

Sistemik aile hekimliği*

Systemic family medicine

Hakan Yaman¹, Melahat Akdeniz²

Özet

Sistemik aile hekimliği Avrupa'da oldukça yeni gündeme gelen bir klinik uygulamadır. Aile hekimliği, aile terapisi ve sistem kuramının birleştirilmesinden doğmuştur. Gündelik, bölünmüş klinik tablo ve durumları bir bütün olarak ele alarak yönetmeye çalışır. Sistemik aile hekimliği bir aile terapisi yaklaşımı olmasa da ailelerle çalışmayı teşvik edip, bireyin sağlığına kavuşmasında etkili rol alabilecektir.

Anahtar sözcükler: Aile hekimliği, birincil bakım, aile terapisi, sistem kuramı.

Summary

Systemic family medicine is a new way of practice in Europe evolving from the integration of system theory with family practice and family therapy. It tries to manage daily, fragmented clinical pictures and conditions in a comprehensive way. Eventhough systemic family medicine is not family therapy, it promotes the work with families and supports the individual to become healthier.

Key words: Family practice, primary care, family therapy, systems theory

Sistemik aile hekimliği oldukça yeni ve gün geçtikçe ilgi toplayan bir alandır. İsminden de anlaşılacağı gibi; sistem kuramının aile hekimliği ilkeleri ve aile terapisi uygulamaları ile bütünleştirilmesi ile geliştirilmiştir.^[1]

Sistemik aile hekimliği yaklaşımı, gündelik klinik uygulamalara bölünmüş olarak gelen sorunların, yakınmaların bir bütün olarak ele alınmasına dayanır. Bu kuram önceleri psikiyatristler tarafından kullanılmıştır. Bireylerin rahatsızlıklarının sadece biyomedikal olarak açıklanamayacağını düşünen Engel, sağlığın biyolojik, psikolojik ve sosyal etmenler tarafından etkilendiğini, bu nedenle, kişiyi değerlendirirken biyolojik, ruhsal ve sosyal olarak değerlendirmenin gerektiğini ileri sürmüştür. Engel'e göre "hastalıkları ortaya çıkaran faktörleri daha iyi kavrayabilmek ve sağlık hizmeti sunumunda rasyonel bir tedavi planlayıp uygulayabilmek için, medikal model aynı zamanda has-

taşı, içinde yaşadığı çevreyi ve hastalıkların kötü sonuçları ile başa çıkabilmek için toplum tarafından geliştirilmiş olan sistemi" (sağlık sistemi ve bu sistemde doktorun rolü) de dikkate almak zorundadır.^[2]

Bu yaklaşım biyopsikososyal (BPS) yaklaşım olarak adlandırılmıştır.^[2] BPS yaklaşım, bir sistem olarak insan vücudunda beyin ve periferik organların karşılıklı ilişki içinde bulunmaları ve fiziksel uyarılar kadar sosyal değişikliklere de duyarlı olmaları temeline dayanır.

Genel Sistem Kuramını Karl Ludwig von Bertalanffy geliştirmiştir. Bu kurama göre birbiri ile etkileşen bileşenlerden oluşan sistemler bir denge içinde bulunur. Bu bileşenlerden birinin etkilenmesi sistemin dengesini bozar ve tüm bileşenler etkilenir.^[3] Dengenin yeniden kurulması için tüm bileşenlerin katkısı gerekir. Bertalanffy'ye göre insan yaşamının en önemli fenomeni organizmadır. Ona göre organizma, bağımsız parçalar ile kar-

*Bu yazı, bildiri kitabında tam metin olarak basılan "Türkiye'de Sistemik Aile Hekimliği Çalışmaları. 4. Ulusal Aile Hekimliği Günleri ve 2. Avrupa Sistemik Aile Hekimliği Kongresi. 25-29 Nisan 2007, Antalya." Sunumunun geliştirilmiş bir versiyonudur. Sn. Uzm. Dr. Canel Bingöl'e değerlendirmeleri için teşekkür ederiz.

