

Keyifli Okumalar Dileriz

Binlerce kategoride milyonlarca PDF e-kitap, ders kitapları, dergiler ve romanlara platformumuz üzerinden ücretsiz ulaşabilirsiniz.

RESMİ WEB SİTEMİZ

<https://rantey.org>

Yedek ve Duyuru Kanallarımız

Sitemize erişim engeli gelmesi veya adres değişikliği durumunda aşağıdaki kanallardan güncel giriş adresine erişebilirsiniz:

- Telegram: <https://t.me/birkitapbir>
- WhatsApp Kanalımız : <https://whatsapp.com/channel/0029VbDHv8uE50Us4lvMoc0Y>

New York Times Bestseller
Amazon.com'da 1 numara!

Doktorlar Nasıl Düşünür?

2. BASKI



Mikado Yayınları

DR. JEROME GROOPMAN

Ücretsiz PDF Kitap Arsivi - <https://rantey.org>

Jerome Goopman M. D.'nin diğ er kitapları

G nlerimizin  l  s  

 kinici Te bis

Umudun Anatomisi

Doktorlar Nasıl D        

Düzensiz parçaları atarak

Düzen oluştururuz.

- William James

Yazar: Dr. Jerome Groopman
Çeviren: Serhat ATAMAN
Dizgi: GRAFFO Grafik Ltd.
Kapak Tasarım: Ayşe ÇELEM
ISBN: 978 9944 133 067

Baskı: ŞAN OFSET İstanbul - Ekim 2007
II. Baskı



Mikado Yayınları

Tel.: (0212) 210 48 80
Faks: (0212) 210 62 80
www.mikadoyayinlari.com
© Graffo Grafik Ltd. - Mikado Ltd.

Kitabın tüm hakları saklıdır. Kitabın hiçbir bölümü telif hakkı sahibinin yazılı izni olmadan basılamaz, kullanılamaz ve çoğaltılamaz.

İÇİNDEKİLER

Giriş 1

1. Kanlı Canlı Karar Vermek 27
2. Kalpten Dersler 41
3. Dönen Tabaklar 59
4. Kapı Muhafızları 77
5. Yeni Bir Annenin Savaşı 101
6. Bir Uzmanın Kararsızlığı 132
7. Cerrahi ve Tatmin 155
8. Sahibinin Gözü 175
9. Pazarlama, Para ve Tıbbi Kararlar 201
10. İnsanlığın Hizmetinde 232

Kapanış 258

Giriş

Anne Dodge, son onbeş senede görmüş olduğu doktorların sayısını unutmuştu ama otuza yakın olduğunu tahmin ediyordu. Şimdi, 2004 Noel'inden iki gün sonra, bir başka hekimi görmek üzere arabasını Boston'a sürüyordu. Anne'in asıl doktoru sağlık sorunlarının çok uzun süredir devam ettiğini ve hastalığın çok belirgin olduğunu, dolayısı ile bu konsültasyonun gereksiz olduğunu iddia ediyordu. Ancak, erkek arkadaşı inatla ısrar etmişti. Anne, kendi kendine, bu ziyaretin erkek arkadaşını mutlu edeceğini ve gün ortasında eve döneceğini tekrarlamaktaydı.

Anne otuz yaşlarında, kum rengi sarı saçlı ve açık mavi gözlü idi. Massachusetts'in küçük bir kasabasında büyümüş dört kız kardeşten biriydi. Kardeşlerinden hiç birisi, O'nunki gibi bir hastalığa yakalanmamıştı. Yirmili yaşlarda, yiyeceklerin kendini rahatsız ettiğini fark etmişti. Yemekten sonra, bir el midesini sıkıp kıvrıyormuş gibi hissediyordu. Bulantı ve acı o kadar yoğun oluyordu ki, bazen kusuyordu. Aile doktoru yaptığı muayenede, herhangi bir rahatsızlık bulamamıştı. Bazı antasitler vermişti. Ancak, şikayetler devam etmişti. Anne iştahını kaybetmişti. Bir şeyler yiye-

bilmek için kendisini zorluyordu. O zaman da, midesi bulanıyor ve sessizce banyoya çekilerek çıkıyordu. Asıl doktoru, bir şeyden şüphelenmişti, ancak emin olmak için bir psikiyatriste yönlendirmişti. Teşhis konmuştu: anoreksiya nervoza ve bulimiya, kusma ve yiyecekleri reddetme ile belirlenen bir rahatsızlık. Eğer durum düzeltilmezse, hasta açlıktan ölebilirdi.

Yıllar içinde Anne, kendisini yeme bozukluğu olan hastalara adanmış olan şimdiki bayan doktorundan önce, pek çok dâhiliyeciye ve uzmana görünmüştü: endokrinoloji uzmanları, ortopedistler, hematologlar, enfeksiyon hastalıkları uzmanları ve de doğal olarak psikologlar ve psikiyatristler. Dört değişik çeşit anti-depresan tedavisi gördü ve haftalık sohbet terapilerine katılmıştı. Beslenme uzmanları, aldığı günlük kalorileri çok yakından takip etmişlerdi.

Ancak, Anne'in sağlık durumu kötüleşmeye devam etmişti. Son oniki ay, hayatının en berbat dönemiydi. Alyuvar ve trombositler tehlikeli seviyelere düşmüştü. Kemik iliğinden alınan örnekler, çok az sayıda yeni hücrenin üretildiğini ortaya koymuştu. Anne'in başvurduğu iki hematolog (kan hastalıkları uzmanı), kan değerlerindeki düşüklüğü beslenme eksikliğine bağlamışlardı. Anne'de ayrıca ciddi bir osteoporoz oluşmuştu. Bir endokrinolog, kalsiyum ve D vitamini eksikliğinden dolayı, Anne'in kemiklerinin seksen yaşındaki bir kadınıninki gibi olduğunu söylemişti. Bir ortopedist, ayağının tarak kemiğinde kıl gibi bir kırık teşhis etmişti. Ayrıca, bağışıklık sisteminin de çökmekte olduğuna dair belirtiler bulmuştu, menenjit de dahil olmak üzere pek çok enfeksiyon hastalığı geçirmişti. 2004 yılı içinde, gözetim altında kilo alabilmesini sağlamak amacı ile dört kere hastaneye, akıl hastalığı bölümüne yatmıştı.

Sindirim sistemini düzeltmek için, dahiliyecisi Anne'e, çoğunluğu sindirimi kolay olan tahıllar ve makarnalar olmak üzere, günde en az üçbin kalori tüketmesi gerektiğini söylemişti. Ancak Anne daha fazla yedikçe, daha kötü hissetmeye başlamıştı. Sadece şiddetli bulantı ve kusma hissi ile kal-

mamış, son sıralarda şiddetli barsak krampları ve ishal de başlamıştı. Doktoru, psikolojik strese bağlı olarak IBS (Irritabl Bowel Sedromu - Spastik Kolon Sendromu) başladığını söylemişti. Aralık ayına kadar, Anne'in ağırlığı 37 kiloya düşmüştü. Yaklaşık üçbin kalori almak için kendisini zorlamasına rağmen, dahiliyecisi ve psikiyatristi, devamlı kilo kaybını, doğruyu söylememesine bağlamışlardı.

Anne o gün, bir gastroentrolog olan Dr. Myron Falchuk'u görecekti. Falchuk önceden Anne'in dosyalarını almıştı. Dahiliyecisi, Anne'in kötüye gitmekte olan akıl sağlığından dolayı IBS'nin ortaya çıktığını söylemişti. Falchuk doktorun vakayı aktarma şeklinden, kendi rolünün, halen pek çok doktor tarafından defalarca kontrol edilmiş olan batın bölgesini muayene etmek, rahatsızlığının IBS olduğuna ikna etmek ve rahatsızlık verici ve sinir bozucu olmasına rağmen, dahiliyecinin önerdiği biçimde uygun diyet ve sakinleştiriciler ile tedavi edilmesi gerektiğini ima etmek olduğu mesajını almıştı.

Fakat Falchuk'un yaptığı tam olarak bunun tersi oldu. Dahiliyecinin dediğini yapmak yerine, soru sormaya, dinlemeye ve sonra da Anne'in durumu ile ilgili daha değişik düşünmeye başladı. Böyle yaparak da, Anne'in hayatını kurtardı, çünkü onbeş yıl boyunca hastalığın kilit noktası atlanmıştı.

Bu kitap, bir doktorun bir hastayı tedavi ederken, aklından neler geçtiği hususunda yazılmıştır. Bu fikir, üç yıl önce bir Eylül sabahı stajyerler, asistanlar ve tıp öğrencileri ile vizit yaparken, ansızın aklıma geldi. "Genel Tıp" konusunda sorumlu doktordum. Yani, sadece kendi uzmanlık alanım olan kan hastalıkları, kanser ve AIDS konularında değil, geniş kapsamlı klinik sorunları olan hastaların tedavisini yapan bu öğrencilerin her konuda yönlendirilmesi sorumluluğu bendeydi. Koğuşumuzda, zatürre, şeker hastalığı ve diğer sıradan hastalıklardan şikayetçi hastalar vardı, ancak henüz teşhisi

konulamamış belirtileri olan hastalar ya da hangi tedavi yönteminin kullanılacağı tam olarak belirlenememiş hastalar da vardı.

Ben, vizitleri geleneksel yöntemle yönetmeyi tercih ederim. Takımın bir üyesi, vakanın belirgin özelliklerini aktarır, sonra grup olarak hasta başına gideriz ve hasta ile konuşup muayene ederiz. Takım daha sonra, sorunu tartışmak üzere toplantı salonuna döner. Ben tartışmalarda, öğrencilerin ve asistanların fikirleri ile önce birbirlerini, daha sonra da beni sorguladıkları Sokrat Yöntemini takip ederim. Ancak o Eylül sabahı vizitinin sonunda, kendimi çok rahatsız hissettim. Sadece öğrenciler arasındaki al gülüm-ver gülüm ilişkisinin eksikliğinden değil, öğretmenleri olarak kendimden rahatsız oldum. Sonuçta, bu çok zeki ve çok akıllı tıp öğrencilerinin, stajyerlerin ve asistanların genellikle akıllıca sorular sormadıkları veya dikkatli dinlemedikleri, ya da içtenlikle gözlemlemedikleri kanaatine vardım. Hastaların sorunları ile ilgili çok derin düşünmüyorlardı. Klinik bulmacaları çözmeyi ve insanlara ilgi göstermeyi öğrenme yöntemlerinde çok derin bir yanlılık vardı.

Yaşlı hekimler arasında - yeni nesil genç doktorların selefleri kadar öngörülü ve bilgili olmadıklarına dair - bu tür eleştirileri duyarsınız. Genelde şöyle derler: “Otuz yıl önce ben öğrenciyken, yaptığımız işi bilmemiz gerekirdi. Şimdilerde, gerçi...” Bu hüznü, yaşlı doktorlar, sanki kendilerini mükemmel klinikçilere çeviren büyü kaybolmuş gibi konuşurlar. Daha yaşlı her neslin, kendi zamanlarının ve konumlarının, nostaljinin bozulmuş merceğinden bakıldığında, bu güne göre daha üstün olduğu kanısını taşıdıklarından şüpheleniyorum. İtiraf etmeliyim ki, aynı nostaljik hassasiyeti ben de paylaştım. Ancak, daha derinlerde, kendi tıp öğrenimimde ciddi hatalar olduğunu gördüm. Benim öğreniminin, yeni öğrencilerin öğreniminden farkı, doğal yetersizlikti, hata buydu.

Benim neslime, bir klinikçi olarak nasıl düşünülmesi gerektiği hiçbir zaman açık açık öğretilmedi. Biz tıbbi gözleme yöntemi ile öğrendik. Öğ-

renciler, kıdemli doktorları, orta çağda çırakların ustalarını gözlemledikleri gibi gözlemlerlerdi ve bir şekilde acemiler, büyüklerinin teşhis ve tedavi yöntemlerini doğaçlardı. Nadiren sorumlu doktor, kararları almasındaki düşünsel adımları açıklardı. Geçtiğimiz birkaç yıl içinde, gözlemleyerek öğrenme yöntemine karşı ciddi bir direnç oluştu. Daha düzenli bir yapı oluşturmak için, tıp öğrencileri ve asistanlara karar ağacı biçiminde önceden tespit edilmiş algoritmalar ve protokoller öğretiliyor. Bazı yöneticilerce bu yöntem, Birleşik Devletler ve Avrupa'da kıdemli personele de öğretiliyor. Sigorta şirketleri de, belli teşhis yöntemlerinin kullanılmasını onaylayıp onaylamamayı özellikle çekici buldular.

Klinik karar ağacının ana gövdesi, bir kutu içinde, hastanın önemli belirtileri veya laboratuvar sonuçlarıdır. Bu ilk kutudan diğer kutulara oklar çıkar. Örneğin, “boğaz ağrısı” gibi sıradan bir belirti ile algoritma başlar ve ilgili belirtilerle ilgili “evet” ve “hayır” ların olduğu diğer dallarla devam eder. Ateş var mı yok mu? Lenf bezlerindeki şişlik boğaz ağrısına mı bağlı? Ailenin diğer bireyleri benzer şikayetler göstermiş mi? Benzer olarak, boğaz kültürü gibi bir laboratuvar testinin yapılması, ağaç gövdesinin daha aşağılarında, kültür sonucuna bağlı “evet” ve “hayır”larla cevaplanacak dallara ayrılacaktır. İdeal olarak, dalları sonuna kadar takip etmek doğru teşhise ve tedaviye yol açacaktır.

Klinik algoritmalar, örneğin streptekoka bağlı anjin ile viral faranjiti birbirinden ayırmak gibi tek düze teşhis ve tedavi için kullanışlı olabilirler. Ancak, doktor farklı düşünmek durumunda kaldığında, belirtiler zayıf olduğunda veya pek çok ve akıl karıştırıcı olduğunda ya da test sonuçları tam istenildiği gibi olmadığında, algoritmalar kısa zamanda tepetaklak olurlar. İlgi gösteren bir doktora en çok ihtiyacımız olduğu durumlarda, algoritmalar doktorların bağımsız ve yaratıcı düşüncelerini engelleyebilir, bir doktorun düşünme yeteneğini geliştirmek yerine, kısıtlayabilir.

Benzer olarak, tedavi ile ilgili kararları istatistiksel olarak kanıtlanmış ve-

rilere dayandırma hareketi de yoldadır. “Kanıtı Dayalı Tıp” olarak adlandırılan bu yöntem, hızla pek çok hastanede hararetle kullanılmaya başlıyor. Klinik denemelerden yeteri kadar veri tabanı elde edilmeden istatistiksel olarak ispatlanmışların dışındaki tedavi yöntemleri, tabu olarak görülüyor. Doğaldır ki, her doktor bir tedavi yöntemini seçmeden önce araştırmaları göz önüne almalıdır. Ancak, günümüzdeki kanıtı dayalı tıp yöntemine sıkı sıkıya bağlı kalmak, doktorun rakamlara bağlı kalarak tedaviyi pasif olarak seçme riskini ortaya çıkartmaktadır. İstatistikler, gözünüzün önündeki insanın yerini alamaz; istatistikler bireyleri değil ortalamayı kapsar. Sayılar sadece bir doktorun bir ilaç ya da bir tedavi yöntemi ile ilgili deneyimlerini tamamlayıcı olabilir, ayrıca sayılar, bir klinik denemedeki “en ideal” tedavi yönteminin bir hastanın gereksinimlerine ve değerlerine ne derecede uygun olacağı bilgisini tamamlayabilir.

Her sabah vizit başladığında, öğrencilerin ve asistanların algoritmalarına göz atmalarını ve daha sonra en son çalışmaların istatistiklerine başvurmalarını seyrettim. Bu süreç içinde bir sonraki nesil doktorların, katı bir biçimde, ikili çerçeve içinde çalışan iyi programlanmış bilgisayarlar gibi şartlandırıldıkları kararına vardım. Uzun haftalar boyu, öğrencilerin ve asistanların sadece algoritma ve kanıtı dayalı tedavi yöntemlerine bel bağlamalarından rahatsız olmamdan ve onların perspektiflerini nasıl geliştireceğimi ve diğer yöntemi onlara nasıl göstereceğimi bilemememden doğan eşit miktardaki rahatsızlığımdan sonra, kendime basit bir soru sordum: Bir doktor nasıl düşünmeli?

Bu soru, doğal olarak başka sorulara yol açtı: Değişik doktorlar değişik mi düşünürler? Değişik uzmanlık dallarında değişik düşünce şekilleri az veya çok yaygın mıdır? Diğer bir deyimle, cerrahlar, pediatristlerden daha değişik düşünen dahiliyecilerden farklı mı düşünürler? Düşünmenin “en iyi” yöntemi var mıdır yoksa doğru teşhisi koymak ve en etkili tedavi yöntemini uygulamak için çeşitli veya alternatif üsluplar var mıdır? Bir dok-

tor, daha önce vuku bulmamış veya çok az vuku bulmuş bir sorunla karşılaştığında, yaratıcı olmaya zorlandığında, nasıl düşünür? Böyle bir durumda algoritmalar esas olarak geçersizdir ve istatistiksel “kanıt” yoktur. Bir doktorun düşüncesi, sıradan vizitler, klinik krizleri ile karşılaştırıldığında ne gibi farklılıklar gösterir? Doktorların hisleri - belli bir hastadan hoşlanması ya da hoşlanmaması, hastasının yaşamının sosyal veya psikolojik yönleri hakkında fikirleri - düşüncelerini karıştırır mı? En yetkin doktorlar dahi, bir şahsın gerçek teşhisini koyarken, neden önemli bir ipucunu atarlar ya da doğru tedaviden çok uzaklaşırlar? Toplam olarak, tıpta düşünce ne zaman ve neden doğru veya yanlış olur?

Saygıdeğer tıp fakültelerinde eğitim görmüş olmama ve asistanlık yapmış olmama ve de otuz yıllık klinik tıp tecrübeme rağmen, bu sorulara verecek hazır cevabım olmadı. Dolayısı ile cevaplar için meslektaşlarıma sormaya başladım. Sorguladığım çalışmakta olan doktorların hemen hepsi sorulara çok ilgi gösterdiler, ancak nasıl düşündüklerini gerçekten asla akıllarına getirmediklerini itiraf ettiler. Daha sonra, kliniksel düşünce araştırmaları için tıp literatürünü taramaya başladım. Karışık matematik formülleri ile “optimum” tıbbi karar verme mekanizmasını modelleyen zengin bir araştırmaya rastladım; ancak bu formüllerin savunucuları dahi, nadiren hasta başı gerçeklerini yansıttıklarını veya pratikte uygulanabilecekleri sonucuna vardılar. Vizitlerde öğrencilere nasıl düşünmeleri gerektiğini neden öğretilmediğini gördüm. Kendi hastalarıma vermem gerektiği kadar iyi hizmet veremediğimi de gördüm. Eğer nasıl düşündüğümün farkına varırsam, daha fazla ilgi gösterebileceğimi de hissettim. Anne Dodge’u muayene eden doktorlardan biri değildim ama ben de olabilirdim ve teşhisinde neyin eksik olduğunu, benim de atlamış olabileceğimden korktum.

Tabii ki, hiç kimse bir doktorun hatasız olmasını bekleyemez. Tıp, özünde, belirsiz bir bilimdir. Her doktor teşhiste ve tedavide hata yapar. Ancak, bu hataların sıklığı ve ciddiyeti, bir doktorun nasıl düşündüğünü veya

nasıl daha doğru düşünebileceğini anlamakla azaltılabilir. Bu kitap, bu amaçla yazılmıştır. Doktorların ve diğer tıp meslektaşlarının bu kitabı faydalı bulacaklarını ummakla birlikte, bu sayfalarda mevcut bilgiler öncelikle meslek dışı kişiler içindir. Neden meslek dışı kişiler? Çünkü doktorların düşünmelerine yardımcı olmaları için hastalarına ve hastalarının aileleri ile arkadaşlarına cidden ihtiyaçları vardır. Onların yardımı olmadan, doktorlara gerçekten nelerinin olduğuna dair kilit ipuçları verilemez. Ben bunu bir doktor olarak değil, rahatsızlandığımda, bir hasta olarak öğrendim.

Hepimiz, doktorların neden belli soruları sorduklarını veya hakkımızda bilgi toplayabilmek için neden beklenmeyen alanlarda dolaştıklarını merak etmişizdir. Kendi kendimize, neye dayanarak doktorların belli bir teşhise vardıklarını ve belli bir tedavi yöntemi önerdiklerini, diğer olasılıkları nasıl göz ardı ettiklerini sormuşuzdur. Her ne kadar doktorun söylediklerini dikkatlice dinlesek ve yüz ifadesini okumaya çalışsak da, genellikle kafasının içinden ne geçtiği konusunda açmazda kalırız. Bu açmazlık, doktorla başarılı olarak iletişim kurmaktan, doğru teşhisi koymak ve en iyi tedavi yöntemini önermesi için duyması gerekenleri söylemekten, bizi alıkoymaz.

Anne Dodge vakasında, sayısız testler ve uygulamalardan sonra, Falcuk'un doğru teşhisi koymasına ve hayatını kurtarmasına yol açan şey, Anne'in kendi sözleriydi. Modern tıp, yüksek çözünürlüklü MRI tarayıcıları ve kesin sonuçlu DNA analizleri gibi bir dizi baş döndürücü teknolojilerle desteklenirken, klinik çalışmanın temeli hala sohbetir. Doktora rahatsızlığımızın ne olduğunu, neyi farklı hissettiğimizi söyleriz ve sonra sorularına cevap veririz. Bu diyalog, doktorumuzun nasıl düşündüğüne dair ilk ipucunu verir, dolayısı ile bu kitap doktorun ne dediği ve nasıl dediğinden kafasının içini okumaya çalışarak başlar. Hastaların doktorla diyaloglarından tek çıkartacakları sonuç klinik mantık değildir. Aynı zamanda doktorun hissi hararetini de ölçebilirler. Tipik olarak, bizim hissi duru-

mumuzu değerlendiren doktordur. Ancak, pek azımız, doktorun ruh hali ve hissiyatının tıbbi kararlarını ne kadar güçlü etkilediğinin farkındayızdır. Biz, doğal olarak, doktorumuzun düşünceleri hakkında sadece az bir fikir sahibi olabiliriz, ancak bu küçük anlar dahi, neden mümkün olan bir teşhis üzerinde durduğu ve belli bir tedavi yöntemini önerdiği hususunda epeyce fikir verir.

Doktorun sözlerinin ve hislerinin geçerliliğini değerlendirdikten sonra, kitap bugünkü tıbbi sistemde ilerleme yolunu takip eder. Eğer acil bir sorunumuz varsa, acil servise koştururuz. Orada, genellikle doktor bizi tanıma şansına sahip olmaz ve tıbbi geçmişimiz ile ilgili kısıtlı bilgiye sahiptir. Doktorların bu şartlar altında nasıl düşündüklerini, Acil Servisin baskıları altında bu şartlara bağlı ne gibi ciddi hatalar yapıldığını araştırıyorum. Eğer durumumuz acil değilse, o zaman yolumuz asıl doktorumuzla başlar; eğer çocuksa pediatrist; büyükse dahiliyeci. Bugünün terminolojisinde, bunların adları “kapı muhafızları”dır zira uzmanlara giden kapıları bunlar açarlar. Hikaye böyle devam edip gider, yol üstünde adım adım, en akli başında bir doktorun dahi, analizlerinde hatalı olabileceği faktörünü göz önünde bulundurmasının ve düşüncelerinden şüphelenmesinin önemini görürüz. Ayrıca, belirsizliği kabul etmekle birlikte, klinik bir adım atması ve harekete geçmesi gerilimine rastlarız. Bununla ilgili bir bölüm benim vakalarımın biri ile ilgilidir; aciz kaldığım bir sorunda, beş değişik tanınmış doktordan yardım istemiş ve sonucunda dört değişik görüş almıştım.

Sezgiler çok ön plana çıkarıldı. Tabii ki bir anda oluşan yargılar doğru olabilir. Ancak, bir dizi doktordan duyduğumuza göre, sezgilere çok güvenmenin sakıncaları olabilmektedir. İkna edici tıbbi kararlar, sezgileri - şekillendirme - bilinçli analizlerle pekiştirir. Bunun için, randevuların dakikalara sıkıştırıldığı sağlık hizmetleri sisteminde en nadir emtia olan zamana ihtiyaç vardır. Doktorların ve hastaların düşünme zamanı bulabilmek için neler yaparlar? Aşağıdaki sayfalarda bunu araştırıyorum.

Günümüzde tıp, paradan ayrılmış değildir. İlaç firmaları tarafından yapılan yoğun reklamlar, bilinçli veya bilinçaltı alınan kararları ne kadar etkilemektedir? İnanıyorum ki, pek az doktor kendilerini kar için satar, ancak, hepimiz ilaç endüstrisinin düşüncelerimizi yönlendirmek için ortaya koyduğu algılanamayan veya çok az algılanabilen çabalardan etkilenmişizdir. Bu sanayi çok önemlidir; o olmadan, yeni tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi durur, ilerleme yavaşlar. Pek çok doktor ve bir ilaç sanayi üst düzey yöneticisi, büyük bir açık gönüllülükle, yaşlanmaktan ileri gelen doğal arazların nasıl hastalıklarla karıştırıldığı hakkında yapılan ilaç pazarlama araştırmasından ve hastaların bu konuda nasıl bilgilendirilebileceğinden bahsetmektedirler.

Kanser, yaşlandıkça daha fazla olasılığı artan, doğal olarak korkulan bir hastalıktır. Kabaca, her iki erkekten ve üç kadından birisini, hayatları boyunca kansere yakalanacaktır. Yakın zamanlarda, daha önceleri tedavi edilemez kanser türlerinin tedavisinde büyük klinik başarılar sağlandı ancak, pek çoğu hala, en iyimser yorumla, sadece geçici olarak kontrol edilebilir konumdadır. Sadece bilimin algılanması açısından değil, bireyin duyarlılığı açısından da bakıldığında, bir onkolog karmaşık ve sert tedavi gereksinimleri arasında nasıl düşünür - ne kadar risk almaya istekliyiz ve hayatımızı nasıl yaşamak istiyoruz? İki kanser uzmanı, hastalarına seçimleri konusunda nasıl rehberlik yaptıklarını ve hastalarının kendi ruhsal durumları ve yaşam tarzları ile en uyumlu tedavi yöntemini seçmekte nasıl rehberlik ettiklerini açıklamaktadırlar.

Doktorların zihinlerinden geçen bu yolculuğun sonunda, lisana geri dönüyoruz. Kapanış bölümü, doktorların veya cerrahların düşünmesine ve dolayısı ile kendilerine daha iyi yardımcı olabilmesini sağlayıcı, hastalar, aileleri veya arkadaşları tarafından kullanılabilecek kelimeleri kapsamaktadır. Hastalar ve sevdikleri, doktorların nasıl düşündüklerini veya bazen neden düşünemediklerini bilirlerse, doktorlarla daha yakın ilişki içinde olurlar.

Hastalar, bu bilgileri kullanarak, doktorların doğru teşhisi koymasına ve gerekli tedavi yöntemini belirlemesine yol gösterecek en önemli bilgileri doktorlara aktarabilirler. Hastalar ve sevdikleri, en kaşarlanmış doktora bile yanlış düşünmemeleri için yardımcı olabilirler. Bunu yapabilmek için, kendi kendime sorduğum ve hazır yanıtlarını bulamadığım soruların cevaplarına ihtiyaçları var.

Anne Dodge'un Dr. Myron Falchuk'u ziyaretinden kısa bir süre sonra, kendisi ile Boston'daki Beth Israel Deaconess Tıp Merkezindeki ofisinde tanıştım. Falchuk, altmışlı yaşların başında, geniş ve kel alınlı, cin gibi gözlü, derli toplu bir doktordur. Aksanı, pek belirgin olmamakla birlikte, konuşmasında musiki bir kalite vardır. Venezüella'nın kırsal kesiminde doğmuş ve evde Yahudice ve köyünün sokaklarında İspanyolca konuşarak büyümüştür. Genç bir çocukken, akrabaları ile birlikte yaşaması için, Brooklyn'e gönderilmiş ve orada, kısa sürede İngilizceyi öğrenmiştir. Tüm bunlar, Falchuk'u lisana, nüanslarına ve gücüne karşı hassaslaştırmıştır. Dartmouth kolejiine gitmek için Falchuk New York'tan ayrılmış ve daha sonra Harvard Tıp Fakültesine gitmiş, Boston'daki Brigham hastanesinde eğitim görmüş ve uzun yıllar Ulusal Sağlık Enstitüsünde kalın barsak hastalıkları üzerine araştırmalar yönetmiştir. Yaklaşık kırk yıllık bir süreden sonra, hastalara yardımcı olma şevkini kaybetmemiştir.

Falchuk, Anne Dodge'un vakasını tartışmaya başladığımızda, üzerinden elektrik geçirilmiş gibi sandalyesinde doğruldu. "Bitik ve yorgun görünüyordu" dedi. "Yüzü aşırı yorgunluktan kıışmıştı. Bekleme odasında oturmuş şeklinin - hareketsiz, elleri birbirine kenetlenmiş - ne kadar ürkek olduğunu gördüm." İlk andan itibaren, Falchuk Anne Dodge'un vücut dilini okuyordu. Her şey, sadece fiziki durumu değil, ruhsal durumu hakkında da bilgi veren potansiyel ipucuydu. Bu, sıkıntıları tarafından yıpranmış bir kadındı. Elinden tutulup yardım edilmesi gerekiyordu, nazikçe.

Tıp öğrencilerine, hasta değerlendirmesinin bireysel olarak, belli bir doğrultuda yapılması önerilir: önce hastanın ve hastalığının geçmişini alırsınız, sonra fizik muayene edersiniz, testler yapılmasını istersiniz ve sonuçları analiz edersiniz. Sadece tüm veriler toplandıktan sonra, hastalığının ne olabileceğine dair varsayımlar üretirsiniz. Bu varsayımlar, daha önceki veriler, belirtiler, fiziksel anormallikler ve laboratuvar sonuçlarına dayanan istatistiksel olasılıklar göz önüne alınarak elenir ve olası tanı hesaplanır. Bu, algoritmaları yapan ve kesinlikle kanıta dayalı uygulamaya bağlı kalanların tercih ettikleri Bayes analiz metodudur. Aslında, doktorların çok azı, bu matematiksel modelle çalışır, belki de hiç biri çalışmaz. Fizik muayene, bekleme odasındaki ilk görsel sezi ve kişinin elini sıkarken elde edilen geri bildirim ile başlar. Hastalık ile ilgili olasılıklar, daha hastanın geçmişini konuşmadan önce doktorun kafasında oluşmaya başlar. Anne'inki gibi vakalarda ise tabii ki, dahiliyecinin uzmana sevk notunda tanı ve birçok doktorun hastanın kayıtları ile ilgili notu vardı.

Falchuk, dirseğinden yavaşça tutarak ve masaya dönük sandalyeye yönlendirerek Anne'i odasına misafir etti. Anne, onbeş santimetre kalınlığındaki kağıt yığınınca baktı. Bu, endokrinoloji uzmanının, hematologun, enfeksiyon hastalıkları uzmanının, psikiyatristin ve beslenme uzmanının masasında gördüğü dosyaydı. Onbeş yıl boyunca, muayeneden muayeneye bu dosyanın büyümesini seyretmişti.

Ancak sonra, Falchuk Anne'in dikkatini çeken bir şey yaptı: bu kayıtları masasının uzak köşesine iterek, beyaz önlüğünün üst cebinden bir kalem ve çekmecesinden yeni bir çizgili bloknot çıkarttı. "Bugün neden burada olduğunuzu konuşmadan önce" dedi Falchuk, "hadi en başa gidelim. Bana ilk defa ne zaman iyi hissetmediğinizi anlatın."

Bir an için, Anne'in aklı karışmıştı. Doktor dahiliyecisi ile konuşmamış ya da kayıtlarına bakmamış mıydı? Yumuşakça, "Bende bulimiya ve anoreksiya nervoza var" dedi. Kenetlenmiş elleri gerildi "ve IBS de var".

Falchuk kibarca gülümsedi. “Ben sizin hikayenizi, sizin kelimelerinizle duymak istiyorum.”

Anne duvardaki saate göz attı, saniye kolu sürekli çok kıymetli zamanı alıp götürüyordu. Dahiliyecisi Anne’e Dr. Falchuk’un çok bilgili bir uzman olduğunu ve kendisi ile görüşmek isteyenler için, çok uzun bir randevu listesi olduğunu söylemişti. Kendi sorunu acil değildi ve Noel programında yapmış olduğu bir değişiklik nedeni ile sadece iki aydan az bir süre içinde randevu alabiliyordu. Ancak, doktorda hiçbir acelecilik veya sabırsızlık göremiyordu. Sakinliği, sanki dünyadaki bütün zamanın kendisinin olduğu hissini veriyordu.

Anne, Dr. Falchuk’un istediği gibi konuşmaya başladı; en başından, ilk belirtilerin, gördüğü pek çok doktorun, yapılan testlerin uzun ve sıkıntı verici hikayelerini anlatarak. Anne konuştuğu, Dr. Falchuk arada sırada başını sallıyor ya da “Hım hım,” “anladım,” “devam edin” gibi kısa kelimelerle araya giriyordu.

Anne, bazen olayların sırasını şaşırdığını gördü. Sanki Dr. Falchuk barajın kapaklarını açması için izin vermişti ve bir dizi acı verici hatıralar akmaya başlamıştı. Şimdi ileriye doğru gidiyordu. Cape Cod’da çocukluğuna sürüklenmiş, büyük bir dalga habersizce yakalamıştı. Anemiya için kemik iliğinden ne zaman örnek alındığını hatırlayamamıştı.

“Tam olarak ne zaman olduğunu takma” dedi Falchuk. Uzun bir süre Anne, hala tarihi hatırlamaya çalışarak sessiz kaldı. “Kayıtlarından daha sonra kontrol ederim. Geçen ayları biraz konuşalım. Kilo almak için neler yapıyordun?”

Bu Anne için daha kolaydı; doktor bir ip atmış ve yavaşça şimdiki zaman sahiline çekmeye başlamıştı. Konuştukça, Falchuk diyetinin detaylarına odaklandı. “Şimdi, tekrar söyleyin bana, her yemekten sonra neler oluyor?” dedi.

Anne sanki bunları anlatmış olduğu hissine kapıldı. Zaten hepsi detayları ile kayıtlarında vardı. Dahiliyecisinin Dr. Falchuk'a takip ettiği diyeti söylediğinden emindi. Ama anlatmaya devam etti: "Sabahları mümkün olduğu kadar çok tahıl tüketmeye çalışıyorum. Öğlen ve akşam yemeklerinde de makarna ve ekmek yiyorum." Anne, krampların ve ishalin hemen her yemekten sonra geldiğini anlattı. Bulantı giderici ilaçlar aldığından, kusmaların sıklığı azalmıştı ancak, ishale hiçbir faydası olmamıştı. "Her gün, beslenme uzmanının öğrettiği gibi, aldığım kalorileri hesaplıyorum. Günlük üçbin kaloriye yakın."

Dr. Falchuk durakladı. Anne Dodge, doktorun bakışlarının kendisinden uzaklaştığını gördü. Sonra bakışları geri döndü ve Anne'i holün karşısındaki muayene odasına götürdü. Fizik muayene, daha önce olduklarından daha farklıydı. Anne, doktorun batin bölgesine yoğunlaşacağını, karaciğer ve dalağına bastıracağını, derin nefes alarak acı veren bölgelerinin neresi olduğuna bakacağını zannediyordu. Bunun yerine, dikkatlice derisini inceledi, daha sonra avuç içlerine baktı. Falchuk ellerindeki kırışıklıkları da dikkatlice inceledi, sanki hayat çizgisine ve geleceğine bakan bir falcı gibiydi. Anne biraz şaşırmış gibiydi ama bunu neden yaptığını sormadı. Neden ılık kaynağı ile ağzının içini o kadar uzun süre incelediğini, neden sadece dilini ve damağını incelemekle yetinmeyip, diş etlerini ve dudaklarının arasında kalan parlak dokuyu da incelediğini de sormadı. Hem el, hem de ayak tırnaklarını da uzun uzun inceledi. Sonunda Falchuk "Bazen deride veya ağız içi dokusunda sizi tanıya götürecek ipuçları bulabilirsiniz" diye açıklamaya yaptı.

Ayrıca, rektumda kalan bir parça dışkıya da takmış görünüyordu. Anne, Boston'a arabayla gelmeden önce, sabah erken kahvaltı ettiğini ve ishal olduğunu açıkladı.

Fizik muayene bittiğinde, Falchuk giyinmesini ve ofisine gelmesini istedi. Anne kendini yorgun hissediyordu. Yolculuk için topladığı enerjisi kay-

boluyordu. Harap olmuş durumu göz önüne alındığında, nasıl daha fazla yemek yemesi gerektiği hususunda verilecek yeni bir sıkıcı derse kendini hazırladı.

Dr. Falchuk “IBS olduğundan emin değilim” dedi. “Bütün bu kilo kaybının bulimiya ve anoreksiya nervozadan kaynaklandığını da sanmıyorum.”

Anne doğru duyduğundan emin değildi. Falchuk şaşkınlığını anlamış gibiydi. “Kilo alamamanın nedenini açıklayan başka bir sorun olabilir. Yanılıyor da olabilirim, ancak ne kadar zayıf ve acı içinde olduğuna bakınca, emin olmamız gerekiyor.”

Anne kendini daha da şaşkın hissetti ve ağlama arzusunu dizginledi. Şimdi zayıflık gösterme zamanı değildi. Doktorun söylediklerine odaklanması gerekiyordu. Basit birkaç kan tetkiki istedi, daha sonra da endoskopi denen bir uygulamadan söz etti. Anne, Falchuk’un temelde esnek bir mikroskop olan fiber optik aletin nasıl yemek borusundan geçirilip midesine ve ince barsaklarına gireceğini anlatmasını dikkatlice dinledi. Eğer anormal bir durum görürse, örnek alacaktı. Anne, sonu gelmeyen tetkiklerden bıkmıştı. O kadar fazla testten geçmiş, o kadar fazla işlem yapılmıştı ki: röntgenler, kemik yoğunluk okumaları, kan değerlerindeki düşüklükler için alınan ağırlı kemik iliği örneği ve menenjit olduğunda omurilikten alınan sıvılar. Falchuk’un uyuşturulacağına dair verdiği teminatlara rağmen, endoskopinin tüm acılara ve ağrılara değip değmeyeceğinden emin değildi. Dahiliyecisinin kendisini bir gastroenterologa göndermedeki çekincesini hatırladı ve bu işlemin gerekli olup olmadığını, sadece yapılmış olmak için yapıp yapılmadığını ya da daha kötüsü para almak için yapıp yapılmadığını düşündü.

Dodge tam reddetmek üzereydi ancak, Falchuk durumu ile ilgili başka bir sebebin olabileceğini vurguladı. “Ne kadar kötü bir duruma geldiğiniz ve yıllar içinde ne kadar kilo kaybettiğiniz, kanınıza, kemiklerinize ve ba-

ğışıklık sisteminize olanlar göz önüne alındığında, yanlış olan her şeyden emin olmamız gerekir. Belki de bedeniniz yediğiniz yiyecekleri sindiremiyor ki, o 3,000 kalori geçip gidiyor ve bu nedenle 37 kiloya düştünüz.”

Dr. Falchuk ile ilk randevusundan bir ay sonra Anne Dodge ile karşılaştığımda, Falchuk’un kendisine ömründe aldığı en büyük Noel hediyesini verdiğini söyledi. Yaklaşık 5,5 kilo almıştı. Kahvaltı, öğle yemeği ve akşam yemeğinde midesini tahıllarla, ekmekle ve makarna ile doldurmaya çalışırken gelen yoğun bulantı, kusma duygusu, kramplar ve ishal bitmişti. Kan testleri ve endoskopi sonucu sölyak hastalığı olduğu ortaya çıkmıştı. Bu bir çeşit bağışıklık sistemi bozukluğudur. Aslında pek çok tahıl tohumunun ana maddesi olan glüten’e karşı ortaya çıkan alerjidir. Bir zamanlar çok nadir olduğu düşünülen bu hastalık, sölyak spru olarak da bilinip, karmaşık testlerle daha sık tanı konulur hale gelmiştir. Dahası, bu hastalığın daha önce zannedildiği gibi, sadece çocuk hastalığı olmayıp, belirtile rin ergenlik döneminin sonuna veya olgunluğun başına kadar, Falchuk’un Anne Dodge vakasında olduğuna inandığı gibi, kendisini göstermeyebileceği netlik kazanmıştır. Evet, Anne yeme bozukluğundan çekti. Ancak, vücudunun glütene verdiği reaksiyon, iritasyona neden oldu ve kalın barsak zarının zedelenmesi ile sonuçlandı. Dolayısı ile besinler emilmiyordu. Diyetine daha fazla tahıl ve makarna ekledikçe, hazım yolları zedelenmiş ve daha da az kalori ve gerekli vitaminler sisteme geçmişti.

Anne Dodge bana hem sevinçli hem de çok şaşkın olduğunu söyledi. İyileşebilmek için onbeş yıl çabaladıktan sonra ümidini kaybetmeye başlamıştı. Şimdi ise sağlığına yeniden kavuşabilmek için yeni bir şans vardı. De-diği gibi, zihinsel ve fiziksel olarak tekrar iyileşmesi zaman alacaktı. Belki bir gün, kendi deyimi ile tekrar “bütün” olacaktı.

Myron Falchuk’un masasının arkasında, büyük çerçeveli bir resim duvarın çoğunu kaplar. Bir grup sade giyimli erkek, kimi panama şapkalı, kimi Teddy Roosevelt gibi pos bıyıklı, poz vermektedir; resmin koyu kahverengi

ve erkeklerin görünümü, resmin 1900'lerin başına ait olduğunu gösteriyor. Bu resim, Falchuk'un cana yakın tavırları ve şık giysileri ile tezat halindeydi. Ancak bu resim, kendi deyişiyle Falchuk'un ölçütüdür.

