

AİLE DİNAMİKLERİ*

FAMILY DYNAMICS

Okay Başak²

Özet

Aile hekimliği sürekli gelişen bir disiplindir. Bu gelişim sürecinde aile hekimliği biyomedikal yaklaşımı aşarak biyopsikososyal bakış açısını benimsemiş ve aile merkezli tıbbi bakım onun kimliği haline gelmiştir. Bu, aileyi yapısal ve işlevsel yönleriyle ele almayı gerektirir. Aile yapısı, aile üyelerinin karşılıklı etkileşimine olanak sağlayan işlevsel istekler ve kurallar bütünüdür. Aile, hem sorun yaratıcı hem de sorun çözücü özelliğe ve güce sahiptir. Aile hekimleri aile ortamını kavramak, aile yapısına ve aile içi etkileşime ilişkin dinamiklerini öğrenmek durumundadır.

Anahtar sözcükler: Aile dinamikleri, hasta-hekim ilişkisi, aile hekimliği

Summary

Family medicine is a continually developing discipline. It has made significant strides in moving beyond the biomedical model of health care and adopted a biopsychosocial perspective. Family-centered medical care has become its identity during this developing process. This requires that the family should be considered together with its structural and functional aspects. Family structure is the invisible set of functional demands and rules that organizes the ways in which family members interact. The family has potential resources in both producing and resolving problems. Family physicians must comprehend the family setting and learn the dynamics concerning family structure and interaction.

Key words: Family dynamics, patient-physician relationship, family practice

Giriş

Genel tıp alanında giderek genişleyen boşluk ve toplumsal gereksinimlerin baskısı, 20. yüzyılın ikinci yarısında aile hekimliğini yarattı. Aile hekimliğinin gelişmesi birinci basamak sağlık bakımını güçlendirdi. Tarihsel genel pratisyenliğin kalıtı temelinde yeni tipte bir birinci basamak hekimi olarak ortaya çıkan aile hekimi, hasta-hekim ilişkisini düzeltti ve tıbbi bakıma insancılık getirdi.

Öncelikle bazı gelişmiş batı ülkelerinde yaşanan bu gelişim süreci, aile hekimliğinde bazı sorunları da beraberinde getirdi. Daha ilk uzmanlık kurallarının (board) olduğu 1960'lı yılların sonu ile 1970'li yılların başında aile hekimliği ciddi bir kimlik bunalımı yaşamaya başladı.¹ **Aile hekimi kimdi? Ne yapıyordu ya da ne yapmıyordu? Onu diğerlerinden ayıran neydi?** Bunları ortaya koymadığı sürece, aynı işi yapan benzerlerinden farkı

kalmazdı. Büyümüştü, delikanlı olmuştu, ebeveynlerinden aldığı kalıtı yadsımıyordu ancak onlardan ayrı bir kimlik taşımak istiyordu. Bunun için yalnızca gelişmek yetmiyordu, dönüşüm gerekiyordu.

Aile hekimliği bu kimlik bunalımını bakış açısını genişleterek, yani hastanın derisiyle belirlenmiş sınırlarının dışına çıkarak aştı. Ortamı genişleterek aileyi de sorun çözme sürecine kattı. Aileyi bakım birimi haline getirdi. Biyomedikal yaklaşımla yetinmedi, biyopsikososyal bakış açısı edindi. Sonuçta aile merkezli tıbbi bakım, aile hekiminin uygulamadaki yaklaşım biçimi oldu.

Bu gelişmeler, kimlik kazanmak uğruna yapılan zorlamalar değildir. Aile hekimliğini doğuran koşulların, en başta toplumsal gereksinimlerin ona yüklediği görevleri yerine getirebilmesinin bir gereğidir. Aile merkezli yaklaşım, uygulamadaki aile hekimlerinin deneyimlerinden süzülerek ortaya çıkan bir bakış açıdır, dünya görüşüdür. Bu **aile hekimliğinin felsefesi**'dir.

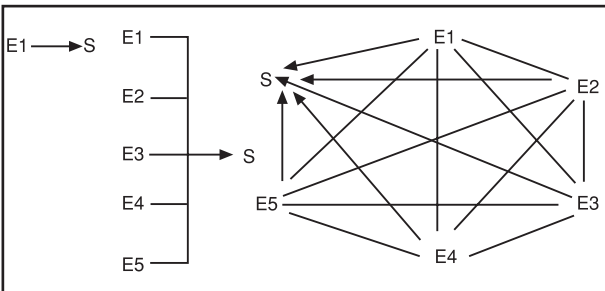
* Bu makale 3. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi'ndeki "Aile Dinamikleri" panelinde sunulmuştur. (23 - 25 Mayıs 1997, İzmir)

¹⁾ Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Uzmanı, Yard. Doç. Dr.