¹⁾ Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Uzmanı, Prof. Dr., Antalya

²⁾ Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Uzmanı, Doç. Dr., Antalya

şıklı etkileşim sürecinin karışımından oluşmuş bir yaşam biçimidir. Bertalanffy'nin bu çalışmasını sosyal bilimciler, aileyi de içine alan bütün yaşam sistemlerine uyarlamışlardır.^[4]

Sistem bir küme değildir. Çünkü öğeler arasında kararlı bir iletişim vardır ve sistemdeki parçalar birbirine bağlıdır.^[5] Sistem bir bütün olarak organize edilmiştir. Sistemin öğelerinin bağımlı olması zorunludur. Sistem içindeki etkileşim kalıpları doğrusal değil dögüselidir. Uyumlu sistemin doğasında değerlendirme ve değişim vardır. Kompleks sistemler sınırları ayrılmış, belli kuraları ve etkileşim kalıpları olan alt sistemlerden oluşur.

Bu kurama göre atom altı parçacıklardan evrene uzanan sistemin ortasında birey; bireyin altında atom altı parçacıklara uzanan organizmanın alt sistemleri, bireyin üstünde aileden başlayan ve evrene uzanan sosyal ve fiziksel çevre vardır.^[6] Bu birbirleri ile etkileşim içinde olan bir sistemdir ve bir denge içindedir.

Sistemik bakış, birbirlerini etkileyen sistem bileşenlerini bir bütün olarak değerlendirmeyi önerir. Sistemin herhangi bir bileşenindeki bozulmanın sistemi oluşturan tüm bileşenleri etkileyeceğini ileri sürer. Sağlık açısından sistem kuramı doğrusal neden sonuç ilişkisini reddeder ve rahatsızlıkların birbirleriyle dairesel olarak bağlı olan farklı etmenlerle geliştiğini kabul eder. Sistem kuramı sistemi oluşturan bileşenlerden birindeki bir değişikliğin sistemin diğer bileşenlerini nasıl etkilediğini açıklar. Gerçekte etkilenen sadece bir bileşendir ancak sistemin dengesi bozulmuştur ve bir bütün olarak denge yeniden kuruluncaya dek tüm bileşenler değişir.

Dr. Murry Bowen, 1950'lerde bir transformasyonel kuram olan Aile Sistemleri kuramını sunmuştur. Aile sistemleri kuramı; aile çalışmalarında ampirik araştırmalara rehberlik eden, ailelerle programlı çalışma ve klinik girişimlerden gelen ana kuramsal temellerden biri olmuştur. Aile sistemleri kuramı aile içi ilişkilere rehberlik eden karşılıklı etkileşim örüntüleri kadar, ailenin içdüzenindeki karmaşıklığın anlaşılmasına da yardım etmektedir.^[3]

Bowen'a göre aile sistemleri kuramı:

- Aile, birbirine bağlı ya da bağımlı sistemlerden meydana gelir.
- Bireyi anlamak için bireyin aile sistemini anlamak gerekir.
- Bir aile sisteminin üyesi olarak bütün üyeler birbirleri ile bağlantılıdır.
- Sistemin her üyesi diğerlerini etkiler.

Aile, davranış kalıplarından oluşmuş bir toplumsal sistemdir. Bu davranış kalıpları aile içinde geliştirilir ve

sürdürülür. Aile üyelerinin etkileşim kendi arasında çalışır ve bu etkileşim dönütlerle betimlenir. Yani dögüsel bir etkileşim vardır. Ailenin iletişim kalıplarını ve davranışlarını dengede tutar.

Ailenin kompleks bir yapısı vardır. Alt sistemlerden oluşmuştur ve bir amaca yönelmiştir. Bu görevi yerine getirmek için de stratejileri mevcuttur. Her alt sistemde bireyler geniş bir yaşam sistemi (living system) içindedirler. Birey, aile olarak betimlenen geniş yaşam sisteminin bir alt sistemidir. Aile de geniş ailenin bir parçasıdır. Diğer bir geniş sistem de topluluk sistemidir ki bu da devlet sisteminin alt sistemidir. Bu sistemler arasındaki etkileşim nedeniyle, bir alt sistemde ortaya çıkan bir sorun, üst ve diğer alt sistemleri de etkiler.^[7]

Kuramsal anlamda eldeki bilgilerin ve aile hekimliğinin biyopsikososyal model ve birey odaklı anlayışı üzerinden, aile yönelimli bir model olarak sistemik aile hekimliği yaklaşımı birincil bakım hekiminin elini tanı, izleme ve tedavi açısından geliştiren ve sisteme katkıları olan bir anlayış olarak görülmektedir.

