

SEKÜLER HEKİM VE DİNDAR HASTA: KLİNİK ORTAMDA DİNİ UYUMSUZLUĞUN ÜSTESİNDEN GELME *

*Nina GHOSH ***

*Çeviri: Nurten KIMTER ****

ÖZ

Bir hastanın manevî bağılılığına en iyi nasıl karşılık verileceğine karar verme kompleks ahlakî sorunlar ortaya çıkarabilir. Bu, özellikle din ve manevîlik alanında muhtemelen az bir resmi eğitim almış olan tıp öğrencileri ve asistan doktorlar açısından doğrudur. Bu makale seküler bir hekim ya da tıp öğrencisi ile dindar bir hasta arasındaki görüşmenin doğasında var olan sıkıntıları incelemektedir.

Tıp öğrencilerinin sıkça yaptığı hatalara dikkat çekmek ve bu öğrencilere dinî konulardan bahseden bir hasta karşısında daha uygun iletişim stratejileri önermek için klinik bir hikaye kullanılmıştır. İlk olarak tıp öğrencisi ya da uzmanı bu konuların (dinî meselelerin) tıbbî tedavi hakkındaki kararlarını nasıl şekillendireceğini derinlemesine araştırmada hastanın yönlendirmesini takip edebilir. İkinci olarak, eğitimlerinin rolünü ve sınırlarını göz önünde bulundurarak, hekimler, dinî ritüellere katılmaktan ya da hastaları dinî ritüellere katılmaya davet etmekten ve hastaların dinini değiştirmekten kaçınmak suretiyle, onları gereğine uygun bir şekilde dinleyebilir, sorular sorabilir ve hastanın duygularını ortaya çıkarabilirler. Üçüncü olarak hekimler kendi dinî ve manevî görüşlerine zarar veren davranışlarda bulunmamalı ve tutarlılıklarını korumalıdır.

Ameliyatla sıvı boşaltmaya¹ başlamadan önce doktora “iyi iş çıkaracağından eminim çünkü Tanrı ile senin ellerin birlikte çalışıyor” dedim. Doktor gözlerini devirdi (öfke ile baktı) ve yapacak olduğu işlemin Tanrıyla hiçbir alakasının olmadığını söyledi. Midemin ağrıdığını hissettim.” Bunlar, ekibi-

* Orijinal yayın: Nina GHOSH, “**The Secular Physician and the Religious Patient: Overcoming Religious Discordance in the Clinical Setting**”, Ethical Commentary, The Einstein Journal of Biology and Medicine, copyright©2007, 23:33-36

** Dr., Schulich Tıp Fakültesi, Batı Ontario Üniversitesi, Londra, Ontario, Kanada, N6A5C1

*** Yrd. Doç. Dr. Nurten KIMTER, ÇOMÜ İlahiyat Fakültesi Öğretim Üyesi, nurtenkimter@comu.edu.tr

1 Tap: Ameliyatla sıvı boşaltma

mizin iyileşmeyen bir akciğer iltihaplanmasını iyileştirmek için önceki gece kabul ettiği HIV virüslü bir genç hasta olan Y'nin ifadeleriydi.

Hasta Y, HIV ve onun harap edici tüm komplikasyonlarıyla Tanrı ve kilisesi sayesinde baş etmeye başlamıştı. O (hasta Y) geçirecek olduğu torasentez² uygulamasına dair korkularını Tanrıya olan inancı sayesinde teskin etmiş gibi gözüküyordu. Fakat kıdemli asistan doktor olan Doktor L., onun başa çıkmasının püf noktası gibi görünen şeyi nahoş bir ifadeyle reddetmişti.