Aile Hekimliğinin Felsefesi

Özellikle birinci basamak hekimleri yakınmalarının çeşitliliği, belirsizliği ve kronikliğiyle hekimi yılmınlığa sürükleyen hastalarla sık sık karşılaşmaktadırlar. Hepimizin böyle birçok hastası olmuştur ve “keşke bu hasta bana gelmeseydi” ya da “bu hastadan nasıl kurtulabilirim” duygularına kapılmışızdır. Bu hastaların sorunlarının birçoğu, iyi tanımlanmış hastalık kalıplarına uymaz. Bir ya da iki tanıyla işin içinden çıkılmamaktadır; geleksel tanısal sınıflama iflas etmiştir. Bu olumsuz medikal sonuçların nedeni, uygun teknik girişimlerin yokluğu değil, kavramsal düşüncenin yetersiz kalmasıdır. Geleksel analitik düşünce, doğrusal neden-etki yaklaşımı sorunlara çözüm getirememektedir.²

Bugün tıbbi çabalarımıza egemen olan biyomedikal yaklaşım redüksiyonist ve düalist özellikler içerir. Redüksiyonizme göre her bir parçası ayrı ayrı ele alınarak ve anlamı kavranarak bütünü işleyişi anlaşılabilir. Karmaşık olaylar sonuçta tek bir temel nedene bağlı olarak gelişir. Redüksiyonist yaklaşım hastalıkların açıklanmasında da doğrusal neden-etki ilişkisini kullanır (Şekil 1). Bu düşünce biçiminde hastalıkların tek bir nedeni vardır. Çok etkenli sonuç kavramı kabul edildiğinde bile, nedenlerin sonuç üzerinde etkili olması, sistemler teorisinin temel yaklaşımıdır. Kimin hasta olacağını belirleyen tek bir etken hiçbir zaman yoktur. Kişinin düşüncesinde, davranışında, bedeninde ya da çevresinde varolan birçok etken söz konusudur.^{2,3}



Şekil 1 Tek bir doğrusal neden-sonuç ilişkisi; çok sayıda doğrusal neden-sonuç ilişkisi; birbiri ile etkileşen çok sayıda neden-sonuç ilişkisi.
E= Etkenler, S= Sonuçlar

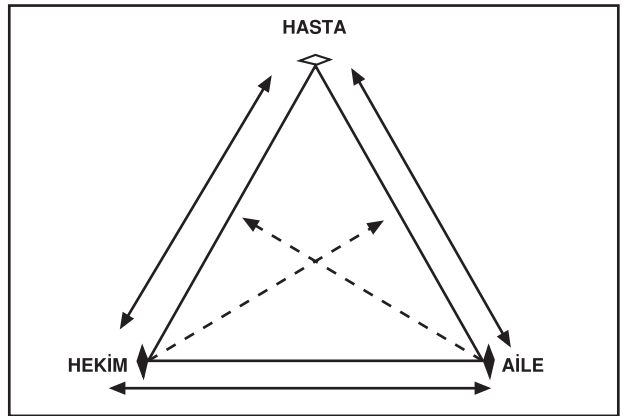
Biyomedikal yaklaşımın diğer yönü düalizmdir. Düalist anlayışa göre beden ve akıl birbirinden ayrıdır. Oysa bugün psikoimmünolojideki gelişmeler, beden, akıl etkileşimini oldukça açık bir şekilde ortaya koymuştur. Psikik bozukluğun bağışıklık işlevi üzerine etkileri birçok çalışmayla gösterilmiştir. Nöroloji alanındaki gelişmeler de akıl, beden ve beyin birlikteliğini desteklemektedir.^{2,4,5}

Redüksiyonist ve düalist yönler içeren biyomedikal yaklaşım, kuşkusuz bazı hastalıklarda sorunu çözmeye yeterlidir. Ancak birçok durumda, tek başına çağdaş tıp uygulamasının gereksinimlerini açıklama ve karşılama gücünden yoksundur. Biyomedikal yaklaşımın genişletilmesi, onun açıklama gücünü artırır. Birbiriyle etkileşen birçok etkenin aynı anda dikkate alınmasıyla sistemler düşüncesine ulaşılır ve biyopsikososyal yaklaşım, bedenle akıl arasındaki ikiliği ortadan kaldırır.²

Ortamla ilgili etkenler ve ilişkiler aile hekimliğinde tanı ve sağaltımda çok önemlidir ve aile hekimi, sistemler yaklaşımını etkin bir şekilde kullanmak durumundadır.