Sistem kuramını benimseyen sistemik aile hekimliği yaklaşımı, görüşme sırasında aileleri yanında olsun ya da olmasın, bireylere yönelik bir yaklaşımdır. "Aile yönelimli birincil bakım yaklaşımı" aile içindeki kişiler arası ilişkileri irdeleyen, aile içi sorunları kuşaklar ötesinden başlayarak inceleyen ve sorunların ailesel nedenlerini ve sonuçlarını dikkate alan bir yaklaşım biçimidir.^[1]

Sistemik bakış açısına göre "aile" bir geçmiş paylaşılan, duygusal bağlı olan, bireysel aile üyelerinin ve ailenin bütününe ihtiyaçlarını karşılamak için stratejiler planlayan bireylerden oluşmuş kompleks bir yapı olarak tanımlanır.^[8]

Sistemik aile hekimliğinin temel önermelerine göre aile yönelimli sağlık bakımı biyopsikososyal sistem yaklaşımını kullanır ve sağlık bakımının temel odağı aile ortamındaki hastadır.^[6,9] Aile yönelimli klinisyen hastanın bakımının her aşamasına (tanı, tedavi, izlem), hastanın izin verdiği ölçüde aileyi de katmalıdır. Bu önerme WONCA Avrupa'nın aile hekimliğinin çekirdek yeterlilik ölçütlerinden biri olan aile yönelimli olma ile örtüşmektedir.

Sistemik aile hekimliği yaklaşımı aileyi bir bütün olarak görür. Aileyi oluşturan kişiler, bu kişilerin birbirleriyle ilişkileri, rolleri, aile içi kurallar, sınırların anlaşılması bireyi değerlendirirken hekime çok önemli veri sağlar.

Ülkemizdeki sistemik aile hekimliğine yönelik çalışmalar 5 yıl önce Prof. Dr. Pekka Larivaara'nın Akdeniz Üniversitesi'nde düzenlediği Sistemik Aile Hekimliği Kursu ile başlamıştır. Bu kursun düzenlenmesi aile hekimliği eğitimindeki biyopsikososyal boyut ile ilgili bir

eğitim gereksiniminden doğmuştur. Ülkemizde aile hekimliği uzmanlık eğitiminde dört aylık bir psikiyatri eğitimi son derece yeterli görünürken (2010 yılına kadar 4 ay iken yeni uzmanlık tüzüğüne göre 2 ay) davranış bilimlerine ilişkin eğitim gereksiniminin sistemik aile hekimliği modeli ile karşılanması mümkündür. Burada amaç hasta ve aileler ile ilişkileri güçlendirmek ve sıklıkla hastalıkların yanında gizli kalan bazı ruhsal sıkıntıların ortaya çıkarılması ve tedavisidir.

Profesör Larivaara ile iş birliği sürmüş ve 4. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi ile 2. Avrupa Sistemik Aile Hekimliği Kongresi 2007 yılında Antalya’da birlikte ve içiçe yapılmıştır. Sn. Prof. Larivaara’nın, Dr. Launer ya da Prof. Reis’in sürdürdükleri çalışmalar anabilim dalımızca dikkatle izlenmektedir.

2007 yılında Anabilim dalımızın önderliğinde aile hekimlerinden oluşan bir grup tarafından sistemik aile hekimliğinin temel kitabı olarak kabul edilen Aile Yönelimli Birincil Bakım Türkçe’ye kazandırılmıştır.^[6]

2010 yılında birincil bakım hekimleri ve aile hekimliği asistanları için 3 hafta sonunu içeren Sistemik Aile Hekimliği Kursu düzenlenmiştir.

2010 yılının sonunda ise sistemik Aile hekimliğinin önemli uygulayıcılarından olan John Launer’in Öyküye Dayalı Birincil Bakım kitabı Türkçeye kazandırılmıştır.^[10]