Ertesi sabah hasta Y'nin yakınmalarını dinlerken kendimin kişisel bir ikilem (dilemma) içinde buldum. Din benim hayatımda hiçbir zaman önemli itici bir güç olmamıştı. Bazı açılardan Dr. L. ile kendimi özdeşleştirebildim – hastalar üzerinde gerçekleştirdiğim prosedürlere daha Yüce bir güç tarafından her hangi bir etkide bulunulduğuna inanmam için bir neden yoktu. Fakat tedavimiz altındaki bu genç adamın inancı, bana göre, Tanrı'ya olan inancıyla oldukça ilişkiliydi. Sorumlu bir tıp öğrencisi olarak onun (hasta Y'nin) maneviyatı ile çalışmeksizin en iyi bildiğim gerçeği söyleme zorunluluğunu nasıl bağdaştırabilirim? Biz bir ekip olarak Tanrı'nın en iyi neticeyi sağlayacağını garanti edemeyiz. Gerçekte ben onun (hasta Y) kastettiği şeyin bu olup olmadığından bile emin değildim – muhtemelen o (hasta Y), sonuç ne olursa olsun Tanrı'nın kendisiyle olduğunu bildiği için rahattı. Fakat ben anlamadım.

Kararsızlığım beni, tarafsız ve bir bakıma mesafeli durmaya sevk ediyordu. Huzurlu bir gülümseme ile hastane odasının penceresinden kilisesini gösterirken hasta Y'yi dinledim. Odadan ayrılırken, inancımızdaki uyumsuzluk onun bir ricasıyla doruk noktaya ulaştı; bana kendisi için dua edip edemeyeceğimi sordu. Kem küm ederek üzgün bir şekilde hasta Y'ye bunu yaparsam (dua edersem) kendimi iyi hissetmeyeceğimi söyledim ve hemen konuyu ultrason yardımıyla yapılacak olan torasenteze getirerek değiştirdim ve benim kaçamak cevap verişim yüzünden huzuru kaçan odayı terk ettim.

Tıbbî tedavi ele alınırken dinî dil ile birlikte beraberinde gelen teolojik mantığı da kullanmak hastalar için ender bir durum değildir. Bir hastanın manevî bağlılığına en iyi nasıl karşılık verileceğine karar verme, bilimsel olarak doğru ve kanıta dayalı klinik karar verme ilkelerine aykırı görünen din ve maneviliği yerleştirmeye çalışan bir sistemde kompleks ahlakî sorunlar ortaya çıkarabilir. (Post ve arkadaşları, 2000).Hasta- hekim ilişkisindeki bu sorunlar,

2 Tanrı ve tedavi amaçlı olarak özel bir iğneyle akciğer zarları arasındaki sıvıdan örnek elde edilmesi işlemi

hastanın dinî inançları klinik olarak tıbbî tedavi için yersiz isteklere yol açtığına bilhassa çok derindir (Astrow ve arkadaşları, 2001).

Bir tıp öğrencisi olarak hasta Y'nin manevî istekleri ile baş etmekte kendimi çaresiz hissettim. Kendimi iki yüzlü hissetmeden ya da hassas sınırları geçtiğim hissine kapılmadan onun inancına cevap vermede yetersizdim.

Bu konuda ben yalnız değilim. Genel olarak hekimler hastalarından daha az dindar olma eğilimindedirler (Astrow ve arkadaşları, 2001). Bir Birleşik Devletler (US) araştırması, Amerika'daki hastaların %95'nin Tanrı'ya inançlarını ikrar ederken Amerikalı hekimlerin % 65'nin aynı inancı ikrar ettiklerini ortaya koymuştur (Astrow ve arkadaşları, 2001). Bu hekimlerin pek çoğu gerçekte bir dinin gereklerini yerine getirmiyorlar (Astrow ve arkadaşları, 2001). Bu bulgu, dinin, hastanın hastalık tecrübesinde de önemli rol oynadığını göstermektedir. Örneğin iki aile hekimliği servisinde yatarak tedavi gören 203 hastanın incelemesinde, dinî ayinlere katılımları dikkate alınmaksızın hastaların 3'te 2'sinden fazlasının hekimlerin kendilerinin manevî isteklerini göz önünde bulundurmaları gerektiğine inandıklarını ve yaklaşık yarısının (% 48) doktorlarından kendileri için dua etmelerini istediklerini ortaya koymuştur (Astrow ve Sulmasy, 2004). Ciddi bir hastalıkla karşı karşıya olan hasta örneğinde Hebert ve arkadaşları, hastaların büyük çoğunluğunun tıbbî görüşmelerde hekimler tarafından verilen psikososyal bakım ve kişilerarası ilişkiler için manevîliğin rolünü hayatî olarak gördüklerini ortaya koymuşlardır (Hebert ve arkadaşları, 2001). Aslında hastalar manevî ilgilerinin klinik ortamlarda göz ardı edildiğini anladıklarında (onların) çoğu etkili tıbbî tedaviden yüz çevirmek zorunda kalıyorlar (Post ve arkadaşları, 2000). Buna rağmen hekimler nadiren hastalarıyla manevîliği tartışır ya da pastoral uzmanlar servisine danışır (McCord ve arkadaşları, 2004). Hastanın manevî ihtiyaçlarına cevap vermek pek çok meslekî etik sorunları beraberinde getirdiği için ve belki de meslekî sınırlar içinde kalmanın en kolay yolunun tümüyle manevîlik konusundan uzak kalmayı gerektirdiği için bu durum şaşırtıcı değildir.