Aile Merkezli Tıbbi Bakım

Glass'a göre hasta-hekim ilişkisi tıbbın merkezidir. Bu ilişki güven temelinde kurulmuş bir ahlak sözleşmesidir ve iki yönlü değil, çok yönlü bir anlam taşır. Çoğu hekim-hasta ilişkisi bire bir temelde gerçekleşse de, sağaltım sistemi aslında en azından üç unsuru içine alır: Hasta, ailenin bir üyesi ve hekim. Sağaltım sisteminde hekimin rolü edilgen bir gözlemcilik değildir, o aile süreçlerine bizzat katılır. Dolayısıyla hasta-hekim ilişkisi, aile-hekim ilişkisine dönüşür (Şekil 2).^{2,6}



Şekil 2 Tıbbi bakımda sağaltım üçgeni

Aile nedir? Konuyla ilgili birçok tanımlama yapılmıştır. Aile toplumun temel birimidir ve çoğalmadan, aile üyelerinin barınmasından, fiziksel ve duygusal bakımından gençlerin toplumsallaşmasından sorumludur. Aile hekiminin ailelerin kendi kendilerini tanımlamalarına izin vermesi ve kendilerini aile gibi gören herhangi bir insan topluluğunu aile olarak kabul etmesi, sanırım en iyi yaklaşım olacaktır.^{3,7}

Yapısal ve işlevsel yönleriyle ele almak aileyi anlamayı kolaylaştırır. Kişi ilişkilerinin, duygudurum ve görev dağılımının belirlediği işlevsel dinamizm, örgütsel yapılanmanın hantallığını giderir. Bu yapısal ve işlevsel

dinamikler ailenin kendi davranış kalıplarını geliştirmesini sağlar. Aile üyelerinin ortak özellikleri, toplumun aileden beklentileri ve aileyi diğer basit ve küçük gruplardan ayırdeden davranışlar bu kalıplarda kendini gösterir.^{8,9}

Aile hekiminin iyi bilmesi gereken bu dinamikler nelerdir?

Aile Yapısına İlişkin Dinamikler

Aile yapısı, aile üyelerinin karşılıklı etkileşimine olanak sağlayan işlevsel istekler ve kurallar bütünüdür. Bunlardan en temel olanı aile sınırlarına ilişkin dinamiklerdir. Kimler ailedendir, kimler değildir? Sınırlarla ilişkili diğer bir konu, ailenin tepki gösterme biçimi ve gücüdür. Aile, dışarıdan birinin sistemine etki etmesine ne kadar izin verecektir? Bu soru özellikle sağaltıma uyum ve uzun süreli davranış kalıplarını sürdürülebilirlik konusunda önemlidir. Aile yapısının diğer bir yönü de, ailede alt grupların ya da alt sistemlerin oluşturulması ve işletilmesidir. Kuşaklara (anne - baba ve çocuklar), cinsiyete (kadınlar ve erkekler) ve rollere göre belirlenen bu gruplar, görevlerin yerine getirilmesinde gerekli aile esnekliğini sağlar (Tablo 1).^{10,11}

Tablo 1 Aile yapısına ilişkin dinamikler

- Kimler ailedendir, kimler değildir?
- Ailenin dış etkilere tepki gösterme derecesi nedir?
- Ailede ne gibi alt sistemler vardır ve nasıl işletilmektedir?

Aile İçi Etkileşime İlişkin Dinamikler

Aile dinamiklerinin temel ilkesi sistemler anlayışıdır. Bir üyenin davranışı bir diğerininkini etkileyecektir. Sorunlu bireyin davranışını değiştirmeye yönelik çabalar, herbir üyenin o davranış kalıbı üzerindeki etkisini belirlemekten geçer.

Sağlıklı ailelerde her üye, diğerlerinin etkisine açıktır. Güç tüm aileye dağıtmıştır. Aile kararlarında son söz anne-babaya ait olmakla birlikte, herbir üyenin gereksinimleri, duyguları ve istekleri bu kararların alınmasında etkilidir. Ebeveyn biriminde de güç paylaşılmaktadır. Herbir eşin uzmanlık alanı tanımlanır ve bu alanlardaki yetki gücü karşılıklı olarak tanınır.

