriyle iletişim kuramayan hekimle hastanın, ilişki kurmayı olanaksız kılan birbirlerinden farklı olan beklentileridir. Hekim, yabancı hastaya karşı olan önyargısının etkisi altında, onun kendisinden hakkı olmayan bir şey isteyeceği beklentisi içindedir. Bir hekim yabancı hastasının kültürel kökeni ve ondan hekim olarak beklentileri hakkında ne kadar az bilgiye sahipse, hasta hekim ilişkisinde karşılıklı olarak yanlış anlamaların oranı o kadar yüksek olur. Akdenizli göçmenler, hekimi alışageldikleri yetke figürü olarak görüp, onu daha bilgili ve güçlü olarak kabullenirler. Bu nedenle hekimin etkin uyarılarına, içtenlik duyumsatan, yetkeci tutumuna Alman hastalardan daha çok gereksinim duyarlar (Koch 1996).

mek 3: Şizofreni belirtilerine bağlı olarak hekimlerden çok korkan bir hastanın, buna rağmen aile hekimine büyük bir güveni vardı. "Benim hekimim bana yakın ilgi gösteriyor, bana elini veriyor, nasıl olduğumu soruyor....." diyordu.

Bu örnekte hekimin hastaya gösterdiği kişisel ilgi ve onun derdini paylaşıcı tutumu hastanın güveniyle ödüllendirilmiştir. Burada etkili olan hekimin kişisel yakınlık göstermesidir. Günümüz hasta-hekim ilişkisinde, hastanın daha çok özerklik kazanması amaçlanmaktadır. Örnekteki gibi durumlarda ise hastaları içgörüyü zorlamanın anlamı yoktur.

Marburg Psikiyatri ve Psikoterapi Kliniği'nde, yatarak sağaltım gören hastaların grup oturumlarından birinde Türkiye kökenli hastalar, aralarında dil engeli olsa da Alman görevlilerin kendilerini çok iyi anladığını duyumsadıklarını belirtmişlerdir (Koch ve ark. 1999, Strate ve Koch 2000). Alman görevlilerin gösterdiği belirgin yakınlık ve ilgi, güvenin gelişmesinde ayırt edici etken olmuştur.

SONUÇ

Gelecekte Alman psikiyatrisinin önemli bir görevi, halkın %10'unu oluşturan yabancı kökenli insanlara, Alman hastalara olduğu ölçüde yoğun ve özenli yaklaşmaktır. Bunun için değişik kültürler hakkında bilgilenmek, özellikle de ya-

bancı ülke kökenli insanları tanımaya çalışmak gereklidir. Daha sağlıklı hasta-hekim ilişkilerinin kurulmasını sağlamak, sağaltım planları geliştirmek, karşılıklı bilgi ve deneyim alışverişini hastalarımızın yararına genişletmek için Türk ve Alman ruh hekimleri arasında işbirliği gereklidir. Türk-Alman Psikiyatri, Psikoterapi ve Toplumsal Sağlık Derneği bu bilgi ve deneyim alışverişini derinleştirmeyi, böylelikle Almanya'daki Türkiye kökenli göçmenleri ve Türkiye'ye geri göçmüşleri daha iyi anlamayı amaçlamaktadır.

KAYNAKLAR

Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. (Çev. Ed.: H Sass, HU Wittchen, M Zaudig) Hogrefe, Deutsche Bearbeitung. Göttingen, Almanya, 1996.

Balint M. (1964). Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. 3. Aufl. Klett, Stuttgart, Almanya, 1965.

Fisher F, Madge B (1996) Data security and patient confidentiality: the manager's role. Int J Biomed Comput, 43: 115-119.

Hahn SR, Thompson KS, Wills TA ve ark. (1994) The difficult doctor-patient relationship: somatization personality and psychopathology. J Clin Epidemiol, 47: 647-657.

Haupt M, Seeber HU, Jänner M (1999) Patientenverfügungen und Bevollmächtigungen in gesundheitlichen Angelegenheiten älterer psychisch kranker Menschen. Nervenarzt, 70: 256-261.

Holm S (1993) What is wrong with compliance? J Med Ethics, 19: 108-110.

Kelly K, Moon G, Savage SP ve ark. (1996) Ethics and the police surgeon: compromise or conflict? Soc Sci Med, 42: 1569-1575.

Koch E (1996) Der Kranke in der türkischen Familie. Münch. Med Wschr, 138: 61-64.

Koch E, Strate P, Wübbena TH (1999) Psychiatrische Versor-

Tibbin kavranması güç, hızlı gelişimi içinde, hasta-hekim ilişkisinin temeli karşılıklı güven ve saygıdır. Ne kadar bilgilendirilmiş olsa da, hasta tam anlamıyla özerk değildir. İlişkinin gelişimi içinde onun düşündüklerini söze dönüştürmesi yönünde yüreklendirmek, böylece eşdeğerli birlikteliğe doğru yaklaştırmak, güçler arasındaki dengesizliği düzeltmek gereklidir. Bu dengeli ilişkide, ortakların karşılıklı hakları ve görevleri söz konusudur.

gung von Patienten türkischer Herkunft in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Marburg-Süd. Krank in der Fremde-Perspektiven zur interkulturellen Entwicklung von deutschen Kliniken. Z Ghaeni (Ed), Cinco, Frankfurt, Almanya.

Marks I (1999) Für wen kann der PC zum Therapeuten werden? Erfahrungen mit einem neuartigen PC-gestützten Selbsthilfeprogramm zur Verhaltenstherapie. Vortrag beim 1. Internationalen Kongress zu Zwangsstörungen, 5-7 Mart 1999, Hamburg, Almanya.

Ridsdale L, Hudd S (1994) Computers in the consultation: the patient's view. Br J Gen Pract, 44: 367-369.

Scheel W (1993) Arztpflichten, Patientenrechte. 4. Aufl., Reha-Verlag, Bonn, Almanya.

Schneider M, Phillips SP (1997) A qualitative study of sexual harassment of female doctors by patients. Soc Sci Med., 45: 669-76.

Shepard M (1971) Sex als Therapie. Sexuelle Intimität zwischen Patient und Psychotherapeuten. Kiepenheuer und Witsch, Köln, Almanya, 1973.

Strupp HH (1983) Psychotherapie-eine nie endende Kontroverse. Psychother Med Psychol, 33:1-2.

Strate P, Koch E (2000) Pilotstudie zur Evaluation psychiatrischer Versorgung von Schmerzpatienten türkischer Herkunft. Psychosoziale Versorgung in der Migrationgesellschaft. Deutsch-türkische Perspektiven. E Koch, R Schepker, S Taneli (Ed.). Lambertus, Freiburg, Almanya.