“O fotoğraf 1913 tarihinde, Brigham Hastanesini açtıklarında çekilmişti,” diye açıkladı Falchuk. “İlk büyük vizitleri William Osler yaptı.” Büyük bir gülümseme yüzünü kapladı. “Bu sadece bir kopya. Orada şefken orijinalini çalmadım.” Osler kelimelerin gücüne ve önemine karşı çok duyarlı idi ve yazıları Falchuk'u çok etkiledi. “Osler esasında eğer hastanın ne dediğini dikkatlice dinlersen, sana tanının ne olduğunu söyler dedi” diye devam etti Falchuk. “Birçok insan, benim gibi uzmanları teknisyen olarak görür. Size bir yöntem için gelirler. Yöntemlerin veya günümüzün özel teknolojilerinin hasta bakımında önemi tartışılmaz tabii. Ama teknolojinin hastanın hikayesini ortadan kaldırdığına inanıyorum.” Falchuk biraz durakladı. “Kendinizi hastanın hikayesinden uzaklaştırdınız mı, artık gerçek bir doktor değilsinizdir.”

Bir doktorun nasıl düşündüğü, öncelikle nasıl konuştuğu ve nasıl dinlediği ile fark edilebilir. Konuşulan ve duyulan sözlere ek olarak, hastanın vücut diline gösterdiği dikkat ve doktorun kendi vücut dili - mimikleri, duruşu, tavırları - gibi dile getirilmeyen iletişim de vardır. John Hopkins Üniversitesinde sağlık politikası ve idaresi profesörü olan Deborah Roter, Northeastern Üniversitesinde sosyal psikoloji profesörü olan Judy Hall ile bir takım olarak çalışmaktadır. Bunlar, tıbbi iletişim üzerinde çalışan araştırmacılar arasında en üretici ve anlayışlı ikilidir. Birçok değişik alanda çalışan doktor - dahiliyeciler, jinekologlar, cerrahlar - ve hasta arasındaki görüşmeleri ve fiziksel hareketleri, binlerce videotayp üzerinden ve canlı olarak izlemişler ve analiz etmişlerdir. Bir doktorun nasıl soru sorduğunun ve hastaların duygularına karşı nasıl ilgi gösterdiğinin, kendi deyimleri ile “hastayı hareketlendirme ve devreye sokma” hususunda anahtar vazifesi gördüğünü ortaya koymuşlardır. Görüştüğümüzde Roter'ın belirttiği gibi,

burada ana fikir “bireyi uyandırmak”tır. Dolayısı ile hasta, kendisini, bir diyaloga karışmak ve konuşmak için, hevesli olmasa da, serbest hissedecektir. Hastanın bu konuşma serbestliği, doktorun önündeki tıbbi karışıklığı çözebilmesi için gerekli ipuçlarını elde edebilmesi için gereklidir. Eğer hasta kısıtlanırsa veya gereksiz yerde sözü kesilirse veya tartışma sırasında yönlendirilirse, o zaman doktora çok önemli bir husus söylenmeyebilir. Gözlemciler, hastaların hikayelerini anlatmaya başlamasından ortalama oniki saniye sonra doktorların araya girdiklerini saptamışlardır.

Roter ve Hall’un kavramlarını Anne Dodge vakasına uygulayalım. Falchuk, konuşmayı Anne’in kendisini ilk rahatsız hissetmesi ile ilgili açık uçlu bir soru ile başlattı. “Doktorun soru sorma şekli” der Roter, “hastanın cevaplarını biçimlendirir.” Eğer Falchuk özel, kapalı uçlu bir soru - “Ne tür bir karın ağrınız var, şiddetli mi, zayıf mı?” - sormuş olsaydı, Anne Dodge’un IBS hastalığı olduğu öngörüsü ile hareket ettiğini ortaya koymuş olacaktı. Doktorların tanı koyma çabalarından bahsederken, Roter “Eğer hedefinizin ne olduğunu biliyorsanız,” dedi “o zaman kapalı uçlu sorular en verimli olanlarıdır. Ancak, tanıdan emin değilseniz, o zaman kapalı uçlu sorular sizi hasta eder, zira sizi derhal ve belki de geri dönüşü mümkün olmayacak biçimde yanlış yola götürür.” Açık uçlu soruların en büyük avantajı, doktorun yeni bilgiler alabilme olasılığını azami seviyeye çıkartmasıdır.

“Açık uçlu sorularla başarılı olabilmek için ne lazım?” diye sordu Roter şatafatlı bir biçimde. “Doktorun, hastalara, söyleyecekleri şeyler ile ilgile-neceğini hissettirmesi lazıfı. Hasta hikayesini anlatmaya başladığında, doktorun belki de düşünemeyeceği bilgi ve ipuçları verir.”

Doktorun sorduğu sorular, başarılı bir tıbbi diyalogun sadece yarısıdır. “Doktor aynı zamanda hastanın duyguları ile de ilgilenmelidir” diye devam etti Rother. Hastaların çoğu, şüphe ve korku içindedir; bazıları da hastalıklarından utanırlar. Bir doktor, anlayışlı davranarak psikolojik rahatlamadan daha fazlasını da verebilir. “Hasta, doktor karşısında aptal görün-

mek ya da doktorun fazla vaktini almak istemez” dedi Rother. “Doktor doğru soruları sorsa da, hasta duygulanımları nedeni ile kendini ön plana çıkartmayabilir. Doktorun amacı hikayeyi almaktır ve bunu başarabilmek için de hastanın duygularını anlayabilmelidir.”

Falchuk, Anne’de hikayesini anlatmasını kısıtlayacak noktaları derhal kavramıştı. Hikayesine ilgili davranarak Anne’i rahatlatmaya çalıştı. Falchuk, Rother’in bilgiyi almasında gerekli olduğuna inandığı, bir şey daha yaptı: Hakikaten dinlediğini ve daha fazlasını duymak istediğini belli ederek, şüphe ve korkularını giderdi. “Hım hım, evet, anladım, devam et” gibi basit yorumlarla anlattıklarının önemli olduğuna Anne Dodge’u ikna etti.

Sosyal psikolog Judy Hall, doktor ve hasta arasındaki diyalogun duygusal boyutlarına yakından odaklandı: doktor hastadan hoşlanabilir mi ve hasta doktordan hoşlanabilir mi? Bu hislerin masanın her iki tarafında da gizli olmadığını keşfetti. Aile hekimleri ve cerrahlar üzerinde yaptığı çalışmalarda, dikkati çeken bir doğrulukla, hastaların doktorlarının kendileri hakkında ne düşündüklerini bildiklerini ortaya çıkardı. Bu bilginin çoğu, sessiz davranışlardan - doktorun yüz şekilleri, oturuş biçimi, davranışlarının müşfik ve yakın ya da resmi ve soğuk olması - kaynaklanmaktadır. “Doktorların herkese karşı duygusal olarak tarafsız ve eşit olmaları gerekir,” dedi Hall, “ve bunun doğru olmadığını biliyoruz.”

Hall’un doktorlar ve hastalar arasındaki anlayış araştırmaları Anne Dodge’un vakasına da uyuyor. Hall, en rahatsız hastaların, doktorlar tarafından en az sevilen hastalar olduklarını ve bu hoşnutsuzluğun da hastalar tarafından hissedildiğini ortaya koydu. Genelde, doktorlar daha sağlıklı hastaları sevmeye yatkın olurlar. Bu neden peki? “Ben bir doktor düşmanı değilim” dedi Hall. “Bazı doktorlar çok rahatsız olan hastalara karşı isteksiz olurlar ve bunun arkasındaki nedenler de aslında affedilebilir nitelikte.” Doktorların çoğu, en iyi tedavi yöntemlerine dahi direnen hastalıklarda, derinden yenilmişlik duygusu hissediyorlar; bu gibi vakalarda,

bütün çabaları boşa gittiğinden sinirleniyorlar. Dolayısı ile denemekten vazgeçiyorlar. Aslında, pek az doktor Anne Dodge gibi hastayı gönülden kabul ediyor. Düşünün: onbeş yıllık anoreksiya nervoza, sosyal ayıbı olan bir rahatsızlık, genellikle tedavisi zor olan bir hastalık. Bir de, bu onbeş yıl boyunca Anne Dodge’da, hiçbir iyileşme belirtisi göstermeden, doktorlar tarafından gösterilen ilgiyi ve emeği düşünün. Aralık 2004’de daha da kötüleşiyordu.

Roter ve Hall, ayrıca doktorların hasta başındaki davranışlarının başarılı tanı koyma ve tedavi etme üzerindeki etkilerini araştırdılar. “Biz genellikle en uç noktaları hatırlarız,” dedi Hall, “kaba hasta başı tavırları olan dahi bir cerrah veya çok bilgili olmayan kibar pratisyen hekim. İyi, birlikte olanıdır - iyi doktorluk her ikisini de gerektirir. İyi doktorluk komple bir pakettir.” Bunun nedeni “doktorların yaptığının çoğu, konuşmaktır” diye sonuçlandırdı Hall, “ve iletişim parçası, kaliteli tıp uygulaması parçasından ayrılmaz. Tanı koyabilmek için bilgiye ihtiyaç duyulur ve bu bilgiyi almanın en iyi yolu, hasta ile dostluk kurmaktır. Yeterlilik ve bilgi iletişim yeteneklerinden ayrılmaz. Biri diğerine tercih edilemez.”

Falchuk, düşüncesini yönlendirmek için, kendi kendine bir monolog yapmıştır. “Bana günde üçbin kaloriye yakın yediğini söyledi. Kendime sordum: Sana inanmalı mıyım? Eğer inansam, neden kilo almıyorsun?” Bu basit olasılık, mantıklı bir şekilde sonuçlandırılmalıydı: aslında deniyordu, hakikaten ağzına tahıl, ekmek ve makarna koyuyor, çiğniyor, yutuyor, kusmamak için çabalıyor ve hala eriyor, kan değerleri düşüyor, kemikleri eriyor, bağışıklık sistemi çöküyordu. “Doğru söylediğini varsaymalıyım” dedi Falchuk kendi kendine.

Açık fikirli olmak, Falchuk’un açık uçlu sorgulama dizisine yansdı. Anne Dodge’u daha fazla gözlemledikçe ve dinledikçe, daha fazla kaygı duymaya başladı. “Hepsinin tamamı ile psikiyatrik olduğuna karar vermek imkansız gibi görünüyor,” dedi. “Herkes nörotik bir vaka olduğunu yazmış

ama. Sezgilerim bana, resmin tam olarak uymadığını söyledi. Bu şekilde hissetmeye başlayınca da, düşünmeye başladım: Eksik olan neydi?”

Kliniksel sezgi, tecrübe, binlerce hastanın hikayesini dinleme, binlerce hastayı muayene etme ve yanlışlarınızı hatırlama ile uzun yıllar içinde gelişen bir histir. Falchuk, Ulusal Sağlık Enstitüsünde, malabsorpsiyon hastaları, yani yedikleri besinlerden gereken kalori ve vitaminleri alamayan insanlar, üzerinde araştırmalar yapmıştı. İşte bu araştırmalar, Anne Dodge’un sadece anoreksiya nervoza ve bulimiya hastalıklarından değil, bir çeşit malabsorpsiyon rahatsızlığı olduğundan da şüphelenmesinin kilit noktasıydı. Falchuk bana, Anne’in kendisine, daha önce kendisini kandıran ve hızla kilo kaybeden bir hastasını hatırlattığını söyledi. Kadına malabsorpsiyon teşhisi konmuştu. Bu hasta, bol bol yemek yediğini, çok kötü krampları ve ishali olduğunu söylemişti ve bütün doktorlar kendisine inanmıştı. Bir aydan fazla bir süre ile yapılan, pek çok kan testini ve endoskopiye kapsayan tetkiklerin sonunda, şanseseri olarak Falchuk, kadının saklamayı unuttuğu müshil haplarını yatağının altında bulmuştu. Kadının mide-barsak hattında hiçbir bozukluk yoktu. Sadece, psikolojisinde ciddi bozukluklar vardı. Falchuk, hem vücudun, hem de zihnin bazen bağımsız olarak, bazen bağlantıları ile birlikte dikkate alınması gerektiğini öğrendi.

Değişik doktorlar, ilerdeki bölümlerde göreceğimiz gibi, değişik alanlarda çalışmalarına rağmen, yeterliliğe inanılmayacak biçimde aynı yolları dan erişiyorlar. Öncelikle, hatalarının ve yanlış kararlarının farkına varıp, bunları hatırlıyorlar ve hafızalarındaki bu olayları düşüncelerine uyguluyorlar. Çalışmalar, uzmanlığın sadece devamlı çalışmayla değil, teknik hataları ve yanlış yönlendirilmiş kararları anlamaya yarayan geri besleme ile kazanıldığını göstermiştir. Eğitimim sırasında, sadece büyük bir bilgi bankası değil, aynı zamanda mükemmel bir klinisyen olan meşhur bir kardiologla tanıştım. Yıllar içinde yapmış olduğunu bildiği hataların bir çetellesini tutmuştu ve özellikle zor olan bir vakayı çözmek için bazen bu

derlemeye bakardı. pek çok iş arkadaşı tarafından saplantılı ve tuhaf bir garip kişi olarak bilinirdi. Ancak çok sonraları, bize vermek istediği dolaylı mesajın, eğer yıldız bir klinisyen olmak istiyorsak, hatalarımızı kendimize itiraf etmek, sonra onları analiz etmek ve bunları her zaman erişebileceğimiz bir yerde tutmak gerekliliği olduğunu anladım. Anne Dodge'un vakasında, Falchuk derhal Ulusal Sağlık Enstitüsü'ndeki müşhil hapları kullanan hastada nasıl hastanın vermiş olduğu bilgileri yüzeysel olarak kabul ettiğini hatırlamıştı. Tersine bir durumun da olabileceğini biliyordu. Her iki konum da, devamlı düşünce ve inceleme gerektiriyordu.

Falchuk bana "resim uymuyordu" dediğinde, kelimeler benim için bir deyimden daha fazla anlam ifade etti. Toronto'daki Sunny Brook ve Kadınlar Koleji Sağlık Merkezinde bir doktor olan Donald Redelmeier'in, doktorların kavrama yeteneği ve bunun teşhise etkisi üzerine özel bir ilgisi vardır. Reimer, "hastanın aktarımında belirgin olmayan ancak tutarsız bir şey" belirlediği anı vurgulayan "göz yuvarlağı testi" olgusundan bahseder. Bu sezi, doğal olarak, yanlış olabilir, ancak gözardı edilmemelidir, zira doktorun, önüne serilen bilgilerin uygunsuz bir şekilde "çerçevelemiş" olduğunun farkına varmasına neden olabilir.

Doktorlar genellikle, hastalarını çerçevelerler: "Sana şekeri ve böbrek bozukluğu olan bir hasta gönderiyorum" veya "Burada, Acil Serviste zatürreden dolayı öksürüğü olan bir uyuşturucu bağımlısı var." Genellikle, doğal olarak, bir doktor doğru çerçeveyi seçer ve tüm klinik veriler bu çerçevenin içine güzelce oturur. Ancak kendini bilen doktor, verilen bu çerçeveyi kabul etmenin çok ciddi bir hata olabileceğini bilir. Anne Dodge, 20 yaşından beri güzelce bulimiya ve anoreksiya nevroza çerçevesine oturmuştu. Kolayca anlaşılabilirdi ki, bütün doktorlar Anne'in vakasını bu çerçeve içinde kabul etmişlerdi. Bütün veriler çerçevenin içine rahatça oturuyordu. Klinik portresini yeniden çözmeye ve konuya değişik bir açıdan bakmaya hiç gerek yoktu. Biri hariç. "Bu, bir suçtaki DNA delili gibi-

dir” dedi Falchuk. “Hasta ‘Sana söyledim, ben suçsuzum’ diyordu.” İşte, süper bir klinisyen yaratan tıp sanatı, lisana ve hissiyata karşı hassasiyet gösteriyordu.

Falchuk Dodge’un harap olmuş barsağının endoskoptan çekilen resmini gösterirken, neredeyse sandalyesinden fırlayacaktı. “Bu beni çok heyecanlandırmıştı” dedi. Üzerinde, esrarı çözen ve katili belirleyen bir detektifin tatlı keyfi vardı. Ancak, bilgili olma heyecanı ve tatminkarlığından ziyade, bir hayat kurtarmanın keyfini gösterdi.

O Aralık günü, bilgi ve eğitim, detaya gösterilen dikkatli ilgi, ilgi ile dinleme ve psikolojik anlayış, hepsi bir araya geldi. Gerçi aksi de olabilirdi ya. Anne Dodge’da, anoreksiya nevroza ve bulimiya ile birlikte IBS de başlamış olabilirdi. Ancak, Falchuk kendi kendine sormuştu: “Bu vakada ne atlamış olabilirim? Atlanabilecek en kötü şey ne olabilir?”

Peki, Falchuk bu soruları kendine sormasa ne olabilirdi? O zaman - belki de seneler öncesinden - Anne Dodge’un kendisi ya da erkek arkadaşı veya ailenin bir başka ferdi, bu soruları sorabilirdi. Hasta veya sevgilisi tabii ki bir doktor değildir ve bir doktorun eğitiminden ve tecrübesinden yoksundurlar. pek çok meslek dışı kişi, soru sormaları yasakmış gibi hisseder, ancak sorular tamamen normaldir. Hastalar soru sormayı ve bir doktorun düşünmesi gerektiği gibi düşünmeyi öğrenebilirler. İlerdeki bölümlerde ve kapanış bölümünde, doktorların düşünme biçiminde yapabilecekleri hataları ve bu geri dönülemez hataları engelleyebilmek için hastaların ve hasta yakınlarının sorabilecekleri soruları göreceğiz.

Anne Dodge vakasında, basit fakat hayat kurtarıcı soruları soran Falchuk idi ve bunları cevaplayabilmek için daha ileri gitmesi gerekiyordu. Anne Dodge’un da daha ileri gidilmesini, daha fazla kan testi için kan vermeye ve acı verici tetkiklerin uygulanmasını kabul etmesi gerekiyordu. Rızası için, sadece Falchuk’un yeteneklerine değil, samimiyetine ve hislerine de güven duyması gerekiyordu. Bu, Rother ve Hall’un çalışmalarının diğer

bir boyutudur: konuşulan veya konuşulmayan lisan, doğru bir teşhis için gerekli bilgileri vermeye nasıl yardımcı olabilir ve bir hastayı doktorun tavsiyesine “itaat” etmeye nasıl razı edebilir. “İtaat”ın, babalık hissi uyandırarak, hastaları güçlü-kuvvetli doktorlarının söylediği her şeyi yapan pasif oyunculara indirgeyerek, olumsuz yan etkisi olabilir. Ancak, Rother ve Hall’un araştırmalarına göre, güven ve karşılıklı hoşlanma hissi olmadan, Anne Dodge belki de Falchuk’un ek kan testleri ve endoskopi önerilerini reddedecekti. Kötüleyici klinik dilinde” itaat-siz” olacaktı. Hala da doktorlarını, eriyip giderken günde üçbin kalori tükettiğine ikna etmeye çalışacaktı.

Myron Falchuk’la konuşurken, Anne Dodge vakasından sonra klinik başarılarından değil de, hatalarından konuşmaya başlamamız, Falchuk’a olan saygımı daha da arttırmıştı.

Tekrar ediyorum, her doktor hata yapabilir. Hiçbir doktor her zaman doğru olamaz. En mükemmel doktor bile, yanlış tanı koyabilir ya da yanlış tedavi yöntemini seçebilir. Bu bir “tıbbi hata” meselesi değildir. Tıbbi hatalar geniş kapsamlı olarak meslek dergilerinde yayınlanmaktadır ve Ulusal Bilim Akademisinin Tıp Enstitüsü’nün raporlarında analizleri yapılmaktadır. Bunlar daha çok yanlış dozda antibiyotik yazmak ya da röntgen filmine tersten bakmayı kapsamaktadır. Yanlış tanı farklıdır. Tıbbi zihin yapısına açılan bir penceredir. Doktorların varsayımlarını neden sorgulamadıklarını, düşüncelerinin neden bazen kapalı veya saptırılmış olduğunu, bilgilerindeki boşlukları neden atladıklarını ortaya koyar, teknik bir yanlışlık değildir. Hastalara zarar veren yanlış teşhisler üzerine yapılan bir çalışma, yüzde sekseninin, Anne Dodge’un vakasında olduğu gibi, dar bir çerçeve içine konarak, belli bir tanıyı destekleyen bilgilerin göz ardı edilmesi gibi, algılamaya dayalı bir dizi hatalar olduğunu göstermiştir. Yüz yanlış tanıyı inceleyen bir başka çalışmada ise, sadece hataların % 4’ünün bilgisizlikten dolayı yapıldığı ortaya çıkmıştır. Doktorlar, klinik doğrularını göz ardı etmekten ziyade, algılama tuzaklarına düştüklerinden dolayı tö-

kezlemiştir.

Ben, kendi otuz yıllık meslek hayatımda yapmış olduğum yanlış teşhislerin hepsini hatırlıyorum. İlki, Massachusetts Genel Hastanesinde dahiye servisinde asistanken başıma geldi; Roter ve Hall'un çalışmaları bu yanlışlıkların açıklamaktadır. Hastalarımın biri, şikayetleri hiç bitmezmiş gibi görünen, sesi kara tahtaya sürtünen tırnak gibi cızırtılı çıkan, orta yaşlı bir kadındı. Bir gün, yeni bir şikayeti oldu. Göğsünün üst kısmında bir rahatsızlığı vardı. Bu rahatsızlığın nedenini anlamaya çalıştım, - yemek yeme, egzersiz, öksürme - nafile. Daha sonra, göğüs röntgeni ve kardiyogram dahil tüm rutin testleri istedim. Hepsi normaldi. Zorunluluktan asit giderici hap yazdım. Ancak, şikayetleri devam etti ve ben kulaklarımı tıkadım. İşin aslında, değişik bir şekilde düşünemedim. Haftalar sonra, Acil Servise çağırıldım. Hastamın aort aneurizma disseksiyonu - kalpten tüm vücuda kan taşıyan atar damarın yırtılma riski vardı. Hastam öldü. Her ne kadar aortun yırtılması, tanısı konduğunda, genelde ölümcül olsa da, teşhisi koymamaktan dolayı kendimi hiç affetmedim. Kurtulabilme olasılığı vardı.

Roter ve Hall'un tarafların birbirlerini sevip sevmemeleri üzerine yaptıkları çalışma, otuz yıl önce, kısmen klinikte oluştu. Duyguların, ne şekilde doktorların dinleme ve düşünme yeteneklerini etkileyebileceklerinin öğretilmesini ve bunun farkına varabilmemizin sağlanmasını dilerdim.

Hastalarından hoşlanmayan doktorlar, belirtilerin dile getirilmesi sırasında sık sık sözlerini keserler ve uygun gördükleri bir tanı ve tedavi yöntemi üzerine sabitlenirler. Doktor, yanlış tanının doğruluğuna daha da ikna olur ve bu tanıya karşı psikolojik bir bağlılık gösterir. Yanlış kararlarına sadık kalır. Hastasına karşı duyduğu olumsuz hisler, bu sonucu bırakıp klinik resmi değişik bir çerçeveye oturtmasını engeller.

Doktorların düşüncelerinin bu şekilde sapması, kötü bakıma yol açar. En dikkati çeken şey ise, sadece doktorların olumsuz hislerinin sonuçları değildir. Araştırmalar, hastaların doktorlarının olumsuzluğunu hissettiklerini

göstermesine rağmen, pek azının bu olumsuzluğun bakımlarını kötü yönde etkileyeceğinin farkında olduklarını ve bu nedenle doktorlarını nadiren değiştirdiklerini gösterirler. Şikayetçi oldukları ve doktorlarının sabrını zorladıkları için kendilerini suçlamayı tercih ederler. Bunun yerine, hastalar konuyu kibarca ama serbestçe doktorları ile konuşabilmelidir. Hasta “Çok iyi iletişim kuramadığımı hissediyorum” diyebilir. Bu, doktora, bir uyumsuzluk sorunu olduğu sinyali verecektir. Sorun, ilişkiyi güçlendirmek isteyen hasta ile doktoru arasında açık sözlülükle çözülebilir. Diğer doktorlara, bir hasta olarak, doktorlarında olumsuz tavırlar sezerlerse ne yapacaklarını sorduğumda, hepsi tereddütsüz başka bir doktor bulacaklarını söylediler.

BÖLÜM 1

Etten ve Kemikten Karar Vermek

1 976 yılının bunaltıcı bir Haziran sabahında, kolalanmış beyaz bir gömlek giydim, siyah çantama bir stetoskop koydum ve aynada üçüncü defa kravatımın düzgün bağlanıp bağlanmadığını kontrol ettim. Sıcağa rağmen, Cambridge Caddesi boyunca hızlı hızlı yürüyerek, Massachusetts Genel Hastanesinin giriş kapısına geldim. Uzun süredir beklenen an gelmişti, stajyer doktorluğumun ilk günüydü - doktorculuk oynamanın sonu gelmişti, gerçek bir doktor olmanın başlangıcıydı. Tıp Fakültesindeki öğrenci arkadaşlarımla birlikte, ilk iki yılımızı, dersliklerde ve laboratuvarlarda, deneyler yapmak için mikroskop ve petri kapları kullanarak, ders kitaplarından ve kılavuzlardan anatomi, psikoloji, farmakoloji ve patoloji öğrenerek geçirmiştik. Bunu takip eden iki yıl içinde hasta başında eğitim aldık. Bir hastanın hikayesinin nasıl düzenlenmesi gerektiğini öğrendik: ana şikayeti nedir; ilgili belirtileri nelerdir; tıbbi geçmişi nedir; ilgili sosyal veriler nelerdir ve uygulanmakta olan tedavi yöntemleri. Daha sonra hastaları nasıl muayene etmemiz gerektiğini öğrendik: normal ve

anormal kalp seslerini dinlemek, karaciğer ve dalağı elle muayene etmek; boyunda, kollarda ve bacaklarda nabız ölçmek; retinada sinir yapılarını ve damar dağılımlarını izlemek. Her bir adımda, yakından izleniyorduk, ellerimizle sıkıca öğretmenlerimize, yetkili doktorlara tutunuyorduk.

Tıp fakültesindeki dört yıl boyunca, bir hastanın hayatının sorumluluğunu alabileceğim düşüncesiyle, her detay ve bilgiyi öğrenmeye çalışan, çalışkan ve gayretli bir öğrenciydim. Dersliklerde hep en önde oturdum ve konsantre olmak için kaskatı kesilir, kafamı bile çevirmezdim. Dahiliye, cerrahi, pediatri, kadın ve doğum klinik derslerinde de aynı konumumu devam ettirdim. Her şeyi hazmetmeye azimli olarak, dersler ve hasta başı ziyaretlerinde bol miktarda notlar aldım. Bu notları kartotekslere geçirdim ve masamın üzerinde konularına göre istifledim. Hafta sonlarında, bu notları ezberlemeye çalışırdım. Amacım, hafızamda bir ansiklopedi depolamaktı. Böylece, bir hasta ile karşılaştığımda, bu ansiklopediyi aklımda açabilecek ve doğru tanıyı ve tedaviyi hemen bulabilecektim.

Yeni stajyerler hastanenin Bulfinch binasındaki bir konferans salonunda toplandı. Bulfinch binası, 1823'den kalma, Greko-Romen kolonları ve yerden tavana kadar pencereleri olan, zarif gri taşlardan yapılmıştı. Bu binada, anestezi eterin ilk defa 1846'da tanıtımının yapıldığı amfi olan meşhur Ether Dome da bulunmaktaydı. 1976'da, Bulfinch binasında, hala, ince plastik paravanlarla ayrılmış, yaklaşık iki düzine yatağın bulunduğu mağara gibi odalardan oluşan koğuşlar vardı.

Tıp Fakültesinin başkanı Alexander Leaf tarafından karşılandık. Leaf'in mesajı çok basitti - bize, stajyerler olarak hem öğrenme hem de hizmet verme ayrıcalığımız olduğunu söyledi. Fısıldar gibi konuşmasına rağmen, aldığımız mesaj çok net ve güçlüydü: Massachusetts Genel hastanesindeki stajyerlik programı çok seçkindi ve tıp kariyerimizde bizlerden çok şeyler beklenmekteydi. Daha sonra şefimiz her bir stajyere programını verdi.

Üç klinik servisi vardı. Bulfinch, Baker ve Philips. Oniki ay boyunca bun-

ların hepsinde rotasyon yapacaktık. Her bir klinik servis değişik bir binada konumlandırılmıştı. Bu şekli ile üç bina, Amerika'nın sınıf yapısının aynasıydı. Bulfinch'deki açık koğuşlar, özel doktoru olmayan, genellikle Kuzey ucundan gelen yoksul İtalyanlar ile Charlestown ve Chelsea'li İrlandalılara hizmet vermektedir. Stajyer ve asistanlar, bu hastaların "kendi" hastaları olması açısından, Bulfinch koğuşunda hizmet vermekten büyük kıvanç duyarlardı. Baker binasında, sigortalı işçi sınıfı ve orta sınıf, "yarı-özel" hastalar, iki-üç kişilik odalarda yatarlardı. "Özel" servis, onbir kat yüksekliğindeki, Charles nehrine bakan gösterişli Philips binasındaydı. Her oda ya tek kişilikti, ya da suitti. Geçmişte bu suitlerde hastaların, hizmetçileri ve uşakları ile birlikte kaldıkları söylentisi vardı. Çok zenginler, çoğu Beacon Hill'de muayenehaneleri olan ve kendileri de Boston'a ilk yerleşen ailelerinden gelen özel doktorları ile birlikte Philips binasına kabul ediliyorlardı.

Ben, Baker servisinde başladım. Takımımız iki stajyer ve bir asistandan oluşuyordu. Dr. Leaf ile yapılan toplantıdan sonra, üçümüz derhal kata giderek bir deste hasta çizelgelerine daldık. Asistan, çok hasta olanları kendine alarak, hastaları üçümüz arasında paylaştırdı.

Her birimiz, üç gecede bir nöbetçiydik. Benim nöbetim ilk gece başladı. Yalnız nöbet tutacak ve yeni gelenlerle birlikte, tüm kattaki hastalardan sorumlu olacaktık. Ertesi gün sabah saat 7.00 de toplanacak ve bir gece önce olanları görüşecektik. "Unutma, yere sağlam bas ve kaleyi iyi koru" dedi asistan bana, yarışaka olarak. Stajyerler, sadece çok önemli durumlarda yardım isteyeceklerdi. "Eğer gerçekten bana ihtiyacın olursa, beni arayabilirsin" diye devam etti, "fakat dün gece nöbetçi olduğum için uyuyor olacağım."

Ceketimin sol cebine dokundum ve tıp fakültesindeyken tuttuğum not kartoteksini yokladım. Kendi kendime, notların beni suyun üstünde tutmak için gerekli olacak desteği sağlayacağını söyledim. Günün büyük bö-

lümünü hastaların çizelgelerini inceleyerek ve hastalarla tanışarak geçirdim. Midemdeki düğüm yavaş yavaş çözülmeye başlamıştı. Ancak, diğer stajyerler ve asistan hastalarını bana devredip nöbette karşılaşabileceğim sorunlar hakkında dikkatimi çektiklerinde, düğüm tekrar sıkılaşmaya başladı.

Baker'ın üzerine loş bir sessizlik çökmüştü. Hala tanışmadığım bazı hastalarım olduğunu fark etmiştim. 632 no.lu odaya gittim ve kapının üzerinde yazan ismi listemde kontrol ederek kapıyı tıklattım. Bir ses "Girin!" dedi.

"İyi akşamlar Bay Morgan. Ben Doktor Groopman, yeni stajyeriniz." "Doktor Groopman" tanımlaması bana çok yabancı gelmişti. Ancak aynı titr, ceketimin cebine iğnelenmiş isim plakasında da yazılıydı.

William Morgan çizelgede, ilaçla kontrolü zor hipertansiyonu olan 66 yaşında, zenci olarak kayıt edilmişti. İki gün önce göğüs ağrıları ile hastaneye giriş yapmıştı. Akıl ansiklopedimden zencilerin kardiyak genişlemesi ve böbrek yetmezliği ile daha komplike bir hale gelebilecek hipertansiyona sahip oldukları gerçeğini hatırladım. Acil Servisteki ilk değerlendirmeler, takip eden testler ve EKG, arterde tıkanıklık nedeniyle oluşan bir ağrı olan angina çağrışımı yapmamaktaydı. Bay Morgan elimi sıkıca sıkarak gülümsedi. "İlk gün ha?"

Başımila onayladım. "Çizelgenizde posta dağıtıcısı olduğunuzu gördüm," dedim. "Benim dedem de postanede çalışıyordu."

"Dağıtıcı mı?"

"Hayır, mektupları tasnif ediyor ve pul satıyordu."

William Morgan bana, kendisinin de bu şekilde işe başladığını ancak "rahatsız bir tip" olduğundan, en kötü havalarda dahi, içerde çalışmak yerine dışarıda çalışmayı yeğlediğini söyledi.

Şu anda, benim de içerde - yalnız, bir kat dolusu hasta insandan sorumlu - olmak yerine dışarıda olmayı tercih edeceğimi düşünerek, "Ne demek istediğinizi çok iyi anlıyorum" dedim. Bay Morgan'a gün içinde çekilen

röntgen tetkikleri ile ilgili bilgi verdim. Bir dizi mide-barsak kanalı testleri, yemek borusunda ve midede hiçbir sorun olmadığını ortaya koymuştu.

“Bunu duymak çok iyi.”

Tam Bay Morgan’a hoşçakal diyecekken, aniden yatağında doğruldu. Gözleri büyümüşü. Çenesi aşağı düştü. Göğsü hızlı hızlı inip kalkmaya başladı.

“Neyiniz var Bay Morgan?”

Kafasını yana salladı, konuşamıyordu, acizane nefes almaya çalışıyordu.

Düşünmeye çalıştım, ancak düşünemedim. Ansiklopedi kaybolmuştu. Ellерim terledi, boğazım kurudu, hareket edemedim. Ayaklarım sanki yere çakılmıştı.

Derinden bir ses “Bu adam tehlikede” dedi.

Arkama döndüm. Arkamda kırklarında, kısa siyah saçlı, koyu renk gözlü ve kulp bıyıklı bir adam duruyordu. “John Burnside” dedi. “Birkaç yıl önce burada eğitim görmüşüm. Bazı eski arkadaşlarımı görmek için, buralar dayken uğrayım dedim. Virginia’da kardiyologum.”

Kulp şeklindeki bıyığı, kısa kesilmiş saçları ile Burnside sivil savaştaki karakterlere benziyordu. Bu anlaşmazlıkta savaşmış olan aynı isimli meşhur bir generali anımsadım. Burnside hoyratça stetoskobu cebimden kaptı ve Morgan’ın göğsüne dayadı. Birkaç saniye sonra aletin çanını Bay Morgan’ın kalbinin üzerine koydu ve kulaklıkları çıkartıp bana uzattı. “İşte dinle.”

Bir fiçinin musluğu sonuna kadar açılmış, sonra bir anlığına kapanmış, sonra tekrar açılmış gibi sesler duydum. Bu süreç tekrar tekrar devam edip gidiyordu. “Bu adam az önce aort kapağını yırttı” dedi Burnside. “Bir kalp cerrahının müdahalesine ihtiyacı var. Çabuk.”

Ben bir hemşire bulmak için koştururken Burnside Bay Morgan’ın yanında kaldı. Hemşire, bir başka hemşireye ameliyat takımının hazır olması için çağrı yapmasını söylerken, solunum seti ile birlikte peşimsıra koşturdu. Dr. Burnside çabucak Bay Morgan’ın ağzından içeri hava borusu

soktu ve hemşire ambu torbasından oksijen pompalamaya başladı. Diğer hemşireler de geldi. Kalp cerrahı da ortaya çıktı. Hep birlikte Bay Morgan'ı ameliyathaneye yetiştirdik. Dr. Burnside hoşçakal dedi. Kendisine teşekkür ettim.

Baker'a dönüp birkaç dakika hemşirelerin bankosunda oturdum. Olay gerçek değilmiş gibiydi - hastalarımın biri ile ilk sohbetin tadını çıkarmak, sonra, deprem gibi, Bay Morgan'ın aniden rahatsızlanması, sonra Dr. Burnside'in hızır gibi yetişmesi. Cebimdeki kartların ağırlığını hissettim. Öğrenciyken doktorculuk oynarken aldığım 'A'lar. Gerçek yaşamda kendime 'F' verdim.

Gecenin geri kalan bölümünde işlerimi yapmam için kendimi zorladım: ishal olan bir hastanın potasyum seviyesini ölçtüm; kan şekeri çok yükselen bir şeker hastasının insülin dozunu ayarladım; anemisi olan yaşlı bir hastaya iki ünite daha kan verilmesi için talimat verdim. Her bir görev arasında düşüncelerim hep Bay Morgan'a dönüyordu. Tıp fakültesinde, fizyoloji derslerinde, kardiyak çıkış ve akciğerlerde gaz alış veriş ile ilgili formüller; farmakoloji dersinde ise kalp kasları için değişik medikasyonlar öğrenmişim. Hasta başı vizitlerinde hastaların kalp atışlarını dinlemek için saatler harcamıştım. Ancak Bay Morgan'ın göğsünde duyduğum seslerin ne olduğuna ve bu durumda ne yapılması gerektiğine dair hiçbir fikrim yoktu. Yüksek notlarımın hiçbir manası yoktu. Massachusetts Genel Hastanesinin seçim komitesi bana stajyerlik önermekle bir hata yapmıştı. Yıllar boyu hazırlandıktan sonra, boş bir kafa ve ayaklarım yere çakılmış olarak kalakalmıştım.

Neyse ki, gecenin geri kalan bölümü olaysız geçti. Üç hasta kabulü yapılmıştı ama hiçbirisi ciddi değildi ve değerlendirmelerinin çoğu Baker servisine yatırılmadan önce Acil Serviste yapılmıştı. Sabah saat 3.00 civarında ameliyathaneyi aradım. Bay Morgan'ın açık kalp ameliyatında kurtulduğunu, kalbine yapay kapakçık takıldığını öğrendim. Rahatladı-

ğımdan omuzlarım düştü.

Stajyerlikteki o ilk gecem, bana, tıp fakültesinde öğretilenden daha değişik düşünmem gerektiğini öğretti - gerçekten, daha önce düşündüğüm-den ciddi olarak farklı biçimde. Bu fikir, Bay Morgan gibi hastalara daha önce rastlamış olmama rağmen oluştu. Tıp Fakültesindeyken, bir dizi yazılı verilerden oluşan, “kağıt üzerinde” dediğimiz vakalar çalışırdık. Hocam, şöyle başlayan detaylı bir bilgi notu verirdi: “66 yaşında, zenci, emekli posta dağıtıcısı, kontrol edilememiş hipertansiyonu var, son haftalarda kötüleşen ciddi göğüs ağrıları ile hastaneye kabul edilmiş. İlk değerlendirmeler angina olasılığını göstermedi. Hastaneye gelişinin üçüncü gününde nefes alma zorluğu baş gösterdi. Hocam, daha sonra Bay Morgan’ın durumu hakkında daha fazla bilgi verir - tansiyonunun genel durumu, geçmişte hipertansiyonu kontrol edemeyen ilaçlar - ve bizi problemin şematik analizini yapmakta yol gösterirdi. İlk önce ana şikayet, burada, akut nefes darlığı. İkinci olarak, mevcut hastalığın tarihçesi, angina söz konusu değil burada. Üçüncü sırada, medikal geçmiş, burada kontrol edilememiş hipertansiyona dikkat etmek lazım. Dördüncü, fizik muayene. Bu noktada hoca, stetoskoptan duyduklarını detalandırırdı: nefes sesleri “hırıltılı” olarak tanımlanır, akciğerlerde sıvı var demektir; diğer bir kalp sesi, “S3”, kardiyak arızasını ortaya koyar; ve aorttaki ters akıştan doğan azalan ve yükselen üfürüm - kanın sol karıncıktan pompalanması ancak sonra tekrar kalbe geri dönmesi.

Öğrenciler, ne olabileceği konusunda fikirlerini bildirirken, elleri birer birer havaya kalkardı. Hocamız, daha sonra varsayımları alır ve tahtaya yazarak, bu tip medikal geçmişe ve fizik bulgulara sahip bir erkekte nefes darlığının olası nedenlerinin sıralandığı bir “ayırıcı tanı” listesi oluştururdu. Bu ayırıcı tanı listesinden doğru tanıyı belirleyecek ve hasta en sonunda kalp-akciğer nakli için ameliyat odasına girene kadar, nefes ve dolaşım fonksiyonlarının düzeltilmesi için yapılması gereken işlemleri sıralardı.

Tıp fakültesindeki son iki yılda, hastaları hasta başı ziyaretlerinde gördüğümüzde, sorumlu doktorlar da, benzer bir zihinsel strateji modeli çizdi. Klinik bulguların sakin, temkinli ve çizgisel analizlerinin yapılmasında ve hastalığın nasıl tedavi edilmesi yönünde bize yol gösterdi.

Colorado Üniversitesi, Boulder'deki Kavrama Bilimi Enstitüsünden Robert Hamm'ın de savına göre, hocalarımız ve sorumlu doktorlar da, William Morgan gibi bir hastayla karşılaştığında, bu şekilde düşünmüyor. Hamm, bu gibi durumlarda herhangi bir “muhakeme” yapıp yapılmadığının kesin olmadığını yazmaktadır. Araştırmalar, kıdemli doktor ile öğrenciler için, eğitici bir egzersizde işe yarar tanıya varmak genellikle yirmi ila otuz dakika sürmesine karşın, uzman bir klinisyenin, yirmi saniye içinde hastanın rahatsızlığının ne olduğuna dair bir fikir oluşturduğunu göstermektedir. Hamm ve doktorların kavraması üzerinde çalışan diğer araştırmacılara göre, eğer John Burnside'a, kafasından neler geçtiğini sormuş olsaydım, açıklamada zorluk çekecekti. Basitçe, herşey çok hızlı gelişmiştir.