Bununla birlikte en kolay olan şey, yukarıda bahsedilen kısa hikayede misal getirildiği gibi hiç kuşkusuz etkin bir hekim- hasta ilişkisine her zaman imkan vermez. Tıbbî koşullarda hasta manevîliğinin karmaşıklığını azaltma riski ile gerçekte manevî boyutu dikkate almamak hastanın akıbetine zarar verici olabilir (McCord ve arkadaşları, 2004). Hasta manevîliği ve dindarlığının "azalan hastalık ve ölüm oranı, daha iyi fiziksel ve ruhsal sağlık, daha sağlıklı yaşam biçimi, daha az gerekli olan sağlık hizmetleri, gelişmiş başa çıkma be-

cerileri, artan iyi oluş hali, azalan stres ve hastalık önleme” ile ilişkili olduğu görülmüştür (McCord ve arkadaşları, 2004).

Dr. L’nin Yaklaşımı, Onun Gizli Tehlikeleri ve Alternatif Bir Yaklaşım

Hasta Y’nin “ senin iyi iş çıkaracağından eminim çünkü Tanrı ve senin ellerin birlikte çalışıyor” şeklindeki sözünü Dr. L.’nin onaylamayışının zarar verici etkisi, hastanın manevî ihtiyaçlarını hassas bir şekilde ele alma yeteneğinin hiçbir çaba sarf etmeksizin tıp eğitimini doğal sonucu olarak bana verilemeyeceğini benim açımdan açık hale getirdi. Birbiri ile çelişen dinî görüşler yüzünden gelecekte hasta ile aramda bir anlaşmazlığın olmamasını nasıl sağlayabilirim? Benim amacım öncelikle hasta Y’nin sözü ile Dr. L’nin huzursuzluğunun temelinde neyin bulunmuş olabileceğini dikkatli bir şekilde incelemek ve devamında Dr. L.’nin ulaşılmış olabileceği uygun çözüm yollarını tanımlamaktı.

Dr. L., meslekî sınırların hasta Y’nin “doktorun Tanrı sayesinde işini yapıyor olduğu” şeklindeki inancıyla belirsizleştiğini fark etti. Dr. L., yaptığı işin “Tanrıyla hiçbir alakası olmadığı” nı netleştirmek istiyordu ki, bu belki de hasta Y’nin “Dr. L’nin dinî bir kabul olmaksızın meydana gelebilecek olandan bile daha büyük bir güce sahip olduğu” şeklindeki algısına doğal bir tepkiydi (Astrow ve arkadaşları, 2001). Dr. L.’nin tepkisi, hekim otoritesini ve geçmişin papazlığına benzerliği açıklamaya çalışan ve böylece özyönetim ve özbelirlenim yoluyla hastayı daha fazla güçlendiren son birkaç on yıldaki biomedikal etik girişim ile pek çok yönden kesişmektedir (Curlin ve Moschovis, 2004). Böylece bu tartışma, hekimlerin farklı bir güç pozisyonunu ellerinde bulundurdıklarından bu yana, manevî bakım sağlamak için bu pozisyonu kullanmanın hasta özerkliğine bir tehdit ve gücün kötüye kullanılması olduğu şeklinde sürüp gitmektedir. (Curlin ve Moschovis, 2004).