Sağlam bir evlilik ve çocukların yetiştirilmesinde baskarı için eşler arasında saygı, sevgi ve içtenlik temel koşuldur. Bu, eşler arasında karşılıklı derin bir eşduyumu gerektirir. Öte yandan aile, bireyselliğin ifadesini ve üyelerin bağımsızlığını da güvence altına almalıdır. Sağlıklı aileler olumlu ya da olumsuz duyguların ifadesine olanak sağlarlar.

Aile içi etkileşimin önemli bir bileşeni, aile üyeleri arasındaki iletişimidir. Garcia-Shelton ve Brody, sağlıklı ai-

lelerde beş iletişim özelliği tanımlamaktadırlar: İlişkilerde açıklık; bireysel duygu, düşünce ve eylemlerden sorumluluk; diğer üyelere ait bildirimlerin açıklanması; kendiliğindenlik ve üyenin kendini anlatabilmesi.¹⁰

Aile denge arayan bir sistemdir. Davranış kalıplarındaki temel bir değişiklik, aile içi etkileşim ve iletişim kalıplarının yeniden örgütlenmesini ve sonuçta farklı bir işlevsellik düzeyinde yeni bir dengenin sağlanmasını gerektirir. Bu nedenle herhangi bir aile sağaltım planı, ailenin, sorunlu bir davranış kalıbıyla karşıladığı gereksinimleri karşılamak için yeni davranışlar geliştirmesine yardımcı olmalıdır (Tablo 2).^{8,10}

Tablo 2 Aile içi etkileşime ilişkin dinamikler

- Aile üyeleri birbirlerinin davranışlarının nasıl etkilemektedir?
- Aile içi duygu paylaşımı nasıldır, duygular nasıl yönetiliyor?
- Aile üyeleri birbirleriyle nasıl iletişim kurmaktadır?
- Ailedeki değerler ve inançlar nelerdir?
- Başlangıçta yalnızca bir bireye ait gibi görünen bir davranışa tüm ailenin katkısı nedir?
- Aile disfonksiyonel bir davranış kalıbını terkederse yerini ne alacaktır?

Sağaltım Üçgeninde Aile Dinamikleri

Aile yapısı ve aile içi etkileşim, hem sorun yaratıcı hem de sorun çözücü özelliğe ve güce sahiptir. Ayrıca aile üyeleri hastanın hekim seçimini, uygun sağaltım beklentilerini ve hastalığıyla ilgili tanı ve sağaltım uygulamalarına yaklaşımını etkilerler. Hekim muayene odasında tanı koyar ve ilaç yazar ancak tıbbi sağaltım genellikle evde, aile ortamında gerçekleşir. Hastane sağaltımı söz konusu olduğunda bile, hastanedeki kısa süren akut bakımdan sonra, sürekli bakım ve iyileşme evde tamamlanmaktadır. Sonuç olarak hastayı ailenin etki alanı dışında düşünmek olası değildir. Sağaltım üçgeni anlayışı aile merkezli tıbbi bakım anlayışının temel dayanaklarından biridir. Doherty ve Baird'e göre rutin medikal bakımda gözlenebilen aile etkileşim kalıpları Tablo 3'te gösterilmiştir.¹¹

Tablo 3 Sağaltım üçgeninde aile dinamikleri

- Ailede sağlık konusunda esas söz sahibi kimdir?
- Sağlık hizmetlerini en çok kullanan aile üyesi hangisidir?
- Sağlık hizmetlerini hangi üye en az kullanmaktadır?
- Hastanede yatan aile üyesini kim ne kadar süreyle ziyaret ediyor?
- Bir aile üyesinin güçten düşürücü kronik hastalığına aile nasıl yanıt veriyor?
- Anne-baba çocuklarının sağlık gereksinimi sorumluluğunu nasıl paylaşıyor?
- Anne-baba çocuklarını nasıl disipline ediyor?
- Ailede iletişimi engelleyen aile gizleri var mı?

Bu sağaltım üçgeninde, hasta, hekim ve aile karşılıklı etkileşim içindedir. Hasta-aile ilişkisine hekimin, hekim-hasta ilişkisine ailenin etkisi söz konusudur. Bu etki, olumsuz ve engelleyici ya da olumlu ve destekleyici şekilde olabilir.