Halifax, Nova Scotia'da acil servis doktoru olan Dr. Pat Croskerry, akademik kariyerine gelişimci psikolog olarak başlamış olup, şimdi doktorların kavraması üzerinde çalışmaktadır. Bana açıkladığına göre, “kanlı-canlı karar vermek” temelde “örnek tanımlama” yöntemine bağlıdır. Bir hastanın sorunlarına ait ana bulgular, - medikal geçmişinden de olsa, fizik muayenelerden de olsa, röntgen sonuçlarından veya laboratuvar testlerinden de olsa - doktorun belli bir hastalık ya da konum olarak belirlediği bir örneğe uyar. Croskerry'nin bana söylediğine göre, örnek tanımlaması, “algılamasının aciliyetini yansıtır.” Birkaç saniye içerisinde oluşur, çoğunlukla bilinçli bir analiz yoktur; ençok doktorun hastayı görsel olarak değerlendirmesine dayanır. Bilgilerin, adım adım, doğrusal olarak birleştirilmesi ile oluşmaz. Zihin, bir mıknaş gibi davranır ve her yönden gelen bilgileri toparlar.

Stajyerliğimin o ilk gecesinde, düşüncenin davranıştan ayrılamayacağını da öğrendim. Massachusetts Teknoloji Enstitüsünde Profesör olan Donald A. Schön, değişik mesleklerde kavrayış üzerine bir çalışma yapmıştır. Schön'ün inanışına göre tıp, diyelim ki ekonomiye göre, daha fazla “iş başında düşünmeyi” kapsar. Bir ekonomist, önce birçok veriyi toplayıp bir araya getirip değerlendirerek işe başlar. Ancak derleme ve değerlendirme bittikten çok sonra, sonuca varır ve tavsiyelerde bulunur. Hasta başındaki doktorlar ise, çok fazla veri toplamazlar ve daha ziyade olası tanılar hakkında değişik varsayımlar geliştirirler. Doktorlar, hastayla karşılaştıkları ilk andan itibaren tanıyı düşünmeye başlarlar. Daha “Merhaba” derken dahi, soluk benzini veya pembeliğini, başının eğikliğini, gözlerinin ve ağzının hareketini, soluk alma derinliğini kaydederek, hastanın fiziksel değerlendirmesini yapmaya başlarlar. Rahatsızlığın ne olabileceği hakkındaki düşünceleri, hastanın gözlerinin içine bakarken, hastanın kalbini dinlerken ve karaciğeri muayene ederken ve ilk çekilen röntgen filmlerine bakarken de devam eder. Araştırmalar, doktorların çoğunun bir hasta ile karşılaşmalarında iki veya üç olasılık düşünebildiklerini göstermiştir - çok yetenekli olanlar, kafalarında dört, beş olasılık geliştirebilirler. Hepsi, varsayımlarını yetersiz vücut bilgisinden geliştirirler. Bunu yapabilmek için, doktorlar kısa yol kullanırlar. Bunlara “önsezi” denir.

Croskerry, bir doktorun benzersiz hastalarla karşılaştığında veya hızlı çalışması gerektiğinde ya da teknolojik kaynakları sınırlı olduğunda, önsezilerin ortaya çıktığını söylemektedir. Kısa yollar, doktorun durumun taleplerine ve belirsizliğine olan yanıtıdır. Bunlar, klinik tıbbın gerekli çalışma takımlarıdır. Burada doktor, düşünce ile hareketi birleştirmelidir. Croskerry'nin dediği gibi, “hızlı ve ucuzdurlar,” kanlı canlı teşhisin özüdürler.

Sorun şudur ki, tıp fakülteleri kısa yol öğretmezler. Aslında, kısa yol kullanmamanız öğretilir, zira bu kısa yollar, okullarda yapılan eğitici egzer-

sizlere veya sorumlu doktorla hasta başında yapılan vizit çalışmalarına tamamen zıttır. Bay Morgan gibi bir hastanın kağıt üzerinde irdelediğimiz vakasında, sorunun tüm elemanları incelendiğinde, bizden akut kalp yetmezliği üzerinde durmamız istenecekti. Kalp kaslarında oluşan gerilme değişiklikleri ve yırtılan kapakçıktan geçen kan akımındaki değişiklikler de takip edecekti. Tabii ki bir doktor, fizyoloji, patoloji ve farmakoloji bilmelidir. Ama aynı zamanda okulda, gerektiğinde kısa yolları kullanabilmek için, tuzakları ve tehlikeleri ile önseziler de öğretilmelidir.

Bu kitabın ileri bölümlerinde, önsezilerin olgun tıbbi düşüncenin temeli olduğunu, nasıl hayat kurtarabileceğini ve klinik kararlarda nasıl büyük hatalara yol açabileceğini araştıracağız. En önemlisi, doğru kısa yollar, en doğru hissi sıcaklıkta uygulanmalıdır. Doktor, kullanmakta olduğu önsezilerin ve kendi hislerinin bunu nasıl etkileyebileceğinin farkında olmalıdır.

Tıp eğitiminde ve karar verme araştırmalarında, doktorların hislerinin düşüncelerine etkisi çok az yer alır. “pek çok kişi, tıbbi karar vermenin, duyguların etki etmediği, gerçek ve doğru bir işlem olduğunu varsayarlar. Ancak Croskerry bana, “bunun tersi doğrudur” dedi. Doktorun iç hali, gerilim durumu, klinik kararlarda ve hareketlerde yer alır ve etkili olur. Croskerry, görev performansı hakkında, psikomotor becerileri üzerinde çalışma yapan psikologlar tarafından geliştirilen Yerkes-Dodson kanunundan bahsetti. Bu kanun, çan şeklinde bir eğri ile ifade edilir.

Dikey eksen, bir kişinin “performansını,” yatay eksen ise, “tahrik” - yani adrenalin ve diğer strese bağlı kimyasallar ile oluşan gerilim - seviyesini gösterir. Yükselmeye başlamadan önce, çanın dibinde, hemen hemen hiç gerilim yoktur. “En tepede, yani en iyi şekilde düşünebilen ve performans gösterebilen zirvede olmak istenir,” dedi Croskerry. Bu noktaya, gerilimin ve korkunun, zihni çabuk odaklandıran ve çabuk reaksiyon gösterten “üretken korku” adını verdi.

Bay Morgan'ın odasındaki o ürkütücü olaydan otuz yıl sonra, üç tıp öğrencisini benzer bir korku durumunda seyrettim. Acil servise ciddi karın ağrıları ile gelmiş olan, kırk yaşlarında Stan isimli bir hastayla ilgileniyorlardı. Ateşi çok az yüksekti ve tansiyonu devamlı düşüyordu. Öğrenciler kendini muayene ettikleri sırada, sıkıntısının derecesini gösterebilmek için bağırdı "lütfen şu ağrıyı durdurun!" Öğrenciler çılgın gibiydi. Bir tanesi içinde morfin bulunan şırıngayı kaptı ve Stan'ın kolundaki damarlardan birine enjekte etti. Bir dakika içinde, Stan'ın nefes alması durdu. Öğrenciler, CPR (kardiyopulmoner resusitasyon- kalp akciğer canlandırması) yaparken, yardım istediler. Neyse ki, teninin dokusuna, sesinin gerçek tonuna ve bileklerinden alınabilen kalp atışlarına rağmen Stan, yaşayan bir hasta değil, yüksek teknoloji ürünü bir mankendi. Bu manken, normal fizyolojik tepkiler göstermek veya değişik hastalıkların belirtilerini vermek üzere programlanabileceği gibi, tedavi yöntemlerine de otomatik olarak tepki veriyordu. Dr. Nancy Oriol, Harvard Tıp Fakültesi Dekanı, o günkü üç öğrencinin de, Stan'a bakmakta olan tüm diğer öğrenciler gibi olduğunu söyledi: bütün gruplar doğru tanıyı atlamışlardı. Stan'ın tansiyonu, akut pankreas iltihabından dolayı düşüyordu. Öğrenciler, bu rahatsızlık için doğru tedaviyi uygulayamadılar ve tansiyonu düşürmek için damardan verilecek doğru sıvıyı ve dozu bulamadılar. Stan'ın ağrıdan bağırma sesine ve bir an önce bir şeyler yapmaları çağrılarına pek çok öğrenci tehlikeli dozda morfin enjekte ederek cevap verdi. "Sana Bay Morgan'ın odasında olanlar Jerry, burada Stan ile öğrencilere oldu," dedi Dr. Oriol. "Okulda öğrenilen herşey unutulmuş gibiydi.

Stan ile yapılan canlandırmalar, sınıflardaki analitik eğitimi ile Yerkes-Dodson eğrisinin en tepe noktalarında örnek tanımlama uygulamaları arasında bir köprü olmak üzere tasarlanmıştır. Ancak Oriol ve diğerlerinin de itiraf ettikleri gibi, aceminin artık acemi olarak kabul edilmeyeceği, ih-

tiyacı olan, yaşayan, nefes alan bir hastanın sorumluluğunu almasının gerekeceği o ilk an, birgün gelecektir.

Yüksek tahrik, sadece bir William Morgan’la karşılaşınca değil, stajyerlik ve asistanlık boyunca da devam eder. Bu eğitim süresince, genç doktorlar yavaş yavaş kendilerini Yerkes-Dodson eğrisinin alt seviyelerinden etkin performans gösterecekleri seviyelere çekmeyi öğrenirler. Benim stajyer grubum bunu, şimdiki stajyerlerin de yaptıkları gibi, çoğunlukla “bir gör, bir uygula, bir anlat” yöntemiyle başardılar. Acil serviste veya yoğun bakım ünitesinde ya da koğuşlarda devamlı olarak “bir tane”ler görürsünüz. Bu bir ciddi kalp krizi, pıhtı atma veya beyin kanaması ya da ani bir felç olabilir. Eğer şanslıysanız, kıdemli doktor evinde uyumuyordur ve durumu değerlendirmek, talimatlar vermek ve hastayı kurtarmak için uğraşmak üzere olay yerine çağırılacak durumdadır. Stajyer olarak, “bir gör”ün yanı sıra, akciğerleri veya kalbi dinleyerek, büyümüş göz bebeklerini kontrol ederek ya da kilitlenmiş ağızdan hava borusu sokarak kıdemlinin verdiği talimatları uygularken, “bir uygula” moduna da adım atmış olursunuz. Kıdemli doktorun verdiği talimatları yakından dinlediniz. Hasar gören bir akciğere oksijen verilmesi için başlattığı adımları, yetmezliğe giren bir kalp için tansiyonu sabit tutmak için, kanı durdurmak ya da krize girmekte olan bir beynin elektrik boşalmalarını engellemek için neler yapılmasını istediğini duydunuz. Eğer şanslıysanız, o anın aciliyetine rağmen, kıdemli doktor, hava borusunu, yanlışlıkla yemek borusu yerine nefes borusuna sokmanın püf noktalarını, emboli halinde pıhtı önleyici sıvının dozajını nasıl ayarladığını, düşen tansiyonu normale getirmek veya krizi engellemek için hangi ilacı tercih ettiğini de açıklayabilir. Bir dahaki sefere, kıdemli doktoru taklit etmek için daha da hazırsınızdır. Aynı anda düşünmeye ve harekete geçmeye başladsınız.

Dr. Burnside'in, William Morgan'ın ne sorunu olduğuna ve ne yapılması gerektiğine karar vermesi onbeş saniye sürdü. Doktorlar, Anne Dodge'un vakasıyla onbeş sene uğraştılar. Anne Dodge, zafiyetten yavaş yavaş ölmekteydi; William Morgan akut kalp yetmezliğinden derhal ölebilirdi. Anne Dodge için, tek bir besin maddesinin, glutenin kesilmesi gerekti; William Morgan için ise, kalbini açıp yeni bir kapakçık konması için daha karmaşık bir müdahale gerekti. Bu tezatlar göze alındığında, bir doktorun Anne Dodge vakasında, William Morgan vakasına göre daha değişik düşündüğünü aklınıza getirebilirsiniz. Kesinlikle, zaman ve görev, ne kadar belirgin analiz istenmesine karşın çabuk yapıcı düşünce farklılığı var. Ancak, iddia ederim ki, benzerlikler farklılıkları geçer. Her iki vakada da, Myron Falchuk ve John Burnside belli bir klinik örneği anımsadılar. Her iki vakada da, duygularını kontrol etmek zorundaydılar. Falchuk, "psikiyatrik" olarak damgalanan hastalara karşı doktorların duyduğu olumsuz hislerden sıyrılmak zorundaydı. Doktorlar, bu tür hastaları, doğruyu söylemedikleri için, nörotik, bayıltıcı, akli dengesi bozulmuş ve genellikle hayalperest görürler, zira bunların sıkıntıları göğüs, barsak veya kemiklerde değil, beyindedir. pek çok araştırma, psikolojik rahatsızlığı olduğu varsayılan hastaların, dahiliyecilerden, cerrahlardan ve jinekologlardan çok az ilgi gördüklerini göstermiştir. Bunun sonucu olarak, fiziksel hastalıkları ya teşhis edilememekte, ya da geç teşhis edilmektedir. Doktorun olumsuz hisleri düşünmesini gölgeler. Burnside'in karşılaştığı durum daha değişiktir: tahrik noktasını düşürerek doğru düşünebilmiş ve çabuk hareket edebilmiştir. Her iki durumda, hissiyat derecesi ayarlanarak, hayat kurtarılmıştır. Bilgi ve duygu ayrılamaz. Her hasta ile her karşılaşıldığında, bu ikisi bir aradadır. William Morgan'ın gibi klinik fiyaskolarda daha fazla, Anne Dodge'unki gibi uzamış kronik durumlarda ise daha az.

Meslektaşlarıma William Morgan'ın odasında neler olduğunu anlattığımda, bir doktorun kendi ruh halini bilmesinin önemi gündeme geldi. Benim korku ve tereddütlerime onlar da aşınaydı. Ancak, benim ve meslektaşlarımdan çok az farkına vardığımız ve doktorların öğrenci, stajyer, asistan olarak ve de tüm meslek hayatları boyunca nadiren tartıştıkları konu, duygularının doktorların kavramalarını, kararlarını, hareketlerini ve tavırlarını nasıl etkilediği konusu idi. Uzun süre, tıpta yapılan hataların teknik hatalar olduğuna inandım - yanlış dozda ilaç yazmak, başka bir hastaya uyan kanı vermek, bir röntgen filmini yanlışlıkla “sol” yerine “sağ” olarak etiketlemek gibi. Ancak, artan miktarda araştırmada görüldüğü gibi, teknik hataların oranı, yanlış tanı ve tedaviye göre çok düşüktür. Hataların çoğu, düşüncedeki yanlışlardır. Bu bilimsel hataların bir kısmının da nedeni duygularımızdır, genellikle farkına varmadığımız ve kolayca itiraf etmediğimiz duygularımız.

BÖLÜM 2

Kalpten Dersler

Yıllar önce, bir ilkbahar ikindi vakti, göğsündeki bir ağrı durmasına neden olduğunda, Evan McKinley, Halifax, Nova Scotia yakınındaki ormanda yürüyüş yapıyordu. McKinley, kırk yaşlarında, formda ve yüksek kondisyonlu, saman sarısı saçlı ve keskin hatlı bir orman bekçisiydi. Son birkaç gündür göğsünde ağrılar vardı ancak, hiçbiri bu kadar keskin değildi. Terlemesi veya baş dönmesi yoktu ve ateşi var gibi hissetmiyordu. Ancak her nefes alışında, ağrı daha da arttı. McKinley, ormanın içinden yavaşça ofisinin bulunduğu kulübeye döndü. Oturup ağrının geçmesini bekledi ama ağrı geçmedi. Orman bekçisi olarak, dik kayalık patikaları tırmanmaktan ya da sırtında yük ile koşmaktan doğan kas ağrılarına alıştı. Ama bu sefer farklıydı, derhal gidip doktora görünmeye karar verdi.

Dr. Pat Croskerry o gün tesadüfen acil serviste çalışıyordu. McKinley'in fiziksel görünümüne baktı: Amerikan orman bekçilerinin üniformalarına benzeyen parlak zeytin rengine mont ve pantolon giymiş, adaleli, ince bir adamdı. Günün büyük kısmını dışarıda çalışarak geçiren bir

adamdan beklendiği üzere, yüzü sağlıklıydı ve alnında terleme yoktu. McKinley, son birkaç gündür göğsündeki ağrıların nasıl arttığını ve bugün nasıl daha kötü olduğunu anlatırken, can kulağı ile McKinley’i dinledi. Croskerry, belirtileri daha fazla detaylandırmak için sorular sordu. McKinley, ağrının göğsünün ortasında kaldığını, ancak kollarına, boynuna ya da sırtına yayılmadığını söyledi. Pozisyon değiştirdiğinde ağrı daha da artmıyordu ve çok derin nefes aldığı anda dahi bayılacak gibi olmuyordu.

Croskerry, kalp ve akciğer hastalıklarının risk faktörlerini kafasından geçirdi. McKinley hayatında hiç sigara içmemişti ve ailesinde de hiçbir kalp krizi, felç veya şeker hastalığı geçmişi yoktu. Croskerry, “sakin yaşam” tabirini kullandığında, Croskerry gibi, McKinley de güldü. McKinley, özellikle hiçbir stres altında olmadığını, aile yaşantısının iyi olduğunu, işini sevdiğini ve hiçbir zaman fazla kilolu olmadığını da ekledi. Dr. Croskerry daha sonra hastayı muayene etti. Öncelikle, hemşirenin kaydetmiş olduğu değerlerin doğruluğunu kontrol etti. Atletik bir adamdan bekleneceği üzere, McKinley’in tansiyonu 110’a 60, nabızı da 60 ve düzgündü. Croskerry, özel dikkat göstererek, hele de derin nefes aldığı zaman, McKinley’in kalbini ve akciğerlerini dikkatlice dinledi. Herşey normal gibiydi. Kasları iyi gelişmişti ve Croskerry göğüs kemiği ile kaburgaların birleştiği noktaya bastırdığında, McKinley hiçbir ağrı hissetmedi. Baldırlarında ve kalçalarında hiçbir hassasiyet ya da şişme yoktu. Son olarak doktor, elektrokardiyogram, göğüs röntgeni ve kalp rahatsızlığını belirleyecek oksijen seviyesi ile kardiyak enzimlerini kontrol edecek kan testleri istedi. Beklediği gibi, bunlar da normaldi.

“Göğüs ağrınıza hiç aldırmiyorum” dedi Croskerry McKinley’e, “Belki kendinizi arazide fazla zorladınız ve bazı kasları incittiniz. Bu ağrının kalbinizden gelmesi şüphesi sıfır.” Sakinleşmiş olarak, orman bekçisi evine döndü.

Ertesi sabah, Croskerry izinliydi ve okumayı bitirmeyi planladığı ro-

manın bir bölümünü okudu. Croskerry gayretli bir sporcuydu ve 1976 Montreal Olimpiyatlarında Kanada kürek Olimpik Takımında yer almıştı. Formda kalmak için o gün, Halifax rıhtımının etrafında dört mil koşmuştu. Akşamın erken saatlerinde acil servise geldiğinde, bir meslektaşı ile karşılaştı. “Dün baktığın şu adam, çok enteresan bir vaka,” dedi doktor, “bu sabah kalp krizi tanısı ile geldi.”

Croskerry donup kalmıştı. Acil servisteki kayıtlardaki notlarını gözden geçirdi. Meslektaşı sakinleştirmeye çalıştı: “Eğer bu adama ben bakmış olsaydım, senin yaptığın kadarını da yapmaz, bu testleri de istemezdim.” Fakat Croskerry bu sözleri yeterli bulmadı. Bunun nedeni, kendisini kusursuz görmesi değildi. Tam tersine, basit bir bilimsel hata yapmıştı ve bu hata orman bekçisinin hayatına mal olabilirdi. “Çok açık, atlamıştım,” dedi Croskerry bana, McKinley’in vakasını aktardıktan sonra. “Peki, neden atlamıştım? Lakayt tavırlarım ya da baştan savdığım için atlamadım. Atladım, çünkü düşüncelerim adamın ne kadar sağlıklı görüldüğünden dolayı etkilenmişti.” Croskerry’nin sesi bir anlığına titredi. “Neyse ki ölmedi.”

Göğüs ağrısı, bir hastanın acil servise gelmesinin en sık görülen ikinci nedenidir (birinci neden karın ağrısıdır). Birleşik Devletler ve Kanada’da, her sene McKinley gibi altı milyon insana bakılır. Sık görülmesine rağmen, göğüs ağrısı bir klinisyenin çözmesi gereken bir sorundur. Geri dönüp baktığında, Croskerry Evan McKinley’i muayene ettiğinde, bekçinin anstabil angina - genellikle bir kalp krizinin başlangıcını gösteren, koroner arter-kalp damar- hastalığının neden olduğu, düzensiz artan göğüs ağrısı - başlangıcında olduğunun farkına vardı. “Anstabil angina EKG’de görünmedi, çünkü yüzde ellisi zaten görünmez,” dedi Croskerry, sanki kendi kendine ders veriyormuş gibi bir ses tonuyla. “Anstabil angina kardiyak enzimlerinde de görünmedi, zira henüz kalp kaslarında bir arıza yoktu ve kalp kanı pompalaya devam ediyordu, dolayısı ile akciğerlere tekrar dolan sıvı yoktu.”

Croskerry'nin yaptığı yanlış temsil hatası denir: Düşünceniz bir benzer tipe yönlendirilmiştir, dolayısı ile bu benzer tipe ters düşen olasılıkları göz önüne almazsınız ve böylece belirtileri yanlış teşhise göre yorumlarsınız. Croskerry, bakışlarının nasıl McKinley'in formdaki bedenine ve şık zeytuni üniformasına takıldığını, bekçinin fiziğinin ve keskin hatlı yüzünün nasıl kendisine genç bir Clint Eastwood'u anımsattığını - tamamı sağlık ve canlılık ile bağdaştırılır - bana anlattı. Evet, McKinley'in anginasının normal olmayan yönleri vardı; ağrıları koroner arter hastalığının tipik şekli değildi, fizik muayene ve test sonuçları da kalbe yönlendirmedi. Ancak Dr. Croskerry öğrencilerine “Zihninizi normal olmayan bir vakaya göre hazırlamalısınız ki, kendinizi ve hastanızı herhangi bir şeyin olmadığına çok çabuk ikna etmeyesiniz.” diyerek yorum hatasını öğretirken, Evan McKinley'i örnek olarak kullanmaktadır.

Daha genel olarak, doktorlar, hastalar olumsuz bir prototipe uydukları, yorum hatası yaparlar. Dr. Croskerry gibi doktorların algılamaları üzerinde çalışma yapan Toronto Üniversitesinden Dr. Donald Redelmeier, son sıralarda vizitlerde yaşadığı bir olayı bana anlattı. Charles Carver, yetmiş yaşlarında, ticari denizcilikten emekli, küçük bir apartman dairesinde tek başına yaşayan bir adamdı. Geçtiğimiz birkaç ay içinde kendini rahatsız hissetmeye başlamış ve göbeği şişmeye başlamıştı. Carver acil servise geldiğinde, stajyer nefesinde alkol kokusu almış ve Carver akşamları bir kadeh rom içmekten zevk aldığını açıkça söylemişti. Karnı gibi, elleri ve ayakları da şişmişti. Carver tıraş olmamıştı, elbiseleri de eski ve yıpranmıştı. Stajyer kendi kendine, acaba Carver'ın kaç gündür banyo yapmadığını düşünüyordu.

Vizitlerde Dr. Redelmeier'in ilk tanıtımı kısa ve özdü. “Charles Carver, yetmiş üç yaşında, emekli ticari denizci, uzun bir alkol kullanım geçmişi var, artan yorgunluk ve su toplama şikayetleri var.” Carver'ın karaciğerini elle muayene eden stajyer, Redelheimer'a, karaciğerin büyümüş, sert ve nodül

dolu olduğunu söyledi. Redelheimer, stajyeri Carver'ın hastalığının ne olabileceğine dair sorgulamaya başladı. Kısa sürede ortaya çıktı ki, stajyerin kafasında sadece ve sadece bir tek olası teşhis vardı: alkole bağlı siroz. Redelmeier takımdan Carver'ın sorunu ile ilgili daha farklı açıklamalar getirmelerini istedi. Ancak, gözlerindeki bıkkınlığı görebiliyordu. Vizitte kıymetli zamanlarını harcıyorlardı. Yaşlı, pis kokulu, roma batmış bir denizciden çok daha ilgi çekici vakaları tartışıyor olabilirlerdi. "Stajyerin önerisi, denizcinin sarhoşluğunun geçmesini beklemek, hafif idrar sökücü vermek ve bir an önce eve göndermekti" dedi Redelheimer.

Charles Carver gibi adamlar doktora başvurduklarında neler hissedildiğini tartıştığımızda. "İğrenme duygusu ile dolarsınız" dedi Redelheimer. Bu iğrenme duygusu sizi hastadan iter. Tabii ki, bir doktor olarak göreviniz, hastaya doğru teşhisi koymak ve doğru tedavi yöntemlerini uygulamaktır, ama bilinçli olarak ya da bilinçsiz olarak, işinizi mümkün olan en kısa sürede bitirip, hastayı yollamak istersiniz. Doktorlar özellikle kendine bakmayan hastaları - sirozu olan alkolikleri, son safhada amfizemi olan sigara tiryakilerini, çok şişman şeker hastalarını - zamanlarını ve çabalarını bir şekilde daha az hak eden kişiler olarak görürler. Ya da, Anne Dodge benzeri psikiyatrik hastalarda, doktorların talimatlarına uyduklarını söylediklerinde, onlara inanılmaz. Doktorlar, tedavilerinde başarılı olmak isterler ve bu başarının gerekli bir malzemesi de, hastanın iş birliği yapmasıdır. Bir doktor, iş birliği yapmayan hastaların, kendisini Sisipos* gibi hissettirdiğini söylemişti.

Redelheimer'ın kendisi, bu derin iğrenme duygusuna alışkındı. Kendi kendine bu duyguyu tanımayı ve de, kendi deyimi ile "zihninde kırmızı bayrak dikmeyi" öğretmişti. Dolayısı ile o günkü vizitte Redelheimer, stajyerleri ve asistanları Carver'ın karaciğer hastalığı ile değişik hipotezler üretmeleri için zorladı. Kalıtsal bir hastalık olan ve akciğerler ve karaciğerde rahat-

* Sisipos: Tanrı Zeus'a karşı geldiği için kayayı dağın tepesine çıkartmak cezası alan, ancak tam tepeye gelmişken, kaya tekrar aşağı yuvarlandığı için yeniden başlamak zorunda kalan Yunan Kralı.

sızlığa sebep olabilecek alfa-1 antitripsin yetmezliği ve diğer bir kalıtsal hastalık olan ve bakır birikiminin karaciğer ve beyinde rahatsızlığa neden olduğu Wilson hastalığı gibi, çok nadir görülen rahatsızlıklar için testler yapılmasında diretti.

Charles Carver'da Wilson hastalığı çıkması, Redelheimer dahil herkesi çok şaşırttı. Kahkaha atarak "Benim harika bir klinisyen olduğumu söylediler" dedi. "Ama ben hakikaten harika değildim. Sadece kendimi bir yorum hatası yapmamak ve vakayı bir başka lüzumsuz alkolik olarak görüp elimden kaçırmak istemiyordum." Redelheimer, Carver'ın aslında gerçek bir alkolik olmadığını da ekledi. Her gün bir bardak rom içmeyi seviyordu, ama kızının da daha sonra doğruladığı gibi, içtiği sadece günde bir bardaktı. Şimdi, Caver, her akşam rom ile birlikte, hücrelerdeki fazla metali atan bakır eriticiler de içiyor.

Croskerry'nin yorum hatası, iğrenme duygusunun tam zıt kutbunu temsil ediyor. Croskerry, McKinley'in pek çok özelliğini kendinde buluyor: her ikisi de enerjik, işlerini seven, sevgi dolu insanlar ve her ikisi için de dışarıda yaptıkları egzersizler yaşamlarının bir parçası. Bir hasta hakkındaki olumlu güçlü hisler genelde iyi olarak kabul edilir, insancıl tıbbın mihenk taşıdır. Hepimiz, doktorumuzun bizden hoşlandığını hissetmek ve bizi özel olarak görmesini, çağrılarımıza duygusal olarak kulak vermesini, bize hastalığımızın muhteşem biyolojisi nedeni ile değil, kim olduğumuz için ilgi göstermesini isteriz. Genellikle bu gibi olumlu hisler, doktorumuzla ilişkimizi ve aldığımız hizmeti zenginleştirir, ama her zaman değil.

Doktorlar, "güdüleri ile hareket etmekten" kaçınmalıdırlar, özellikle bu güdüleri hastaları ile ilgili duygularla doluyorsa ve bu duygular olumlu dahi olsa. Doktorlar, anlaşılabilir bir şekilde, hastaları ile çok yakından ilgilenirler ve sonucun iyi olmasını isterler. Bu da sorunları derinlemesine irdelemelerini engelleyebilir. Doktorlar, hoşlandıkları, takdir ettikleri veya tanış oldukları hastalar için kazanacak eli dağıtmak için desteyi ayarlamayı karar-

laştırmış gibi görünebilirler. Croskerry, birinci verilere güvenmeyi tercih etti - normal EKG, röntgen ve kan testleri - ki, bu verilerin tamamı McKinley için tercih edilebilir bir tanı nedeni oldu. Sonraki testleri istemedi.

Hepimiz, daha nahoş olasılıklara karşı, olmasını istediğimiz şeyin gerçekleşmesini isteriz; bu doğal yatkınlığa “sonuç eğilimi” denir. Aynı zamanda, her ne kadar parça parça da olsa, ilk sezgileri edindiğimizde, arzu ettiğimiz şeyin olmasını isteriz. Kısacası, arzularımızı yerine getirecek bilgilere çok fazla değer veririz. Bu eğilim, Pat Croskerry gibi ehil bir klinisyeni dahi etkileyebilir.

Evan McKinley vakası, beni Dr. Myron Falchuk ile yaptığımız konuşmaya geri götürdü. Myron bana Anne Dodge’dan bahsettikten sonra, kendisine yakınlarda yanlış bir tanı koyup koymadığını sormuştum. Yüzü bir müddet asıldı. Sonra bana, o yıl daha önceleri muayene etmiş olduğu yaşlı bir yahudiden bahsetti. “Şehrin eski semtinde oturan tatlı, şeker bir karakterdi” dedi. Joe Stern seksen yaşlarının sonunda hala dinçti, Brooklyn’de tur atıyor, yetişkinler için yapılan eğitim kurslarına katılıyordu. Haftalardır devam eden hazımsızlıktan ve özellikle yanmadan şikayet ediyordu. Bu tip belirtiler geneldir ve genellikle pratisyen doktor veya dahiliyeciler tarafından tedavi edilir. Ancak, Falchuk Stern ailesini tanıdığından, Joe’yu kendi hasta listesine aldı. Dört ay süresince, Joe’yu asit giderici haplar ve diğer ilaçlarla tedavi etti. Tedavi Joe’da sadece hafif bir rahatlama ile sonuçlandı.

Falchuk, Joe Stern’in muhabbetinden o kadar keyif alıyordu ki, her ziyaretinde muayene süresini aşıyorlardı. “Joe çok espriliydi. Birlikte eski Yahudi dilinde gırgır yapıyorduk,” diye anımsadı Falchuk. “Birbirimize gerçekten bağlanmıştık. ‘Bu adamcağıza bu zor testleri yapmalı mıyım?’ diye sordum kendi kendime. Dolayısı ile dört ay boyunca ilaçların dozunu ayarlayıp durdum.” Falchuk bir süre durakladı. “Sonra, bir gün, baygın ve yorgun hissettiğini söyleyerek geldi. Bir şeylerin farklı olduğu belliydi.” Falc-

huk, daha önce Anne Dodge’a yaptığı gibi, fiber optik cihazı Stern’in boğazından yılan gibi geçirip midesine inerek, üst endoskopi yaptı. Gördüğü çok önemliydi: Karakteristik görünümü mide lenfomasını çağırıştıran lezyonlar. Alınan örnek de tanıyı destekledi. Şüphe götürmez bir şekilde, kanser bir süredir oradaydı ve Stern’in devam ede gelen hazımsızlık ve reflü şikayetlerini açıklıyordu.

“Bu, tedavi edilebilir bir tür kanser” dedi Falchuk, “ama ben, kendi kendime tepindim. Bu yaştaki birini işlemin rahatsızlığına ve baskısına maruz bırakmak istememiştim. Bundan dolayı da teşhisi atlamıştım.” Şans eseri, Evan McKinley’de olduğu gibi, sonuç iyiydi. Teşhisteki gecikme Joe’ya zarar vermedi; iyileşmeye başladı. Falchuk bitirdikten sonra, yıllar önce benim bir vakamı anlattım, Brad Miller vakasını.

Brad Miller küçüklüğünden beri, koşmayı çok severdi. Annesi, zaman ve mekan fark etmeden ayağında lastik ayakkabısı olmasa bile koştuğu için hep gülerdi. Güney Kaliforniya’da büyürken, her sabah okula üç mil koşar, hafta sonları batı Culver City’den plaja otobüsle gelir, ılık kumda sürat koşusu yapardı. Brad, Üniversite öğrenimi için Doğu’ya gitti. New Haven’ın kırık dökük yolları ve sağnak yağmurları Brad’in şevkini kırmamış, her gün üniversiteden tren istasyonuna giden ve oradan tekrar geri dönen geniş yay üzerinde koşmaya devam etmişti. Brad hiçbir zaman Üniversite takımına katılmadı, hızının takım seviyesi için yeterli olmadığını düşünüyordu. Ancak fark etmezdi, zira koşmak Brad’in hayatının bir parçasıydı. Üniversite ve yüksek lisans eğitiminin streslerini, koşarak attı. Los Angeles’e, elinde dip not olarak James Joyce’un çalışmalarını etkileyen, eski ve modern dişi modeller yazan bir doktora ile döndü. UCLA’de fakültede asistan olarak, yaşamının bloklar arasından sıyrılarak sağlam bir şekilde başladığını hissetti.

UCLA Tıp Merkezindeki hastane odasına ilk girdiğimde, Brad bana “Tanıdık geliyorsunuz” dedi. 1979 yılı kışının başlangıcıydı ve ben hema-

toloji ve onkolojide üst ihtisas eğitimimi görmekteydim. Brad'i inceledim, ama yüzünü hatırlayamadım.

“Sizi iki üç arkadaşla üniversitenin etrafında koşarken görüyorum” dedi. “Ben de koşucuyum - en azından koşucuydum.”

Nerdeyse her akşam, bir grup doktor, Westwood'un tepelerinde koşardı. Özellikle, hastaneden kampüsün köşesine kadar uzayan, Highland Bulvarı kenarındaki rampa çok dikti. Dayanıklılığımı burada test ederdim. “Nefes nefese kalan ben olmalıydım,” dedim. Onun için aklınızda yer etmiş olmalıyım.”

Brad'in gülümseyişi belli belirsizdi.

“Sizi tekrar koşmaya başlatmak için mümkün olan herşeyi yapacağız,” dedim. “Kemoterapi zordur, bunu saklamayacağım, ama farkı yaratacak olan da budur.”

Takriben altı hafta önce, Brad sol dizinde bir ağrı hissetmişti. Önceleri, bunun yaklaşmakta olan maraton koşusu için yapmış olduğu yoğun antrenmanlara bağladı. Ancak, almış olduğu iltihaplanma önleyici ilaçlara rağmen, ağrı hiç geçmedi. Bir spor doktoruna görüldü, doktor da, esneme egzersizleri yapmasını ve antremin yaparken, dizlik takmasını önerdi. Brad doktorun tavsiyesine uydu, ama diz daha çok ağrıyaya ve sertleşmeye devam etti. Doktor bir röntgen çekilmesini istedi. Röntgende, kaval kemiğinin ucunda, tam dizin üstünde bir kütle oluştuğunu söyledi. Sorun kendi uzmanlık alanının dışındaydı ve Brad'in başka bir uzmana görünmesi lazımdı. Doktor, görmüş olduğu durumun ciddiyetini gizleyemedi.

Brad'in dizindeki kütle, bir çeşit kemik kanseri olan osteosarkoma idi. Ülkenin en iyileri arasında bulunan, UCLA'deki onkoloji bölümü, bu tip sarkomaların tedavisinin öncülüğünü yapmıştı. Geçmişte, Brad gibi hastaların bacaklarını kesmek gerekiyordu, ancak yeni bir kemoterapi ilacı olan Adriamycin isminde yeni bir kemoterapi ilacı, genellikle tümörlerim küçülmesi için geliştirilmişti. Yaban mersini rengi ve içeriğindeki zehirli mad-

deler nedeniyle bu ilaca “kırmızı ölüm” lakabı takılmıştı.

Bu ilaç, sadece mide bulantısı, kusma ve ağızda aft çıkmasına neden olmuyor, aynı zamanda yüksek dozlarda, kalp kaslarının da zarar görmesine ve kalp yetmezliğine neden olabiliyordu. Kalpte oluşan bir arıza nedeniyle pompalama kapasitesinin daha sonra iyileştirilebilmesi mümkün olmadığından, hastanın yakın takipte olması gerekiyordu. UCLA'deki tedavi protokolü, amputasyona gerek kalmadan, kanserli hücrelerin ameliyatla alınabilecek boyutlara küçültülmesini sağlamak için, hastalara yüksek dozda Adriamycin verilmesini içeriyordu.

O öğleden sonra, tedaviye başladık. Kusmayı engelleyici ilaçlara rağmen, Brad birkaç saati kontrolsüz olarak çıkartarak geçirdi. Bir hafta içinde, akıyuarlar sayısı tehlikeli bir biçimde düşmüştü. Muhtemel bir enfeksiyonu önlemek için, kendisini izole ettik; sadece maske, eldiven ve önlük giyen kişilerce ziyaret edilebiliyordu. Ham gıdalardaki bakterilerden gelebilecek tehlikeyi önlemek için, diyeti değiştirildi.

Tepsisindeki dokunulmamış yemekleri görünce, “Damak tadına göre değil” diye müşahade ettim.

“Ağzım acıyor” diye fısıldadı Brad. Kemoterapiden dolayı ağızda aftlar çıkmıştı. “Çiğneyebilsem bile, çok tatsız görünüyor.”

Acısını azaltabilmek için, Brad'e özel bir gargara veriyorduk, ama açığı, pek de faydası olmuyordu. Yemeğin iğrenç görüldüğüne ben de katıldım.

“En sevdiğin yemek ne? Kızarmış böbrek mi?”

Brad, bilmiş bilmiş yüzüme baktı.

“İnsanın moralini yükseltmek için Joyce gibisi yoktur.”

Brad'le tanıştığımızda, birinci sınıfta bir seminerde Ulysses'i çalıştığımı anlatmıştım. Profesör ilgili İrlanda tarihini, özellikle Farnell ve paskalya ayaklanmasını; Katolik dinin önemli referanslarını ve bütün sınıfın dik-

katinden kaçacak önemli noktaları anlatmıştı. Kitabın ana karakterlerinden biri kızarmış böbrek seviyordu.

Brad, koğuştaki en sevdiğim hastamdı. Her sabah stajyerler ve asistanlarla vizite çıktığımda, belirtilerinin bir listesini alır, hastalığın bulgularını kontrol etmek için muayene eder ve test sonuçlarını gözden geçirirdim. Daha sonra, moralini yükseltmek ve tedavinin sıkıntısından uzaklaştırmak için zaman harcardım:

Protokol, üçüncü kür Adriamycin'den sonra tomografi yapılmasını öngörüyordu. Eğer kanser kitlesi yeterice küçülmüş ise, ameliyata alınacaktı. Eğer küçülmemişse ya da kemoterapiye rağmen büyüme devam ettiyse, amputasyondan başka yapabilecek bir şey kalmıyordu. Ampütasyondan sonra da, kanserin akciğerlere veya diğer organlara sıçraması ihtimaline karşı, hasta, bir sis kümesi içinde yaşamaya devam ederdi.

Üç kür kemoterapi, Brad üzerinde etkisini gösterdi. Bitkin ve konuşamayacak bir duruma geldi. Sonra, bir sabah, ateşi 38o C'ye çıktı. Asistanlar, sabah vizite çıktığımızda, kan ve idrar kültürü aldıklarını, fizik muayenede odok olduğunu bulamadıklarını söylediler. Bu lafın anlamı, enfeksiyon için bir neden bulamadığıydı. Kişiler, genellikle kemoterapiden sonra, akyuvar sayımlarının düşmesi sonucunda, hafif ateşlenirler; eğer ateşin nedeni belli değilse, antibiyotik tedavisine ne zaman başlanacağı, doktorun inisiyatifine kalmıştır.

“Kendini daha bitkin mi hissediyorsun?” diye sordum Brad’e.

Başıyla onayladı. Enfeksiyonun nedenlerini belirleyebilecek belirtileri tekrar gözden geçirdim: Baş ağrısı, görme bozukluğu, sinüslerinde baskı, boğazında ağrı, nefes almada sorunları var mıydı? Hepsine hayır diye cevap verdi. Balgam var mıydı? Gene hayır. Karın bölgesinde bir ağrı var mıydı, ishal, idrar yollarında yanma? Kesinlikle hayır.

Brad, kendi kendine oturmaktan yorgun düştüğünü söyleyince, bir asistan bir kolundan, bir stajyer diğer kolundan tutarak yatakta doğrulmasını

sağladılar. Brad, bir uzun mesafe koşucusunun hatlarına sahipti, uzun ve yağsız. Adriamycin dozları, ağırlık yerine vücut alanı baz alınarak belirlendiğinden, bu fiziğe sahip bir insanın geniş vücut alanı yüzünden, Brad yüksek doz alıyordu. Artakalmış siyah saçları ter ile kaplanmış, yüzü kül gibi olmuştu.

Gözlerini, kulaklarını, burnunu, boğazını muayene ettim ve dikkati çekecek hiçbir şeye rastlamadım. Sadece, yanaklarının içinde, dilinin altında, tedavinin yan etkisi olan aftlara rastladım. Akciğerlerini dinlerken, Brad çok çaba harcadı ama temizdi ve kalbi de güçlü ve ritimli olarak atıyordu, kalp yetmezliğini gösteren ek ses yoktu. Karnı yumuşaktı ve dalakta hassasiyet yoktu.