Bu düşüncenin ana fikri, dinî bakımdan çok dindar olanlar için hayatın çok az bir bölümünde dinî inançlarla temas edilmediğini dikkate almaz. Çok dindar bir hastanın dinî prensipleri, talep ettiği tıbbî bakımın tüm yönleriyle ilişkili olabilir (Curlin ve Moschovis, 2004). Bu türden gelenekle hastanın hayatına biçim verme yollarının iç yüzünü anlamak, doktorun hastayla ilgilenmesinin değerini artırır (Astrow ve arkadaşları, 2001). Gerçekte Curlin’in ifade ettiği gibi hastanın en çok ilgilendiği alanlara kendisini adayan iyi bir

hekimin, hasta önemli olduğunu düşündüğünde ve önemli olduğunu düşünmesi halinde onun manevî isteklerini en iyi nasıl destekleyeceği üzerinde kafa yorup düşünmesi gerekir. Hastanın ilişkilerindeki maneviliğine saygı duyma aslında hastanın özerkliğine saygı duymaktır (Curlin ve Moschovis, 2004). Hasta Y'nin maneviliğini reddetmekle Dr. L., kasıtlı olarak kutsal olmayan insan oğlu ve onun hemcinsi olan bir kişi olarak kendi yanılma payını ortaya koymada başarısız oldu. Bunun yerine Dr. L. “söylediğin şey anlamsızdır/saçmadır” sözünü sarf etmekle farkında olmayarak pederşahi davranışa ait bir dünya görüşünü destekledi. Böylece hasta Y'nin “mide ağrısı” hissettiği sonucu ortaya çıkıyor.

Bunun sonucunda uygulamada Dr. L. bu uyumsuzluğu, başka bir deyişle kendisinin ilahi aracılıktan ayrı tutulması gerektiğini ya da hasta Y'nin çok dindar oluşuna saygısızlık etmeksizin bir ilişki kurma durumunu, netleştirerek bu çelişkiyi nasıl çözmüş olabilir? Dr. L., hasta Y'nin ifadesine, tasavvur edilen dinî bir idealin açıklaması olmaktan ziyade bir umut ifadesi olarak farklı bir açıdan bakarak onun ifadesinin altında yatan işlevin farkına varmış olabilir. Pek çok durumda hasta Y'nin ifadesi, Dr. L.'nin tıbbî kariyerini yaparken karşılaşmış olduğu onun dinî (içerikli) olmayan benzer umut ifadeleri ile benzerlik göstermektedir. Böylece hasta Y'nin ifadesini onaylamayarak onun torasentez hakkındaki endişesini arttırmak ve benlik değerini azaltmak yerine Dr. L. şöyle bir ifade söylemeyi tercih edebilirdi: Ameliyatla sıvı boşaltma yüzünden gergin olabileceğini anlıyorum ve bu işi iyi bir şekilde yapabileceğime dair iyimser oluşun beni mutlu ediyor ve ben de aynı şekilde umutluyum. Bununla birlikte prosedüre ilişkin bazı riskler var ki onları benim açıklamam gerekiyor.....

Post ve arkadaşlarının belirttiği gibi acı çekme durumlarında evrendeki Yüce bir varlığa inanma, klinisyenlerin “hastanın bilgilendirme amaçlı ihtiyaçlarıyla yakından ilgilenmeleri” koşuluyla, çoğu zaman konsept olarak seküler bir hastanın iyimserlik ifadesine benzemeyen bir umut ve güven kaynağı olarak hizmet eder (Post ve arkadaşları, 2000). Dr. L. genel bir amacı (kendisinin iyi bir iş yaptığı) tanımlayarak, kendisinin “aynı şey için umutlu olduğunu”nu söyleyerek ve prosedürün risklerini açıklayarak klinik görüşmeyi azaltmaksızın klinik olarak tutarlı bir şekilde hasta Y'nin ifadesini reddetmekten kaçınmış olacaktı (Lo ve arkadaşları, 2002).