Aile merkezli tıbbi bakımın bir diğer dayanağı sistemler yaklaşımıdır. Tanı koymayı güçleştiren karmaşık yakınma ve semptomlar, geleneksel sağaltımlara beklenen yanıtların alınamayışı, hastanın ve ailenin duygu durumunun şaşırıcılığı, bütün bunlar hekimi, hastada varolan sorunu biyolojik boyutlarının ötesine taşıyıp ortamı genişleterek daha fazla bilgi edinmeye yönlendirir.^{11,12}

Bazen yalnızca hasta merkezli yaklaşımla sorunu daha geniş boyutlarda ele almak, sorunun olası kaynaklarını ortaya çıkarabilir. Bazen de hastanın eşiyile ya da ailesiyle yapılan bir görüşme, sorunun temelinde yatan gizli ve acı veren nedenleri ortaya çıkarabilir. Sorunu daha geniş çerçevede ele almak, karmaşık olanı anlaşılır hale getirebilir ve biyomedikal bakış açısından umutsuz görünen bir durumun biyopsikososyal açıdan nasıl çözüme kavuştuğunu gösterebilir.

Aile merkezli yaklaşım gerçekte hastaların psikososyal ortamlarını kavrama ve aileleri hastaların bakımına dahil etme sanatıdır. Sistemler düşüncesi hem doktoru hem de aileyi tanı koyma ve hastayı yönetme planlarının içine sokarak tıbbı 3. bir boyut katmaktadır. Bu boyut, olayların yalnızca bir içerik olarak değil, fakat aynı zamanda süreç içinde gözlenmesidir. Süreç, ilişkiler ve karşılıklı etkileşim demektir. Sağaltım üçgeninde hasta, aile ve hekim arasındaki ilişkileri ve etkileşimi gözleyebilmek aile hekiminin edinmesi gereken becerilerdendir. Yalnızca içeriğin değil sürecin de görülmesi aslında ayrıntının ve karmaşıklığın içinden basitliği yakalayabilmenin temelidir.^{11,12}

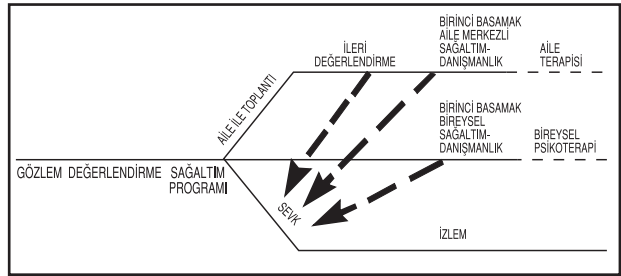
Aile Merkezli Tıbbi Bakım Nasıl Yapılır?

Aile hekimi aileyi sürece nasıl katacaktır? Bunun yolu öncelikle hastayla ilgilenmekten geçer. Aile merkezli tıbbi bakım (AMTB) yaklaşımı, aile hekiminin güç hasta sorunlarını çözmeye istekli olmasını gerektirir. Bu istek ve problem çözmeye becerisi olmadan, aile ortamını anlama ve sonuç getirmeyecek biyomedikal çabalardan kaçınarak doğru tanı ve sağaltıma ulaşma söz konusu değildir.¹²

Birinci basamak hekimine gelen hastaların sorunlarının çoğu, biyomedikaldır ve aile yaklaşımı gerektirmez; tanı açık, tedavi bellidir. Bu nedenle aile hekimleri öncelikle rutin medikal çalışmalarını yaparlar ve uygun olduğunda ortamı genişletmeye başlarlar. Bakış açısını biyomedikal boyuttan biyopsikososyal boyuta genişletmek ve hastanın fiziksel sorunlarının yanısıra psikososyal iç dünyasını anlayabilmek, hastayla ve aileyle yakından il-

gilenmeyi ve bu yönde özel çaba ve beceriler geliştirmeyi gerektirir. Hastayı hekime getiren yakınmaların önemli bir kısmı, bireyin yaşadığı aile ve iç ortamında daha iyi anlaşılır duruma gelecektir.

Doherty ve Baird ailelerin birinci basamak bakımını bir algoritma ile özetlemektedirler (Şekil 3).¹¹ Aile merkezli yaklaşım gözlemlerle başlar. Herbir hastayla ilgili nesnel bilgilerin yanısıra, hekimin hastaya ve aileye ilişkin duygu ve düşünceleri de önemlidir. Gözlem yalnızca hasta muayeneye geldiğinde yapılmaz, sürekli bakımın bir parçası olarak süreklilik gösterir. Bu sürekli gözlem sürecinde aile hekimi, ailedeki karar verme kalıplarını ve aile üyelerinin hekimle, hekimin aile üleriyle kurduğu bağı gözler.