“Bu günlük bu kadar yeter” dedim. Brad o kadar yorgun görünüyordu ki, dinlenmeye bırakmak en akılcı çözüm gibi göründü. Başıyla teşekkür etti.

Aynı günün daha ileri saatlerinde, lösemi hastası olan bir hastanın kemik iliği örneğini sonuçlarına bakıyordum. Birden çağrı cihazıma sinyal geldi. Aradığımda, asistan: “Brad Miller’in tansiyonu ölçülemiyor” diye rapor etti. “Ateşi 40’a çıktı ve yoğun bakıma sevk ediyoruz.”

Septik şok. Bakteri kan yollarında yayılınca, dolaşımı durdurabilir. Bu sağlıklı kişiler için dahi tehlikeli olabilir, fakat Brad gibi kemoterapiden dolayı düşük akyuvarlar nedeni ile bağışıklık sistemi zedelenmiş hastalar, genellikle ölürlere.

“Kaynağı buldunuz mu?” diye sordum.

“Sol kalçasında apse gibi bir şey var” dedi.

Bakterilerle savaşacak akyuvar sayısı düşük olan kişiler, genellikle, kalçalar arasındaki bölgeler gibi, devamlı tahriş olan bölgelerde enfeksiyon kaparlardı.

O sabah Brad’in vizitindeki olayları gözümün önünden geçirirken sessiz kaldım. Apses kesinlikle birkaç saat önce de oradaydı. “Bu günlük bu ka-

dar yeter” demiştim. Yetmez işte. Döndürüp kalçalarını ve rektumunu muayene etmemiştim.

“Kültürlerini tekrar alıp, geniş etkili antibiyotik başladıık” dedi asistan. “Yoğun bakım doktorları hastayı devralacaklar.”

“Pekala, iyi iş becerdiniz”. Telefonu kapatırken, kendime daha çok kızıyordum. *Kötü iş, lakayt iş.*

Brad için kalbimin sızlaması, çalışma disiplinimi bozmama yol açtı. Normal olarak, bağışıklı sistemi sekteye uğramış her hasta için, her gün uygulamakta olduğum bir sistem vardı. Kafasının tepesinden başlayarak, ayak tırnağının ucuna kadar her türlü kıvrımı, boşluğu ve organı kontrol etmek. Brad’de yatak örtülerini kaldırmamıştım. Bu ölümcül bir hata olabilirdi.

Günün geri kalan işlerini tamamladıktan sonra, serbest kalır kalmaz, yoğun bakıma koşuşturdum. Brad respiratöre bağlanmıştı ve “merhaba” demek için gözlerini iri iri açtı. Kendisine serumun yanı sıra, kalbin atışını ve damarları kuvvetlendirerek tansiyonu sabit tutmayı sağlayacak tansiyon ilaçları veriliyordu. Bütün Adriamycinlere rağmen, kalp çalışmaya devam ediyordu. Trombosit seviyesi düştüğünden, trombosit nakli yapılıyordu. Yoğun bakım ünitesindeki kıdemli doktor, ailesine durumun ne kadar kritik olduğunu bildirmişti. Onları, başları önlerine düşük, yoğun bakım ünitesinin yanındaki bekleme odasında beklerken gördüm. Önce, beni görmedikleri için, yanlarından yürüyüp geçmeyi düşündüm ama içeri girip omları cesaretlendirici birkaç söz söylemek için kendimi zorladım. Oğullarına gösterdiğim ilgi için bana teşekkür ettiler.

Huzursuz geçen bir geceden sonra, tüm hastalarımın raporlarını gözden geçirmek için asistanlardan önce koğuşa geldim. Vizitler normalden bir saat daha uzun sürdü ama ekibin vermiş olduğu bilgileri bir defa daha kontrol ettim. Ekiptekilerin huzursuzlandıklarını görebiliyordum ama dengemi tekrar bulmam gerekiyordu ve tek bildiğim yöntem de buydu.

Brad Miller kurtuldu. Yavaş yavaş akyuvar seviyesi yükseldi, enfeksiyon halledildi. Yoğun bakım ünitesinden ayrıldıktan sonra, kendisini daha dikkatli muayene etmem gerektiğini söyledim ama neden yapmadığımı söylemedim. Tomografik incelemesi, sarcoma'nın bacağı kesmeden ameliyat edilebilecek boyuta düştüğünü gösterdi. Ancak tümör ile birlikte, büyük bir kısım baldır kasının da alınması gerekti. Koşması çok zordu. Arada sırada, kampüste bisiklete binerken Brad'i görüyorum ve her gördüğümde de, sessizce şükrediyorum.

Klinik tıp ile ilgili en ciddiye alınan konuşmalardan biri, Harvard Üniversitesi, Tıp Fakültesinden Dr. Francis Weld Peabody tarafından 1925'de yapılan konuşmadır. "Hasta bakımının sırrı, hastaya gösterilen ilgidir." Tartışmasız bu doğrudur, ancak görüldüğünden daha az aşıkardır. Peabody, doktorları, eğitimlerinin kendilerini nasıl şartlandığı konusunda uyarmıştır. Gerektiğinde, hislerimizi bastırmayı, gördüğümüz kötü şeylere ve yapmamız gereken katı şeylere karşılık verecek doğal tepkilerimizi bloke etmeyi öğreniriz. Acil Yardım servisinde, bir araba tarafından çarpılmış ya da bir yangında yanmış bir insanı kurtarmaya çalışırken neler yaşanabileceğini düşünün. Eğer bir doktor, önündeki hastayı çok fazla düşünürse, ne eldivenli parmağını kanla dolan bir karına sokabilir, ne de parçalanmış bir gövdeden içeriye nefes alma tüpünü sokabilir. Daha az acil durumlarda bile - yaygın meme kanserli genç bir bayana kemoterapi verirken, ya da böbrekleri iflas etmiş kör bir şeker hastasının koluna diyaliz bağlantısı yaparken - işimizi aksatabilecek duygulardan sıyrılmalıyız. Ancak, hislere tamamen karşı gelmek, Peabody'nin belirttiği gibi, bir doktorun iyileştirici olarak rolünü azaltıp, görevinin tek bir boyutunun ön plana çıkmasına neden olur, taktisyenlik. Eğer hislerimize çok fazla kulak verirsek, fazla içli dışlı olup, çökme tehlikesi ile karşı karşıya kalırız. Diğer taraftan, hislerimizi tamamen silersek, hasta ile ilgilenemeyiz. Burada bir ikilem yaşıyoruz: Hisler, hastamızın ruhuna karşı kör olmamızı engeller, ama rahatsızlıkla-

rına karşı kör olmamız riskini yaratır.

Bu ikilemle ilgili olarak Dr. Karen Delgado ile görüştüm. Delgado, şeker hastalığı, kısırlık ve hipertiroidi gibi hormonal ve metabolik bozuklukları olan hastalara bakan büyük bir şehir eğitim hastanesinde endokrinoloji ve metabolizma uzmanlığı yapan tanınmış bir uzmandır. Bana göre Delgado, tam ideal bir doktor modelidir. Tıp hakkında derin bir bilgisi vardır, hastalarına karşı sevecendir, anlayışlıdır ve vericidir. Delgado'ya hiç yorum hatası yapıp yapmadığını sorduğumda, hemen 1970'de eğitimi sırasındaki bir hastayı anımsadı. Hastanenin Acil Servisine, günün erken saatlerinde bir genç adam getirilmişti. Polis adamı mahalli bir sanat müzesinin merdivenlerinde uyurken bulmuştu. Tıraş olmamıştı, elbiseleri kirliydi ve uyumsuzdu, uyanmak ve hemşirenin sorduğu sorulara cevap vermek için çaba göstermiyordu. Dr. Delgado diğer hastalarla çok meşguldü, adamı göz ucuyla süzdükten sonra, koridorda sedyede uyuyacak, ertesi sabah kahvaltısını ettikten sonra sokaklara salıverilecek, evsiz bir hippie olduğuna karar verdi. Birkaç saat sonra, Dr. Delgado bir hemşirenin kolundan çekiştirdiğini fark etti. "Hakikaten, gelip şu hastayı bir muayene etmenizi istiyorum" dedi hemşire. Delgado kararsızdı ama hastanın hakikaten bir şeyi olduğuna inanan acil servis hemşiresini dikkate alması gerektiğini öğrenmişti.

"Şekeri çok yüksekti," dedi Delgado. Genç adam, şeker komasına girmek üzereydi. Çok zayıf ve bitkin olduğundan evine dönememiş, sanat müzesinin merdivenlerinde uyuyakalmıştı. Sonuçta, bir serseri değil, öğrenci olduğu, kontrolden çıkan şeker hastasının tipik metabolik değişikliklerinden dolayı, polisin ve hemşirenin sorduğu sorulara cevap vermekte sıkıntı çektiği belli oldu.

"Doktor olmanın en zor yönü," dedi Delgado, "en doğruyu hatalarınızdan öğrenirsiniz, yaşayan insanlar üzerinde yaptığınız hatalardan." Bu tecrübesine dayanarak, konuşmayan veya yardımcı olmak istemeyen bir has-

tayı muayene etmek için her acil servise çağırılışında, bu genç adamın hayali göz önüne geldi. Ancak, diye devam etti, Delgado, bu hasta, kendi şahsına münhasır bir hastaydı. “Aklınızdaki bütün şablon hastaların bir katalogunu çıkartabilméniz mümkün değil,” dedi, “ya da önünüzdeki hastayı, belli şablonlardaki hastalara aynen oturtmak da mümkün değil. Her şablonu da hata yaparak öğrenmek istemezsin” Delgado, daha ziyade, hastaların ve hastaların ailelerinin, doktorların örnek tanımlama metodu ile işini yapmaya çalıştığını ve anlaşıldığı gibi karar verebilmek için bu örneklerle çağrışım yaptıklarını bilmeleri gerektiğine inanıyor. Bu bilgi ile doktorların yorum hatası yapmalarını engelleyebilirler.

“Bu hakikaten mümkün mü?” diye sordum.

“Tabii ki meslekten olmayan kişilerin bunu yapabilmesi kolay değil” dedi Delgado, “çünkü hastalar ve aileleri, bir doktorun düşüncelerini sorgulamaya çekinirler, özellikle kendileri, doktorun düşünce tarzının önyargılı veya taraflı olduğunu düşündüklerinde.” Gene de, Delgado, meslekten olmayan kişilerin de, diplomatik olarak bir doktorun düşüncelerini benzer olaylara yönlendirebileceğine inanıyor, çünkü kendi hastalarından biri bunu yapmış.

Yakınlarda Ellen Barnett bir dizi bunalım belirtileri ile Dr. Delgado’ya başvurmuştu. pek çok kişi belirlenmesi zor belirtilerle Delgado’ya başvurur - mesela enerji azlığı veya kilo almak gibi - ve kendilerinde hormon veya metabolizma dengesizliği olduğunu varsayarlar. Genellikle de yanlışlırlar. Ellen Barnett hali hazırda beş doktora görünmüş ve beşinin de kendisini başlarından savdıklarını hissetmişti. “içimde ‘patlama’ olarak nitelendirdiğim bazı şeyler oluyor ve sıcak basıyor. Bu da bütün tenimde ürpermelere neden oluyor, sanki binlerce karınca yürüyormuş gibi. Bazen de bütün bunların yanı sıra müthiş bir baş ağrısı oluyor” dedi Delgado’ya. “Hakikaten sanki içimde bir bomba patlıyormuş gibi oluyor. Biliyorum menopoza dayım ve beş doktor da bana bunun nedeninin menopoza olduğunu söyle-

diler. İkisi de benim deli olduğumu söylediler. Haklılar da, bende biraz delilik de var,” dedi Barnett belli belirsiz bir gülümseme ile. “Tamam, biliyorum, menopozdaki insanları sıcak basar, ama bu başka bir şey, benim hissettiğim menopozdan daha da fazla.”

Delgado dinledikçe, bu devamlı şikayet eden, kendi kendini çok net bir şekilde deli olarak nitelendiren melodramatik menopozdaki kadında yorum hatası yapmanın ne kadar kolay olduğunu fark etti. O zaman, Ellen’i belli bir örneğe benzetmeye çalışmaktan vazgeçip bir an için Ellen’in kendisine önemli, belli bir anlamı olan bir şeyler söylediğini ve bu ‘patlamaların’ standart menopoz ve hormonal migren nedeniyle oluşan sıcak basmasından farklı olduğunu varsaydı.

“Ellen’i çok dikkatli muayene ettim” dedi Delgado “ve ortaya çıkan, evet, menopozdaydı ve evet, garip fikirleri olan aykırı bir kadındı, ama idrar tahlillerinde bulduklarımız menopoz veya delilik sonucu değildi. Katekolamin seviyesi çok çok yüksekti. Tomografi taraması, sol böbreğin üzerinde feokromositoma olduğunu gösterdi.” Feokromasitoma, kan dolaşımında ve tansiyonda sapmalar yaratan adrenalin benzeri kimyasal olan katekolamin üreten, çok nadir görülen bir endokrin tümörüdür. Dolaşımdaki değişiklikler, menopoz sıkıntılarını çağrıştıracak ve migren benzeri baş ağrılarının neden olabilir. Katekolamin ayrıca, korku, umutsuzluk ve hatta sinirlilik gibi psikolojik belirtilere de neden olabilir. Tedavi edilmediği takdirde, hasta felç olabilir veya kalp ya da böbrek yetmezliğine girebilir.

“Ellen ameliyat oldu ve tümör alındı. Şimdi, baş ağrıları gibi, sıcak basmaları da daha az şiddetli, menopoz döneminde beklenen seviyede,” dedi Delgado. “Ama, Ellen, kendi isteği doğrultusunda, hala biraz çatlak.”

Delgado, hastaların ve hasta yakınlarının Ellen Barnett’in yaklaşımını uygulayabileceklerine inanıyor. Rahatsız etmeyen bir espri anlayışı ile belli bir sosyal modele uyduğunu ve bu uyumun doktorların daha derin incelemeler yapmasını engellediğini iletebildi. “Ellen’in iddiacı veya zorlayıcı oldu-

ğunu hiç düşünmedim” dedi Delgado, “ve reaksiyon gösterip, Ellen’e kızmadım veya O’na karşı yabancı kalmadım. Söyledikleri, değerini arttırdı ve yorum hatası yapmamak için bana yardımcı oldu.

Ellen gibi hastaların doktorlarda yarattıkları olumsuz düşünceler yüzeyseldir. Ama, Evan McKinley’in Croskerry, Joe Stern’in Falchuk ve Brad Miller’in benim üzerimde yarattıkları olumlu duygular, tehlikeli olarak algılanması daha zor duygulardır. Delgado, hastalarının çoğuna karşı yakın ilgisi olan bir doktor olduğundan, bu tuzağa, taraflı olma tuzağına hiç düşüp düşmediğini sordum. Düşüğünü söyledi. “Troid kanserine yakalanmış yaşlı bir hastam vardı. Radyoaktif iyot ile tedavi etmeyi düşündüm. Bu terapiyle ilgili olarak zor evreler vardı ve gerçekten bir insanın hayatını allak bullak edebilirdi. Tam bu adamı tedavi etmekten vazgeçecektim ki, bana dönüp: ‘Arkadaşız diye sakın ha, bana hoş olmayan bir testi yapmaktan çekinme’ dedi.” En iyisi, ciddi durumlarda, hasta yakınlarının, doktorun hastaya olan yakınlığından dolayı ellerinin ve kollarının bağlanabileceğini hissettikleri anda, bu tereddütlerini dile getirebilmeleri: “Bize gösterdiğiniz ilgi ve alakayı takdir ettiğimizi bilmenizi isteriz. Ayrıca, bilmenizi isteriz ki, rahatsızlık ve acı verebilecek bazı şeyleri yapmanız gerekebileceğini de anlıyoruz.”

Sadece, bu tür düşüncelerin, bir doktorun kararlarını nasıl basit ama etkin bir şekilde etkilediğini bilen meslek dışı kişiler, bu tür yorumları yapabilirler. Delgado’nun kısa hikayesini dinlerken, Brad Miller’in, o sabahki vizitte, daha önceki ilişkilerimizi düşünecek ve beni ikaz edebilecek enerjiyi bulabilmesinin ne kadar imkansız olduğunu düşündüm. Muayenemi tam ve doğru olarak yapmak, disiplini bozabilecek hislerimi kontrol altında tutmak benim görevimdi.

Hastalar ve sevdikleri, doktorlarla birlikte bir duygu denizinde yüzerler. Her iki taraf da, zararlı duygusal akıntılar için, ikaz bayraklarının bulunduğu bir tarafsız kara parçasını göz önünde bulundurmalıdır.

BÖLÜM 3

Döner Tabaklar

Tuba City, Arizona, Halifax, Nova Scotia'nın 5,224 kilometre batısında yer alır. Halifax, 1749'da kurulmuş, Kanada'daki ilk İngiliz şehridir; 360,000 kişilik nüfusun çoğu, hala kökenlerini İngiliz adalarında bulabilirler. Tuba City'nin nüfusu sadece 6,000'dir ancak, çevredeki 100,000'den fazla Navajo ve Hopi yerlilerinin merkez şehridir. Modern çelik ve cam gökdelenler Halifax limanını çevreler ve denizden keskin bir kuzey ışığı yansır. Tuba City, masa dağının tepesinde kurulmuştur ve çevresi fundalıklar ve eski tortul kayaların pastel renkleri ile kaplıdır. Halifax'ın Dalhousie Üniversitesi Tıp Merkezi, akademik bölümleri ve araştırmacı kadroları ile meşhurdur. Tuba City'deki hastane ise, soluk renkli alçak binalardan oluşan Kızılderili Sağlık Servisidir; en yakın magnetik rezonans görüntüleme cihazı (MRI) bir saatlik bir yoldadır. Coğrafyadaki, büyüklükteki ve kültürdeki bütün bu farklılıklara rağmen, Dr. Harrison Alter gibi, Tuba City'deki acil servis doktoru da, Halifax'taki meslektaş Pat Croskerry gibi, aynı klinik modelleri tanımlamamaya ve yorum

hatalarından uzak durmaya çalışmalıdır.

43 yaşında olan Alter, önceleri kendisini bir doktor gibi görmedi. Brown'da edebiyat okuduktan dört yıl sonra Berkeley'deki Kaliforniya Üniversitesi'nde tıp fakültesine devam etti. Oakland'daki Highland Hastanesindeki asistanlığını müteakip, Robert Wood Johnson bursu ile Washington Üniversitesine giderek tıbbi karar verme eğitimi aldı. Washington Üniversitesi Tıp Fakültesindeki iki yıldan sonra, kendini adanmış doktorlarla birlikte ücra bir bölgede hizmet vermek istedi ve karısı ve üç küçük çocuğu ile birlikte Tuba City'deki sarı sıvalı küçük eve taşındı.

Nisan 2003'de bir gün, Alter Acil Serviste çalışırken, bir ambulans, yerel Hopi okulundan Nathan Talumpqewa adında on yaşında bir çocuk getirdi. Dördüncü sınıflar teneffüslerini yeni bitirmiş, sınıfa girmek için sıra oluyormuş. Bu sırada, bir başka çocuk, sırtına binmek için Nathan'ın sırtına atlamış. Nathan, 142 cm boyunda, 63,5 kilo ağırlığında, vurdulu-kırıldı oyunlarda öne çıkan iri bir çocuktur. Ama bu sefer, acı içinde bağırarak ve yere yuvarlanmıştı. "Nathan, tüm omurgası sabitlenmiş şekilde sedyede geldi" diye anımsadı Alter, muhtemel zarar görmüş sinirlerin üzerine baskı yapmamak için hastanın nasıl sabit pozisyonda tutulduğunu anlatırken. "Nathan çok korkmuştu, hıçkırarak ağlıyor ve inliyordu." Alter, hızlı bir şekilde Nathan'ın hikayesini aldı ve bir takım kilit sorular sordu. "Kollarını ve bacaklarını hareket ettirebildiğini, belinden kalçalarına doğru inen, batma veya elektrik çarpma duygusu olmadığını, sadece sırtının ortasında korkunç bir ağrı duyduğunu söyledi." Alter, çocuğun sedyeden yatağa alınmasında bir sakınca görmedi.

Alter Nathan'ı muayene edip, belinin alt kısmına bastırıldığında, Nathan bağırdı. "Röntgen çekirtmeye gönderdim ve tabii, tam ağrıyan noktada, 10. omurgada basınç kırığı vardı. Bu, seksen yaşındaki insanlarda görmeye alışkın olduğum kırık, on yaşındaki çocukta vardı. Kendi kendime dü-

şündüm: ‘Bunun olmaması lazımdı.’ “

Alter, her hastada, eğitim sırasında öğrendiği ABC’yi uyguladığını söyledi. (Aslında Acil Servis alfabesinde D ve E de vardır). “A, airway-hava yolu yerine kullanılır, manası, ağız, boyun, nefes borusu ve bronşlar hep temiz demektir; B, breathing, nefes alma demektir, yani, hastanın akciğerleri yeterince oksijen alıyor ve bunu kan damarlarına aktarabiliyordur, C, circulation-dolaşım demektir, kalp pompalıyor, tansiyon, kanın karaciğer, böbrek ve beyin gibi hayati organlara erişebilmesi için yeterlidir, D, disability-sakatlık demektir, sadece kas kuvvetini ve refleksleri değil, zihinsel karşılıkları da içeren nörolojik fonksiyonları kontrol etmeyi hatırlatır ve son olarak da, E, exposure-ortaya çıkartmak demektir, vücudun bir bölümüne konsantre olduğunda, diğer bölümleri unutmamak için bir uyarıdır.” Nathan vakasında, diye tamamladı, bu harflerin hepsi de yerli yerindeydi.

Alter, tam kan sayımı, kalsiyum seviyesi ve kemik enzimleri de dahil testler istedi. Hepsi normaldi. Daha sonra tomografi istedi, sonuçlar, dijital olarak Arizona Üniversitesindeki bir radyoloğa gönderildi. Kısa süre içinde, acil servise sonuçlar geldi. “10. omurgada baskıdan oluşan bir kırıktan başka herşey normal.” Alter hala tatmin olmamıştı. Nathan’ı ambulansa bindirip, bir buçuk saat uzaklıktaki Flagtaff’a MRI çekilmesi için gönderdi. Aynı gün daha sonra, Alter MRI’in da tomografi sonuçlarını teyid ettiğini öğrendi: tek bir kırık omurga, onun dışında herşey normal.

Alter yerel pediatristi aradı. Uzman, ciddi bir şeyin olmadığı ve endişelenmesi gerekmediğine dair güvence verdi. “Bu bazen görülür” diye teyid etti pediatrist. “Verileri kabul etmem gerekiyordu” dedi Alter, ama hala huzursuzdu. Birkaç gün sonra pediatristin Nathan’ı görmesini sağladı. Bu randevuda, Nathan kendisini daha iyi hissediyordu, sadece sırtında biraz ağrı vardı. Pediatrist, aileye merak etmemelerini söyledi, sadece basit bir oyun kazasıydı.

Alter Seattle’de, belirsizlik durumunda karar almak için matematik yaklaşımını kullanan Bayes yöntemiyle eğitilmişti. Her bir hastayı gördüğünde, tanı ile ilgili her bir olasılığın matematiksel ihtimalinin hesaplanması. Nathan vakasında, herhangi bir olasılık belirleyemiyordu. On yaşındaki fazla kilolu ama bunun yanında sağlıklı bir Hopi çocuğunun 10. omurunda basınç nedeniyle kırık meydana gelmesinin ihtimalleri ile ilgili hiçbir veri yoktu. Dolayısı ile Alter, soruna kompleks matematiksel yöntemle değil, akliselim ile yaklaşmaya çalıştı. “Olayda bir şey eksikti” dedi Alter, “bir öğrenci sırtına binmek için Nathan’ın üstüne atlıyor ve bu hasarı açıklamak için yeterli değildi.” Ancak, pediatrist bir cevap bulabilmek için araştırma yapmayı gerekli görmüyordu. “Ne yapacağımı bilemiyordum” dedi Alter. “Burada bir uzman, bir pratisyenle karşı karşıyaydı. Otoritesine boyun eğmek zorundaydım.”

Nathan’ın hikayesindeki bazı noktalar bana bildik geldi. Acil Servis veya çocuklar üzerinde eğitim almış olduğumdan değil, uzmanların “Bu bazen görülür” dediğini duyduğumdan. Bir güven tonu vardır, uzun tecrübelere dayanan bir yorumdur ve daha fazla araştırma yapmak yükünü herkesin sırtından kaldırır. Ama sadece, bir yanıtı bulabilmek için uzun süren araştırmalar ve hastanın takipte tutulması durumunda söylenmelidir. Eğer uluorta söylenirse, güven verici tecrübe yerine kaygı verici aldırmaazlığı bildirir. Herkes düşünmeyi bırakmalı demektir.

Alter’ın devam etmekten başka bir seçeneği yoktu. Elinden geleni yapmış ve Nathan için başkalarının yapacağından daha fazla araştırma yapmıştı. Klinik dilinde sorun “kendisini ortaya çıkarana” kadar beklemek zorunda kalmıştı.

“Ortaya çıkış”, iki hafta sonra Nathan yataktan kalkıp acı içinde yere kapkalanınca yaşandı. Tekrar Acil Servise getirilmişti. Alter Nathan’ı muayene etti ve “D” nin yerinde olduğunu teyid etti: Nathan’ın bacakları zayıf değildi ve refleksleri normaldi. Bir takım röntgen daha çekilmesini istedi.

Şimdi, bel kemiğinde dört tane kırık vardı. Alter, Nathan'ı Phoenix'deki bir hastaneye nakletti. Orada bir ortopedist kemik örneği aldı ve incelenmek üzere patoloji'ye gönderdi. Phoenix'deki patolog mikroskopla bakarken, kemiğin içinde tabakalar halinde geniş yuvarlak hücreler gördü; her bir hücre diğerini anımsatıyordu, spiral hücreli koyu mavi hücreler. Özel testlerle, hücrelerin içindeki enzimler ve yüzeydeki proteinler belirlendi. Kısa sürede teşhis netleşti: Nathan'da kan kanseri (akut lümfoblastik lösemi) vardı. Lösemi, bel kemiğini o kadar zayıflatmıştı ki, sırtına binilmekle çökmüştü. Şimdi vaka anlam kazanmıştı. Alter'ın tahmin ettiği gibi, pediatristin dediği olmamıştı. "Hiç kimse, hiçbir doktor, hiçbir hasta, hiçbir zaman, ciddi bir vakada ilk cevap olarak 'Bu bazen görülür' yanıtını kabul etmemeli" dedi Alter. "Bu yanıt aldığınızda: 'Sorunun ne olduğunu bulana ya da sorun tamamen ortadan kalkana kadar araştırmaya devam edelim bakalım' deyin."

Nathan Talumpqewa'nın rahatsızlandığı yılın bir kış gününde, Blanche Begaye isminde, altmışlarında bir Navajo kadını nefes almakta sıkıntı çektiği için acil servise geldi. Bayan. Begaye, kızılderili kampındaki manav dükkanında çalışan, kır saçlarını topuz yapmış, güçlü bir kadındı. Son birkaç haftadır, yakın kabileler arasında yaygın bir virüs vardı ve Blanche Begaye gibi hastalar, viral zatürre ile akın akın hastaneye başvuruyorlardı. Mrs. Begaye, önceleri sadece "başını kötü üşüttüğünü" düşünüyordu. Dolayısı ile bolca portakal suyu ve çay içmişti ve birkaç tane aspirin almıştı. Ancak, belirtiler daha da kötüleşmişti ve şimdi kendini çok kötü hissediyordu.

Alter, düşük de olsa, ateşinin 38° C olduğunu not etti. Nefes alma hızı ise normalin neredeyse iki katıydı. Akciğerlerini dinledi, hava hızla girip çıkıyordu ama ronküs denen ve birikmiş balgamdan dolayı oluşan seslerin hiçbirini duymıyordu. Alter, kan testlerinin sonuçlarını da aldı. Blanche'in akyuvar sayımları artmamıştı ama elektrolitleri kanındaki asit-baz dengen-

sinin biraz asite doğru kaydığını gösteriyordu. Bu da ciddi bir enfeksiyona yakalanmış bir hasta için normaldi. Göğüs röntgeni de klasik zatürrede görülen beyaz çizgileri göstermiyordu.

Alter “viral zatürre başlangıcı” teşhisi koydu. Bayan Begaye’ye enfeksiyonun ilk evrelerinde, “subklinik” olduğunu, bu nedenle de mikrobun izlerinin henüz göğüs röntgeninde görünmediğini söyledi. Son zamanlarda görmüş olduğu pek çok zatürre hastası gibi, Begaye’nin de hastaneye yatırılması ve damardan sıvı vererek ve ilaç tedavisi yaparak ateşinin düşmesini sağlamak gerekiyordu. O yaşta, dedi, viral pnomoni kalbi etkileyebilir ve çalışmasını önleyebilir, bu nedenle hastanede gözetim altında tutulması önemli idi.

Alter vakayı bir dahiliyeciye devretti ve diğer bir hastayı, ateşi ve nefes darlığı olan orta yaşlı bir Navajo erkeğini muayene etmeye devam etti. Birkaç dakika sonra, dahiliyeci, Alter’ın yanına geldi ve bir kenara çekti. “Bu bir viral pnomoni vakası değil” dedi. “Aspirin zehirlenmesi.”

Yıllar sonra hikayeyi anlatırken bile, Alter homurdanıyordu. “Aspirin zehirlenmesi, peynir eklemek zehirlenmesi” dedi, “Eğitimim boyunca beynimize kazınan bir şeydi. Klasik bir vakaydı, hızlı nefes alma, kan elektrolitlerinde değişiklik ve ben atlardım. Düşüncesiz davrandım.”

Klasik hastalıklar olduğu gibi, klasik yorum hataları da vardır. Alter’ın yanlış teşhisi böyle bir klasik hatadan kaynaklandı, “uygun olmak” denilen bir yöntemi kullanmaktan. Kudüs’teki Hebrew Üniversitesinde psikolog olan Amos Tversky ve Daniel Kahneman, yirmi yıldan fazla bir süre önce bu kestirme yolu, bir makalede açıkladılar. Kahneman, belli düşünce modellerinin pazarda yanlış karar almakta nasıl rol oynadığını aydınlatan çalışması için, 2002 yılında Nobel iktisat ödülünü kazandı. Eğer 1996’da beklenmedik bir şekilde ölmemiş olsaydı, şüphe yok ki Tversky de bu ödülü paylaşacaktı.

“Uygun olmanın” anlamı, bir olayın olasılığını, akla gelen uygun örnekler doğrultusunda değerlendirmeye yatkın olmaktır. Alter’ın subklinik pnömoni teşhisi çok uygundu, zira son haftalarda enfeksiyonun pek çok vakasını görmüştü. Her türlü ortamda olduğu gibi, tıbbi klinikte de bir “ekoloji” mevcuttur. Mesela, Chicago’daki Cook Country, Oakland’daki Highland veya Manhattan’daki Bellevue gibi şehir içindeki hastaneler, çok sayıda alkol bağımlısı hasta ile doludur; bir haftalık bir sürede, oradaki bir stajyer doktor, hepsi AK - alkol alamadıklarından dolayı titremeye başlama, alkol krizi - olan on hastayı muayene etmiş olabilir. Onbirinci muayene edeceği alkolik hastada da AK olduğu ihtimaline karar verme olasılığı, her ne kadar kontrolsüz titreme nedenleri çok uzun bir liste olsa da, çok yüksektir. AK, en son tecrübelerden dolayı, en uygun hipotezdir. AK’ye aşinadır ve benzerlik düşüncelerini bu noktaya yönlendirecektir.

Alter burada, Bagaye vakasında mevcut “ekoloji” zemini nedeniyle “sapıtırılmış örnek tanımlaması” olarak adlandırılabilir bir olayı yaşadı. Bütün önemli bilgileri derlemektense, Alter bu vakada sadece belli hususları dikkate aldı: ateş, hızlı nefes alma, kandaki asit-baz dengesindeki şaşma. Aksini işaret eden verileri ise - göğüs röntgeninde beyaz çizgilerin mevcut olmamasını, akyuvar sayımının normal olması - göz ardı etti. Aslında, bu farklılıkların, hipotezinin yanlış olduğunu işaret emesi gerekiyordu.

Böyle bilgileri daldan toplamaya “teyid taraftarlığı” denir. Bu yanlış mantığa, bilgileri seçerek kabul etme ya da tamamen göz ardı ederek koymayı umduğunuz teşhisi belirlemeye, Tversky ve Kahneman’ın deyiimi ile “demir atmak” denir. Demir atmak, bir kişinin, pek çok olasılığı dikkate almadan, çabuk ve güçlü olarak sadece tek bir olasılığa bağlanıp kalmak ve tam kendi istediği yere çapayı bırakma işleminin kısa şekilde tarif edilmesidir. İlki, sonucun iyi olacağı ümidiyle hareket eder, sonraki ise, ilk teşhisin, hasta için zararlı dahi olsa, doğru olması beklentisi ile hareket eder.

Dahiliyeci doğru teşhisi koyduktan sonra, Alter, Blanche Begaye ile

olan konuşmasını tekrar aklından geçirdi. Serbestçe satılan ilaçlar da dahil olmak üzere, herhangi bir ilaç alıp almadığını sorduğunda, “Biraz aspirin” demişti. Bunu da demirlemiş tahmini viral belirtinin kanıtı olarak algılamış, “soğuk algınlığı” olarak başlayan rahatsızlığın zatürreye dönüştüğünü varsaymıştı. “Begaye’ye, biraz kelimesi ile ne kastettiğini sormamıştım,” dedi Alter. “Sonradan, birazın manasının birkaç düzine olduğu ortaya çıktı.”

Burada komik olan şu ki Alter, Nathan Talumpqewa ile ilgili kararını geciktirdi, belli bir hastalığın olasılığını hesap edemediği için veya bir omurun çökmesi için belli bir biyolojik mekanizmayı tespit edemediği için, düşüncelerine demir attırmadı. Bu, pediatristin mesnetsiz güvencelerini kabul etmekten Alter’i alıkoydu. Buna rağmen, blanche Begaye vakasında, sonuca atlayarak, bu vakaya yüzde 100 olasılığı verdi. “Bu vakadan, her zaman temkinli olmayı, cevabımın doğru olduğunu bildiğim zaman dahi, kısa bir diğer olasılıklar listesi hazırlamayı öğrendim.” Bu basit strateji, yorum hatası yapmaktan korunmanın en emin yöntemidir.

Harrison Alter ya da Pat Crockerry gibi bir acil servis doktoru olduğunuzu düşünün. Çoğu durumda, muayene ettiğiniz hastayı tanımıyorsunuz. Dolayısı ile hastalıklarının ani görünümleri ile karar vermek durumunda-sınız - bir dahiliyecinin muayenehanesinde hastalarını ve ailelerini tanıması, kişiliklerini ve hareket tarzlarını öğrenmesi ve zaman içinde klinik sorunun gelişmesini takip edebilmesinin tam tersi. Yoğun bir akşam olduğunu ve hemşirenin size yarım saat içinde üç hasta sevk ettiğini düşünün. Her hastanın bir dizi şikayeti vardır. Pat Croskerry, böyle durumlarda, kendini “çubukların üzerinde tabak döndürüyormuş” gibi hissettiğini söyledi. Sirkelerdeki cambazların, çubuklardaki tabakların yere düşmesini önlemek için yavaşlamalarına izin vermemesi gibi.

Aslında, yaptığı, tabakları döndürmekten daha zordur, zira tabakları döndürmek için sadece dairesel bir harekete ihtiyaç vardır ve tüm tabaklar

boyut ve ağırlık olarak aynıdır. Her bir hasta, doğal olarak farklıdır. Her biri için farklı bir yoldan geçerek hızlıca teşhisinizi koyabilmeli, acil sorunları tedavi edebilmeli ve en doğru kararı vermelisiniz: hastaneye yatırma; başka bir kuruma sevk etme veya eve gönderme. Öncelikle, hastanın hastaneye asıl geliş sebebini belirlemeniz gerekir. Bu çok sıradan görünse de değildir. Hastalar, hemşireye ya da doktora, esas ve ciddi rahatsızlıklarının kıyısından köşesinden geçen bilgiler verebilirler; ya da kendilerini en çok rahatsız eden ama esas hastalıkları ile ilişkisi olmayan sorunlarından bahsedebilirler. Daha da kötüsü, tıbbi geçmişleri ile ilgili önemli hususları hatırlamıyor olabilirler. Hastane kaydı ve hasta dosyası olmadan, size boşlukları doldurabilecek bağımsız kaynaklardan yoksunsunuzdur. Her doktor baskı altında çalışır ama bu özellikle acil servis doktorları için geçerlidir. Dolayısı ile, Alter'da gördüğümüz gibi, sormayı seçtiğiniz sorular ve bu soruları soruş şekliniz, düşünce şeklinizi belirleyecektir. Bir geçmişi çok çabuk değerlendirirseniz, yanlış yolda ilerleyebilirsiniz, ama çok fazla da dinlemeye kalkarsanız o zaman da diğer işlerinizi aksatırsınız.

Caddede sendeledikten sonra ayak bileğindeki bir ağrı nedeniyle acil servise gelen bir yaşlı adamcağızı anımsıyorum. Tek istediği, kırılıp kırılmadığını öğrenmek ve bazı ağrı kesiciler almaktı. Herkes ayak bileğine odaklandı, hiç kimse neden sendelediğinin üzerinde durmadı. Sadece, çok sonraları, teşhis edilmemiş bir kansızlık hastası olduğu için sendelediğini öğrendik. Anemik olmasının nedeni ise, kolon kanseriydi. Olayları daha karışık bir hale getirmek için, hastalar tıbbi geçmişlerini hatırlamayabilirler ve hastane kayıtları ve hasta dosyası olmadan, boşlukları doldurabilecek bağımsız bilgilerden yoksunsunuzdur. Bu, ilaç tedavisi için, özellikle doğrudur. Başı dönen bir hasta, “kalbim için bir mavi, bir de pembe ilaç alıyorum” diyebilir, ama ne ilaçların adını, ne de dozunu hatırlıyordur ve mide bulantısının ya da baş dönmesinin bu tedavi ile ilgili olup olmadığını değerlendirebilmek için eliniz kolunuz bağlıdır.

Hastanızın asıl rahatsızlığını belirledikten sonra, varsa, hangi kan testlerinin yapılmasını ya da hangi röntgenlerin çekilmesini isteyeceğinizi belirlemelisiniz. Tuba City’de üç yıl geçirdikten sonra, Harrison Alter Highland Hastanesine geri döndü. Oradaki acil servisteki stajyerlerine ve asistanlara, hastaların varsaydıkları rahatsızlıkları için faydalı olduğunu düşünmedikçe, test istememelerini işlediğini söyledi. Bu şekilde, yorumlarının sonuçlarını doğru olarak değerlendirebiliyorlardı. Ancak, bu sandığı kadar kolay bir şey değildir. Mesela, Croskerry’nin, göğüs ağrıları tipik bir kalp ağrısı (angina) gibi olmayan Evan McKinley ile karşılaşmasını ele alalım. Croskerry’nin meslektaşının belirttiği gibi, Evan McKinley ile ilgili testleri isterken, çok ileri gitti. Sadece EKG ve göğüs röntgeni değil, kardiyak enzim testlerini de istedi. Her bir test için, Croskerry sonuçların normal, anormal veya şüpheli olduğu kararını vermeliydi. laboratuvar, röntgen ve EKG teknisyenleri hata yapabilirler. Bir hastanın göğsüne elektrodları yanlış bağladığımı hatırlıyorum. Hatamın farkına varmadan, kalbindeki elektrik akım yollarında ciddi sorunlar olduğu kanısına vardım. Halbuki, hiç öyle bir sorunu yoktu; EKG’de tarafımdan yanlışlık yapılmıştı. Diğer hatalar daha belirsiz olabilir. Mesela, bir akciğer röntgeni, hasta nefes almışken çekilirse, akciğerlerin alt kesimlerinde beyaz çizgiler oluşabilir, bu da zatürre işaretidir.

Her bir hasta için, belirtileri, fiziksel bulguları, kan testleri, EKG ve röntgen sonuçları ile ilgili bir sürü karar veriyorsunuz. Şimdi, her bir hasta için verdiğiniz bu kararları hemşire tarafından otuz dakika içinde gönderilen üç hasta ile çarpın, toplam birkaç yüze çıkabilir. Sirk cambazı, sadece bir avuç tabağı çevirir. Daha gerçekçi bir benzetme, hepsi değişik boyutlarda ve ağırlıklarda, bir diğerinin üzerine yerleştirilmiş diğerindeki bir diğer tabak yığını olabilir. Bu faktörlere, acil servisin ekolojisini, siz tabakları döndürmeye çalıştıkça, eteğinizden çektişiren, talepleri ve soruları ile araya giren ve dikkatiniz dağıtan diğerlerini de ekleyin. Unutmayın ki, idareli bakım ve

kısıtlı maddi olanaklar ile çalışıyorsunuz, dolayısı ile öncelikleriniz belirlemeli ve kaynakları tasarruflu kullanmalısınız: dolayısı ile birkaç tabağı indirmek, daha ucuza mal olabilir, demektir ki, testleri sınırlamalı ve hastaları biran önce eve göndermelisiniz.

Belki de, hemşire size daha önce muayene etmiş olduğunuz bir hastayı gönderdiğinde rahat bir nefes alırsınız. Devamlı acil servise gelen hastalara “sık seyahat edenler” denir. Yeni bir hastanın tek sayfasına karşılık, bunların geçmişlerine ait geniş bilgiler ve testler vardır. Bu bilgiler işleri kolaylaştırabilir gibi görünebilirler. Tabii ki, daha karmaşık yaptıkları durumlar dışında.