Benim Yaklaşımım, Onun Gizli Tehlikeleri ve Alternatif Bir Yaklaşım

Hasta Y'nin hastalık tecrübesinde kendisi için kilisesinin önemli olduğu görüşüne karşılık vermede sessiz kaldım. Hasta Y'nin manevi ilgisini dikkate almayarak farkında olmadan "bir hekim hastanın manevî ilgilerinin doğruluğunu onayladığında meslekî sınırı geçmiştir. İleride hastayla diyalog içerisinde olmak için herhangi bir girişim yersizdir." şeklindeki "sekülarist eleştiriyi" destekledim. (Curlin ve Moschovis, 2004). Gerçekte bu yaklaşımı tercih etmenin daha kolay olmasının ve sekülarist eleştiriye göre etik açıdan doğru olmasının birkaç nedeni vardır. Bu bakış açısı, manevî söylemlerle ilgilenmek için kendilerini yetkili ve yeterli gören çoğu hekimin eğitimlerinin yetersiz olduğunu göstermektedir (Curlin ve Moschovis, 2004). Benim kendi yetersizliğimi bilmem ve anlamam hasta Y ile herhangi bir sonuç getirici konuşmada bulunabilmemi olanaksız hale getirdi. Hasta Y kendisi için dua etmemi istediğinde daha derin bir huzursuzluk ortaya çıktı. Gerçekte o niyet veya amaçla ilgili olarak dua edilmezdi, ben dua ederek tıbbî müdahalenin başarılı olmasının yanında bir şekilde daha iyi bir sonuca neden olabileceğimize inanarak hem kendimi hem de hastayı aldatmış olabileceğimden korkuyordum.

Post ve arkadaşları doktorun öncülüğündeki duanın, pastoral bakım kolaylıkla erişilebilir olmadığına, hasta istediğinde ve doktorla birlikte dua etmeye niyetlendiğinde, doktor inanmış rolüne girmeksizin ve hastayı aldatma riski, manipülasyon ya da baskı olmaksızın dua edebildiğinde, kabul edilebilir sınırlar içinde olduğunu ileri sürmüşlerdir (Post ve arkadaşları, 2000). Bu şartlar altında seküler hekim için kabul edilebilir olan öneri, "bir hasta dua ettiğinde sadece saygılı bir şekilde onu dinlemektir" (Post ve arkadaşları, 2000).

Bu görüşme sırasında, çoğunlukla göz ardı edilen bir kaynaktan istifade etmeyi düşünmemiştim: hastane din görevlisi. Handzo ve arkadaşlarının vurguladığı gibi doktorlar manevî bakım uzmanı olmak için diğer tıp uzmanlık alanları için sahip olduklarından daha az düzeyde eğitime sahiptirler (Handzo ve arkadaşları, 2004). Handzo kurum sertifikalı din görevlilerinin kendilerine, bir hastalıkla baş ederken gereğine uygun bir şekilde inançlarını yönlendirmek için bir hastaya yardım etme ve bir hastanın inanç sistemini değerlendirme imkanı veren lisansüstü düzeyde teoloji ve tıp eğitimine sahip olduklarını ifade etmektedir. Hastanın manevî ilgilerini direk olarak ele almak için bu

tavsiyelerden faydalanabilen tıp uzmanlarına benzer şekilde, din görevlileri de hekimlere danışabilirler (Mobeireek, 2004).

Böylece benim kendi görüşlerimden ödün vermeksizin ve müşfik tarafsızlığımı koruyarak hasta Y ile uyumlu ve birbirine muhalif olmayan bir ilişkiyi sürdürebilmemin çeşitli yolları vardı: Birincisi basit bir şekilde dinleme ve ikincisi hastane din görevlisinin uzmanlığına başvurma.