Sistemik Aile Hekimliği’nin gündelik aile hekimliği uygulamasında elzem olduğunun farkına vararak, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile hekimliği Anabilim Dalı, Dönem 3 Aile Hekimliği Stajı’nda Sistemik Aile Hekimliği Grup çalışmalarına yer vermiş. 2007 yılında ilk öğrencilerini kabul eden Aile Sağlığı Yüksek Lisans Programına haftada 4 saat (2 saat kuramsal + 2 saat uygulama; 3 Enstitü Kredis ve 7 AKTS Güz Yarı Yılı; 2 saat kuramsal + 2 saat uygulama; 3 Enstitü Kredis ve 10 AKTS Yaz Yarı Yılı) Sistemik aile hekimliği dersi konulmuştur. Bu ders iki yarıyıl sürmektedir. Ders içeriğinde aile yönelimli birincil bakımın esasları, birincil bakımda aileleri değerlendirmek için kullanılan enstrümanlar, aile ve bireylerle görüşme becerileri, aile konferansı düzenleme, yaşam döngüsü yaklaşımı ve ailelerin yaşam döngüsü evrelerine özgü sorunlar, aile yönelimli ergen bakımı, aile yönelimli gebe bakımı, aile içi şiddet, kronik hastalığı olan bireylerle aile yönelimli yaklaşım sunma yer almaktadır. Diğer konular, yaşlılık, aile içi bakım verenler, ruhsal sorunlarda aile davranışı, tedavide aileden yardım alma, madde bağımlılığıdır. Bu dersin öğrenim hedefleri, öğrencilerin sistemik aile hekimliğinin temel esaslarını öğrenmeleri, aile değerlendirilmesinde kullanılan enstrümanları tanımaları, kullanmaları, birey ve ailenin sağlık ve hastalığındaki

davranışlarını öğrenmeleri, hastayı değerlendirir, bakım sunarken ailesini dikkate almayı öğrenmeleri, aile görüşmesi becerilerini geliştirmeleri kapsamlı, bütüncül bakım sunma becerisi kazanmalarıdır.

Ailenin önemli bir kurum olarak kabul edildiği, aile değerlerinin önemsendiği kültürümüzde aile içi ilişkiler önemlidir. Herhangi bir aile üyesinin sağlık sorunu olduğunda, aile, hasta üyesine yardım etmek için harekete geçer ve çözüm yolları arar. Çözüm öncelikle aile içinde aranır. Her ailede sağlık sorunlarının danışıldığı bir kişi vardır. Bu genellikle ailenin yaşlı kadın üyesidir. Öncelikle geçmişte denenen ve olumlu sonuç alınan stratejiler denir. Daha sonra yararlı ya da yararsız pek çok tedavi öneri ve uygulaması denir. Hastalık akut ve acil değilse, tedavi ve öneriler yarar sağlamamış ya da kısıtlı yarar sağlamışsa hekime başvurulur. Hekimin önerileri ailenin sağlık inançları süzgecinden geçer; uygun bulunursa dikkate alınır. Bireyin, ailenin onaylamadığı tedavilere uyum oranı düşüktür. Hastanın asıl bakıcıları ailede olduğu için, aile tedavinin niteliği, yararı yan etkileri, diğer tedavi seçenekleri konusunda aydınlatılmalıdır. Hekim, hasta ve aile tedavi planını birlikte yapmalıdır. Tedavi planı hasta ve ailenin olanak ve koşullarına göre biçimlendirilmelidir. Bu yaklaşım hasta ve ailenin bakım sorumluluğunu üstlenmelerini ve ona uymalarını sağlar.

Hastaları ile daha uzun süreli ve yakın ilişkiler kuran birinci basamak hekimleri hastalarını biyolojik, sosyal, psikolojik açılardan değerlendirme olanağına sahiptirler. Bu değerlendirmenin önemli bir boyutu ailenin değerlendirilmesidir.

Aile ilişkileri bazı hastalıkların tedavisini zorlaştırır, uygun iletişim becerileri kullanıldığında bazen de önemli bir yardımcı ve destek kaynağı olur. Aile bağları güçlü ise, aile hekime rahatsızlığın yönetiminde güçlü bir destek sağlayabilir. Araştırmalar, aile içi ilişkilerin zayıf olduğu disfonksiyonel ailelerde kişilerin sağlık bakımını daha fazla kullandıklarını göstermiştir.^[6,11] Özellikle psikosomatik hastalıklarda aile içi ilişkiler önemli rol oynamaktadır. Aile üyeleri rahatsızlığa neden olan davranışın farkında olamayabilirler. Bu durumda birincil bakım hekimi bir aile konferansı düzenleyerek rahatsızlığın aile içindeki kaynaklarını ve rahatsızlığın yönetiminde neler yapılabileceğini ortaya çıkarmaya çalışır.