Maxine Carlson, otuz yaşlarında, ofis sekreteri olarak çalışan bekar bir bayandı. İki yıl önce, sağ alt karın bölgesinde ağrılar baş göstermeye başlamıştı. Kendi doktoruna, bu ağrıların çocukken geçirdiği apandisit ağrılarından da, apandisiti alındıktan sonraki ameliyat sonrası ağrılarından da farklı olduğunu söylemişti. Doktoru kendisini muayene etmiş, fakat kuşku bir şey görmemişti. Sonraki iki ay içerisinde, bazı günler Maxine Carlson kabızlık çekiyor, bazı günlerse barsak faaliyetleri çok fazla oluyordu. Doktoru, her gün lifler ihtiva eden daha dengeli bir şekilde beslenmesini önerdi. Ancak bunun ağrılarına pek de bir etkisi olmadı. Maxine sonunda bir gastroenterologa gönderildi. Önceleri uzman, Maxine’in ülseratif kolit veya Kron’s gibi inflamatuar barsak hastalığı (IBH) hastalığı olup olmadığından şüphelendi. Birçok kan testi, röntgen ve yemek borusu, mide, oniki parmak barsağı ve kolonu görüntüleyen alt ve üst endoskopilerin de yapıldığı kapsamlı testlerden sonra hiçbir anormallik görülmedi. Gastroenterolog IBH tanısını teyid etti ve lifli yiyeceklerin önemi üzerinde durdu. Maxine’i bir psikiyatrist de muayene etti.

IBH'den dolayı oluşabilecek stresi azaltmak üzere sakinleştirici ilaç yazdı.

Sağ alt karın bölgesindeki ağrılar başladıktan bir sene sonra, Maxine Carlson leğen bölgesinde rahatsızlık hissetti. Önce doktoru, ağrılarının IBH'den kaynaklandığını söylediye de, Maxine bu ağrılarının farklı olduğunda, her zamanki gibi keskin, peşi sıra ağrılar yerine, sıkıcı, devamlı ağrılar olduğunda ısrar etti. Maxine bir jinekologa gönderildi. Jinekolog iç muayeneden sonra rahim ve yumurtalıklarının ultrasonun çekilmesini istedi. O da hiçbir anormallik bulamadı.

Maxine'in leğen bölgesinde ağrılar eksildi, arttı ve sonunda kayboldu. Sonra, acil servise gelişinden iki hafta önce, sağ karın bölgesindeki ağrılar daha da arttı. Ağustos ayıydı ve doktoru tatildaydı, dolayısı ile Maxine hastaneye gitti. Acil servis doktorlarında Maxine'in iki cilt kaydı vardı. Maxine'i muayene ettiler, kan testleri yaptılar ve hiçbir şeyinin olmadığını söylediler. IBH'den kaynaklanan bir sıkıntıydı.

Yedi günde üçüncü kez acil servise geldiğinde, Dr. Pat Croskerry acil serviste çalışıyordu. "Vakayı bana anlatırken, hemşirenin gözleri fıldır fıldır dönüyordu" dedi Croskerry. "Bu hiçbir dişe dokunur rahatsızlığı olmayan bir kadın. Doktoru, gastroenterologu, jinekologu kendisini iyice muayene etmiş. Fonksiyonel teşhisi var." Klinik dilinde, "fonksiyonel" in manası, psikosomatiktir. "Kadın sahiden çatlak" dedi hemşire Croskerry'e. "Acile gelmekten de vazgeçmeyecek."

Acil servis çok kalabalıktı ve Croskerry acil sorunları olan pek çok hasta ile ilgileniyordu. En sonunda Maxine'in odasına girdiğinde, Maxine'in ne kadar rahatsız ve sıkıntılı olduğunu gördü. Maxine, ağrılarının gitmediğinden şikayetçiydi. Croskerry hiçbir yeni belirti göremedi ve o akşam neyin kendisini acile getirdiğini sordu. Bana daha sonra söylediğine göre, Maxine'i muayene ederken, apandisit ameliyatının izini görmek kendisini "rahatlatmıştı" zira sancı sağ alt karın bölgesindeydi.

“Bir şey bulamıyorum” dedi Croskerry hemşireye. Gene de kan ve idrar testleri istediğini söyledi. Bu isteği bayağı bir tepki gördü. “Bunu neden yapıyorsunuz ki?” diye sordu hemşire. “Zaten testleri yapılmış.” Croskerry, kendini çok suçlu hissettiğini söyledi bana. Acil servis çok kalabalıktı ve hemşire başka bir hastayı yatırmak için Carlson’un yatağını bekliyordu. Ama ısrar etti. Yaklaşık bir saat sonra, testlerin sonuçları geldi. Hepsi normaldi. “Ağrının IBH yüzünden olduğuna ikna ettim,” dedi Croskerry. “Sağlıklı yeme ve stres kontrolü üzerinde tekrar durdum. Ayrıca, tekrar gelmek için çekinmemesi gerektiğini vurguladım.” Croskerry, tecrübelerinden, hiçbir hastanın hastalığını takip etmekten çekinmemesi gerektiğini öğrenmişti.

“Birden ağlamaya başladı, hiçkimsenin kendisine inanmadığı ve bir teşhis koyamadığından şikayet ederken ağlıyordu,” dedi. “Ağrının her an daha kötüye gittiğini ve bir hafta öncekinden çok daha fazla olduğunu söylüyordu.”

“Bir hastanın gözyaşları nasıl sizi etkilemez?” diye sordu Croskerry, kinayeli olarak. Gene de, Maxine’i eve gönderdi. Az bir süre sonra, Maxine Carlson ambulansla acil servise geri getirildi. “Eve yürürken yere kapaklanmıştı” dedi Croskerry. İç kanaması vardı ve şok geçirmek üzereydi. Derhal ameliyathaneye alındı. Orada, cerrah patlamış dış gebelik olduğunu tespit etti. “Üç kere atlanmıştı. Ben de üçüncü atlayandım,” dedi Croskerry bana.

Evet, Maxine Carlson’un IBH tanısı vardı. Tepeden tırnağa olmasa da, doktorları tarafından detaylı olarak incelemeye alınmıştı. Bu muayene ve tetkikler, sonunda doktorlarını, Pat Crockerry gibi en sabırlı olanları dahi bıktırmıştı. Eğitimim sırasında, “tırnağına kadar incelenmiş” tabirini kullanırdık. Bu tabir, mevcut her türlü uzmanca muayene edilmiş, akla gelebilecek bütün kan testlerini, röntgenleri ve işlemleri yaptırmış hasta demekti. Bunlar için yapılacak başka birşey kalmamıştır. Halifax acil servis

dilinde, Maxine Carlson “ying-yang”a kadar baktırmış, daha sonra “yalahlanmış”tı. “Doktor kendi kendini, eğer teşhis bir köşede saklanıyorsa, o kara noktaya ışık tutamam diye avutur” dedi Croskerry. “O ana kadar incelenmiş tüm yolları kontrol edersin ve hepsinin bir çıkmaz yol olduğunu görürsün ve ilerleyecek yeni bir yol da bulamazsın.” Croskerry, yeni bir yol bulmayı düşünememeyi anımsıyor, çünkü her şeyin incelendiği var sayılmıştır, “ying-yang-yolla” hatasında olduğu gibi.

Acil servisin ekolojisi sadece hastaları, ailelerini ve tabii ki hemşireleri değil, aynı zamanda doktorları da kapsar. Kısa süre önce, Highland hastanesinde, eğitim gören asistan otuz yaşlarında, boğaz ağrısından şikayet eden bir hastayı muayene ederken, Alter kıdemli doktor olarak görev yapıyordu. “Bariz bir streptokok vakası” dedi asistan Alter’a, “basit” bir hasta. Alter detay istedi. “İleri safhada faranjiti var, bademcik yakınlarında iltihap ve ağrılı lenf bezleri” dedi asistan. Alter hastayı kendisi görmek istediğini söyledi. Doktor sıkıntılı sıkıntılı iç geçirdi.

Alter hastanın boğazına baktı, hiçbir iltihap izi göremedi. Parmaklarını adamın boyun civarında gezdirdi ve küçük, yumuşak, ağrısız nodüller hissetti. Alter bunların üzerine daha da güçlü bastırdı. Hastadan hala hiçbir reaksiyon yoktu. Doktor, hali hazırda hastaya yüksek dozda antibiyotik vermiş ve daha fazlası için de reçete yazmıştı.

Alter doktoru kolundan tutup koridora çıkarttı ve streptokoka hiç benzemediğini, boğaz ağrısına bir virüsün neden olduğunu ve antibiyotik yazmanın çok sakıncalı sonuçlar doğurabileceğini söyledi. “Hastanemiz MRSA hastaları ile dolu” dedi doktora, metisilin-resistant Staphilokokus aureus (hastane ortamlarında görülen dirençli bir stafilokok mikrobi) için kısaltma kullanarak.

Bu çeşit Stafilokok enfeksiyonu modern tıbbın baş belasıdır; penisilin yazmanın direkt sonucudur ve tedavisi çok güçtür. “Doktorun otomatikliğini sorgulamak istedim” dedi Alter, “nasıl vakadan kurtulmak istediğini ve en kolay yol olan ‘streptokok’ tanısını seçtiğini ve bir avuç antibiyotik yazdığını. Sonra, bitti - gitti.

Kısa bir süre sonra, boğaz ağrısı ile başka bir hasta geldi. “Alter asistana, “23 numaraya gidip hastayı muayeneye başla” talimatını verdi. Bıçak yaralı bir hastanın kolunu diktikten sonra, 23 no.lu odaya gitti. “Hasta iyi” dedi asistan kısaca. “Şu sizin en sevdiğiniz virüslerden biri gene.”

Alter, sadece asistanın verdiği bilgiler doğrultusunda hastayı boş geçmedi. Hasta ile görüştüğü sırada, hastanın rahatsız olduğunu, muayene masasının üzerinde kafasını rahat bir şekilde koyabilmek için uğraşıp durduğunu gördü. Adamın ağzının içine baktığında, anormal hiçbirşey görmedi. Adam rahatça nefes alıyordu ve üst solunum yolunda herhangi bir tıkanıklığı önerebilecek sert sesler de yoktu. Ama, Alter hastanın rahatsız durumundan ve 39° C ateşinden şüpheleniyordu.

“Dediğim gibi, viral faranjit ve Highland’de biz bu hastalara antibiyotik vermeyiz” dedi doktor ukalaca. Alter, imalı tona aldırmadı. Parmaklarını tekrar adamın boynunda dolaştırmaya ve dikkatlice, her bir santimine bastırarak ilerlemeye devam etti. Yarı yola geldiğinde, adam acıyla kıvrandı.

“Adamın boyun tomografisini istiyorum” dedi Alter asistana. Uzun bir süre doktor birşey söylemeden durdu, sonra gidip tomografi yapılması talimatını verdi. Radyologdan gelen mesaj Alter’ı şaşırtmadı: adamın boynunda apse vardı. “Bu ölümcül bir enfeksiyon” dedi Alter, “eğer damardan antibiyotikle kısa sürede tedavi edilmezse, üst solunum yollarını tıkar ve boğulmaya neden olur.”

O dönemde, Highland Hastanesinin acil servisinde çalışan onaltı sorumlu doktor ve kırk asistan vardı. Bunların hepsi değil ama çoğu ciddi, so-

rumlu, onurlu ve hisleri denegeli kişilerdi. Alter'ın bana açıkladığı gibi, asistanın tavrı, daha önce gereksiz yere antibiyotik yazdığında eleştirmesine karşılık “öç alma” tarzıydı. Asistan, Alter'ı iğneleyebilmek için, teşhisin viral enfeksiyon çıkmasını o kadar çok istemişti ki, yetersiz muayene etmesine sebep olmuştu. Eğer Alter, asistanların söylediklerini ve dediklerini kontrol eden bir şef olmamış olsaydı, bu tür eksik muayene ve çocukça tavır, bir insanın ölümüne neden olabilirdi. Heryerde olduğu gibi, ekoloji kısmen atmosferle belirlenir ama burada, hissi sıcaklık tehlikeli derecede artmıştı.

Pek çok insan, acil serviste kararların çok çabuk alınması gerektiğini düşünür, ama Alter'ın dediği gibi, “bu, biz doktorların yaratmış olduğu bir yanlış algılamadır.” Doğru düşünmek için, özellikle karışık ortamlarda, yorum hataları yapmayı engellemek için, ortamı yavaşlatmanız gerekir. “Hızlı olmak imajını severiz, ‘kalçadan ateş etmek’ gibi, çünkü bu çok kovboyvari bir iş - üzerinde çok fazla düşünmeden önümüze çıkan her sorunu hallederiz.” Alter'ın dediği gibi, kendisi, atmosferin yoğun hatta bazen karma karışıklığından etkilenmemek ve baskı altına girmemek için, her bir hastada bilinçli olarak düşüncelerini ve hareketlerini yavaşlatarak, “öğrenilmiş bir sakinlik” ile çalışır.

Alter ayrıca, meslekten olmayan insanların, acil servislerdeki imkanların kısıtlı olduğunun farkına varmalarının ve buna göre gerçekçi beklentiler içinde olmalarının öneminin üzerinde durdu. “Biz teşhisçiyiz, ama gelişmiş teşhisçi değiliz. Genellikle, hastayı rahatsız eden şey, klinik radarlarımızın altından uçarlar. Nathan'da olduğu gibi, en son istediğim şey, bir hastanın ‘doktor birşeyin yok dedi’ diyerek eve dönmesi. Bizim rahatlığımız ve hastanın rahatlığı için, yapmak istediğimiz şey, onların rahatsız olduğu şeyin üç gün içinde kendilerini öldürmemesi.”

Bir acil servis doktorunun “öğrenilmiş sakinliği” hasta ve ailesi tarafından bilinmeli. Eğer bir doktor rahatsız ediliyorsa, devamlı olarak diğer dok-

torlar, hemşireler, sosyal çalışanlar veya idari personel tarafından sizinle görüşürken veya sizi muayene ederken araya giriliyorsa, düşüncesinin devamlı akışı başka yanlış yöne çevrilebilir. Eğer doktor aceleci görünüyorsa, bu da kuşku duymak için bir nedendir. Cevaplarınızı kesiyorsa, dolayısı ile ne olduğunu veya belirtileri tam olarak anlatmanıza müsaade etmediğini düşünüyorsanız, huzursuz hissedersiniz. Hızlı olmak, kalçadan ateş etmeyi, demir atmayı ve uygun olmayı kapsar. Bunlar, bir acil servisteki en sık görülen yorum taraftarlıklarıdır. Genellikle, bunlar bir doktorun hedefi bulup doğru teşhisi koymak ve etkin tedavi yöntemini önermek için ihtiyaçları olan tek şeydir. Ama, aynı zamanda, hedeften çok sapmaya da neden olabilir.

Dolayısı ile, bir acil servis doktoruna sorulabilecek uygun bir soru, “Olabilecek en kötü şey nedir?” olabilir. Bu bir nevroz (sinir bozukluğu) veya hipokondria (hastalık hastalığı) belirtisi değildir; aslında asistanlara bunu akıllarında bulundurmaları öğretilir, ama acil servisin yoğun ortamında kolaylıkla düşüncelerinden kaçabilir. Bu soruyu sorarak, hasta, arkadaşısı veya bir aile ferdi, doktorun yavaşlayarak, daha geniş düşünmesini sağlayabilir. Doktorun, en müsait limana demir atmasını sağlayabilirsiniz. Nadiren de olsa, asistanın yaptığı gibi, husumetle hareket eden doktoru, tavırlarından vazgeçirip, profesyonelce hareket etmesini sağlayabilirsiniz.

Pat Croskerry, meslek hayatı boyunca, acil serviste iki kere muhteşem teşhis koydu. Her olayda da, bir hemşire orta yaşlı bir adama böbrek taşı tanısı koymuştu. Uygun bir ilk tanıydı. Klasik bulgular mevcuttu: böğürde akut ağrı, o kadar şiddetli ki, hastanın çıkartmasını sağlıyor, müteakip olarak idrarda kan. Taş düşene kadar ağrı kesici ve damardan sıvı vermek hemen hemen her zaman başarılı olurdu. Ancak, Croskerry en kötü ihtimal senaryosunu hatırladı. “Olayın hiç te böbrek taşı olmadığını buldum,” dedi, “yırılmış abdominal aort anevrizması idi.” Aort, kalpten göğse ve karına kan taşıyan büyük damar, bir yandan yırılmıştı, bu da keskin ağrıya

neden oluyordu. Kan damardan akarak böbreğe doluyor ve idrara karışıyordu. Croskerry bana teşhisin hiç de öyle harika bir şey olmadığını söyledi ama, ben aynı fikirde değildim. Kendimi, rahat rahat sohbet ederken değil de, acil servisin stresli ortamında dört veya beş hastayla aynı anda ilgilenmem gerekirken düşündüm.

Meslekten olmayan insanların doktoru düşünceye sevk edebilmesinin bir diğer yolu da “belirtilerin olduğu yere yakın hangi organlar var?” diye sormaktır. Bu soru çok basit gelebilir ama, “ying-yang-yolla” hatalarını engeller. “Evet, bende IBH olduğunu biliyorum” diyebilirdi Maxine Carlson, “ve bu-
raya daha önceleri de geldim ve durumumun kronik olduğu bana söylenmişti. Ama, bu ağrı, mevcut sorunun üzerine yeni bir ağrıysa, hangi organ bu belirtilere neden olabilir?” Alt karın bölgesindeki dokuları ve organları gözden geçirmek, dikkati önce üreme bölgesine, daha sonra da en son cinsel ilişkiye ve atlanmış adet dönemlerine çekebilirdi.

Blanche Begaye gibi nefes almakta zorluk çeken ya da Maxine Carlson gibi acı içinde olan hastaların doktorların düşünmelerine yardımcı olmalarını beklemek fazla iyimserlik olabilir. Ancak, doktora ne söylediğimiz ve nasıl söylediğimiz, düşüncesini şekillendirir. Buna sadece cevaplarımız değil, sorularımız da dahildir.

BÖLÜM 4

Kapı Muhafızları

Bir trenin geçişini seyrettiğinizi düşünün. Pencerede bir yüzü arıyorsunuz. Vagonlar peşpeşe geçiyorlar. Dikkatiniz dağılırsa veya dağıtılırsa, kişiyi kaçırma şansınız var. Ya da, eğer tren çok hızlanırsa, yüzler netliğini kaybeder ve aradığınız kişiyi göremezsiniz. “İlk başvuru doktorluğu, işte böyle birşey” dedi Victoria Rogers McEvoy. Bayan McEvoy, uzun boylu, ince, ellili yaşlarında, kısa kesilmiş sarı saçlı, keskin bakışlıdır. Boston’un batısında bir kasabada genel pediatrist olarak çalışmaktadır. “Bu iş, saman yığını içinde iğne aramaktan daha zor. En azından saman yığını sabit duruyor. Her gün gözlerinizin önünden bir dizi çocuğun geçtiğini görüyorsunuz. İyi çalışıyorsunuz - bebeklerin kontrolü, her birinin aşılarının gününde yapıldığını kontrol etmek. Hepsi rutin hale gelebilir ve yakından takip etmeyi bırakabilirsiniz. Sonra, rahatsızlanmış ve ateşlenmiş çocuklar gelir. Hemen hepsinde, sorun bir virüs veya streptokoktur. Hepsi bir anda flu bir hal alır. Ama sonra, bir kerelik menenjit (beyin zarı iltihabı) çıkar.”

“Pediatriinin lütfu, aynı zamanda baş belası da olabilir, muayeneye gelen

çocukların neredeyse tamamı, ya tamamen sağlıklı çıkar, ya da önemsiz sorunları vardır” diye açıkladı McEvoy. Lütüftur tabii, zira çocuklar sağlıklıdır, ama baş belası da olabilir çünkü monoton ve sıkıcı işlerin devam etmesi nedeniyle cansızlaşabilirsiniz. Bunu aklında tutarak, McEvoy, her çocuğu görüşünde, esas olarak Pat Croskerry ve Harrison Alter’ın acil servisteki hastalar için sordukları soruyu kendi kendine sorar: Ciddi bir sorunu var mı? “Çocuk odaya girer girmez, tüm pediatristler bu soruyu kendilerine sormalıdır.” Hastaların, ne hissettiklerini anlatamayan çocuklar veya bebekler olması nedeniyle, “İzleme yeteneğiniz özellikle doğru olmalıdır.”

Temel olarak, doktorlar bilgileri ebeveynlerden alır. Bu da demektir ki doktor, ebeveynlerin çocuklarına olan ilgi seviyelerini ve herhangi bir hastalık olması ihtimaline karşı içinde bulunabilecekleri bilinçaltı veya duygusal durumu dikkate almalıdır. Bu reaksiyonlar bazen en uç noktada olabilir: bazı ebeveynler ciddi bir sorunun varlığını kabul etmek istemez, bazıları ise, telaşlarından dolayı normal bir durumu dahi abartırlar. Bazı anne babalar, çocuklarının hareketsiz olduklarını ve yemek yemediklerini bildirdiklerinde, bu doktoru fazlaca endişelendirir; ancak bir bakışta doktor çocuğun muayene yatağında mutlu bir şekilde oynadığını ve gülümseğini görebilirler. “Hikaye tamamen abartılıdır ve anında anlarsınız ki, çocukta ciddi bir hastalık yoktur.” Sonra bir de, bir annenin, çocuğunun biraz ateşi olması dışında iyi olduğunu söyleyen öbür uç vardır. McEvoy, çocuğun hızlı hızlı nefes aldığını ve annesinin kucağında hareketsiz yattığını görünce afallamıştı. Çocukta zatürre vardı. McEvoy, tüm pediatristler gibi, çocukta temel faaliyetlerin mevcut olup olmadığına bakar: çocuk gülümüyor mu, oyuncaklarla oynuyor mu, aktif olarak yürüyor mu ya da emekliyor mu, yoksa pasif mi, göğsüne stetoskop gibi yabancı bir madde değdiğinde direnç göstermiyor mu.

Pediatride örnek tanımlaması hareket tarzı ile başlar. Pediatrisanatı, çocuğu daha yakından incelerken, ebeveynlerin söylediklerini tercüme et-

mektir. Bu verilerin toparlanması, dedi McEvoy, kitaplarda bulunan bir beceri listesi değildir, çünkü doktorda, aile hakkında düşündüklerinin farkına varabilmesini gerektirir. İlk izlenimleriniz genelde doğru olsa da, dikkatli olmalı ve ilk reaksiyonlarınızdan şüphe etmelisiniz. “Ebeveynlerin söylediklerini dikkatli dinlemeyen ve söylediklerini çok fazla dikkate alan bir pediatrist, aptal bir pediatristtir” dedi McEvoy. “Ama, çocuğun durumu ile ilgili olarak söylediklerini süzmelisiniz.” McEvoy’a, ilk çocuğum Steven’in hikayesini anlattım. Pam ve ben, Kaliforniya’daki yaşantımızdan, doğu sahillerine dönmüştük. Temmuz ayının dördüncü hafta sonuydu ve Pam’in ailesini görmek için Connecticut’ta durduk. Steven o zaman dokuz aylıktı ve biraz sinirliydi, ülkenin bir ucundan diğerine uçarken de iyi beslenmemişti. Pam’in anne babasının evine vardığımızda, beşiğinde huzursuzdu ve normalden farklı olarak, daha koyu ve kötü kokulu bir dışkı vardı. Steven’i, şehirdeki daha yaşlı bir pediatriste götürdük. Doktor, hemen, Pam’in Steven’in çok hasta olduğuna dair endişelerini giderdi. “Siz fazla endişelisiniz, ilk defa anne oluyorsunuz” dedi pediatrist Pam’e. “Doktor anne babalar böyledir.” Boston’a gelene kadar, Steve hırılıyor ve bacaklarını göğsüne çekiyordu. Steve’i Boston çocuk hastanesinin acil servisine yetiştirdik. Acil ameliyat gerektiren barsak tıkanıklığı vardı. Pam ve ben şu sonuca varabildik ki, o kadar yıllık tecrübesine rağmen, Connecticut’taki doktor çabuk bir yargıya varmıştı - ilk çocuğu için, Pam şüpheli bir anneydi ve bebeğin hareket tarzındaki ve durumundaki değişiklikleri güvenilir bir şekilde aktaramıyordu.

Connecticut’taki doktor, saatlerce, günlerce, yıllar ve yıllar boyu trenin geçişini seyretmişti. Kendisi de onlarca yıldır bu mesleğin içinde olan McEvoy’a “Gözlerinizi nasıl açık tutuyorsunuz?” diye sordum.

“Her seanstan önce, kendimi zihnen hazırlıyorum” diye cevap verdi, aynen eskiden iddialı bir tenis maçına çıkmadan önce kendisini hazırladığı gibi. 1968’de, üniversitede öğrenciyken, McEvoy ülke sıralamasında üçüncü

sıradaydı ve Wimbledon'da oynamıştı. Bir sporcu olarak, zihnini odaklamasını, beklenmeyen bir falsoyu algılayabilmeyi ve tüm tecrübesine rağmen gönül rahatlığı rehabetine girmemeyi öğrendi. Ancak, sporculuğundan gelen becerilerinin yanı sıra, “Hacmi kontrol etmelisiniz” dedi. “Ve de gerçek şu ki, her gün çok fazla çocuk gördüklerinde, pediatristlerin çoğu yüzeyde kalırlar.”

McEvoy şimdiki işine başlamadan önce, başka bir Boston varoşunda, işlek bir sağlık merkezinde çalışıyordu. O zamanlar, evde kendisinin dört çocuğu vardı. Her gününü, düzinelerce çocuk ve ebeveynleri ile ilgilenerek geçiriyordu. “Ama beni öldüren gece nöbetleriydi” dedi. Abartmasız her yirmi ila otuz dakikada bir aranıyor ve bu aramalar ertesi güne kadar devam ediyordu. Telefonla yapılan görüşmede ciddi bir kaygı oluyorsa, saat kaç olursa olsun, muayenehaneye gidiyor ve çocuğu görüyordu. “Buna birkaç yıl devam ettikten sonra, yıpranmaya başlamıştım. Daha fazla dayanamadım.” McEvoy kendinin fazla sinirli ve kırıncı olmaya başladığını fark etmişti. “Acımasız programdan o kadar yorulmuştum ki, bazı zamanlar anne ve babalara çok sert ve kırıncı sözler söylüyordum ve sonra da bu söylediklerimden pişman oluyordum” dedi. “Pediatri artık eğlenceli değildi. En endişe verici yönü de, düşünmemi zayıflatmaya başlamıştı. Ne zaman bir ebeveyn arasa, gereksiz yere telefon ettiğini varsayıyordum. Sadece çok yorulmuştum.”

McEvoy’un durmadan ve uykusuz çalışma hikayesi, bana stajyerliğim ve asistanlığımın en kötü dönemlerini anımsattı. O kadar bitkin hissettiğim anlar vardı, ama ihtiyacı olan hastalar ve iş isteyen hemşireler tarafından o kadar değişik yönler çekiliyordum ki, tek istediğim isteklerini saptırmak olmuştum. Bilinçaltından, belirtilerin ciddiyetini önemsemediğimi veya değişik gelen bir laboratuvar sonucunu ciddi bir hastalığın belirtisi yerine hata olarak görmeye başladığımı fark etmiştim. “Çağrı cihazı çalar çalmaz, sinirleniyordum,” diye itiraf etti McEvoy. “En büyük tehlike, artık ilgilen-

mekten vazgeçiyorsunuz. Her günün ve her gecenin amacı, ihtiyacı olana gereken ilgiyi bilinçli ve bilgili olarak göstermek, hiçbir şeyi olmayanı ise ikna etmek yerine, sadece herkesi elden geçirmek, desteleri temizlemek olmuştur.”

McEvoy sağlık merkezini terketti. Bir gün süresince, tam gün çalışan bir pediatrist, yirmi ila otuz çocuğa bakabilir. Şimdi, McEvoy, kısa vizitler planlamak ve hacmi arttırmak için gelen baskılara rağmen, herhangi bir seansa bakacağı hastaların sayısını sınırlamaktadır. İlk başvuru doktorlarının çoğu bu yöntemi uygulamaktadır, çünkü aksi takdirde gerektiğinde verimli olamadıklarını düşünmektedirler. Bazıları, gelirlerindeki düşüşten sıkıntı çekerler. Diğerleri, sigorta ödemelerinden pay alarak, “banko sağlık hizmetleri” olarak adlandırılan bir sistem başlatmış ve baktıkları hasta sayısını azaltmışlardır. Diğerleri de, idari pozisyonlara geçmişler, daha az hastaya bakmışlar, ama gelirlerini korumuşlardır. McEvoy bu son yolu seçmiştir. McEvoy’un grubu, Partners Sağlık Hizmetleri ve Massachusetts Genel Hastanesi ile ilişkili çalışmaktadırlar. Bu bağlantı, acımasız gece çağrıları problemini bir nebze halletmiştir: Partners grubu, gece çağrılarını cevaplamak üzere tecrübeli pediatri hemşireleri kiralamıştır. Bu hemşireler, ebeveynlere tavsiyelerde bulunurlar, ancak aile doktor ile görüşmekte ısrar ederse, o zaman doktora çağrı gönderilir. “Aklınıza mukayyet olabilmenin tek yöntemi bu” dedi McEvoy, “ve de, doktorlar yıpranmamış olduklarından, bakım da daha iyi.”

McEvoy, günün yarısını, doğrudan klinik bakımda geçirir; günün geri kalanını bakım sonrası hizmetlerinde geçirir: doldurulacak formlar, vizitlerin belgelerinin hazırlanması, kayıtların gözden geçirilmesi, uzmanlardan görüş istemek için yazılacak mektuplar ve - en zoru - sigortacılarla, yaptırılması gereken MRI (magnetik rezonans görüntüleme) gibi pahalı testler için pazarlık etmek. Yakınlarda, McEvoy, *Harvard Tıp Mezunları* dergi-

sinde, geniş ilgi gören bir yazı yazdı. Başlığı “İnanılmazlar” idi ve günümüz ortamında ilk başvuru doktorluğundaki herhangi bir kişinin tam olarak faaliyet gösterebilmesi için, sadece çizgi romanlardaki kahramanlarda görülebilecek süper insan güçlerinin gerekli olduğunu iddia ediyordu:

... Çelikten doktorlar! Hızla giden bir mermiden daha hızlı, ama arkasına bakılmamış hiçbir taş kalmamış. Bürokrasi mi? Yükleyin! İhtiyacı olan bir sonraki insan grubunun yardımına koşmak için pelerinlerimizi giydiğimizde, sadece verimliliğin hedeflerini tutturduğumuza emin olmak için randevularımızı kontrol etmek için duraklarız. Hakkabazlık yapan Blackberry’ler, cep telefonları, elektronik tıbbi kayıtlar, uzmanlardan notlar, laboratuvar sonuçları, çağrı cihazları, el tipi formül cetvelleri, hasta-memnuniyet araştırmaları, sigortacıardan gelen renk kodlu tercih edilen ilaçlar listeleri ve Sağlık Denetleme Kurullarından gelen kalite raporları, biz saldırırız, hastalarımız umutla, titreyerek beklerken...Uzmanlığımızın insan üstü gereksinimleri, ya bizi çelik gözlü savaşçılara, ya da tir tir titreyen, yenilmiş, beyaz önlüklü jöle toplarına dönüştürdü. Şimdi, grup tıbbi hizmeti veriyoruz - zaman alıcı hasta başı görevlerimizi hastanecilere bırakarak; hastalarla yüz yüze geçirdiğimiz zamanı keserek; idari görevlere geri çekilerek ateş hattından kendimizi korumak için adlarımızın yanına MBA, Esq. veya MPH ekleyerek.

Yazık, İlk başvuru doktorluğunu seçtiklerinde, doktorların çoğu “girişi sınırlamak” için “kapı muhafızı” görevi yapacaklarını tahmin etmemişlerdi. “Açıkçası, beni ayakta tutan aile ilişkileri,” dedi McEvoy. McEvoy’un baktığı ailelerin çoğu göçmenler. McEvoy’un sağlık merkezi, pek çok kişinin Mandarince veya Farsça konuştuğu bir kasaba. “Bir çocuğun konuşma yeteneğinin gelişmesini takip etmek bir peditrist için en önemli hususlardan biridir” dedi McEvoy. “ve bu İngilizce bile konuşmayan ailelerde daha zor bir hale geldi.” Etkin olarak çocukların gelişim evreleri ile ilgili doğru bilgileri ailelerden alabilmek genellikle çok zordur. “Gene, her iki uca çekile-

bilir” dedi McEvoy, “bazı ebeveynler, çocuklarının yeterince hızlı gelişmedikleri hususunda çılgın gibidirler ve bunun otizmin göstergesi olduğunu düşünürler. Diğer ebeveynler ise, çocuklarının karşılaştıkları sorunları şekerle kaplarlar, çünkü çocuklarının yeterince zeki olmadığından korkarlar.” Günümüz kültüründe, daha emekleme çağındaki çocukların üzerinde dahi başarılı olmaları için gerekli yetenekleri geliştirmeleri için muhteşem baskı var; ebeveynler bu gelişim yolundan belirli bir sapmayı derin bir şüphe ile karşılarlar. Bu artık, orta veya yüksek sınıflarla sınırlı değildir; toplumumuzda ilerleyebilmek için eğitimin önemli olduğu geniş kitleler tarafından anlaşılmıştır ve çocukların yetenekleri arasında bilim ve teknolojiye yatkınlık özellikle önemsenir.

Yakınlarda, McEvoy, evde Farsça konuşan Yazdan ailesinin raporuna yüzeysel baktığı için ilk önce “atlatılmıştı.” Kıvrıcık saçlı, yürümekte olan kızları Azar, McEvoy onları karşıladığında gözlerini kaçırmış ve vizit esnasında hiç konuşmamıştı. McEvoy bu izlenimlerini Bayan Yazdan ile paylaştığında, “Aah, evet, evde bayağı konuşuyor” demişti. Daha sonraki bir vizitte, McEvoy Azar’ın gene konuşmadığını gözlemlemişti. Bu sefer, konuyu daha derinine incelemiş ve okulla temasa geçmişti. Okulda, Azar’ın hiç kimseyle konuşmadığını, hiç kimsenin de Azar’la konuşmadığını ortaya çıkarttı. Öğretmenler, dil farkından dolayı, cevap verebilecek kadar İngilizce anlamadığını varsaymışlardı. “Küçük kız otistikti” dedi McEvoy. Ancak, bu teşhisin doğrulanması neredeyse bir yıl sürdü. Bir vizit sırasında pediatristin zamanının sınırlı olması, durumu daha da zorlaştırıyor,” dedi, “dolayısı ile, küçük çocuğun utangaç olduğunu ve lisanını konuşmadığınızı düşünerek yanılabilyorsunuz.”

McEvoy, benimle sesli düşünürken, teşhislerdeki gecikmenin, sonucu atlamama isteğini yansıtır yansıtmadığını düşündü. “En son yapmak istediğiniz şey, ebeveynlerin aklına şüphe tohumları ekmektir” dedi McEvoy. “Çocuğunu seven bir ebeveyn için, çocuğunun normal olmadığını öğren-

mek, en yıkıcı şeydir. Değişik yaşlarda, neyin normal olduğu aralığı ise, ba-
yağı geniştir.” Anne veya baba, diye devam etti McEvoy, derhal çocukları-
nın özel bir okula gönderileceği ve iyi bir üniversitede okutma şanslarının
olmadığı sonucuna varırlar.

“Bu bir pediatrist için, en önemli sınavlardan biridir” dedi McEvoy,
“bu gereksiz korku yaratmaya karşılık, ciddi bir gelişme sorununu hafife
alma oyununu nasıl oynadığınız.” Tecrübeli bir pediatrist, bu belirli bölgeyi
iyi hazırlamalıdır, dedi McEvoy, incelemeye alma gereksinimini ortaya
koymak ve aileyi gereksiz olarak telaşlandırmadan testler yapmak. McEvoy
bunu, ailelere, hakikaten bazı zeki çocukların diğerleri kadar erken okuya-
madığını; bazı çocuklar girişken karakterliyken, bazılarının çekingen ol-
duklarını; bazı çocukların yabancılara gülümserken, bazılarının utandık-
larını anlatarak yapıyor. “Neyin normal olup, neyin normal olmadığını
çok geniş bir aralığı olduğunu söyleyerek başlıyorum ve sonunda herşeyin
iyi olabileceğinin üzerinde duruyorum.” Bu temkinli başlangıca rağmen,
“bazı anne babalar, eğer çocuk konuşmuyorsa, 18 aylık çocuklarını beş de-
ğişik uzmana gösteriyorlar,” dedi McEvoy. Hali hazırda çocuk yetiştirenler
ise, daha sakin oluyorlar ve “pekala, bu da geç konuşacak” diyorlar.

“Genellikle, ‘elçiyi öldür’ senaryosu yaşanır” dedi McEvoy. Her ne kadar
bir aileyle ilgili gelişim problemlerine yumuşakça yaklaşırsa dahi, kendisini
sert ve bazen çok kızgın tepkilere hazırlıyor. “Bu durumlarda, hastalar
beni bırakıyor” dedi, “aileler, otizm veya daha başka bir ciddi rahatsızlık ol-
duğunu duymak istemiyorlar.”

Dahası, McEvoy, çocuğa etiket yapıştırmanın doğruluğuna inanmıyor,
“bir kere etiketlendi mi, sanki çocuk sonsuza dek değişmiş gibi” dedi.
“Mevcut olmayan bir sorunu dile getirmek, zorbalık yapmış gibi birşey.” Bu
nedenle, belli bir teşhisi aileye açıklamakla bile başlamıyor, onun yerine,
“Emin değilim, ama bu çocuğunuzun gelişim sorunu süreci olabilir ve ya-
kında yaşitlarına yetişebilir. Onun için, bir sonraki randevuyu daha erkene

alalım. Bu bana çocuğu tekrar görme imkanını verir” diyor. Bir sonraki randevunun ne zamana verileceği kritik bir karar. “Çok erken olmasını istemezsiniz, zira bu çimenin büyümesini seyretmek gibi birşeydir” dedi, “onun için randevuyu altı ay sonra yerine üç ay sonraya verirsiniz” ve gene lisan ve insanlarla olan ilişkilerini kontrol edersiniz. Bu süreç, aynı zamanda ebeveynlere, doktorun acil bir durum olmadığını düşündüğünün de sinyalini verir.

Gelişme evrelerinin değerlendirilmesi, psikolojik olarak neyin normal olduğu tanımlamalarının daraltılması ile, daha komplike bir hal aldı: hırsızlık depresyon olarak etiketlendi, utangaçlık sosyal etkinlik bozukluğu, mükemmeliyetçilik obsesif-kompulsif bozukluk. “Bugünlerde çocuklara konan çok fazla teşhis var” dedi. “Ama, insan davranışlarının tamamı devamlıdır.” Gene bu nedenle, McEvoy çocuğu kendisi yeterince inceleme şansına sahip olmadan ve ebeveynlerin çocuklarının üstlerine çok düşüp düşmediklerini veya çocukları ile ilgili problemleri kabullenip kabullenmeyeceklerini değerlendirmeden psikiyatrik bir hususu açmaktan dahi çekinmektedir. “Psikiyatrik etiketler yıkıcıdır,” dedi McEvoy, “onun için, anne babaları etikete konsantre olmaktan caydırırım, onlara, çözümün faal bir yaklaşım olduğunu ve çocuk için en iyi öğrenme şeklinin ve sosyal çevrenin ne olduğunu bulmalarını isterim.”

McEvoy’un yaklaşımı bana, epey seneler önce tanıştığım, Boston Çocuk Hastanesinde bir nöropsikolog olan Jane Holmes-Bernstein’ı anımsattı. Holmes-Bernstein, neyin normal olup olmadığının, hareket tarzına bağlı olduğunun üstünde durur. Sebatar bir biçimde, bir çocuğun durumuna, hazır kalıpları monte etmekten kaçınır ve bunun yerine, bilimsel testler ve oyunlar sonucu derlediği bilgiler ışığında değerlendirmeler yapmayı tercih eder. Holmes-Bernstein, çocuğun değişik konumlarda nasıl faaliyet gösterdiğinin açıklamalı bir profilini çıkartır. Daha sonra, yazılı metnin kavrılması olsun, konuşma ve lisanın organize edilmesi olsun, ya da duygu-

sal ve anti sosyal tavırların kontrol edilmesi olsun, belli engellerin nasıl aşılması gerektiği hususunda kişiye özel tavsiyelerini yapabilir.

Tabii ki, bazı çocuklar çok net olarak belirlenmiş bazı psikolojik belirtilerden sıkıntı çekiyor olabilirler. McEvoy, bu tür çocukların psikolojik muayeneye gönderilmesindeki mevcut sorunlardan şikayet etti. Pediatrik psikiyatristlerin genellikle randevu listeleri çok uzundur ve işlerinin çoğu, kısa bir muayeneyi müteakip psikotropik ilaç yazmaya indirgenmiştir. Bunun nedeni, sigorta şirketlerinin psikoterapiye çok az ücret ödemeleridir.

Birçok ilk başvuru doktoru, hizmetlerinin, benzer nedenler yüzünden, benzer şekilde çılgın bir kaliteye dönüştüğünü farketmektedirler. Sigorta şirketleri, ilk başvuru doktorlarının paylarını devamlı olarak kısımaktadır. Bu, verilen hizmetlerden dolayı ne kadar “pay” alınacağını sigorta şirketleri ile pazarlığının yapıldığı dönemde, tıp cemiyetlerinin liderliğinin cerrahlarca yapıldığı dönemden kalma bir mirastır. Bir işlem yapan bir uzman - diyelim ki bronkoskopi ya da bir ameliyat - sigorta şirketinden ciddi miktarda para alır. Ama bir pediatrist veya diğer bir ilk başvuru doktorluğu hizmeti sağlayıcı, bir dahiliyecisi ya da genel pratisyen, bir teşhise varmak için kompleks tıbbi problemleri inceleyerek bir saatini harcadığında veya bir hastalıktan ya da tedavisinden doğan duygusal sorunları çözmeye çalıştığında, ödeme çok azdır. Bu nedenle, birçok genel pratisyen, kendisini bir “kum tepesini tırmanmaya çalışır” gibi hissetmektedir” dedi McEvoy.