Şekil 3 Aile merkezli yaklaşımda aşamalar

Bir sonraki aşama, gözlenen bu verilerin değerlendirilmesidir. Bir aile üyesi herhangi bir yakınmayla geldiğinde hekim, hastaya ve ailesine ilişkin geçmiş gözlemlerini değerlendirmeye alır. Bu biyomedikal'den başlayan ve psikososyal'e doğru uzanan ve aile işlev bozukluğunu, bireyin semptomlarının aile etkileşim kalıplarıyla ilişkisini ele alan bir değerlendirmedir.

Daha sonra sağaltım yaklaşımı belirlenir. Hekimle hasta uygulanacak sağaltım konusunda hemfikir olmalıdır. Daha ileri incelemeler istenebilir, ilgili uzmana sevk edilebilir, aile hekimi tarafından özgün sağaltım uygulanabilir ya da soruna ilişkin daha ileri değerlendirme ve danışma amacıyla aile toplantısı yapılabilir.

Bu, biyomedikal hastalıklardan tümüyle psikososyal sorunlara uzanan bir çizgidir. Basit bir üst solunum yolu enfeksiyonunda yapılacaklar bellidir. Bir koroner arter hastası için aile hekimi kardiyoloğa danışabilir, tanı ve sağaltım planını konuşmak üzere aileyi oynayabilir. Karmaşık evlilik sorunları ise evlilik danışmanlığı gerektirebilir.

Aile hekimi bu noktada hastanın sağaltımına devam etme ya da onu ilgili konsültan hekime gönderme kararı verme durumundadır. Sınırların iyi belirlenmesi, hekimin zaman ve enerjisinin yanısıra, birinci basamak aile danışmanlığı konusundaki eğitimine ve kendisine olan güvenine bağlıdır.

Sağaltım sürecinde sonraki aşama aile toplantısıdır. Aile konferansı hastayı, en azından eşini ya da ailedeki önemli birini ve bazen tüm aile üyelerini içine alır. Aile konferansı ne zaman toplanmalıdır? Doherty ve Baird, en sık başvuru durumları şöyle sıralıyor:

- Akut ya da kronik ciddi bir hastalık yeni tanımlandığında,

- Sağaltıma yanıt ya da uyum yoksa,
- Psikososyal bir sorun söz konusuysa,
- Kilo kaybı, diyetle uyma gibi yaşam biçimi değişikliği düşünülüyorsa.

Aile konferansında,

- ailenin hastanın sorunu üzerindeki etkisi,
- hastanın sorununun aile üzerindeki etkisi,
- birim olarak aile işlevselliği
- terapötik üçgende aile-hekim etkileşimi değerlendirilir.

Bu aşamada hastanın sorunu birinci basamak bakım yaklaşımıyla çözülecekse, hastaya ya da aileye yönelik sağaltım ve danışmanlık yapılır. Birinci basamak bireysel tedavi ve danışmanlık biyomedikal ve psikososyal yönler içerir. Aileyi sürece sokmak gerektiğinde aile sağaltımı ve danışmanlığı uygulanır. Hasta bakımının psikososyal yönleri için daha ileri sağaltım seçenekleri ele alınabilir.¹¹

Doktor-Hasta-Aile Etkileşiminde Aşamalar

Biyopsikososyal bakış açısına sahip aile hekimi hasta ve ailesiyle ne ölçüde ilgilenecektir? Hastayı ve ailesini hangi düzeyde bakım sürecine katacaktır? Ele alınan medikal sorunun niteliğine ve hekimin aile dinamikleri ve hasta görüşme teknikleri konusundaki bilgi ve becerilerine göre aile merkezli yaklaşımın düzeyi farklılıklar gösterebilir. Doherty ve Baird bu konuda 5 düzeyli bir model oluşturmuşlardır.¹² Tablo 4'te özetlediğimiz bu modelde hekimin aileye yaptığı vurgu temelinde aşamalı bir yaklaşım vardır. Marvel ve arkadaşları daha sonra bu modeli modifiye ederek, hekimin hasta bireylerin psikososyal ilgilerine yaklaşımını da bakım sürecine katmıştır.¹³ Marvel ve arkadaşları yaptıkları ikinci bir modifikasyonla hasta bireylerin ve ailelerin psikososyal yanlarına yaklaşımı geliştirmişler ve herbir hiyerarşik düzeyi iki alt düzeye ayırmışlardır.¹⁴

Bu entegre modelde, hastaların ve ailelerinin psikososyal ortamlarını belirlemeye yönelik hekim becerileri tanımlanmaktadır. Her düzey bir öncekinin üzerinde şekillenir ve bir sonraki için önkoşuldur. Her bir üst düzey, giderek karmaşıklaşan psikososyal konuları tanımlayabilmek için ek beceriler ve yetkinleşme gerektirir. Her düzey içinde, görüşmede ailenin ele alınıp alınmamasına

göre bireye odaklanma ya da aile ortamıyla karakterize iki altbölüm vardır. Hekimin ilgi düzeyi, varolan sorunun yapısına, hasta-hekim ilişkisinin niteliğine, hekim ilgisine hastanın verdiği onaya, hekimin yeterliliğine ve zamanının kısıtlılığına bağlı olarak değişkenlik gösterir.