SONUÇ

Hasta Y ile klinik görüşmemdeki tökezlemelere rağmen görüşmenin ve benim bu alandaki beceri eksikliğimin doğal sonucunun bu araştırmayı etkilemesine sevindim. İyi bir hekimin ayırt edici özellikleri olan umut, şefkat ve empati sağlamanın zorunlu olarak inanca bağlı olmadığını öğrendim (McCord ve arkadaşları). Seküler ya da agnostik sağlık görevlisine göre din, klinik değerlendirme için anlaşılabilir, değersiz ya da alakasız bir alanı açıklamak zorunda değildir. Manevî ilgilere ihtiyaç olduğunu söyleyen hastaya yaklaşmanın pratik yolları vardır. Bu yollardan birincisi, hekimin hastanın görüşlerine değer vermesi ve umutsuzluğa neden olan ya da teselli sağlayan bu görüşlerin tıbbî tedavi hakkındaki kararlarını nasıl şekillendireceği hususunda hastanın yönlendirmesini takip etmesi gerekir (Post ve arkadaşları, 2000). İkincisi, eğitimlerinin ve rollerinin sınırlarını değerlendirerek hekimler gereğine uygun bir şekilde hastayı dinleyebilirler, sorular sorabilirler ve dinî söylemlerle meşgul olan hastaların “inancını değiştirmekten” ya da hastaları dinî ritüellere katılmaya davet etmekten kaçınmak suretiyle hastanın duygularını açığa çıkarabilirler. Üçüncüsü, hekimlerin kendi tutarlılıklarını korumaları ve kendi dinî veya manevî görüşlerine zarar veren aksiyonlarla meşgul olmamaları gerekir (Post ve arkadaşları, 2000).Gerçekte hastanın dindarlığı veya maneviliği ile ilgilenme hasta- hekim ilişkisinde hassas sınırları geçme potansiyelini ortaya çıkarır. Bununla birlikte dine ve maneviliğe dayalı bir varoluşsal yapıyı ifade eden hastayı dikkate almamak sadece hastalığın değil dinî inanç ve değerlerin de yer aldığı bir kontekste hastayı tedavi etmeyi amaçlayan tedavi sürecinde daha zarar verici olabilir.

Bu makale 2005’te Trachtenberg Makale Yarışmasında birinci olarak seçildi. Nina Ghosh yukarıdaki ödülü kazanmak için makalesini teslim ettiğinde bir tıp öğrencisiydi.

Yazar kendisini cesaretlendirdikleri için ve görüşleri ile faydalı oldukları için Schulich Tıp fakültesi Anestezi Bölümünden Dr. Valerie Schulz ve Dr. Lois Champion'a teşekkür etmektedir.

Kaynaklar

- Astrow, A.B., Puchalski, C.M., Sulmasy, D.P. (2001) *Religion, spirituality, and health care: social, ethical, and practical considerations*. Am. J. Med. 110:283-287.
- Astrow, A.B., Sulmasy, DP. (2004) *Spirituality and patient-physician relationship*, JAMA 291:2884.
- Curlin, F.A., Moschovis, P.P. (2004) *Is religious devotion relevant to the doctor-patient relationship?* J. Fam. Pract. 53:632-636.
- Handzo, G. Koenig, H.G., Groopman, J. (2004) *Good at the bedside*, N. Engl. J. Med. 351:192-193.
- Hebert, R.S., Jenckes, M.W., Ford, D.E., O'Connor, D.R., Cooper, L.A. (2001) *Patient perspectives on spirituality and the patient-physician relationship*, J. Gen. Intern. Med. 16:685-692
- Lo, B., et al. (2002) *Discussing religious and spiritual issues at the end of life: a practical guide for physicians*, JAMA 287:749-754
- McCord, G., et al. (2004) *Discussing spirituality with patients: a rational and ethical approach*, Ann. Fam. Med. 2:356-361
- Mobeireek, A. (2004) *Religious conviction and decisions near of life*, Arch. Intern. Med. 164:916.
- Post, S.G., Puchalski, C.M., Larson, D.B. (2000) *Physicians and patient spirituality: Professional boundaries, competency, and ethics*, Ann. Intern. Med. 132:578-583.