Aslında, son zamanlarda yapılan bir araştırma, enflasyon dikkate alındığında, son on yıl içinde, pediatrist gibi doktorların gelirlerinin azaldığını ortaya koymuştur. Pekçok doktor, vizitleri on-onbeş dakika ile sınırlayarak ve her gün baktıkları hastaların sayısını arttırarak karşılık vermişlerdir. Bu trenin hızını arttırır ve acil servis doktorunun tabakları döndürürken, Croskerry ve Alter’ın yapmalarından korktukları hataların çoğalmasına ön ayak olur. Acele ile çalışmak, sadece yorum hatalarına yol açmaz, ama ile-

tişimi de etkiler, tedavi ile ilgili en basit bilgilerin dahi aktarılamamasına neden olur. 909 hastayla ilgilenen 45 doktor üzerinde yapılan bir incelemeğe göre, doktorların üçte ikisi hastalarına yeni bir ilacı ne kadar süre ile alacağını veya yan etkilerinin neler olabileceğini söylememiştir. Doktorların neredeyse yarısı da, ilacın dozunu ayarlamamış ve ne sıklıkta alınması gerektiğini bildirmemişlerdir.

Bazen, bu çlgın hız, doktorun tepesinden aşar ve hasta ve ailesi ile yabancılaşmasına neden olur. Dallas'ın varoşlarında yaşayan bir arkadaşım, rutin vizitlerde kendilerine gerekli ilgiyi göstermediğinin farkına varana kadar, pediatristlerine tapıyorlardı. "Bir anda dört odada muayene devam ediyordu" dedi anne, doktor ve hemşireler odalar arasında mekik dokuyordu. Sıklıkla, arkadaşımın viziti, bir hemşirenin başka bir hasta ile ilgili soru sormak için araya girmesi ile kesiliyordu. Sonra, yıllık kontrolden sonraki bir akşam, pediatrist arkadaşlarımı evden aradı. "Özür diledi ve tuzlu su enjekte ettiğini, aşığı karıştırmayı unuttuğunu söyledi." Arkadaşlarım ertesi gün çocukları aşığı götürdü ve başka bir doktor bulmaya karar verdiler. "O'nu hakikaten çok seviyorduk ama çok meşgul ve dağınık olmaya başladı. Çocuklarımızla ilgili önemli hususları atlayabileceğinden korktuk."

Karım ve ben, yoğun çalışmasına rağmen, vizit esnasında çocuklarımızı hakikaten odaklanan bir doktor aradık ve bulduk. İlk tanışmamız, çocuklarımızın futbol oynadıkları sahanın kenarında gerçekleşti. Sıcak ve dışa açık bir kişiliğı vardı. Meslektaşlarımıza, onun hakkında ne düşündüklerini sorduk, hepsi çok bilgili olduğunu söyledi. Pam doktor olmayan anneler buldu, ve gene hep iyi şeyler söylendi. Bekleme odası genelde çok doludur ama sekreterleri ve hemşireleri çocuklarımızı adlarıyla tanır. Bazen bekleme odasında oturmak zorunda kalırız, ama biliriz ki, bunun nedeni bir ailenin ayrılan zamandan daha fazlasına ihtiyacı olmasıdır. Bazen sorduğumuz soruları tartarken, sesli düşünür ve bizim aklımıza dahi gelmeyen hususları dile getirir. Bilgisayarına notlarını yazarken, konuşmaz. Gözleri saatte de-

ğil, gözlerimizin içindedir.

Yıllar önce, hastalarımın birinin annesi, “Oğlumla, sanki tek hastanız oymuş gibi ilgilenmenizi istiyorum” demişti. Önce, bencil görünen bu istek karşısında şaşırmışım. Ama sonra ne demek istediğini anladım: birlikte olduğumuzda, beynim sadece onun vakasıyla ilgilenmeliydi. Bu da, sorunlarını dinleyebilmem ve düşünüp taşınabilmem için zamanımı iyi ayarlamamı gerektiriyordu. Bu ayrıca, bana gelmeden önce konularını derlemesi için hastamı teşvik etmemi sağladı. Ama bir gün, listesini elden geçirip, randevuyu sona erdirmek üzereyken, üstün körü kasiğinde bir ağrı olduğundan bahsetti. Belki önemli bir şey değildir dedi, evindeki mobilyaların yerlerini değiştirirken bazı kaslarını zedelemiş olabilirdi. Ama muayene odasına geri döndük ve ben, lenfoma’nın yeniden başladığını haber veren, büyük, sert bir lenf bezi buldum.

Listeler faydalıdır ve algoritmalar gibi, belli durumlarda bakımı daha verimli kılar. Ama, gene aynı riskleri taşırlar, Roter ve Hall’un araştırmalarında gösterdikleri gibi, doktor çoğu bilgiyi ortaya çıkaracak açık uçlu sorular sormayacaktır. Buna ek olarak, McEvoy’un da gelişim bozukluklarımızla ilgili olarak belirttiği gibi, ve benim de lenfomalı hastamda gördüğüm gibi, en korkutucu şüphelerimizi aklımızın bir köşesine iteriz. Pediatride, ebeveynler önceden kendi kendilerine çocuklarının durumu ile ilgili olarak kendilerini en çok korkutacak şeyin ne olduğunu sorabilirler. Korku, hala bir ebeveyn’in ya da hastanın bunun farkına varmasını engelliyor olabilir. O zaman, pediatrist bu şüphenin dile getirilmesi için zaman harcamalıdır, bu da karşılıklı konuşma ile olur.

İyi bir doktor zamanını ayarlamasını öğrenir. 20 dakikalık bir ziyaretinde, tek düze belirtiler kesin olarak belirlenebilir ve hastaya ve yakınlarına net ve anlaşılabilir bir tonda anlatılabilir. Aileler muayenehaneyi bilgilendirilmiş ve tatmin olmuş bir şekilde terk ederler. Karmaşık sorunlar bu kadar çabuk çözülemez. İyi bir doktor, ne zaman daha fazla soru sormak

ve düşüncelerini aktarmak için daha ne kadar fazla zamana ihtiyacı olduğunu bilir. Bu gibi durumlarda, randevunun uzatılması gerekebilir veya mümkün olan en kısa sürede ek bir randevu verilir. Bir yarış yapılırken, inandırıcı bir düşünme ve net bir iletişim sağlanamaz. İdareli tedavide zamanı kısıtlamak ve hedeflenen verimliliği takip etmek için tüm baskılara rağmen, doktorlar ve hastalar biraz geri durmalıdırlar. Doğru cevabı bulmak bazen zaman alır. Acele yorum hataları doğurur.

Dr. Judy Ann Bigby de bir kapı muhafızıdır. Otuz yıl önce, o bir öğrenci, ben de asistanken tanışmıştık. Dahiliyecidir, Halk Sağlığı Programlarının ve Boston'un Brigham ve Kadın Hastanesinin Kadın Sağlığında Mükemmeliyet Merkezinin yöneticisidir. Zamanını, hastalarına genel dahiliyeci olarak bakarak ve hastanenin genellikle zenci ve Latin kökenli kadınlarının olduğu az hizmet götürülen bölgelerdeki iyileştirme çalışmaları arasında bölüyor. Stajyerlik ve asistanlığından sonra, Bigby dahili tıpta üst uzmanlık bursu kazandı ve bu süre içinde klinik kararların alınmasının belli formları üzerine eğitim aldı. "Eleştirci olmayı, özellikle değişik test sonuçlarını ve işlemleri değerlendirirken Bayes analizlerinin nasıl uygulanması gerektiğini öğrendik". Programın amacı, genç doktorlara gelişmiş görüntüleme teknikleri gibi kaynakları en iyi ne şekilde kullanabileceklerini ve bir takım ana veriler verildiğinde, teşhisi nasıl sürdüreceklerini öğretmektir. Bigby'e değişik yorum yöntemleri ve doktorların yapabilecekleri yorum hataları öğretilmemiştir. Günlük klinik çalışmalarında bu teorik temellerin ne kadarını uyguladığını merak ettim. "Bayes analizlerini rutin olarak kullanmıyorum" dedi, ama, hastalara yapılmasını istedikleri belli bir testin kendilerine neden yararlı olmayacağını anlatmak için kullanıyorum. Kafamda olasılıkları görebiliyorum ve hastanın anlayabileceği bir lisanda anlatıyorum."

Konuştüğümüz gün. Bigby uzun süredir hastası olan orta yaşlı beyaz bir

adama bakmıştı. Hasta, yıllık testlerine ek olarak efor testi de yapılmasını istemişti. Onun durumunda, kalp hastası olabilmesi ihtimali karşısında, sağlayacağı faydalar hakkında konuştuk,” dedi. “Anladı. Testin onun için hiçbir faydası olmayacağını anladı.” Bigby bir diğer hastasını anımsadı. Seksen yaşlarında, koroner arter hastalığı ve böbrek yetmezliği olan, zenci bir kadındı. Geçen onlarca yıldır, sayısız negatif mamogram çektimişti. Bu durumda Bigby, bir mamogram daha çekirtmesinin neden gereksiz olduğunu kadına anlatmak için olasılıkları kullanmıştı, bir taramada anormallik bulunması ihtimalinin ne kadar az olduğunu anlatmıştı. Eğer bir tümör bulunsa dahi, dedi hastaya, gelişmesi o kadar uzun sürerdi ki, bir tehlike yaratma ihtimali yoktu.

Judy Ann Bigby, yuvarlak yüzlü, cin bakışlı, sık sık kahkahaya dönüşen canlı ve nerdeyse lirik sesli, derli toplu bir kadındır. Hempstead, Long Island'da büyümüştür. Bigby bana, çocukken, ailesinin o bölgedeki ilk zenci ailelerden biri olduğunu; liseden mezun olana kadar, okulun yüzde sekseninden fazlasının siyah olduğunu anlattı. Babası United Airlines'da makine teknisyeni olarak çalışıyordu. Bir ev kadını olan annesi, ancak çok sonraları dışardan lise bitirme sınavlarına girmişti.

Her ne kadar Bigby zamanının sadece üçte birini hasta bakımı için ayırsa da, ilk başvuru doktorlarının şimdilerde yaşadıkları sorunlara yabancı değil. “Her onbeş dakikada bir hasta bakmamız gerekiyor,” dedi. “Belki de hedeflenen sayıları tutturamıyorum. Bunun büyük nedeni, randevularıma bloklar koymam. Çok basit, onbeş dakikada bir hasta bakamam.” Hastaları bekletmeyi sevmez ve baktığı hastaların çoğunun sorunları hakkında uzun uzun düşünülmesi gerektiğinden, bu tip bir muayeneyi gerçekleştirebilmek için randevularını bu şekilde ayarlıyor. “Her klinik seansta bazı boşluklarım olmalı,” dedi. Hastane yönetiminden herhangi bir kimsenin, doğal olarak sigorta şirketleri tarafından para ödenmeyen ve bir boncuk sayıcısı tarafından üretken bulunmayabilecek, bu “boşluklar” için kendisini

uyarıp uyarmadığını sordum. “Artık olamaz,” dedi. “Eğer tam zamanlı çalışan bir klinisyen olsaydım, tahmin ediyorum ki şimdiye kadar belki biri uyarılmış olabilirdi ama, mesleğimde bu şekilde doktorluk yapabileceğim bir seviyeye geldim.”

“İlk başvuru doktorluğunun asıl amacı, insanların belli hareket tarzlarını anlamalarını ve değiştirmelerini sağlamaktır” dedi. Bu sigara içmek, fazla yemek, hareketsiz kalmak veya bir mamogram randevusunu atlamak olabilir. Bigby, hastalarının sosyal yaşamlarına bakarak, onların nasıl daha sağlıklı bir davranış biçimine girebileceklerini düşünmeye çalışır.

Mesela, bizim konuşmamızdan iki hafta önce, hastaneye 74 yaşında, Gloria Manning adında bir zenci bir kadın kabul edilmişti. Manning’de, ileri safhada romatoid artrite ilaveten, şeker, hipertansiyon ve koroner arter hastalıkları vardı. Manning’in romatizma doktoru O’na ayakta bakıyordu ve Bigby doktora, Manning’in ayak bileklerinin çok fazla ağrılı ve şişmiş olduğunu söyledi. Manning, artrit için, methotrexate ve Plaquenil de dahil olmak üzere birçok ilaç tedavisi görmüştü. Romatolog, en son olarak, bir enflamatuvar protein olan TNF’yi bloke ederek çalışan, romatoid artrit gibi otoimmün hastalıklarda kullanılan yeni bir antikör olan Remicade vermeye karar verdi. Bigby Manning’i muayene ettiğinde, on kilodan fazla almıştı, yorgundu ve nefes darlığı çekiyordu. “Çok açık bir şekilde kalp yetmezliğine girmişti,” dedi Bigby, “kiloların tamamı tutulan suydı”. Bigby, remicade tedavisinin durumu daha kötü yaptığına inanıyordu.

Yıllar önce, Manning Brigham ve Kadın Hastanesine, kontrol altına alınamamış hipertansiyon ve angina atakları tanısıyla yatırılmıştı. “O zamanlar, ‘uyumsuz’ olarak fişlenmişti” dedi Bigby. “Uyumsuz” terimi, hem doktorlar, hem de hastalar için çok anlamlı bir terimdir. Doktorlar, tavsiyelerine uymayan hastaları sevmezler. Hastanede yatış sırasında, tansiyonu düzende tutmak, kalbin aterosklerotik damarlarına kanın ulaşmasını sağlamak ve kandaki şeker miktarını kabul edilebilir seviyelerde tutmak için

ilaçların ideal düzeylerini belirlemek kolay bir şey değildir. Daha sonra, hastayı, hastanede sağlanan gelişmeleri devam ettirebilmek için uygulaması gereken bir rejimle taburcu edersiniz. Taburcu olduktan sonra, hasta verilen diyetle uymuyorsa ve ilaçlarını düzenli olarak almıyorsa, yani “uyumsuz” ise, o zaman doktorlar, Toronto’dan Donald Redelheimer’ın dediği gibi, kızgınlık ve tiksime gösterirler. “Defalarca, kendisine başka doktorlar tarafından, ilaçlarını düzgün olarak almadığı ve bu nedenle de tekrar hastaneye yatması gerektiği anlatıldı” diye devam etti Bigby.

Bu son yatışında, Bigby Manning ile tanıştı ve diğer doktorların atladığı noktanın farkına vardı. “O yaşta, Missisipi’den gelmiş bir zenci - belki de hiçbir zaman okuma yazma öğrenmediğini düşünmelisiniz. Gloria Manning’in ilaçlarını doğru olarak almamasının nedeni “uyumsuz” olması değil, ilaç şişelerinin üzerindeki yazıları okuyamaması idi.” Dolayısı ile Bigby, yerel bir şirkette müdür olan Manning’in kızının da, annesi taburcu edilirken ve ayakta tedavi planı verilirken orada olmasını sağladı. “Daha dün kendisini klinikte gördüm” dedi Bigby. “Üçbuçuk kilo daha vermişti ki bu harika bir olaydı, zira genellikle insanlar hastaneden taburcu olduktan sonra su tutarlar ve tekrar kilo alırlar. Herşey yolundaydı ve kızı bu sefer, ilaçlarını doğru almasını sağlıyordu.”

Bigby, bu tür düşünce tarzını ve içeriğini, Bingham ve Kadın hastanesindeki stajyerlere ve asistanlara aktarmaya çalışıyor. O kurum, ülkedeki ilk sıradaki akademik merkezlerden biri ve kardiyoloji ve cerrahi gibi alanlarda en son teknolojileri geliştirmektedir. Bana öğrenci, stajyer ve asistan olarak bulunduğum yerleri çağırıştırıyor. Ama, sorumlu doktorun bize sosyal yaşam tarzını düşünmemiz gerektiğini öğrettiği hiçbir anı anımsamıyorum. Yaşlı bir hasta uyumsuz olduğunda, bunun erken bunama göstergesi veya psikolojik depresyon olduğunu düşünürsünüz ama, 1930’larda Missisipi’nin kırsal bölgelerinde zenci bir kadın olmanın dezavantajı olduğunu düşünmezsiniz.

Bigby, onlarca yıl çalışmış tüm klinisyenler gibi, diğerlerinin atladığı bir tanı koymuş ve bir anda, bir hastanın şanslı anına geri dönüyor. Bigby, devamlı öksürmeye başlayan ve göğüs röntgeni çekilmesi istenen acil servise giden Constance Gardner vakasını anımsadı. Acil servis doktoru, akciğerleri bir sürü kitle ile dolu olduğundan, Bayan Gardner'da kanser metastazı olduğunu söyledi. "Ben Gardner'ı ertesi gün gördüm," dedi Bigby. Hikayesini dinledikten ve muayene ettikten sonra, Bigby göğüs röntgenine de baktı. "Ben bunun kanser metastazı olduğunu düşünmüyorum" dedi Bayan Gardner'e. "Bu sanki nadir bir otoimmün hastalık olan Wegener granülomatosis gibi görünüyor." Bu hastalık, akciğerlerde olduğu gibi, solunum sisteminin diğer kısımlarında da enflamatuvar kitleler oluşturur. "O kadar da fevkalade değildi" dedi Bigby. "Sadece, tamamen değişik bir tanı geliştirmek ve ilk olasılığın ilerisinde düşünebilmek."

Yıllarca çalışmış bütün doktorlar gibi, Bigby'nin de kendisini görmeyi bırakan bir hastası var. Harriet West, Bigby'nin yıllarca baktığı ve iyi bir ilişki içinde olduğuna inandığı, yaşlı bir zenci kadındı. West'in uzun süredir devam eden hipertansiyonu vardı ve nefes darlığından şikayetçi olarak Brigham ve Kadın Hastanesinin acil servisine geldi. "Kalp yetmezliği vardı" dedi Bigby. Kalbi yeterince pompalayamadığından, akciğerlerine sıvı doluyordu. Harriet West'te herhangi bir enfeksiyon belirtisi yoktu diye devam etti Bigby, ateş yok, akyuvar sayısında artma yok. Gene de "birileri kan kültürü almaya karar vermiş" dedi Bigby. Bunun nedeni, sistemdeki herhangi bir enfeksiyon ihtimalini, özellikle kalbin kapakçıklarını etkileyebilecek ve kalp yetmezliğine sebep olabilecek endokardit ihtimalini elimine etmekte.

Test sadece gereksiz olmayıp, West'in Bigby'i terketmesine kadar uzayan olayların başlangıcı oldu. "Üç kan kültüründen birinde Staph epidermidis üredi" dedi Bigby. Bu bakteri genelde deride bulunur ve tek bir kan kültüründe görülürse, genellikle hiçbir anlamı yoktur. "Tamamen açık ol-

mak fikri ile, asistanlardan biri Bayan West'e 'Oh, kan kültürlerinden birinde bu bakteri üredi ama, merak etmeyin, kan pislilikliymiş' demiş."

West'in kalp problemi hastanede tedavi edildikten sonra, West kontrol için ayakta muayene olmak üzere Bigby'e gelmiş. West çok sinirli görünüyormuş. "kayıtlarımda ne yazdığını aynen bilmek istiyorum!" demiş. Bigby bu ses tonundaki ve tavırdaki değişikliğe şaşırmış. "Uzun uzun konuşmalardan ve ileri geri görüşmelerden sonra, hala sorunun ne olduğunu anlayamamıştım" dedi Bigby. "Acil servisteki asistanın ne dediğini tam olarak hatırlayamıyordum ama, sonunda West'e 'pis kanının' olduğu söylendiğini zannettiğinin farkına vardım." "Pis kan", özellikle Bayan West'in büyüdüğü güney bölgelerinde, frengi manasına gelen eski bir tabirdir. West, asistanın bunu demek istediğinden emindi ve anlaşılacağı gibi, haysiyetine dokunmuştu. "Kırk yıllık evliydim ve şimdi bir dulum. Kiliseye giden bir kadını" dedi West, Bigby'e. Bu tabirin tıbbi kayıtlardan çıkartılmasını istedi. "Burada 'kirlenmiş' kelimesinin ne manaya geldiğini anlatmaya çalıştım, kanı aldığı anda yabancı madde ile kirlenmiş" Ama West tatmin olmamıştı. Aslında, acil servisteki asistanın damarlarına kirli iğne soktuğu ve kendisini zehirlediği sonucuna vardı.

"Bu yaşadığım, iletişimdeki en büyük ayrımdı" dedi Bigby. "Sanki her ikimiz de bambaşka lisanlarda konuşuyorduk. Bu O'nu son görüşüm oldu." Bigby bu vakayı öğrencilerine ders verirken kullanıyor şimdi. "İşin komik tarafı, lüzumsuz bir kan kültürüydü" dedi Bigby. "West'e hakaret edilmişti, derinden hakaret, kurum tarafından."

Bigby Deborah Roter ve Judith Hall tarafından yapılan doktor-hasta iletişimi çalışmasını biliyordu ve bana, özellikle West gibi hastalarda lisanın hassasiyetini hatırlattı ve her hasta için göz önünde bulundurulması gerektiğini söyledi. Bu, ilk başvuru doktorluğunda görevli doktorların karşılaştıkları bir durumdur, zira karşılaştıkları hastaların çoğu tıpta rutin olarak etiketlenmiş vakalardır. "Baktığım hastalardan birinde diz ağrısı

vardı” dedi Bigby. Röntgenlerinde dejenerasyon görüldü ki, yaşlandıkça normaldir. “Kendisini aradım ve osteoartrit olduğunu söyledim. Bir sonraki telefon görüşmemi yapmak üzereydim ki, hastanın yıkıldığını farkettim. Bana göre, büyük bir olay değildi ve röntgen bulgularını sıradan bir olaymış gibi söyledim. Ama, hastaya göre, artrit acı ve sakatlık demektir.”

McEvoy gibi pediatristler, ebeveynlere gelişme veya psikolojik bozuklukları nasıl aktarmaları gerektiğini öğrenirler ve Bigby gibi genel dahiliyeciler kanser teşhisi gibi kötü haberleri verirken kelimeleri sanatsal bir biçimde kullanırlar. Ancak hem McEvoy, hem de Bigby’nin üzerinde durdukları husus, ilk başvuru doktorluğunun hır gürü içinde, bir doktorun, doktorlara sıradan gelebilecek bir şeyin, hasta tarafından trajik olarak algılanabileceğinin göz ardı edilmemesidir.

Yıllar önce, Tufts-New England Tıp merkezinde bir konuşma yapıyordum. Bölüm başkanı Dr. Deeb Salem, hazır cevabımın olmadığı, zor bir soru yöneltti. Ben, doktorluk sanatında şefkat ve iletişimin önemini tartışıyordum ve Salem şu soruyu sordu: “Her hastanede, büyük bir hassasiyet ve ilgi ile konuşan ilk başvuru doktorları var ve uzun süreli hastaları bunları çok sever, ancak klinik olarak bunlar çok yetersizdir. Bir hasta bunu nasıl bilebilir?”

Salem’in sözleri beynimde yankılandı. Beacon Hill’de çalışan bir grup böyle doktorlar vardı ve ben 1970’lerde asistanken, hastalarını sadece Massachusetts Genel Hastanesinin Philips House binasına yatırıyorlardı. Aralarında çok yetenekli bazıları vardı ama, çoğunluğu, en uygun tabiriyle vasattı. Gene de, hastaları onlara tapıyorlardı. Bu vasat doktorların bakımlarındaki boşlukları doldurmak, asistanların göreviydi. “Nasıl bir doktorun, hastayı ilk görüşünde, hastanın durumu ile ilgili ilk intibalarına dikkat etmesi gerekiyorsa, bir hasta olarak, sizin de, bir doktor ile ilgili ilk intibalarınıza dikkat etmeniz gerekiyor” dedim, özellikle size veya çocuk-

larınıza bakacak doktorların seçimini yaparken. Şükür ki, şimdilerde, benim zamanıma göre, çok az öğrenci, aile ilişkileri ve sosyal konumları nedeniyle tıp fakültelerine kabul ediliyorlar. Amerika, mesleklerde meritokratik bir ülke. Saygın üniversiteler ligindeki tıp fakültelerinin kabul komiteleri, artık kibar beylerin C'lerine iltimas tanımıyor. En iyisi, dedim Salem'e, meslekten olmayan bir kişi, arkadaşlarından veya mümkünse tanıdık doktorlardan ve hemşirelerden, kendisine veya çocuklarına bakmak için seçeceği doktor hakkında, kişiliğinin yanı sıra, mesleki bilgisi hakkında bilgi toplamalı. Doktora ait bilgiler, internette veya mahalli tıp kurullarından da elde edilebilir. Salem'in sorusunun çok daha kapsamlı bir cevap gerektiğinin farkına vardım, umarım bu kitap, istediği cevabı vermeye yeterli olacaktır.

Dr. Bigby, hastaların olumlu intibalarının öbür yüzünü de görmüş. "Zenci bir kadın olarak, muayenehaneye gelen, bekleme odasında beni gördükten sonra çıkıp giden hastalarım oldu" dedi. Bigby, pek çok asistanın akıl hocalığını da yapmakta ve zenci veya Latin kökenli olanlara özel bir mesaj vermektedir: "Onlara, her zaman beyaz önlüklerini giymelerini, isimliklerini takmalarını ve ceplerinde stetoskobu görünür biçimde taşımalarını öneriyorum" dedi. "Bütün bunlara rağmen, gene de bazen yemek tepsisini mi almaya geldiğimi soruyorlar. İnsanlar, sizin zenci olmanıza odaklanıyor ve doktor olduğunuzu gösteren beyaz önlüğün farkına dahi varmıyorlar."

Hafta sonu nöbetlerini birçok seçkin doktorla birlikte tutan Bigby, bir Cumartesi sabahı odalarına girdiğinde, hastalarının şüphe içinde kendisine bakmalarını da yaşamış. Gizlemedikleri bir biçimde, yeterliliğini sorgulamışlar. "Wellesley Üniversitesi, Harvard Tıp Fakültesi, Massachusetts Genel Hastanesi" diye sayar. Her ne kadar son dönemlerde, tıp camiasında kadınların sayısında belirgin bir artış oldu ise - ülkenin pek çok yerinde şimdi yüzde ellinin üzerinde - ve azınlıkların sayısı da arttı ise de, sosyal ön-

yargı hala devam ediyor. Bigby, bu önyargının doktorluğu etkilediğine inanıyor. Asistanlığı biteli otuz sene olmasına rağmen, hala, kendini ispat etmesi ve hatasız olmak için çabalaması gerektiğine inanıyor, zira bazı insanlar hala bu yüksek pozisyona yoğun kulisler ve politik kararlar sonucu geldiğini varsayıyorlar. “Ben ..., ben ...” dedi sesi hafifçe titreyerek, “sadece ‘normal’ olarak değerlendirilebilmem için, herşeyin en iyisini yapmam gerektiğine inanıyorum. Bu artık bırakılması gerektiğine inandığım bir şey. Keşke hiç olmamasını umduğum bir şey.”

1997’de, Dr. Eric J. Cassell, “*Doktorluk: İlk Başvuru Hekimliğinin Tabiatı*” adlı, gerçek olaylarla dolu ve aydınlatıcı bir kitap yazdı. Cassell, New York’daki Weill Cornell Tıp Fakültesinde dahiliye bölümünde bir klinik profesörüdür ve Manhattan’da gelişmekte olan bir muayenehanesi vardır. 1990’larda, tren hissedilebilir bir şekilde hızlanmaya başlamıştı, çünkü idare, artan bir şekilde sigorta şirketleri, sağlık destek kurumları ve hastane temelli idarecilerin eline geçmişti. Cassell, bu organizasyon tarafından öngörülen muayene yöntemlerinin, hastaların menfaatlerini gözetmek yerine, maliyet kontrolünü teşvik etmek üzere tasarlandığına inanıyordu. “Bu açıdan bakılınca ... doktorların kendileri, pazaryerinde alınıp satılabilecek emtialar olarak görülebilir.”

Bu söylem, o dönemde bir bölümün başkanı olan ünlü bir akademist doktor-bilim adamını şu sözlerini hatırlattı: “Hastalara herkes bakabilir.” Küstahlığı, tüm küstahlıklarda olduğu gibi, dar görüşlülüğün ve cehaletin ürünü idi. Üniversite hastaneleri ve Tıp Fakülteleri, araştırmalara büyük önem verirler, çünkü bu araştırmalar tıp dergilerinden ilgi görür ve bağışlardan para getirir. Tıbbi bakıma yönelik benzer küstahlık ve cehalet, on-beş dakikalık vizitleri dikte ettiren sağlık hizmetleri kısıtlamalarını tasarlayıp uyulmasını zorlayan iş adamları arasında da devam etmektedir. “İlk başvuru doktorluğu hakkında düşülen en yaygın hatalardan biri, ilk başvuru

doktorluğunu, giriş seviyesi tıbbi olarak görmek ve bundan dolayı da - (diyelim ki) soğuk algınlıkların ve hayali hastalıklar gibi hastalıkların - basit hekimliği olarak algılanmasıdır. Bu yanlış bir yaklaşımdır.” diyor yazar Cassell. En çok uğraştıran şey, ciddi bir hastalığı teşhis etmek değil, ama genelde bir şeyin ciddi olup olmadığına karar verememektir. “Ancak, herkes bilir ki, bilmediğinizi bilmek, kapsamlı bir bilgi gerektirir... Eğitim gören doktorlar ve yeterli faaliyet gösterebilmek için bilgi tabanları açısından bakıldığında, uzmanlık eğitiminin skalalarında ilerledikçe, tıbbi problem daha az komplike bir hal alır.

Cassell bu sonucun, genellikle varılan sonuçtan farklı olduğunu kabul eder. “Yüksek teknikli belki de komplike tıbbi bilgi, - nadir bir hastalık, tedavisi (kompleks kemoterapi, mesela), durumu veya teknolojisi hakkında bilgi - kompleks, en iyi doktorlardan beklediğimiz çok yönlü dünya çapında-akılcı bilgi ile karıştırılmamalıdır.” Dahası, “en özel konuda uzman olan bir doktor bile, bu nevi tıbbi hizmetleri verebilmelidir diye muhakeme devam eder. Bu saf fikir, ilk başvuru doktorluğu ile ilgili diğer konularda da olduğu gibi, doktorların hastalıkları tedavi ettikleri kavramı nedeni ile ortaya çıkar. Hastalıklar, basitten zora bir hiyerarşik düzen oluştururlar, diye kanı devam eder. Uzmanlar, zor hastalıkları tedavi ederler, dolayısı ile, doğal olarak basit hastalıklarda da başarılı olacaklardır. Yanlış. Doktorlar, bazıları hastalıkları olan, diğerleri bazı sorunları olan hastaları tedavi ederler. Komplike işler yapmaya alışmış kişiler, basit durumlarda da komplike işler yaparlar - örneğin, birkaç gün beklerken, testler ve röntgen istemek, yeterli olabilir - basit bir hastalık fazla ihtimamla olarak tedavi edilebilir, ancak hastayı hastaneye getiren mevcut bulunabilecek diğer sorunlar atlanır.”

Yakınlarda, verileri atlamamak için, klinik bilgileri derleyecek hasta şablonları, bir çözüm olarak önerildi. Bu şablonlar, klinik algoritmalar gibi, tipik bir hastalığı olan tipik bir hasta temeline oturtulmuştur. Doktordan tek beklenen, boşlukları doldurmasıdır. Doktor hastanın hikayesini girer, fizik

muayenesini girer, laboratuvar testlerinin sonuçlarını girer ve tavsiye edilen tedavi şeklini girer.

Çok olmadı, bir komşum, Boston'daki büyük muayenehanelerden birinin üyesi olan dahiliyecisinin vizitinden dönmüştü. Ben dahiliyeciyi tanıyorum ve yakınlarda poliklinik idarecisinin hasta takip randevularını otuz dakikadan onbeş dakikaya indirmesini ve yeni hastalar için altmış dakika olan randevu süresini de kırk dakikaya indirmesini talimatını vermişti. Doktor itiraz edince de, bütün bunları mümkün kılan bir elektronik çözüm olduğunu söylemişti - bilgisayar sistemine konacak bir şablon. Hasta ile konuşurken, formu dolduracaktı. İdareci, bunun sadece zamanından tasarruf yapmasını sağlamayacağını, aynı zamanda, şablondaki hikaye, fizik muayene ve tedavi önerilerine bakarak, muhasebenin de sigorta şirketlerine gönderecekleri faturaları daha kolay hazırlayacaklarını ve kendisinin de gelirlerinin artacağını söylemişti.

“Doktorum olarak kendisini çok seviyorum” dedi komşum, “ama bunca yıldır ilk defa bir gözü ekranda, bir gözü saatte masasında oturdu ve sadece ara sıra bana bakmak için başını çevirdi.”

Elektronik teknolojisi çok fazla klinik bilgiyi derlemeye ve bu bilgilere kolayca erişmeye yardımcı olabilir ancak, bu şekilde “verimliliği” arttırmak için kullanıldığında, hasta ile doktor arasına aşılması güç engeller kurabilir. Ayrıca, yorum hataları riskini de arttırır, çünkü doktorun akli bilgisayaradaki boşlukları doldurmakla meşguldür. Açık uçlu sorular sormaya daha az yatkın olacak ve şablona uymayan veriler üzerinde durmaktan imtina edecektir.

Eric Cassell, pazardaki verimlilik ile klinik bakım üzerine uygulanan baskıların tehlikelerini açıklamaya devam ediyor, “Sağlık planlamasında, her bir servisin bir emtia ya da bir ürün olarak görülmesi gayet normal. Hizmetleri sağlamanın masrafı, ödemeleri etkileyen faktörler, gerekli hizmetlerin sayısı ve tüm diğer faktörlerde mevcut bulunan hesaplamalar, emtia

görüşünü destekler. Tıbbi hizmetlerde - sadece ilk başvuru doktorluğunda değil, tıbbın tüm alanlarında - belli bir çerçevede ve sosyal bir sistemde, hasta ile doktor arasında insani bir iletişim vardır. Bu şekliyle, bir emtia değildir.”

Tıpla ilgili her konu zorlayıcı olabilir ama, Cassell gibi, ben de en zor doktorluk alanının ilk başvuru doktorluğu olduğuna inanmaya başladım. Her ne kadar, benim gibi uzmanların alması gereken kompleks kararlar varsa da, uğraşmakta olduğumuz sorunun ne olduğunu genelde biliriz. Benzer olarak, cerrahide, hem yaklaşımda, hem de teknikte önemli nüanslar varsa da, bir kere cerrah ameliyata başladı mı, bilgili bir cerrah gördüğü anormalliklerin peşine düşer. Gene, problemler büyük oranda bellidir. Diğer taraftan, McEvoy’un dediği gibi, ilk başvuru doktorluğu, uzaktan geçen bir trende belli bir yüzü bulmak gibidir. Araştırmaların gösterdiği gibi, zorluk çok daha fazladır, zira insanların ilk başvuru doktorlarına iletikleri, baş ağrısı, hazımsızlık ve kas ağrıları gibi şikayetlerin çoğu önemli bir sonuç doğurmaz.

Şimdi, sigorta şirketleri bu trenleri o kadar fazla insanla dolduruyorlar ki, sadece ayakta durulabiliyorlar sanki. Her gün yüzlerce, belki de binlerce hastaya yüksek kalitede bakım götürmek kolay bir iş değil. Halihazırda, boncuk sayıcıları, bir doktorun “kalitesini” ölçebilmek için matrisler hazırlıyorlar ama, bunların çoğu uyduruk, kan şekerinin ölçüldüğüne ve grip aşısının yapıldığına dair skor kartları. İlk başvuru doktorluğunda “kalite”nin manası çok daha fazladır. Geniş düşünebilmek demektir, çünkü insan biyolojisinin herhangi bir ve her bir sorunu kendini gösterebilir, abartmadan veya umursamazlık yapmadan çocuklar ve yetişkinler hakkında ellerinde fazla veri olmadan doğru karar verebilmektir, hastalarının sosyal çerçevesi dahilinde sözlerini doğrulukla ve derin bir anlayışla kullanmaktır. Kapı muhafızı olarak, bize nasıl yol göstereceğini bilmektir. Bu kapının bir tanesi yoğun bakıma açılır.

BÖLÜM 5

Yeni Bir Annenin Savaşı

Vietnam - Los Angeles uçuşu bitmeyecek gibiydi. Rachel Stein, sadece günler önce evlat edindiği Phu Tho'yu kucagında tutuyordu ama ikisi de uyuyamamıştı. Çocuğun öksürüğü vardı ve yol boyunca biberondan birkaç damla dahi içmemişti. Rachel dar koridorlar boyunca, yeterli mama yemesi ve sonra uyuması amacı ile sakinleşmesi için, Shira'yı sallayarak ve şarkı söyleyerek aşağı yukarı yürümüşü. Ama, Rachel'in en sevdiği Cole Porter şarkıları hiçbir rahatlık sağlamadı.

Rachel Stein ilk önceleri gözünü iş hayatına dikmişti. İşletme yüksek lisansı vardı ve finans alanında kurum merdivenlerini çabucak tırmanmıştı. Ancak, seksenlerin başında, zirveye ulaştığında, istop etmişti. Büyük bir boşluk hissi kendisini aşağılara çekmeye başlamıştı. Yeni bir adım atmayı her düşündüğünde, erişmek için gerekli enerji ve dengeyi bulamamıştı. Dolayısı ile Rachel, yukarılara bakmak yerine, geriye bakmıştı ve gördüklerini de hiç beğenmemişti.

Rachel, iş hayatının günlük bir çatışma olduğuna karar verdi. Başarının

tek göstergesi paraydı. Hayatını başka bir şekilde geçirmek istiyordu. Tutucu olmayan ancak dua etmeyi destekleyen bir aileden geliyordu, aylarca, tanrıyı ve hayatta ne yapması gerektiğini sorgulamaya başladı. Sonunda, cevabın, sorunun kendisi olduğuna karar verdi. Dini kavramları ve emirleri araştırarak, vericilik ve ilginin zirvede olduğu bir yaşam arayacaktı. Sınıf odası için, yönetim kurulu odasından istifa etti.

Rachel dini bir okula girdi ve zaman içinde inancı şekillendi. Bir haham olarak mezun oldu ama, kürsünün kendisi için uygun olmadığını farkına vardı. Onun yerine, bir yüksek Yahudi eğitim enstitüsünün müdürü oldu ve finansman becerilerini orasının başarısı için kullandı.

Rachel ellisine geldiğinde, hayatında bir başka boşluk hissetti. Tanrı ile uğraşısı, bir evlilik ve aile için uğraşmasına vakit bırakmamıştı. Koyu siyah saçlı ve koyu kehribar gözlü, güzel bir kadındı. Ancak, dua ettiği cemaatte ve çalıştığı enstitüde, kendi yaşlarında birkaç tane bekar erkek vardı. Epeyce düşündükten sonra, bir evlatlık almaya ve tek ebeveynli bir aile kurmaya karar verdi. Rachel gibi kadınlar, yeni doğmuş bebekleri evlatlık edinmekte büyük sıkıntılarla karşılaşır. Acenteler, tipik olarak iki ebeveynli aile ararlar. Dahası, biyolojik annelerin çoğu evlenmemiş olduklarından, başka bir evlenmemiş anneye evlatlık verme fikrini kabul etmezler. Hali hazırda, sadece iki ülke orta yaşlı bekar kadınlara çocukları evlatlık vermeyi kabul etmektedir: Vietnam ve Guatemala.

Ocak 2001’de, Rachel detaylı evrakları tamamladı ve Vietnam’a gönderdi. Rachel’in müracaatını koordine eden Birleşik Devletler’deki acente, Rachel’in “tahsisatının” Mart veya Nisan’da hazır olacağını söyledi. Ancak bu aylar herhangi bir cevap gelmeden geçince, ümitleri sönmeye başladı. Sonra, Haziran’ın başında, Hanoi’nin elli mil kuzeyinde, Phu Tho kasabasında 26 Nisan’da dünyaya gelmiş bir kız bebeğinin hazır olduğu söylendi.

Rachel bebek hakkında daha geniş bilgi almak niyetindeydi. Amerikan acentesi, bilgi almanın haftalar sürebileceği konusunda uyardı ama, birkaç gün içinde küçük bir dosya geldi. İçinde, bebek Hoang Thi Ha hakkında bilgi ve bir fotoğraf vardı. Bebek simsiyah saçlı, çıkık elmacık kemikliydi ve mutlu ve sağlıklı görünüyordu. Rachel'a bebek altı aylık olduğunda, Eylül'de Vietnam'a seyahat etmeye hazır olması söylendi. Ancak, Temmuz ayında, ortada fol yok, yumurta yokken, iki hafta içinde Hanoi'de olması istendi. Her ne kadar Vietnamlı yetkililer belgeleri tamamlamamış olsalar da, yetimhane Rachel'ın gene de gelmesini istedi. Rachel önce Los Angeles'e uçtu, üvey kız kardeşi ile buluştu ve birlikte Taipei'ye ve sonunda Hanoi'ye vardılar.

Rachel uçaktan indiğinde, acımasız sıcak bir gündü. Asfalttan yoğun dummanlar çıkıyordu. Rachel, kendisini şehre götüren acente temsilcisi tarafından küçük beyaz bir Peugeot ile karşılandı. Caddeler boyunca satıcılar, büyük tavalarda, balık ve sebze pişiriyorlar, konik şapkalı işçiler, omuzlarında dengeledikleri bambu ağaçlarını taşıyorlardı. Araba Hanoi'nin merkezine gelince, işlerine giden yüzlerce bisikletli kişi tarafından kuşatıldı. Rachel kendisini, hızla akan bir çayda, kaderine sürüklenen bir çakıl taşı gibi hissetti.

Müstakbel ebeveynler genel olarak, varışlarında dinlenmelerine rağmen, Rachel'ın adrenalini buna müsaade etmeyecekti. Kızıyla tanışmalıydı. Yetimhane, tozlu bir yolun gerisinde kurulmuş beyaz bir binaydı. Her odayı altı ila sekiz metal yatak dolduruyordu. Yeşil boyalı duvarlarda çatlaklar vardı ve marley zeminler yıpranmıştı. Ama Rachel, yerlerin temiz olduğunu ve çocuklara bakan kadınların onlara iyi davrandıklarını gözlemledi.

Beyaz hemşire üniforması içindeki bir kadın, yataklardan birindeki çırpı kollu ve bacaklı bir çocuğu işaret ederek "Ha" dedi. Rachel ne demek istediğinden emin değildi. Bebek çok zayıftı ve ilk bakışta resimdeki çocuğa

benzemiyordu. “Ha?” diye yanıtladı Rachel. Hemşire bebeği kaldırarak tekrar “Ha,” dedi ve bebeği Rachel’in kucağına verdi.