Tablo 4 Aileyi sürece katma düzeyleri

DÜZEY 1: Aileye en az vurgu. Uygulamayla ilgili ve medikal-yasal nedenlerle aileyi ele almayı içerir. Günümüzde çoğu tıp fakültesi eğitiminin verdiği düzeyi tanımlar.

DÜZEY 2: Sürekli bir tıbbi bilgi akışı ve tavsiyelerde bulunma. Aile hekimi, hasta-hekim ilişkisinin üçlü boyutunu dikkate almalı, hastalarla ve ailelerle işbirliği içinde kaynaşmaya açık olmalıdır.

DÜZEY 3: Aile üyelerinin duygusal tepkileri, stresle başa çıkma yolları. Ailedeki duygusal tepkileri ve strese karşı koyma yollarını tanımlayan hekim, destekleyici bir tutum gösterir.

DÜZEY 4: Sistematik değerlendirme ve aile etkileşim kalıplarında değişikliğe yönelik planlı girişim. Birinci basamak yaklaşımıyla aile konferansları toplanır. Temel düzeyde psikososyal girişimler yapılır.

DÜZEY 5: Disfonksiyonel aile kalıpları için aile terapisi. Uzman düzeyde psikososyal girişimler yapılır.

200 hasta görüşmesinin değerlendirildiği çalışmalarda Marvel ve arkadaşları, AMTB yaklaşımını benimsemiş ve uygulayan hekimlerin çoğunluğunun 2. ve 3. düzeyi kullandıklarını ortaya koymuşlardır.¹³ Hiyerarşik aşamalandırmanın en çok kullanılan bu iki düzeyi oldukça gelişmiş görüşme becerileri gerektirmektedir. Temel ya da uzman düzeyinde psikososyal girişimlerin pek kullanılmamasının nedenlerini ise, Marvel ve arkadaşları şöyle sıralamaktadır: 1. rutin hasta bakımında bu girişimlere seyrek olarak gereksinim duyulması. 2. Hekimlerin bu girişimleri kullanmalarındaki beceri eksiklikleri 3. Zaman darlığı.¹³

Başka bir çalışmada, aile hekimlerinin kendilerini ancak Düzey 3 için yeterli gördükleri, fakat Düzey 4 becerileriyle de ilgilendikleri belirlenmiştir.¹⁵

Aile hekiminin hasta bireyle ve ailesiyle ilgilenme ve ortamı genişletme yaklaşımını tanımlayan 5 düzeyli hiyerarşik modelin daha küçük, daha açık tanımlanmış ve belirlenmiş davranış birimlerine ayrılması, değerlendirme nesneliliğinin artırılması açısından alternatif bir kodlama stratejisi olarak önerilmiştir. Ancak böylesi bir reduksiyonist yaklaşım, basitliği ve daha geniş değerlendirme serbestliğinin sezgisel üstünlüğünü ortadan kaldıracığı için kabul görmemiştir.¹³

Doherty ve Baird'in ilk tanımlaması temelinde geliştirilen entegre model, tıbbi bakım uygulamalarında aileye özel vurgu yapan hekimlerin gözlemleriyle daha da

yetkinleştirilmeye açıktır. Ayrıca bu yaklaşım, aile hekimliği asistanlarının eğitiminde de özellikle hasta görüşme becerilerinin kazandırılması açısından kullanılabilir özellik taşımaktadır.¹³

Sonuç

Bazı önemli noktaları yinelemek yararlı olacaktır:

- Bizim için aşılacak daha çok engel, katedilecek daha çok yol vardır. Konuya toplumumuzun gereksinimlerine uygun BİRİNCİ BASAMAK HEKİMLİĞİ hedefi doğrultusunda bakmalı ve dogmatik yaklaşımlardan kaçınılmalıdır.