Hastaların rahatsızlıklarını tanımak, kaygılarını anlamak, destek kaynaklarını değerlendirmek başarılı bir tedavi rejimi planlamada çok önemlidir. Hastanın ve ailenin sağlık inançlarını, hastalık ve tedavi konusundaki düşüncelerini öğrenmek uygulanabilir bir tedavi planı yapmak için son derece önemlidir. Hastalar ve aileler nede-

nini ve gerekliliğini anlamadıkları ve kabul etmedikleri bir tedaviyi uygulamakta pek istekli davranmazlar. Özellikle kronik hastalıklarda, tedaviye yetersiz uyumun önemli etmenlerinden birisi hasta ailesinin tedavi planına katılmamasıdır.^[12] Kalp-damar hastalıkları, obezite, hipertansiyon, diyabet gibi sık görülen kronik hastalıklar sağlıklı yaşam biçimleri ile yakından ilişkilidir. Hasta birey, ailesinin genetik hastalık yükünü taşıdığı gibi yaşam biçimini, yeme ve spor yapma alışkanlıklarını da paylaşır. Sağlıksız yaşam biçimleri kronik hastalıkların gelişimini kolaylaştırır. Hastalığın nedenlerini, prognozunu ve olası komplikasyonlarını anlayan aile, hastalığın yönetimine destek olabilmektedir.^[6]

Ailenin bireyin sağlığına doğrudan (genetik yük) ya da dolaylı (sağlıksız yaşam biçiminin paylaşımı) etkileri nedeniyle hekimin hasta ile görüşürken bir aile genogramı yapması yararlıdır.^[6] Genogramda hasta kişinin aile üyeleri ile yakınlık derecesi işlenerek, bakım planı için ilişki kurulabilecek kişiler belirlenebilir. Hastanın bir vekil tayin etmediği yaşamı tehdit eden acil durumlarda bireyin daha güçlü bağı olan kişi acil kararlarda vekil olarak kabul edilir ve tedavi onamı bu kişiden alınır.

Kuramsal bilgileri, biyopsikososyal modeli ve birey odaklı anlayışı ile sistemik aile hekimliği birincil bakım hekiminin elini tanı, takip ve tedavi açısından geliştiren anlayıştır.

Birincil bakım hekimi bir aile terapisti değildir. Ancak hasta ve ailesi ile oluşturduğu güven ilişkisi ile birey ve aileyi daha iyi değerlendirme olanağına sahip olacaktır. Bu da birincil bakım hekimine ailenin bireyin hastalığındaki rolünü ve tedavideki etkisini anlama ve hastalarını

daha etkili ve ekonomik bir şekilde tedavi edebilme şansı sağlayacaktır. Bu nedenle ülkemizde sistemik aile hekimliğinin tüm birincil bakım hekimlerince bilinir kılınması için çalışmalar sürdürülmelidir.

Kaynaklar

1. Larivaara P. Systemic Family Medicine and Interventions with Later Life Families. Ed. Tufan I. Proceedings Book of the 2nd International Symposium on Social and Applied Gerontology in Turkey'de. Antalya, Geroyay, 2007:336-51.
2. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196:129-36.
3. "Family Systems Theory." International Encyclopedia of Marriage and Family. 2003. <http://www.encyclopedia.com>. adresinden 3 Mayıs 2011 tarihinde erişilmiştir.
4. Gladding ST. Family Therapy: History, Theory, and Practice. 2. Baskı. Upper Saddle River, NJ, Merrill/Prentice Hall, 1998.
5. Frude N. Understanding Family Problems: A Psychological Approach. San Francisco, John Wiley&Sons. 1991.
6. McDaniel SH, Campbell TL, Hepworth J, Lorenz A. Aile Yönelimli Birincil Bakım. Çeviri editörü: Yaman H. İstanbul, Yüce Yayınevi. 2007
7. Fennell DL, Weinhold B. Counseling families: an introduction to marriage and family therapy. Denver, CO, Love Publishing Company. 1989.
8. Sabatelli RM, Bartle SE. Survey approaches to the assessment of family functioning: Conceptual, operational, and analytical issues. *Journal of Marriage and the Family* 1995;57:1025-39.
9. Launer J. Systemic Family Medicine in the World: Adapted From an Address to the 2nd European Conference on Systemic Family Medicine Antalya, Turkey 25-29th April 2007. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 2008;2:25-6
10. Launer J. Öyküye Dayalı Birincil Bakım. Çeviri Editörü: Yaman H. İstanbul, Akademi, 2010.
11. McWhinney IR. A Textbook of Family Medicine. New York, Oxford University Press, 2010.
12. Stewart M. Patient -Centered Medicine Transforming the Clinical Method. 2. Baskı. Oxford, Radcliffe Medical Press, 2003.

Geliş tarihi: 10.05.2011

Kabul tarihi: 09.06.2011

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Prof. Dr. Hakan Yaman
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Antalya
e-posta: hakanyaman@akdeniz.edu.tr