Rachel çocuğu tuttu. Üç yıl boyunca, bu anı sabırsızlıkla beklemişti. Ancak, beklediği sevinci bulamadı. Aksine, tutmuş olduğu bebeğin resimdeki bebeğe benzemediği hissinin devam etmesinden dolayı kendini rahatsız hissetti. Ayrıca bebeğin burnu tıkalıydı ve kollarında salladıkça öksürüyordu. Rachel, personel tarafından, bu bebeğin kendisine ilk tahsis edilen bebek olduğuna ve yetimhanede burun akmasının standard olduğuna ikna edildi.

Ertesi gün Rachel döndü, bebeği aldı, otele geri götürdü ve kuzeyde Phu Tho’ya seyahat etmek için hazırlandı. Orada, diğer ebeveyn adayları ile birlikte, yerel idare görevlileri ile resmi tanışma olacak, evlat edinme belgeleri imzalanacaktı. Tören, “evlat edinen ebeveynlere çocukların teslimi töreni” idi. Rachel çocuğu törene hazırlamak için yatağa yatırdı. İnce kolunu elbisenin kolundan geçirirken, yumuşak temas içini ürpertti. Rachel çocuğu yavaşça yataktan kaldırıp göğsüne bastırdı. Çocuğun kalp atışlarının kendisinininkilere karıştığını hissedebiliyordu. Gözyaşları serbestçe gözünden aktı. Rachel müziği, özellikle de şarkıları severdi. Bebeğine koymayı düşündüğü isim, Shira, İbranice’de “şarkı” demekti. Rachel zengin alto sesiyle, Tanrı için bir şarkı olan şükran ilahisini söyledi.

Phu Tho, Hanoi’nin araba ile iki saat kuzeyindeydi. Yol boyunca köylüler öbekler halinde pirinç topluyor ve öküz koşulu sabanlarla kayalık tarlaları sürüyorlardı. Uzaklarda, kalın bitki örtüsü kaplı dağlar vardı.

Phu Tho’nun belediye başkanı, beyaz gömlek ve gri pantolon giymiş orta yaşlı bir adamdı. Vietnam çocuklarının birer kıymetli ve korunulacak milli servet olduklarını söyledi. Şimdi bu servetler, onları korumaya ant içmiş kişilerce paylaşılacaktı. Törenden sonra, evlatlık edinme işlemlerinin tamamlanması tipik olarak üç hafta sürerdi. Ancak, Phu Tho’daki görevliler, evraklarını hızlandırdıklarını söylediler. Rachel ve Shira, dört gün sonra

oradan ayrıldılar.

Uçak inene kadar Rachel Shira'nın susuz kalmış olabileceğinden şüphelendi. Los Angeles'ta ailesi vardı de orada inip bebeği yerel bir doktora götürdü. Doktor, Shira'nın hasta olduğunu kabul etti ama göğüs röntgeni temizdi. Sinüzit ihtimaline karşı bir antibiyotik yazdı. Rahatlamış Rachel, Boston'a 30 Temmuz akşamı döndü. Los Angeles'den yaptıkları altı saatlik seyahat boyunca Shira sadece 60 cc mama emdi.

Rachel seyahatten dolayı yorgundu. Bebeği yatırdıktan az sonra kendi de yatağına serildi. Ertesi gün kalktığında, Rachel'in yaptığı ilk şey bebeğe bir şeyler içirmeye çalışmak oldu. Saatlerce boşuna uğraştı. Rachel'in, pediatrik olan Kaliforniya'daki kız kardeşi, bebeği sormak için akşamın erken saatlerinde telefon etti. "Susuz kalma tehlikesi var. Derhal acil servise götürmelisin." Gece yarısına gelirken, sadece bebek bezi çantası ile, acil serviste sıvı verilerek çabucak eve döneceklerini varsayarak, Rachel Shira'yı Boston Çocuk Hastanesine götürdü.

Çocuk Hastanesinin acil servisindeki sınıflandırma sistemi, travma kurbanları gibi en hasta çocukları derhal muayene veya işlem odasına sevk eden bir sisteme sahiptir. Kulak iltihabı, enfeksiyon, ishal ve diğer sıradan sorunlar gibi daha az hasta olan çocuklar, acil vakalara bakılırken, bekleme alanında otururlar. Çağırılana dek Rachel Shira ile birlikte beş saat bekledi. Genç bir asistan Shira'nın gözlerine, kulaklarına ve boğazına baktı, göğsünü dinledi, karnını elle muayene etti. Sonra testler için kan aldı ve göğüs röntgeni istedi.

İki saat sonra, sonuçlar geldi. Asistan, Shira'nın bingıldağının, bebeklerin kafatasının tepesinde henüz sertleşmemiş "yumuşak nokta"nın, içine çökmüş olduğunu, bunun susuz kalmış olmanın kesin belirtisi olduğunu söyleyerek başladı. Yalnız, demişti üzüntülü olarak, nedeni basit bir sinüs tıkanması değildi. Shira'nın ağzının içi mantar doluydu ve bunun nedeni bazen Los Angeles'te verilen antibiyotik olabileceği gibi, bağışıklık bo-

zukluğu da olabilirdi.

Doktor daha kötü haber verdikçe, Rachel midesinin büzüldüğünü hissetti. Röntgen, her iki akciğeri de kaplamış zatürre gösterdi. “Önce kızınızı sıvı vermek için damardan giriş yapmamız lazım. Belki biraz sıvı aldığında, kendisini toparlar.”

Rachel sessizce dondu kaldı. Asistan ince bir iğneyi damara sokarken, hemşire Shira’yı muayene masasında tutuyordu. Ama, saniyeler içinde bebeğin yüzü koyulaştı, derisi hale hale oldu. Asistanın gözleri kaygı ile açıldı.

“Detone oluyor” dedi hemşireye.

Bir anda, çocuğun etrafını hummalı bir hareketlilik sardı. Kan alınıyordu, yüzüne bir maske geçirilmişti ve akciğerlere hava vermek için maskeye büyük bir ambu torbası takılmıştı. “Tansiyonu düşüyor. Damardan bol miktarda sıvı verin” diye emretti asistan.

Rachel “bol miktarın” ne demek olduğunu bilmiyordu, “detone olmanın” da ne anlama geldiğini bilmiyordu veya bebeği birkaç saniye tutmanın neden bu krizi doğurduğunu anlayamıyordu. Kısa süre sonra başka bir hemşire elinde kan tahlillerinin sonuçları ile odaya girdi. “Oksijen dağılımı yetmiş” dedi.

Asistan Rachel’a, zatürrenin, tutulurken uğraşılması gibi basit bir streste dahi yeterli oksijeni almasını engelleyecek kadar ciddi seviyede olduğunu anlattı. “Yoğun bakım ünitesine almamız lazım.”

Rachel kendisini sanki şu lunaparklardaki, şu sizi alıp daireler çizerek döndüren, baş aşağı eden, sonra korkuluğun kenarına atan ve sonuç olarak gözlerinizin buğulandığı, midenizin alt üst olduğu, aklınızın başınızdan git-tiği aletlerden birindeymiş gibi hissetti. “Ben ... Ben ... Anlamıyorum.”

Asistan göğüs röntgenini duvarda asılı duran ışık kutusuna yerleştirdi. “Bu kalp” dedi, göğüsün ortasındaki devasa gözyaşı damlasına benzeyen beyaz şeklin etrafını çizerek. “kalbin etrafında akciğerler var. Röntgende

bunların siyah olması lazım, çünkü genelde bunlar hava ile doludur ve x-ışını bunun içinden geçer.” Rachel akciğerlere baktı. Neredeyse kalp kadar koyulardı. Boğazının düğümlendiğini hissetti. “Onun yerine, akciğerler ‘buzlu cam’ dediğimiz görünümde.” Rachel akciğerlerin buzlu cam mı yoksa kar fırtınası görünümünde mi olduğundan emin değildi. Bilmesi gereken şey, bunun bebeği için manasının ne olduğuydu.

“Çok amaçlı antibiyotiklerle koruyacağız ve ağzında bulduğumuz şey için de mantar ilacı vereceğiz” dedi asistan. “Şimdisi için de, burnundaki çatlardan oksijen vereceğiz.”

“Ne olabilir ki?” diye sordu Rachel.

“Herhangi bir şey olabilir” diye yanıtladı asistan. “Bir virüs gibi sıradan bir şey de olabilir, sıra dışı bir şey de olabilir, Vietnam’dan.”

Sonraki 24 saat boyunca, zatürre Shira’nın akciğerlerinde, kuru bir çalılık taki yangın gibi ilerledi. Rachel’in elinden az daha büyük olan zayıf göğsü, daha fazla hava alabilmek için inip inip kalktı. “Burun çatalı ile oksijenini sabit tutamayız” dedi asistan. “Shira’yı solunum cihazına bağlamamız lazım. Biz tüpü nefes borusundan sokarken, odadan ayrılmayı tercih edebilirsiniz.”

Rachel genç doktora boş boş baktı. Kızının yanı başını, birkaç dakikalığına da olsa, terk edemeyeceğini biliyordu. Ne yapılması gerekiyorsa, ne kadar korkunç olursa olsun, orada olmak itiyordu. Rachel bunu asistana anlattı. Asistan da kibarca başı ile onayladı ve anladığını söyledi.

Yoğun bakım ünitesi personeli Shira üzerinde çalışmaya başlayınca, Rachel kenara çekildi. Bir hemşire kollarını sıkıca tutarken, bir diğeri de, ayaklarını tutuyordu. Asistan Shira’nın çenesini kaldırdı ve dilini aşağı bastırmak için becerikli bir şekilde, metal bir alet soktu ve boğazının arka kısmını aydınlattı. “Ses tellerini görebiliyorum” dedi. Tüp, ses tellerinin arkasından nefes borusuna sokulmalıydı. Bu yoldan birkaç milimetre sarsarsa, bebeğin yemek borusuna girecek ve hava yollarını kapatacaktı. Tüp

doğru olarak yerine takılana kadar birkaç kere denemek gerekti. Rachel, sanki kalbinin etrafında bir el varmış ve her denemede bu el kalbini sıkıyormuş gibi hissetti. Kendini kaybetmemek için savaş verdi.

Normal olarak soluduğumuz hava, yüzde yirmi oksijendir ve geri kalanı çoğu azot ve az bir miktar karbondioksittir. Akciğerlerimiz bal peteği şeklindedir ve bu peteklerin içindeki torbacıklara alveol denir. İçimize çektiğimiz oksijen, bu alveollerin ince duvarından geçer ve kana karışır. Bakteriler ve mukoza akciğerleri doldurduğunda, zatürrede olduğu gibi, oksijenin bu tıkalı torbacıklardan geçip kana karışması güçleşir. Oksijensiz, doğal olarak, yaşayamayız. Düşük oksijen seviyelerinde, dokular fonksiyonlarını yerine getirmekte zorlanırlar. Zaman içinde, bazı oksijensiz kalan dokular zayıflar ve ölürlür. Bunun zararlı komplikasyonları olabilir - kalp ve beyin hasarları gibi. Shira'nın durumdaki gibi, doku kaybı ve organ hasarlarını önlemenin yolu basit görülebilir: Solunum cihazı tüpten saf oksijen vermek üzere ayarlanır ve gaz, basınç altında, akciğerlerdeki pislikten geçirilir. Ancak, bu yaklaşımın sınırları vardır. Oksijen konsantrasyonunu çok yüksek seviyeler çıkartmak alvollere toksik etki yapar; iltihaplanmayı daha kötü hale getirir ve bu hassas dokunun kalıcı olarak zedelenmesine neden olabilir. Tıkalı alvollerden oksijenin geçmesi için yapılan basınç, alvollerin yırtılmasına ve akciğerlerin sönmesine neden olabilir. Gene de, Shira'nın gibi vakalarda çok az seçenek vardır. Yüksek basınç ve yüksek konsantrasyon riskleri alınmalıdır.

Gün boyunca, yoğun bakım ünitesi ekibi solunum cihazını ayarlayıp durdular; yüzde altmış, yetmiş, seksen ve sonra yüzde doksan oksijen verdiler. Aynı anda, oksijenin geçebilmesi için, basıncı arttırıp durdular. Son olarak, mecburiyetten dolayı, Shira'ya azami basınçta yüzde yüz oksijen verildi.

Gene de, kana yeterli oksijen geçmiyordu. Tekrarlanan göğüs röntgeninde, zatürrenin daha da yayıldığını gösterir şekilde, buzlu cam görünümü

daha ışıık geçirimsiz hal almıştı. Başlangıçtaki antibiyotik ve mantar ilaçlarına, Baktrim de eklenmişti. Asistan Rachel'a Baktrim'in Pnömosistis pnömani için en iyi tedavi olduğunu açıkladı. Balgam tahlilleri ve göğüs röntgenleri de bununla uyumlu idi. Bu hastalık AIDS hastalarında sık görülürdü. AIDS de güney doğu Asya'da çok yaygındı.

Shira'ya Vietnam'da AIDS testi yapılmıştı. Yetkililer, test sonuçlarının negatif olduğuna dair Rachel'a teminat vermişlerdi. Evlatlık edinmedeki anormal hız - müracaatın hızla işleme konması, ondan hemen sonra Vietnam'a gelmesi için aranması, bir ay yerine birkaç gün içinde ayrılabilmeleri için izin verilmesi - yetimhanedekilerin bebekte bir hastalık olduğunu bildikleri manasına mı geliyordu? Annesinde AIDS mi vardı?

İş dünyasında geçirdiği yıllar boyunca, Rachel insanların içini tarafsız ve seçici bir gözle okumayı öğrenmişti. Bu yetenek olmadan, yaptığınız anlaşmalarda başarısız olurdunuz. Her zaman biri atak yapmaya hazırdır. Rachel burada durumun bu olduğuna inanmak istemedi. Yetimhanedeki insanların bebelere gösterdikleri ihtimam ve ilgi, Shira ve diğer bebeklerin "hazine" olarak "emanet" edilmeleri herhangi bir hile kokmuyordu. Belki de diye düşündü Rachel, evlatlık edinmedeki alışılmamış verimlilik ve hız, sadece sıcak yaz aylarında masasındaki kağıt yığınlarını bir an önce temizlemek isteyen bir bürokratin işiydi. Ya da tanrı, dünyadaki en iyi çocuk hastanelerinden birisine getirileceğini bildiğinden, bu bebeğe yaşaması için her türlü imkanı vermeye çalışıyordu.

Akşam olmuştu, yoğun bakım ünitesinin üzerine kasvetli bir sessizlik çökmüştü. Shira'nın kanındaki oksijen seviyesi hala düşüktü. "Hi-Fi yöntemi deneyeceğiz dedi, yoğun bakım üniversitesindeki doktor. Hi-Fi'in manası yüksek frekanslı havalandırma demektir. Temel olarak, bir makine Shira'nın akciğerlerine daha hızlı bir şekilde oksijen pompalayacaktı. Bu bir solunum cihazının yapabileceğinin en iyisiydi.

Birkaç saat sonra, Rachel, pediatrist olan kız kardeşini aramak için Shira'nın yanından ayrıldı. Rachel konuşurken, yoğun bakım ünitesi doktoru geldi. Gözleri moralsizdi. "İşe yaramadı" dedi. "Hi-Fi bile oksijen seviyesini arttıramadı."

Rachel bu haberi kız kardeşine aktardı.

"Durumu kritik" dedi kız kardeşi. Rachel'in göğsü sıkıştı.

"Çok hızla kötüye gidiyor" dedi doktor. "Kaybedebiliriz."

Rachel gerçeği anladı, ama kabul etmek istemedi. Bütün kalbiyle, tanrının bir çocuğu olmasını istediğine, bu çocuğa sahip olmasını istediğine inanmıştı. Olan hiçbir şey sıradan değildi. İtiraf etmesi gerekirse, Vietnam'daki yetimhane, çocuğun bir şeyi olduğunu biliyor olabilirdi. Bürokrasinin ağır işleyen çarkları iyi yağlanmış dişliler gibi çalışmış ve bu yeni hayatı kucağına atmıştı. Doğru olsa bile, artık bir önemi yoktu. Çünkü şimdi Rachel, bir anne olarak, ölümün kızın kendisinden çekip almasını engellemek için herşeyi yapmalıydı.

Rachel günlerdir uyumamıştı, çok az yemişti. Birden bire bir hastalıklar okyanusuna düşmüş, kendisini bir felaket girdabının içine Ergün daha fazla çekiyordu - Los Angeles'te basit bir sinüzit idi, sonra daha acil serviste ciddi bir sıvı eksikliği oldu, sonra zatürre, sonra yoğun bakım ünitesinde solunum cihazı, şimdi de Hi-Fi. Ancak, çocuğun oksijeni düşmeye devam etti ve Rachel aklında ölü bir bebek canlandırdı - ölü olmasa dahi, fonksiyonel olarak ölü, beyin o kadar zarar görmüş ki, konuşamıyor, göremiyor, duyamıyor, ya da sevemiyor.

Rachel, akıl almak için Los Angeles'teki ailesini aradı. Bir kulağında kız kardeşinin tavsiyeleri, diğerinde yoğun bakım ünitesi doktorunun sesi, aklında Shira'nın ölü hayali, Rachel sonunda artık kendini tutamadı. Titremeye başladı. Çenesi kilitlendi, gırtlığı kurudu, nefes alması sıklaştı. Sonra, dizlerinin bağı çözüldü.

Tanrım, bana yardım et.

Rachel ne olduğunu biliyordu. Titremeler daha da arttı, Rachel sanki binlerce parçaya ayrılacak gibi hissediyordu.

Tanrım, neredesin?

Rachel ne olduğunu biliyordu. Daha önce, sevmiş olduğu bir kişi kendisi için yok olduğunda, iki kere olmuştu. Paramparça olmuş, haftalarca herhangi bir fonksiyon gösterememişti. Sıkıntı içinde, ilahilerin parçalarını okudu, sessizce kendini her ayete vererek.

İhtiyacım olduğunda ... Sana ...sığınırım

Ayağım ... tökezlediğinde ... Tanrı bana destek olur ...

Ancak titremeleri devam etti. Titreşimler kemiklerinden çıkarak teninde patlıyorlar gibiydi. Rachel, bedeninin dışında, sanki bir filmde parçalara ayrıldığını seyreliyor gibi hissetti. Tüm gücünü ellerinin ve ayaklarını durdurmaya, nefes alışını yavaşlatmaya verdi.

Tanrım bana güç ver.

Genç doktor önünde duruyordu. “İyi misiniz?”

Yavaşça Rachel’in elinden tutup bir sandalyeye götürdü. Yavaşça sandalyeye oturturken, kollarından tuttu. Rachel kafasını kaldırdı. Doktora bedeninin içinden, kendi gözleri ile baktı.

“Ben ... Ben ... iyiyim.”

“Son bir şans daha var” dedi yoğun bakım ünitesi doktoru Rachel’a. “ECMO.” Rachel’in aklı yavaş yavaş başına geldi. ECMO nedir? Diye sordu fısıldayarak.

ECMO diye açıkladı, extra-corporeal-membrane-oxygenation’ın kısaltılmasıdır. Bu, Shira’nın kanındaki oksijen’in bedeninin dışında, özel bir makinede tazeleneyeceği bir işlem - dolayısı ile “extra carporeal (vücut dışında)” yani ilave bir beden gibi. Önce, boynunda bir giriş açılacak ve kanını damarlarından makineye aktarmak için büyük bir katater takılacaktı. Cihazın içinde, kan geniş bir membranda parçalanacaktı. Oksijen bu mem-

brandan kana pompalanacaktı. Çıkışta, pompa oksijenle zenginleştirilmiş kanı tekrar vücuda verecekti. Temelde, ECMO yapay bir akciğer ve kalp gibi hareket eder.

Rachel tüm bu bilgileri algılamakta zorlandı. Assistandan tüm söylediklerini tekrar etmesini istedi. Asistan da tekrar etti. Sonra da, işlemde risklerin ve komplikasyonların olduğunu söyledi. Amacı net, teknolojisi harika. Ancak, ECMO'nun da sınırları vardı.

En sıkı korunmaya rağmen, kalın damarlara katater takılması ve kanın makineden geçirilmesi, enfeksiyonlara kapı açıyordu. Kana yerleşmiş enfeksiyonlar ölümcül olabilirdi. Dahası, makinenin içindeki yapay membran, mükemmel pürüzsüzlükte olmayabilirdi. Membranın mükemmel olmayan bölgelerinde küçük pıhtılar oluşabilirdi. Hastaya yeniden pompalandığında, bu küçük pıhtılar arterleri tıkayabilir ve kalp, beyin ya da böbreklerde hasara neden olabilirdi. ECMO geçici bir çareydi. Sonunda akciğerler çalışmak zorunda idi.

Rachel neyin söylenmediğini biliyordu. Eğer akciğerler iyileşmezse, kişinin bağlantısı kesilir ve ölürdü. Rachel saate baktı. Nerdeyse gece 11'e geliyordu. Asistan, üzerinde Shira'nın ismi olan bir kabul formu uzattı. Rachel belgeyi okudu. Asistanın az önce anlattıklarını teyid ediyordu. Doktorun gözlerine baktı. Gözler, Shira'nın sona yaklaştığını söylüyorlardı.

Bir hemşire, Shira'nın yoğun bakım ünitesinden ECMO ünitesine taşınması için hazırlıklara başladı. Shira'nın ağzındaki tüpün, Hi-Fi solunum cihazına bağlantısını çıkarttı ve derhal yarım futbol topu görünümündeki büyük ambu torbasına tekrar bağladı. Ambu torbasının bir ucuna saf oksijen bağlandı, hemşire de oksijenin öbür uçtan Shira'nın ciğerlerine gitmesi için sıkmaya başladı. Yatağı ve bağlı bir ordu cihazı - antibiyotik ve tuzlu su takılı damar bağlantıları, kalbin hızını ve ritmini gösteren kardiyak monitör, kandaki oksijen seviyesini gösteren kırmızı göstergeli oksimetre

- taşımak için iki müstahdem geldi.

“Neler oluyor?” diye sordu asistan.

Ambu torbasını sıkmaya devam ederken, hemşire başını kaldırdı. Rachel sinirli sinirli doktora baktı. Gene ne vardı?

“Oksimetreye bak!” diye haykırdı doktor.

Hemşire ve Rachel aynı anda Shira’nın kan oksijeninin neon göstergesine baktılar. Sayılar artıyordu. Ambu torbasının her sıkılışında, bir dağcının dik bir yamaçtan son gücü ile tırmanmaya çalışması gibi, numaralar yükseliyordu.

“Tekrar respiratöre bağla” dedi doktor hemşireye, “bir şans daha verelim.”

Rachel, kabul formunu imzalamadan kalemi bıraktı. Gözlerini kapadı.

27. ilahinin ayetleri aklına geldi.

Tanrıdan umun.

Kuvvet ve cesaret yüreğinizde olacak ...

Shira tekrar respiratöre bağlanmıştı. Shira, makinenin ritmik ileri geri hareketleri ile hipnotize olmuş bir biçimde yatağın başında uzun süre bekledi. Çocuğu, yaşamın en uç noktasına kadar gitmişti. Sonra, elle sıkılan bir ambu torbası biçiminde bir köprü, beklenmedik bir şekilde tekrar geri döndürmüştü.

Rachel, tüm doktorların ve hemşirelerin bilmesi gereken şeyin farkına vardı ki, klinik olaylarda hep bir bilinmezlik vardı. Hiçbir sonuç tamamen öngörülemezdi. Rachel bu belirsizliğin cesaretle atlatılması için dua etti. Shira’nın durumu ile ilgili herşeyi öğrenecek ve saygılı olarak, teşhis ve tedavi ile ilgili olarak her varsayımı sorgulayacaktı.

Bunun nedeni hastanedeki kişilerin yeteneklerini ve çabalarını sorguladığından değildi; burası sıra dışı bir kurumda sıra dışı bir yoğun bakım ünitesi ekibiydi. Bunun nedeni, tanrının insanları herşeyi bilmek üzere yaratmamış olmasıydı.

Rachel Stein, benim gittiğim sinegoga yakın oturuyordu ve kendi cemaatine gitmediği Cumartesi günleri dua etmek için bizim oraya gelirdi. Arada sırada konuşurduk ve evlatlık edinmenin eşliğinde olduğunu biliyordum. O Ağustos ortası şabatında, sinegogda, seremoni bittikten sonra, çocuğunun yoğun bakım ünitesinde olduğunu duydum ve ilk fırsatta ziyaretine gitmeye karar verdim.

Boston Çocuk Hastanesi, benim laboratuvarımın üç blok yakınında, yüksek araştırma binaları ile çevrili hastanedir. Boğucu bir öğleden sonraydı ve sıcaklık dalgalar halinde betonlardan yansiyordu. Pediatrik yoğun bakım ünitesine gitmek için büyük hantal asansöre bindim, kendimi baş hemşireye tanıttım ve Rachel Stein'ı sordum. "Doktorlarla birlikte. Şu anda çocuğa yapılan bir tedavinin tam ortasındalar. Bayan Stein'a burada olduğunuzu bildireceğim."

Yoğun bakım ünitesini inceledim, doktorların ve hemşirelerin konsantre olmuş yüzleri. Onlara karşı özel bir saygım vardı. Tıp Fakültesinde pediatri derslerim sabahları ayakta tedavi gören hastalarla öğleden sonraları yatan hastalar arasında ikiye bölünmüştü. Sabah kliniğinde, kulak iltihabı, streptokoklu boğazı, egzeması ve benzeri olağan problemleri olan sayısız çocuğa baktım. Çocukları eğlendirmek ve bu basit hastalıkları tedavi ederken ebeveynleriyle sohbet etmek çok eğlenceliydi. Ancak koğu başka bir olaydı. Her öğleden sonranın sonunda, bu çok kötü hastalıkları - zar zor pompalayan deforme olmuş kalpler, kistik fibroz ile sakatlanmış akciğerler ve barsaklar, radyasyon ve kemoterapiye rağmen büyüyen ırlar - olan çocuklara baktıktan sonra çaresizlik içinde yurttaki odama dönerdim. Bu çocukların sıkıntılarına katlanacak ya da kaygılı anne babalarını rahatlatacak duygusal rezervlerim yoktu. Bir doktor olarak, sınırlarımı bulmuştum. O zamandan sonra, çocuklara bakan bu insanlara özel bir saygı duydum.

"Seni beklettiğim için özür dilerim" dedi Rachel. Yüzü bir kaygı maskesiydi, gözleri şişmişti, alnındaki kırışıklıklar derinleşmişti.

Sorun olmadığını söyledim ve elini elimin içine aldım.

Rachel, Shira'nın durumu ile ilgili her detayı bilmek için ısrar ettiğini ve yoğun bakım ünitesindeki doktorların ve hemşirelerin de kendileri ile birlikte vizitlere katılmasını istediklerini ve kendisi ile bilip bilmedikleri her şeyi paylaştıklarını anlattı. Pediatristler, Victoria McEvoy'un üzerinde durduğu gibi, ebeveynlerle ortaklık kurmak isterler. Rachel, ayak bağı olmadığının hissettirildiğini söyledi. Vizitlerden sonra, Rachel internete giriyor veya pediatrist olan kız kardeşini arıyor ve doktorların ve hemşirelerin tartıştıkları belli konuları araştırıyordu. Ancak, her günün sonunda, doktorların ve Rachel'in üzerlerine çöken soru şuydu: Shira'nın bağışıklık sistemi neden bu kadar zayıftı ki, pnömosistis'i, hayat tehdit eden zatürreyi önleyemedi?

"HIV testlerinin sonucu negatif geldi" dedi bana. Shira'da kesinlikle AIDS yoktu. Shira'nın T-hücreleri düşük olsa da, diye devam etti Rachel, esas problem bu hücrelerin çalışmamasıydı. Test tüpünde mikroplarla karşılaşınca, T-hücreleri en küçük bir reaksiyon dahi vermemişlerdi. Bağışıklık sistemindeki bu çöküş, Shira'yı pek çok yıkıcı enfeksiyona karşı korumasız hale getiriyordu.

Pnömosistis'e ek olarak, Shira'nın kültürlerinde sitomegalovirüs, veya kısaca CMV bulunmuştu. Bu yıkıcı virüs sadece karaciğer, akciğerler ve kemik iliğine bulaşıp sarılık, zatürre ve kan sayımlarında düşüklük yapmakla kalmaz, aynı zamanda retinada büyüyerek, körlük riski de yaratabilir. Sonra, Klebsiella vardı. Bu bakteri akciğerlerde yaygın iltihaplanmaya neden olur. Neden olduğu balgama "kuşüzümü reçeli" denir, çünkü o derece akıcı ve kanlıdır. Daha sonra da, Candida albicans vardı, acil serviste Shira'nın ağzında görülen mantar. Şimdi diğer boşluklarda da üremeye başlamıştı.

Kafamdan dört ölümcül mikrobu geçirdim: pnömosistis, CMV, klebsiella ve candida. Sonra Rachel bana beşincisini de söyledi: parainfluenza.

Doktorlar, buna yapabilecek çok az şeylerinin olduğunu söylediler. “Kabul edilen hipotez şu ki, Shira’da bir çeşit, nadir, normal olmayan SCID olduğu” dedi Rachel. SCID Severe Combined Immunodeficiency Disorder’ın kısaltmasıdır, yani ciddi kombine bağışıklık yetersizliği. Bu, nadir görülen, T-hücrelerinin mekanizmalarında kilit parçaların eksik olmasından kaynaklanan irsi bir hastalıktır. Bunun sonucu olarak, T-hücrelerinin sayısı düşük olur ve mevcut olanlar da etkin olarak çalışmaz. Bu bozukluğa neden olan genler X kromozomlarında taşınır. Erkekler annelerinden bir X kromozomu aldıklarından, bu hastalık genelde erkeklerde görülür. XX olan kızlar, anne ve babalarından birer X kromozomu aldıklarından, iki hastalıklı kromozom almış olmaları gerekir. Shira’nın durumunda, hem babasının, hem de biyolojik annesinin hastalığı taşıyor olması gerekirdi. Doktorlar, bir kız çocuğunda SCID olmasının çok olağan dışı olduğunu söylediler. Shira’da T-hücrelerinin çok düşük olması O’nu olağan dışı “normal olmayan” bir vaka yapıyordu.

“Henüz Shira’yı görmedin” dedi Rachel. “Gel tanıştırayım. Çok güzel bir bebek.” Odaya girişte, savunmasız bebeğe ellerimizden, elbiselerimizden ve ağızlarımızdan mikrop transferini asgariye indirmek için, steril elbiseler giydik, eldiven ve maskeler taktık. Yatak makineler ve cihazlarla çevrelenmişti - Hi-Fi solunum cihazı, kardiyak monitör, oksimetre, m-damar pompaları. Küçük bir masanın üzerinde kitaplar vardı. Nadir sessiz zamanlarda, Rachel Shira’ya kitap okuyordu.

Bebeğe göz attım. Ağzındaki sert tüp yüzünden yana yatırılmıştı. Bu tüp, Hi-Fi solunum cihazına giden esnek bir boruya bağlanmıştı. Ayarlar, makinenin mümkün olan en yüksek basınçta azami konsantrasyonda oksijen verdiğini gösteriyordu. Oksimetredeki kırmızı rakamlara baktım ve bunun kandaki oksijeni ancak sabit tuttuğunu gördüm. “Çok güzel bir bebek” dedim. Güzeldi de. Çevresindeki tüplerin, kataterlerin ötesine bakıldığında, güzel hatları, pürüzsüz teni ve tatlı kol ve bacakları vardı.

Rachel başını iki yana salladı.”Shira yaşayacak” dedi. “Bunu içimde hissedebiliyorum”.

Oksijen monitöründeki rakamlara tekrar göz attım ve bir şey söylemedim.

Rachel bana, her sabah ve her akşam Shira’nın yatağının yanında durduğunu ve dua ettiğini söyledi. Yıllarca kullanımdan dolayı eskimiş bir cep boyutunda dua kitabından okuyordu. Yıllar önce, kendi duasını da içine eklemişti. Şahsen Tanrı’dan ne beklediğini söylüyordu:

Yarabbim,
 Senin hayalinden yaratıldığım için
 Farkına varılmamış potansiyel ile doluyum
 Bu potansiyelin gerçekleşmesi
 Benim potansiyeli kabul etmemle olur
 Senden gelen, bana bahsettiğin tüm yeteneklerin kabulü
 Ve önümde duran tüm fırsatların değerlendirilmesi için
 Yarabbim, bana zorluklara karşı durmam için kuvvet ver.
 Bu yetenekleri tüm insanların iyiliği için kullanmamı nasip eyle
 Yarabbim,
 Ne olduğum için,
 Ne olabileceğim için,
 Sana şükürler olsun.

Rachel daha önce hiçbir zaman bu kadar içten “zorluklara karşı durmak için kuvvet ver” diye dua etmemişti.

“Bir bebeğin bu kadar enfeksiyon kapmasına, AIDS veya SCID’den başka ne sebep olabilir acaba?” diye sordu Rachel.

“Emin değilim. Bu alanda uzman değilim.”

Rachel kehribar gözlerini benimkiler üzerinde gezdirdi. “Biliyorum uz-

man olmadığını. Ben de değilim.” Fakat diye açıkladı, internette dolaştıktan ve SCID hakkında bilgi sahibi olduktan ve bu hastalıktan etkilenmiş ailelerle hatta görüştükten sonra, Shira’da başka bir şey olduğu konusunda şüpheleri artmıştı. “Shira’nın bağışıklık sisteminin çalışmamasının beslenme problemi olduğuna inanıyorum”.

Rachel bu fikri ortaya attığında, asistanlardan bir tanesi, kötü beslenmiş çocuklarda bağışıklık sisteminin çöktüğü ve pnömosistis başladığı hakkında raporlardan bahsetti. Pek çoğu Tahran’da 1960 yıllarının başında, diğerleri de savaşın son yıllarında, yiyecek sıkıntısı varken, 1974 ve 1976 yılları arasında Vietnam’da görülmüştü. Ama diye vurguladı asistan, Shira zayıf bir bebek olmasına rağmen, Shira, o raporlarda belirtilen şiddetli kötü beslenme tablosuna uymuyordu - özellikle deri ve kemikler. Bu olasılıktan vazgeçti.

Hakikaten çocuklar hakkında fikir yürütmek için fazla bilgim olmadığını tekrarladım. Benim bildiğim, yetişkinlerde, bağışıklık sisteminin şiddetli açlık nedeniyle çöktüğüydü.

“Ortak fikir, ciddi kombine immün yetmezlik (SCID) olduğu için, kemik iliği nakli yapmayı düşünüyorlar.”

Tıpta bir hastalığı tedavi etmek için kemik iliği nakli yapmak, en uç yöntemdir. Yapılan iş, bir kişiye ölümcül dozda radyasyon ve kemoterapi vermek ve bu dozlarla kan ve bağışıklık sistemini yok etmektir. Bu yoklukta, uygun bir vericiden alınan kemik iliğinin kök hücreleri verilir. Bu ilik kök hücreleri, muhteşem bir biyolojik potansiyele sahiptir. Büyür ve yok edilen bu sistemlerin tüm elemanlarına yayılırlar: alyuvarlar, nötrofiller, monositler, trombositler, T-hücreleri ve B hücreleri. Verici kök hücreleri büyüyüp geliştikçe, bağışıklık hücrelerinin yapması gereken görevleri de yerine getirirler. Bunların arasında ilk gerekli olan, mikroplar gibi yabancıların tanınması ve imha edilmesidir. Bu noktada Shira’nın ihtiyacı olan da tam olarak buydu, pnömosistis, klebsiella, CMV, candida ve parainfluenza’yı tanıyacak, karşı koyacak ve yok edecek hücreler.

Ancak, bütün bu biyolojik kavga, biyolojik isyan potansiyelini de birlikte taşır. Bağışıklık hücreleri, yabancı dokuları da tanımak üzere programlanmışlardır. Hastanın yeni bağışıklık sistemi, kendini çevreleyen tüm gövdeyi yabancı olarak tanıyabilir. Nakli yapılmış olan T-hücreleri daha sonra karaciğer, deri ve barsaklar gibi önemli organlara da saldırmaya başlayabilirler. Buna yama - konak denir, çünkü yamalanmış doku ile ev sahibi dokular karşı karşıya kalırlar. Eğer verici ve hasta, kardeş gibi genetik olarak yakın kişiler olursa, yama - konak hafif geçer. Eğer genetik olarak farklılarsa, bu hastalık şiddetli olabilir. Bu durumda, başarılı bir nakilden sonra, tam hayat normale girmiş gibi görünürken, hayatı yenileyen bu işlem sakatlığa ve ölüme neden olur.

Ben ayrıldıktan sonra, Rachel aynı doğrultuda devam etmeye karar verdi. Hastalığın tedavisi için hazırlıklara yardım ederken, devamlı olarak da SCID teşhisini sorgulamaya devam edecekti. Vietnam'daki acentaya e-posta gönderdi ve Shira'nın vericiye olan ihtiyacını bildirdi. Ertesi gün, yetkililer, biyolojik annenin, genetik kontrollerinin yapılmasına razı olduğu cevabını verdiler. Kan örnekleri alınarak, hücrelerinin Shira'nınkilere ne kadar yakın olduğu görülecekti. Rachel bu cevapla çok az bir rahatlama hissetti.

Shira yaşam kavgasına devam etti. Bazı saatler, gelişme gösterdiğinde, oksijen seviyesi artıyordu. Sonra, hiçbir belli nedeni olmadan, kötüleşiyor ve oksimetredeki rakamlar düşmeye başlıyordu. Her kötüye gidişte, Rachel titreme ve nefes alış verişinde sıklaşma hissediyordu. Böyle zamanlarda, gözlerini kapatarak devamlı dua ediyor ve duyguları yavaş yavaş normale dönüyordu.

Sonraki bir hafta boyunca, Shira'nın oksijen seviyesi devamlı olarak artmaya devam etti. Göğüs röntgeni, buzlu cam görüntüsünün kalkmaya başladığını, siyah kısmi bir gölgenin, gece parlayan bir yıldızın etrafındaki gökyüzü gibi, kalbin etrafını kaplamaya başladığını göstermişti. Asistan dik-

katlice “Artık kesebiliriz gibi görünüyor” dedi.

Burada demek istediği, memeden kesmek değildi elbette. Solunum cihazının yaşam desteğini kastediyordu. Her birkaç saatte bir, yoğun bakım ünitesi ekibi basıncı ve oksijen seviyesini azar azar düşürdüler. Sonra Shira’yı takip ettiler, kanındaki oksijeni ölçtüler. Bu arada Rachel, hep şarkı söyledi; gösteri şarkıları söyledi, Cole Porter şarkıları, çocuk şarkıları söyledi - neşeli, canlandırıcı, tasasız melodiler. Shira sıkıntıya düştüğünde, göğsü inip kalkarken, kolları kasılırken, daha da güçlü söyledi.

Yoğun bakım ünitesinde geçen otuzüç günden sonra, Shira ek basınç ve ilave oksijen olmadan, odanın havasını soluyordu. Doktor bebeğin boğazından tüpü çıkarttı ve solunum cihazı kapatıldı. Solunum cihazının, gece ve gündüz, günün her saatini doldura güçlü “foşşş” sesi bir anda kesilmişti. Rachel sessizliğin tadını çıkardı. Shira rahatlıkla nefes alıp verdikçe, göz yaşları yavaş yavaş birikti. Rachel yıkılmamıştı. Eğer bir nakil gerekli olursa, bu yorucu tedaviye de göğüs gerecekti.

Kemik iliği naklini beklemek üzere Shira normal bir hastane koğuşuna yatırıldı. Rachel, bir gözleme deliğinden, yeni bir dünyaya geçmiş gibi hissediyordu. Koğuşta, gün boyunca kendisi ve Shira genellikle yalnız kalıyorlardı. Her vizitte, hemşireler önemli noktaları kontrole geliyorlardı. Shira hala kendi kendine beslenemediğinden, diyetisyen sıvı gıdalarda yardımcı oluyordu; mama yemek borusundan geçip bebeğin midesine inen bir tüpten veriliyordu.

Rachel düşünmeye zaman ve imkan bulduğunda, SCID’nin genetiğini, tanımlarını ve tedavi sonuçlarını daha da derinlice araştırdı. Bilgisi arttıkça, çocuğunda SCID olmadığı hissi daha da kesinleşti. Shira’da beslenme eksikliği olduğu fikrine daha da çok sarıldı ama hangi besinin eksik olduğunu söyleyemiyordu. Rachel, doğru seçimin zaman içinde ortaya çıkacağını fark etti.

Shira tüple beslenirken kilo aldı. Kolları ve bacakları doldu. Hafta

içinde, ateşi düştü ve bazı antibiyotikler kesildi. Rachel Shira'nın her hareketini takip ediyordu. Gözlerinde bir dikkatlilik vardı ve Rachel dünyayı keşfetmek için derin bir açlık duyduğunu hissetti. Rachel şarkı söyledi ve Shira'ya tanrının yarattığı mucizevi şeyleri, güneşi, ayı ve yıldızları, ormanları ve denizleri ile dünyayı anlattı.

İşçi gününden az sonra, kemik iliği nakli ekibi Shira'nın vakasını tartışmak üzere toplandı. Ulusal İlik Kayıt Merkezinde üç verici bulunmuştu ve hepsi de Shira'nın nakli için ilik kök hücresi vermeye hazırды. Shira'nın biyolojik annesinden alınan kan örnekleri üzerinde yapılan testler diğer üç vericiden daha az uyumlu çıkmıştı. Doktorların söylediğine göre, Merkezdeki ilikler kullanılsa dahi, yama - konak olasıydı.

Nakil ekibinin asistanı vizite geldiğinde, Rachel tereddütlerini kafadan dile getirmeye karar verdi. "Shira'nın bağışıklık testinin tekrar yapılmasını istiyorum" dedi.

Asistan tereddütlü bir biçimde baktı. Ekibin Rachel'ın sorularındaki akılcılığa ve konu üzerinde yaptığı araştırmalara saygı duyuyordu. Ama testleri tekrar ederek daha fazla ne öğrenilebilirdi ki?