- Hasta merkezli bakım-aile merkezli bakım birbirinden ayrı düşünülemez; bunlar birbirlerinin tamamlayıcısıdır.

- Sorun, aile hekiminin aile bakış açısını günlük uygulamasına entegre edebilmesidir; aile terapisti olarak değil, hastalarını anlamak için biyopsikososyal bakış açısını kullanan aile hekimi olarak.

- Aile sistemleri perspektifi, karmaşık psikososyal olayları kavramanın tek yararlı yolu değildir. Karmaşık insan sorunlarında gerçeğe ulaşmanın kutsal, dokunulmaz yolları yoktur. Eğer sıkı bir ideoloji, bir dogma gibi yaklaşırsak "aile" perspektifi bizi hiçbir yere götürmez.

- Aile hekimliği uygulamalarını geliştirme ve yaygınlaştırma sürecinde, aile hekimliği kimliğimizi her fırsatta ön plana çıkarmalıyız. Aile merkezli yaklaşımların işleyici ve sonuçları üzerinde çaba harçamalıyız. Geleneksel hekimlik anlayışını terkedip gerçek aile hekimleri olmalıyız. Ancak o zaman "aile doktoru olmanın özel tadına" varabiliriz.¹²

Kaynaklar

1. **Stein HF.** Polarities in the identity of family medicine: A psychocultural analysis. *Family Medicine. The Maturing of a Discipline*'de. Ed. Doherty WJ, Christianson CE, Sussman MB. 1. baskı. New York, The Haworth Press, 1987; 211-33.
2. **Fabb We, Chao DVK, Chan CSY.** The trouble with family medicine. *Family Practice* 1997; 14: 5-11.
3. **Ramsey CN, Lewis JM.** Family structure and functioning. *Textbook of Family Practice*'de. Ed. Rake RE. 4. baskı. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1990; 19-40.
4. **Rood YR, Bogaards M, Goulmy E, Houwelingen HC.** The effects of stress and relaxation on the in vitro immune response in man: a meta analytic study. *J Behav Med* 1993; 16: 163-81.
5. **Synder BK, Roughmann KJ, Sigah LH.** Stress and psychosocial factors: effects on primary cellular immune response. *J Behav Med* 1993; 16: 143-61.
6. **Glass RM.** The patient-physician relationship. *JAMA focuses on the center of medicine (Editorial)*. *JAMA* 1996; 275: 147-148.
7. **Hennen BK.** The family as the unit of care. *Family Medicine. A Guidebook for Practitioners of the Art*'da Ed. Shires DB, Hennen BK. 1. baskı. New York, McGraw-Hill Book Company, 1980; 7-13.
8. **Hennen BK.** Family structure and function. *Family Medicine. A Guidebook for Practitioners of the Art*'da Ed. Shires DB, Hennen BK. 1. baskı. New York, McGraw-Hill Book Company, 1980; 14-20.
9. **Fidaner H.** Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Aileye Yaklaşım. 1. baskı. İzmir, Sevdî Matbaacılık Ltd. Şti., 1995; 26-54.
10. **Garcia-Shelton LM, Brody H.** Family structure and development. *Fundamentals of Family Medicine*'de. Ed. Taylor RB. 2. baskı New York, Springer-Verlag New York Inc. 1983; 8-21.
11. **Doherty WJ, Baird MA.** Family Therapy and Family Medicine. 1. baskı. New York, The Guilford Press, 1983; 11-28, 29-40, 41-63.
12. **Doherty WJ, Baird MA.** Family-Centered Medical Care. 1. baskı. New York, The Guilford Press, 1987; 1-8, 303-312.
13. **Marvel MK, Doherty WJ, Baird MA.** Levels of physician involvement with psychosocial concerns of individual patients: a developmental model. *Fam Med* 1993; 25: 337-42.
14. **Marvel MK, Schiling R, Doherty WJ, Baird MA.** Levels of physician involvement with patients and their families: a model for teaching and research. *J Fam Pract* 1994; 39: 535-44.
15. **North S, Marvel MK, North D, Morphew PK, Hendricks B.** Family-oriented clinical tool: reported usefulness by practicing family physicians. *J Fam Pract* 1993; 37:30-4.

Geliş tarihi: 21.07.1997

Kabul tarihi: 30.08.1997

İletişim adresi:

Yard. Doç. Dr. Okay Başak

Meşrutiyet Mah.

Gazi Bul. 8/1 Sok. No: 24

09100 AYDIN

Tel: (0256) 214 03 39 (Ev)

(0256) 214 77 51 (İş)

Faks: (0256) 214 83 95