"T-hücre sayıları arttı" diye devam etti Rachel, sakın olmaya ve sesini de sakın tutmaya çalışarak.

"SCID'de bu bazen olur, özellikle de ciddi bir enfeksiyon atlatıldıktan sonra" diye cevapladı asistan. "Bu beklenen bir gelişme."

"Ama SCID'si olduğunu zannetmiyorum" dedi Rachel, sesinin tonunu yükselterek. "Ben ... ben beslenme yetersizliği olduğunu düşünüyorum."

Asistan yorgun bir şekilde Rachel'a baktı. Bu fikrini sayısız defa daha önce de duymuştu. Rachel kalp atışlarının sıklaştığını hissetti.

"Bunu düşündüğünüzü biliyoruz ve tabii ki bir annenin düşüncelerine saygı duyuyoruz. Ama Shira'da SCID'nin değişik bir türü var. Bildiğiniz gibi, tipik bir tablo değil, ama bunu vizitlerde defalarca tartıştık daha önceleri, bütün sorumlular da mevcutken."

Rachel durdu ve yavaş yavaş konuştu, "Ben ... kan testlerinin ... yeniden

... yapılmasını ... istiyorum,” her kelimenin üzerine sert bir çiviye vururmuş gibi vurarak.

Pediatristler, çocuklarında ciddi bir hastalık olduğunda anne ve babaların yaşadığı umutsuzluğu çok iyi bilirler. Doktorlar, ümitsizlikten kaynaklanan, alakasız gördükleri taleplere dahi anlayışla yaklaşmak üzere eğitilmişlerdir. Bu durumda, asistan Rachel’a, Shira’nın hali hazırda testlerinin yapılmış olduğunu ve testlerin tekrarlanması için bir laboratuvar araştırmacısının gereksiz yere diğer işlerini bir tarafa bırakması gerektiğini sabırla anlattı.

“Eğer Shira normal olmayan bir vakaysa,” dedi Rachel, ses tonu yumuşayarak, “o zaman hırslı bir bilim adamı Shira üzerine bir yayın yapabilir. Hücrelerine daha yakından bakabilir ve hücrelerin neden fonksiyonlarını yerine getirmediğine dair daha fazla veri toplayabilir.”

Asistan bunu göz önüne aldı, arkadaş olduğu bir immünoloğun hücrelerini incelemek üzere, Shira’nın vakasına yeterince ilgi gösterebileceğini kabul etti. Prestijli bir dergide yayınlanacak yazı için iki takım veri daha sağlam olacaktı. Asistan kan örneği alırken Rachel ellerinin titremesini durdurdu.

2001 yılının 11 Eylül günü, şafaktan az sonra, nakil ekibinden bir doktor Shira’nın odasının kapısına hızlı hızlı vurdu. Rachel çabucak saçını topladı ve sabahlığının kemerini bağladı.

“İnanamıyorum” diye haykırdı asistan. “İnanamıyorum.”

Shira’nın bağışıklık sistemi üzerine yapılan ikinci kan testlerinin sonuçlarının baskısını Rachel’a uzattı. Birer birer, birlikte kolonları okudu:

Toplam T-hücreleri: normal

Yardımcı T-hücreleri: normal

Baskılayıcı T-hücreleri: normal

B hücreleri: normal

“Sadece tüm hücrelerinin sayısı normal değil,” diye devam etti, “hepsi de gayet mükemmel çalışıyorlar.”

Shira’nın T-hücreleri test tüpünde mikroplara maruz bırakılınca, derhal mikropları tanıdılar ve biyolojik tepkilerini kareografik bir şekilde göstermeye başladılar, değişik enzimleri bir araya getirerek ve bir dizi protein salgılayarak, ki, bu vücutta bağışıklık savunmasına tekabül eder.

“Shira’da SCID’ye benzer bir şey yok” dedi genç doktor yüzü aydınlanarak, “Shira normal, sağlıklı, iyi. Zannederin hafta sonundan önce eve gidebilir.”

Rachel gözlerini kapadı. Kalbi o kadar güçlü atıyordu ki, göğsünden fırlayacak zannetti.

Tanrım, dualarımı kabul ettin.

Shira, sabah yemeğini tüpten aldıktan sonra, Rachel koridorun sonundaki telefon kulübesine gitti. Cemiyetten en yakın arkadaşlarından birini aradı ve haberi verdi.

“Harika bir şey” dedi arkadaşı, ondan sonra uzun bir sessizlik oldu.

Rachel ne olduğunu merak etti.

“Televizyonunu aç.”

Rachel odada dondu kaldı, o kadar sevinçle dolu olan kalbi parçalanıyor gibiydi. Shira’nın hayata dönüşünü kutladığı sırada, Dünya Ticaret Merkezine yapılan bir saldırıda binlerce ölü bekleniyordu. *Tanrının kulları ölürken ben nasıl sevinebilirim?*

Rachel ve Shira Çocuk Hastanesinin acil servisine gittikten kırk beş gün sonra eve döndüler. Cuma günüydü ve Şubat başlamak üzereydi. Rachel Brooklyn’deki apartman dairesine girmek için anahtarı çevirdiğinde, arkadaşları tarafından bırakılan yemeklerin kokusunu duydu. İki mum yakılmak üzere hazır bekliyordu, keyfine varılacak iki mum. Rachel, mumları yaktıktan sonra Shira’yı kucağına aldı. Mumların yumuşak alevleri

kızının yüzünde oyunlar oynuyorlardı. Bu bir dinlenme ve barış günüydü, bütün dertlerin sona ermesi gerektiği bir gün, altı haftadan fazladır Rachel'in hakikaten sahip olmadığı bir gün.

Her adımda, Rachel göğüs gelecek gücü ve sorgulayacak cesareti bulup bulamayacağından emin olamıyordu. Sessizce, insanları bu kadar direnç deposu ile birlikte yarattığı için tanrıya şükretti. Şabatın bu depoları dolduğu önemli bir gün olduğunu düşündü. 11 Eylül'den sonraki bu ilk Şabatta, ülkesinin kendini savunması ve sevdiklerini kaybedenlere içtenlikle yardım edebilmeleri için gerekli kuvveti ve cesareti vermesi için dua etti.

Rachel'in düşleri, Shira'nın kucağında yaygara koparmaya başlaması ile sona erdi. Mama zamanı gelmişti, Vietnam'daki yetimhanede verilen yemeklerde, bağışıklık sistemini bozacak her ne eksik idiyse, onun takviye edilmesi zamanı. Mama gittikçe Rachel "Keyfine bak, tatlı şey, keyfine bak" dedi.

Mayıs 2002'de Shira Vakası Boston Çocuk Hastanesindeki bir klinik konferansta sunuldu. Amacı, personeli ciddi olarak dikkate alınmayan ama yapılmadığı takdirde felaket bir kemik iliği nakli ile sonuçlanacak olan bir teşhis ile ilgili eğitmektir. Konferansı yöneten genç doktor ile yoğun bakım ünitesi ve kemik iliği nakli ekibi, tabii olarak, Shira vakasının sonucunu biliyorlardı. Ama seyircilerin büyük bölümü bilmiyordu. Doları ile, Shira'nın hikayesi, sanki her bir doktor hasta başındaymış ve acil servisteki birinci dakikadan itibaren bir karar vermeleri gerekiyormuş gibi, en baştan aktarıldı.

"Teşhisiniz nedir?" diye sordu genç doktor topluluğa. "Hastamızdaki bu belirtilere ve belirtilere hastalıkların bir listesini yapın." Ortak karar SCID idi.

Sonra, dramatik bir şekilde, ekrana bir slayt yansıdı:

HASTADA SCID YOKTU

Vakayı aktaran doktor, eksik beslenmenin bütün dünyada nasıl bağışıklık sisteminin çökmesine nasıl neden olduğu konusundaki diğer slayta geçti. Fakir ülkelerde görülen en yaygın yetersiz beslenme ve bağışıklık sistemi bozukluğunun temel sebebi, şiddetli açlıkta da olduğu gibi yetersiz proteindir. Shira'nın durumunda bu geçerli değildi, zira kasları iyi oluşmuştu. Ama, taburcu edilmesini takip eden haftalar içinde, bir doktor ekibi, bir vitamin eksikliğinin dahi, bağışıklık sistemi bozukluğuna nasıl yol açabileceğine dair bilimsel raporlar buldular. Diğer başlıklar, çocuklarda çinko, demir ve magnezyum gibi metallerin birinin dahi eksikliğinin T-hücrelerinin sayısının ve fonksiyonlarının azalmasına sebebiyet verdiği üzerineydi. Bunların hepsi az sayıda ancak iyi yazıya geçirilmiş durumlardı. Buna rağmen, hiç kimse Shira'nın bağışıklık bozukluğuna neyin sebep olduğundan emin olamadı.

Klinik dünyasının konuşma stili olarak, aktarıcı dinleyicilere hastanın bu günkü durumu ile ilgili bilgi verdi: "Söz konusu olan hasta, taburcu edildiği günden beri izlenmektedir. Bağışıklık sistemi hala normal. Hasta güzel büyüyor ve bütün hedefleri yakalıyor."

Shira Stein vakasının tartışıldığı gibi konferanslar, ülkenin her yerindeki eğitim hastanelerinde yapılır. Tıp öğrencileri ve stajyer doktor olmayan devlet hastanelerinde dahi, kıdemli personel arasında ilgi çekici ve olağan dışı klinik sorunların tartışıldığı forumlar yapılır. Bu toplantılar gerek akademik merkezlerde, gerek devlet kurumlarında olsun, anlaşılamayan veya önemli düzensizlikler hakkında en tecrübeli doktorların bile eğitilmesi açısından çok önemlidir. Ancak bu konferanslarda genellikle atlanan konu, teşhisin neden atlandığı, özellikle nasıl bir yorum hatası yapıldığına ve bunların nasıl iyileştirilebileceğine dair hiçbir araştırma olmamasıdır. Çok nadiren ne tür yaklaşım kullanıldığı ve bu fikir düzeninin nasıl paramparça

olduğuna dair bir açıklama vardır.

Shira Stein'in tedavi edildiği tıbbi kapsamı anlamak, nerdeyse zayıf düşürücü ve hatta ölümcül bir kemik iliği nakli yapılmasına neden olan yorum taraftarlığını belirlemek için önemlidir. Rachel Stein'in bana her zaman söylediği ve benim de çok iyi bildiğim gibi (çünkü Boston Çocuk Hastanesi, açık söylemek gerekirse, en büyük çocuğumun hayatını kurtardı) pediatriye dünyanın en iyi tıp kurumları arasında. Oradaki doktorların şiddetli bağışıklık yetmezliğine neden olan SCID ve diğer genetik bozukluklar üzerine çok tecrübeleri var. Hastanedeki laboratuvarlarda bozuk genlerin T-hücrelerini ve bağışıklık defansının diğer kilit elemanlarını nasıl parçaladıkları araştırılıyor. Klinisyenlerin, vücudun bağışıklığını azami başarıya düzeltmek için kullandıkları standart ve deneysel tedavileri uyguladıkları tedavi protokolleri var. Kurumda çok miktarda SCID tanısı konulup tedavi edildiği için, sadece kıdemli asistanlar değil, asistanlar ve stajyerler bile bu rahatsızlıkla ilgili çok bilgili.

Bu uzmanlık ve aşinalık nedeni ile, personelin kafasında “prototip” bir SCID çocuk var. Ayrıca, Shira gibi hastalarda üzerine odaklandıkları belli noktalar ve bu noktaları bu prototipe uydurmaya da doğal bir yoruma yatkınlıkları var. Benzerlik sonuçları ve bazen de alternatifleri göz ardı etmeyi doğuruyor. Eğitimim sırasında devamlı duyduğum bir tabir vardı: “Eğer ördeğe benziyorsa, ördek gibi yürüyorsa, ördek gibi ses çıkartıyorsa, bil bakalım nedir? Ördektir!” Ama her zaman ördek olmuyor.

Doktorlar her zaman hastalarının belirtilerini ve klinik bulgularını kafalarındaki modele ya da klinik prototiplere uydurmaya hazır olmamak için kendilerini uyarmalıdır. Bu kolay değildir. Tıp Fakültelerinde ve daha sonra asistanlık eğitiminde üzerinde durulan husus, peptik ülser de olsa, veya migren ya da böbrek taşı da olsa, belli bir rahatsızlığın tipik bir resmini öğrenmektir. Nadir veya normal olmayan olgu sunumları az ilgi görür. Eğitimim sırasında beynime kazılan bir başka basmakalıp söz de şudur: “Sı-

radan şeyler geneldir.” Vizitlerde tekrarlanan bir başka tabir de. “Huff atışlarını duyarsanız, zebraları değil atları düşünün.”

Rachel Stein, pnömosistis pnömoni’nin nedenlerinin arasından bir zebra bulmuştu. Beslenme bozukluğu bağışıklık sistemi bozukluğuna neden olabiliyor ve enfeksiyonlar için çok uygun bir alan yaratabiliyordu. Halifax’daki Dalhousie Üniversitesinden Pat Croskerry, nadir bir teşhis koymaktan imtina eden doktoru tasvir etmek için “zebradan dönmek” tabirini yaratıyor. Modern tıptaki güçlü kuvvetler, bunları aramanızı köstekliyor. Genellikle, duyulmamış bir hastalığı yakalamak için gerekli testler, yapılması zor, uzmanlık isteyen ve pahalı testlerdir. Masrafların kısıldığı, doktorun hastasına ne kadar zaman ayırması gerektiğini sigorta şirketlerinin ve sağlık planlamacılarının belirlediği bir dönemde, doktorların “oralarda bir yerlerde” olan fikirleri bulmaya çalışmaları istenmiyor. Bazı doktorlar çok fazla test istediklerinden dolayı cezalandırılıyorlar. Çünkü, yirmi beş, elli, yüz veya beş yüz tanede sadece birine doğru teşhis koyabiliyorlar ve para başka yerlere harcanabilir. Tabii, bu zebra durumu, boncuk sayıcının kendi çocuğunun başına gelmedikçe.

Bu baskıya ek olarak, zebraları avlayan doktorlar genelde meslektaşları tarafından, ana kanalı göz ardı ederek izoterik işlere takmakla suçlanırlar. Zebra avcılarına “ukala” denir. Bir stajyer olarak vizitlerde, onlardan “alevciler” olarak bahsedildiğini de duydum.

Doktorların “zebradan dönmesi” için bir neden daha vardır. Bir doktor, çok nadir görülen bir vaka ile ilgili olarak çok az bilgiye sahip olduğundan, sadece okuduklarından ve veya yıllarca çalışması sırasında sadece bir defa rast geldiğinden, genelde savunmak için gerekli cesareti bulamaz. Avı ne kadar zorlaması gerektiğinden emin olamaz.

Shira Stein vakası ile ilgili Boston Çocuk Hastanesinde düzenlenen konferanstaki katılımcılar, bağışıklık bozukluğuna sebep olabilecek pek çok neden listelediler. Bahse girerim ki, personelin pek azı bu nedenleri nasıl

tanıyacağını biliyordu. İtiraf ediyorum ki, ben bilmiyorum; tıbbi kitaplarda hazır bulunmayan cevapları bulabilmek için bir uzman bulmam gerekir. Dahası, nispeten sıradan diyet eksikliklerinin dışında - B12 vitamini eksikliği pernisiyon anemiye sebebiyet verir, C vitamini eksikliği skörbüte yol açar - beslenmenin vücut fonksiyonlarına etkileri üzerine çok az şey biliyor. Bu genel klinik bilgi eksikliği, doktorların Rachel Stein'in kızının belli beslenme eksikliği olabileceği konusundaki devamlı ısrarlarını reddetmelerine neden oldu. Neden bu kadar uzak ve belirsiz bir fikri onaylasınlar ki? Shira eksik beslenmiş çocuk prototipine uymuyordu.

Akılda prototip canlandırma ve zebradan dönmenin yanı sıra, Shira'nın doktorları "teşhis ivmesi" denen üçüncü bir yorum hatası yaptılar. Bir kere bir teşhis bir doktorun zihninde yer etti mi, eksik delillere rağmen - veya Shira vakasında, T-hücrelerinin sayısının artışı ve kızlar arasında SCID'nin nadir görülmesi gibi delillerdeki sapmalar - ilk doktor bu teşhisi üstlerine ve altlarına aktarır. Bu, Anne Dodge'u onyediyıl oyaladı. Burada, yoğun bakım ünitesinin sorumlusu, Shira'da SCID olduğuna kani olmuştu. Bu güçlü inanış, stajyerlere ve asistanlara, yoğun bakım ünitesinden çıkartıldıktan sonra da, ilik nakli ekibine aktarılmıştı. Her sabah, vizitlerde, Shira vakası yeniden gözden geçirildi. Açılış konuşması şöyleydi: "Shira Stein, Vietnamlı kız bebek, SCID ile uyumlu bağışıklık sistemi bozukluğu var." Teşhis ivmesi, dağdan aşağıya düşen çığ gibi, yeterli kuvvet toplar ve önüne gelen herşeyi yıkar.

Rachel Stein yorum psikolojisi üzerinde uzman değildir ve tıbbi kararlar almaktaki hataları incelememiştir. Rachel çaresiz ve korkmuş bir anneydi. Ama, çocuğunun hastalığı ile ilgili kendini iyice eğitecek kuvvet ve konsantrasyonu bulmuştu. Pek çok doktorun savunduğu nedenlerde ilişkiler gördüğünde, kibarca ama inatla fikrinden caydırılmak istenmesine karşı çıktı. Çığ'ın yönünü değiştirdi.

Tüm eğitimime ve iyi niyetime rağmen, Shira'nın doktorlarınıninkine

benzer yorum hatalarını ben de yaptım. Klinik bulmacanın tüm parçaları birbirine tamamen uymadığında, uymayan parçaları bir tarafa ittim. Belirsiz bir durumu, iyi belirlenmiş bir prototipe uydurabilmek ve aşına olduğum bir tedavi yöntemi önerebilmek için varsayım hataları yaptım.

Rachel acenteden kendisini Vietnam'da bir çocuğun beklediği haberini almasından bir yıl sonra, o zamanlar 12 yaşında olan kızım Emily'yi, Shira ve Rachel'ı ziyarete götürdüm. Rachel ve Shira, karanlık bir sokakta, eski taş bir binanın alt katında bir apartman dairesinde oturuyorlar. Birkaç kere onları sinagogda görmüş ve Shira'nın ne kadar sağlıklı ve gülbüz görüldüğü hususunda yorumda bulunmuştum. Ama, Rachel ile ben, hikayesinin ayrıntılarını tartışmamıştık. Rachel'a nasıl olup da net bir biçimde düşünerek bir sürü doktorun mantığına karşı savaş açabildiğini sordum.

Dinlerken başını öne arkaya salladı. Sonra, dünyayı nasıl gördüğünü anlattı: "Tanrı benim için en iyi bir dost gibidir." En iyi dost. Her zaman başvurabileceğim bir dost. Beni hiçbir zaman terk etmeyecek bir dost. Hiç soru sormadan, akıl ve kaynaklar bahşeden bir dost. Dürüstlüğüne hiçbir zaman bozmayacağını bilerek fikir alış verişini yapabileceğim bir dost. Benim zayıflığımdan faydalanmaya kalkabileceğinden çekinmeden hislerimi aktarabileceğim bir dost.

Bu, Shira'nın hastalığının en kötü olduğu dönemlerde, kendisini defalarca sakinleştiren bir dosttu. Bu, Rachel'ı yıkılmaktan alıkoyan bir dosttu. Bu, Rachel'a, net düşünebilmesi, bilgileri toparlayabilmesi, Los Angeles'teki kız kardeşi, Shira ile ilgilenen tüm doktorlara ve hemşirelere soru sorabilmesi için kendisine yardımcı olan bir dosttu. Bu dosttan güç ve ilham alarak, Rachel sonuçta doğru teşhisin konulmasına yol açan isteğinde ısrar etmesini sağlayacak tüm entelektüel, sosyal ve ruhsal kaynaklarını kullandı.

Tipik olarak benim hastalarım, deneme süreçlerinde, teselli bulmak

için inançlarına dönerler. Bazıları, Tanrı'nın araya girmesi için dua ederler, pek çoğu, Tanrı'nın insanın yaşamına direkt ve şahsi bir biçimde girdiğine inanır. Mucizeler için, Tanrı'nın sakatlık veya ölümden uzaklaştırması için dua ederler. Diğerleri, sadece dayanma gücü vermesi için dua ederler. Rachel ile konuştuktan sonra, inancın fonksiyon gösterebileceği üçüncü bir yol gördüm.

İnanmayanlar, İncili okuyanların sadece masal okuduklarını söylerler. Ama tanınmış psikologlar, okuyucular yazılanların gerçek olması hususunda neye inanırlarsa inansınlar, İncil'in insan karakteri hakkında derin kavramlar önerdiğini savunurlar. Hikayelerindeki hiçbir kimse, bilgi ve gücüne ve iyi niyetine rağmen, mükemmel, hatasız değildir.

Herkes zaman zaman, İbrahim'den Musa'ya ve Apostles'e, düşüncede veya fiiliyatta, hata yapabilir.

Koenig, Larson ve McCullough, kendi eserleri olan *Din ve Sağlık El Kitabı*'nda, dini inanışların hastaları nasıl etkilediğini savunan ve yeren tartışmaları gözden geçiriyorlar. Bir kısım düşünce, dinin insanları durgunlaştırdığını, olayların gidişatını Tanrı'nın isteği olarak kabullendiklerini savunuyor. Bu tür hastalar, bu eleştirmenlerin iddia ettiklerine göre, kendi seçim ve hareket sorumluluklarını, kendi dışlarındaki bir güce havale ederek, zaten doktor ile hali hazırda babacan olan ilişkilerini daha da çocuksu bir konuma getiriyorlar. Bu bakış açısı, Karl Marx'ın "din, kişinin afyonudur", hem kişi hem de toplum için durgunlaştırıcıdır söyleminin doğal bir uzantısı oluyor. Rachel içinse, tam tersi olmuştur: iman, bir kişiyi, tıp dünyasının belirsizliklerinde üretken bir ortak yapabilir. İyi tanınan bir teselli ve dayanma gücü kaynağı olan iman, insanlara belirsizliği tanıma ve sadece kendilerinin değil, doktorlarının da hatalı olabileceğini kabul edebilme gücü verebilir ve böylece, çare aramaya katkıda bulunabilirler.

Tabii ki, imanın kendisi için önemi olmayan kişiler de dayanma gücü bulabilir ve bilgi aramak ve doktorlarının mantığını sorgulamak için akılla-

rını kullanabilirler. Bu kişiler genellikle, inançlı kişilerin aynası olan stratejiler kullanırlar. Bir problem karşısında “dua etmek” yerine, sessizce akıllarını bir konunun karmaşıklığını çözmek için kullanırlar.

Rachel Stein’in Tanrı’yı en yakın arkadaşı, güvenilir dostu olarak gördüğü gibi, agnostikler ve ateistler bu role ailelerini veya arkadaşlarını getirirler. Hepimiz - inanan ya da inanmayan - analizlerindeki eksiklikleri belirlemek için doktorlarımızın beyinlerine girdiğimizde, bu boşlukları doldurabilecek cevapları zorlamak için Rachel Stein’ı taklit edebiliriz.

BÖLÜM 6

Bir Uzmanın Kararsızlığı

Çoğu kişi, bir çocuğun nadiren bir kalp problemi ile doğduğunu düşünür; aslında, 1,000 doğumdan 8 inde doğuştan anormallikler görülür. Birleşik Devletlerde her yıl 30,000 den fazla bu tür çocuk doğmaktadır. Eğer bebek ilk oniki ayı atlatırsa, olgunluğa gelme ihtimali %80'dir. Bugün, Amerika'da bir milyon civarında, doğuştan kalp hastalıklı yetişkin yaşamaktadır. Bu memnunluk verici istatistik, kalp ve aort gibi geniş damar bozukluklarını teşhis ve tedavi eden pediatrik kardiyologlar ve kalp cerrahlarının yapmış oldukları bir çalışmanın sonucudur. Bu doktorların en büyük sıkıntısı, karşılaştıkları anormalliklerin olağan dışı çeşitliliğidir. Yoğun bakımda veya ameliyat odasında, ne kadar belirsiz olursa olsun, bazen çözümler yaratmak zorunda kalmaktadırlar. Hangi doktor devamlı buluş gerektiren, pek çok tedavi edilen vakanın sadece bir kerelik bir deneme olduğu bir uzmanlığa ilgi gösterir?

Dr. James Lock, Boston Çocuk Hastanesinde kardiyoloji şefidir. Lock,

ellili yaşların başında, uzun boylu, zayıf, sık siyah saçlı ve pilot gözlüklü bir adamdır. Devamlı hareket halinde gibidir. Ben görüşme yapmak için ses kayıt aletimi ayarlarken, Lock sandalyesinde gerildi, koşucu ayakkabısı giydiği ayaklarını masanın üzerine koydu ve kafasını döndürerek, bacaklarını birbirinin üzerine atıp, indirerek, ellerini sandalyesinin yanından aşağı yukarı hareket ettirerek pozisyon değiştirmeye başladı. Lock Ohio'da küçük bir kasabada büyümüştü. Ailesinde hiç kimse üniversiteye gitmemişti. Birçok kalp aletinin meşhur mucidi olduğundan, küçükken bir tamirci olarak çalıştığını düşünmüştüm. Yanılmışım. “Arabaları tamir edenler erkek kardeşim ve babamdı” dedi Lock. “Ben garajda onlarla birlikte değildim. Ben odamda, okurdum.” Lock, alt orta sınıf insanlar için, doktor olmanın bir kaçış olduğunu açıkladı.

Ama, meslek yoluyla kaçışı her zaman kesin olmadı. İkinci sınıfta okuldan uzaklaştırıldı ve altıncı sınıfta kovuldu. “Her seferinde, müdür büyük şehirden bir psikiyatrist getirdi” dedi Akron’u kasederek. Vasatın altı performansına rağmen, psikiyatrist Lock’taki potansiyeli anlamış olmalı. “Psikiyatrist sekizinci sınıfa yükseltilmemi önererek hayatımı kurtardı”. Başını hareket ettirşi, kollarını ve bacaklarını devamlı oynatmasına değindim ve bu günlerde olsaydı, psikiyatristin ADHD - Attention Deficit Hyperactivity Disorder (Konsantrasyon Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu) - teşhisi koyarak sakinleştirmek için Ritalin verirdi dedim. “Eminim ki bir şeyler verirlerdi” dedi ve güldü. Lock Ulusal Liyakat Burslusu idi, onbeş yaşında Case Western Reserve Üniversitesine, oradan da Stanford Tıp Fakültesine gitti. “Bedavaya getirmek için hep burs aldığım yerleri seçtim.”

“Odama tıklandığımda” diye devam etti Lock, “defalarca Arthur Conan Doyle’u okudum. Sherlock Holmes hep izleme ve eleme yapardı. Dolayısı ile, insanların nasıl inceleme ve eleme yaptıklarını düşünerek çok zaman geçirdim.” Arthur Ignatius Conan Doyle 1859’da, Edinburgh, İskoçya’da, fakir bir İrlandalı-Katolik ailede dünyaya gelmişti. Zengin akrabaları eğiti-

mine yardımcı olmuşlar ve İngiltere’de gönülsüz olarak gittiği Jesuit yatılı okuluna göndermişler. Okul yıllarına dönüp baktığında Doyle şöyle yazmıştır: “Belki benim için iyi oldu ki, zor dönemlerde yaşıyorduk. Vahşi, sıcak kanlı ve biraz da korkusuz olduğum için. Ama durum enerji ve uygulama gerektiriyordu dolayısı ile ben de buna uymaya mecburdum.” Ailesinin çoğu üyesi sanatkar olmasına rağmen, Conan Doyle tıbbi seçti ve eğitimi için İngiltere’den İskoçya’ya döndü.

Mart 1886’da, kendisine şöhreti getirecek romanın yazmaya başladı. Bir yıl sonra, Sherlock Holmes adında bir dedektifi ve arkadaşı Dr. Watson’ı içeren “A Study in Scarlet - Kırmızıda Çalışma - başlığı ile Beeton’s Christmas Annual adlı bir dergide yayınlanmaya başladı. Conan Doyle, doktorların klinik teşhislerindeki izleme ve eleme yöntemlerine olan hayranlığını diğer bir çeşit hafiyeliğe aktarmıştır.

Birinci Dünya Savaşı yaklaşırken, o zaman ellilerindeydi, asker olarak yazılamadığı için çok sinirlendi. O zaman da Savaş Ofisini, Britanyalıların hayatlarını kurtaracağına inandığı öneriler ve fikirlerle bombalamaya başladı. Denizaltıların ileride bloke edilecekleri korkusu ile, Manş Denizi’nin altından geçecek ve İngiltere’nin güney sahilini Fransa’ya bağlayacak bir tünel yapılması çözümünü önerdi. Bahriye uzmanları, Jules Verne fantezisi diyerek bu fikri reddetti. Boğulan denizcileri kurtarmak için şişme kemerler ve kauçuk botlar yanı sıra piyadeler için kurşun geçirmez giysiler önerdi. Önerileri gene reddedilmişti.

Kahramanı Holmes gibi, James Lock da tabiatı ve mümkün olan delillerin aktarılmasını düşünür ve daha iyi bir gelecek hayal eder. “Bağlantımı devamlı açık tutuyorum” dedi, “ne bildiğimi nasıl biliyorum hususunda”. Lock sustu. Kafası, ufkü tarayan radar gibi aşağı yukarı hareket etmeye başladı. Epeyce bir yay çizdikten sonra, düşüncelerini toparlamış göründü ve tekrar konuşmaya başladı: “Epistemoloji, bilmenin tabiatı, benim alanımda kilit noktadır. Bildiğimizin temeli, sadece mütevazı bir seviyede an-

lamaktır. Eğer bu gerçeği her yere kendinizle taşırsanız, doğru olmayabileceğini gösteren herhangi bir şeyle karşılaştığınızda, neyi bildiğinizle karşılaşmaya hazırsınızdır.”

“Pediatrik kardiyojide yaptığımızın çoğu, uydurduklarımız. Esasında, benim uzmanlık dalımda bugün rutin olarak yapılanların bir bölümü, benim uydurduklarım” dedi Lock yüzünde bir gülümsemeyle. Bunun nedeni, çocukların genelde o kadar benzersiz sorunları vardır ki, çok az selevi vardır. Ama diye devam etti Lock, “bir şey yapmanız gereklidir. Büyük sorun şu ki, bir kere bir şey uydurulduğunda, herkes onu gerçek zanneder. Özellikle de uyduran kişi. Doğrudan Tanrı’dan geldiğini zannederler.”

“Belli bir uygulamanın uydurulduğunu itiraf etmek, bir klinisyeni zedelemes mi?” diye sordum.

Tıptaki herkes devamlı olarak bilginin değerini hesaplayamaz. Kafayı yersiniz. Ama eğer alt uzmanlık dalında iseniz, eğitildikçe, sadece insanların ne bildiklerini değil, nasıl bildiklerini de bilmeniz gerekir. Düzenli olarak herşeyi ve herkesi sorgulamanız gerekir.

İşin komik yanı, James Lock arızalı kalbi olan çocuklar hakkındaki yeni ufuklar açan dersini anormal kalpli bir çocukta almış. Holly Clark, Minnesota’da koyu kahverengi gözlü, kahverengi örgülü dört yaşında bir kızdı. Bir ilkbahar sabahı annesine kendisini iyi hissetmediğini söyledi. Bayan Clark alnını elledi ve sonra dereceye uzandı. Holly’nin ateşi 38oC idi. Ana sınıfında yaygın bir virüs vardı. Bayan Clark, ateşini düşürmek için Holly’e sıvı Tylenol verdi ve yatağa yatırdı. Ertesi gün, Holly kesik kesik ve zorlayarak nefes alıyordu ve cildi gri bir renk almıştı. Bayan Clarke Holly’i, Minnesota Üniversitesi Tıp Fakültesinin yan kuruluşu olan yerel hastanenin acil servisine götürdü.

Acil Servis doktoru, Holly derin nefes aldıkça tansiyonunun aniden

düşüğünü fark etti. Çekilen göğüs röntgeninde kalbin normal hatlarının deforme olduğu görülüyordu. Normal bot şeklinin yerine göğse asılmış su balonu gibi görünüyordu. Holly daha önce hiç ciddi bir hastalık geçirmemişti. Arada sırada burnu akar ya da karnı ağrırdı. Bayan Clark'ın bildiği kadarı ile, kızının kalbi ve akciğerleri her zaman normaldi. Doktorların çektikleri EKG düşük elektrik gerilimi gösterdi. "Kitaptaki gibi bir teşhis" dedi doktor Bayan Clark'a, "kardiyak tamponaj." Kardiyak tamponaj, kalbin etrafına sıvı birikmiş, kalbe baskı yapıyor demektir. Bu, dokunun viral bir enfeksiyon nedeniyle su toplamasından oluşur. Biriken su, bir el gibi kalbi sıkarak ve kalbe yeterli kan girişini ve kalpten vücuda yeterli kan çıkışını engeller. Eğer sıvı alınmazsa, Holly şoka girebilirdi.

Acil servise pediatrik kardiyoloji asistanı çağırıldı. Asistan Holly'nin annesine kalbin çevresinden sıvıyı nasıl alacağını anlattı. Önce, geniş delikli bir iğne kullanarak kalbi çevreleyen lif torbası olan perikardı geçecekti; sonra bir şırınga kullanarak sıvıyı çekecekti. Perikardın altındaki sıvı alındıktan sonra, kalp serbest olarak pompalamaya başlayacak ve Holly'nin kan dolaşımı normale dönecekti.

"İğneyi nereye batırırsın?" diye sordu Lock. Lock'un ofisinde oturuyorduk ve bana otuz yıl önceki eğitimi sırasındaki vakayı anlatıyordu.

Çabucak "ksifoid altı" diye cevap verdim, iğnenin göğüs kafesinin ortasındaki kemik kısmının altından sokulacağını söyleyerek. "Ve" diye devam ettim, "iğneyi ksifoidin altından soktukten sonra sağ köprücük kemiğine doğru yukarı bir açıyla perikarda girene kadar ilerlersin."

Genç James Lock kardiyoloji asistanının yanında durup, işlemi öğrenirken, kardiyologun da yapılacağını söylediği işlem aynen bu idi. Kıdemli doktor önce çocuğun göğüs kemiğini elle kontrol etti ve sonra parmaklarının ucunu ksifoidi oluşturan bağın ucuna doğru indirdi. Ksifoidin alt ucunda deriyi antiseptikle temizledi ve lokal anestezi yaptı. Sonra EKG kab-

losuna bağlı kalın delikli iğne takılı şırıngayı aldı. Deriyi deldi ve iğnenin şaftı etrafında bir kan topu oluştu. Ksifoidin altında iğneyi yukarı doğru kaldırdı, iğnenin ucu sert lifli torba perikarda değene kadar yavaşça ilerledi. Doktor bir an bekledi ve daha derine itti. Torba yol verdi.

“İğneyi neden ksifoidin altına batırırsın?” diye sordu Lock.

Durakladım. “Çünkü eğitimim sırasında hocalarım bana bu şekilde yapılmasını öğrettiler.”

“Hocalarının neden sana öğrettikleri biçimde öğrettiklerini zannediyorsun?” diye sordu Lock. “Çünkü, onlara da öyle öğretilmişti.”

Kardiyolog şırınganın pompasını çekince dirençle karşılaştı; saman rengi bir sıvının dolması gerekiyordu, ama pompa hareket etmiyordu. “Bazen” dedi kardiyolog Lock’a, “perikardın altındaki sıvı protein ve iltihap artıkları nedeniyle çok koyudur ve geniş delikli iğne dahi olsa sıvıyı çekmek zor olabilir.”

Kardiyolog dikkatlice, sıvının daha az yoğun olduğu bölgeye erişebileceğini umarak, iğneyi birkaç milimetre daha derine batırdı. Pompayı çekti. Parlak kırmızı renkli kan dolmaya başladı. İğne hala Holly’nin göğsünde, kardiyolog dondu kaldı.

“Neredeyse ölüyordu” diye anımsadı Lock. “İğne doğru kalp kasına saplanmıştı. Tam bir fiyaskoydu. Acilen ameliyat edilmesi gerekti.” Kardiyolog iğneyi sadece az bir miktar itmiş olmasına rağmen, perikardın altında o bölgede hiçbir sıvı olmadığı belli oldu. Neredeyse sıvının tamamı kenarda toplanmıştı.

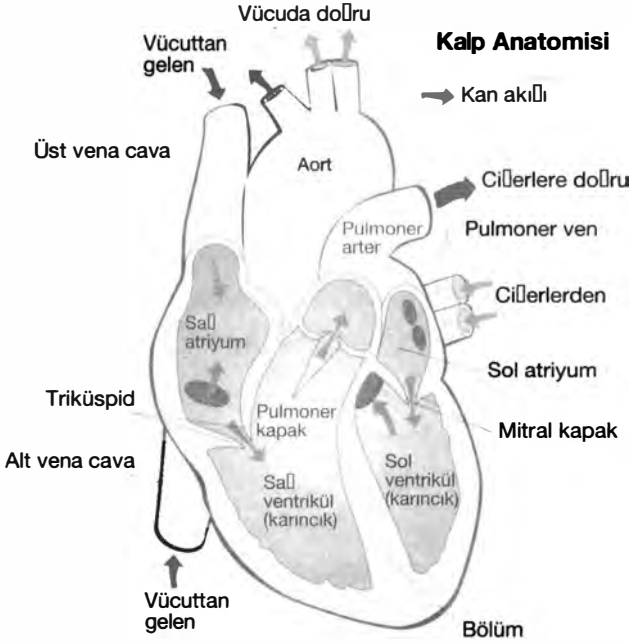
Lock olaydan sarsılmıştı. Mümkün olan herkese neden işlemin bu şekilde yapıldığını sordu ve herkesten benim verdiğim cevabı aldı, ustalardan bu şekilde aktarılmıştı. “Tıbbi literatüre baktım ve 1920’lere kadar gittim” dedi Lock bana. “Sıvının alınması ile ilgili ilk raporlardan biri bir kadın doktora ait çıktı. İlk denemelerinden biri iğneyi arkadan sokarak yapılmış ve başarılı olmuş.” O zamanlar, diye devam etti Lock, sıvı olup olmadığını anla-

manın tek yolu kalbe perküsyon yaparak, göğüsün üzerinden parmakla vurarak, akciğerleri dolduran havadan gelen tiz sesler yerine, sıvıdan gelen tok sesleri dinlemekmiş.

1920’lerde sıvının arkadan başarılı bir şekilde alındığı raporlarından sonra bu yaklaşım yaygın olarak kabul edilmiş. Ama, kısa sürede komplikasyonlar başlamış. Koroner arterler yani kalbi besleyen kan damarları kalbin yüzeyinde bulunurlar. İğneyi arkadan sokarken bazen bu damarlar yırtılmış. “Onun için kardiyologlar, koroner arterlere rastlama olasılığı en düşük olan bölgeyi aramaya başlamışlar” diye açıkladı Lock, “ve bunun da ksifoidin altı olduğu ortaya çıkmış.”

Lock Holly Clark dersine geri döndü. “Ben şimdi öğrencilerime ksifoidin altındaki yoldan gitmemelerini öğretiyorum. Her zaman sıvının olduğu yere gitmelisiniz. Biz Sutton kanununu uyguluyoruz.” Sutton kanunu ismini 1930’lardaki meşhur banka soyguncusu Willie Sutton’dan alır. Sutton sonunda yakalanmadan önce banka üzerine banka soymuş ve bir servet oluşturmuştu. Sutton mahkemeye çıkartıldığında, hakim neden banka soyduğunu sormuştu. Sutton, “çünkü paralar oradaydı” diye cevap vermişti. (Hikaye belki de uydurmadır, belki mahkemedeki gazetecinin aktardığı hikayeyi renklendirmek için gazeteci tarafından yakıştırılmıştır ama, “Sutton Kanunu” deyimi yerleşmiştir.) Lock yöntemin değiştirilmesine yardımcı oldu. Şimdi, önce her zaman, kalbin etrafındaki sıvıyı tespit etmek için ultrason yapıyor ve ultrasonun rehberliği altında ince bir iğne batırılıyor.

Kalp, iki sağda, iki solda olmak üzere dört odacıklı bir pompadır. Üst odacıklara, latince “giriş” anlamına gelen atrium denir. Alt odacıklara, şekilleri oval olduğu için, gene latince “karın” anlamına gelen ventrikül denir. Oksijeni biten kan vücuttan sağ atriuma döner; bu odacıktan sağ ventriküle geçer. Sağ ventrikül pulmoner kapaktan pulmoner arter ve akciğerlere kanı pompalar.



Akciğerlerde, kan taze oksijen yüklenir ve karbondiyoksit gibi artık maddeler atılır. Akciğerlerde tazelenen kan pulmoner damarlar yoluyla sol atriuma gelir; sol atriumu sol ventrikülden ayıran kapak ilk anatomizmalara piskopozların giydiği mitre denen başlıkları anımsatmış olmalı ki, bunlara mitral kapak denir. Kan mitral kapaktan geçtikten sonra sol ventriküle girer. Sol ventrikül sağ ventrikülden daha kalındır. Kalın kasları kasılarak yüksek basınçla kanı aortik kapaktan, kanı tüm vücuda taşıyan ana atar damar olan aorta pompalar.

En sık görülen doğuştan gelen kalp anomalisi, iki üst odacık, sağ atrium ve sol atrium arasında bir delik olmasıdır. Kalbin sol tarafındaki basınç, sağ taraftakinden daha fazla olduğundan, kan sol atriumdan sağ atriuma aka-

caktır. Bu sapkın kan akışına şant denir ve kalbin sağ tarafına fazla yüklem yaparak, kalp krizi ve diğer rahatsızlıklara yol açabilir. Lock bana, doktorların çocukları, eğer ikiye-bir şant varsa, yani sağ tarafa akan kan sol tarafa akan kanın iki katı ise, deliklerin kapatılması için ameliyat edilmesi için gönderdiklerini söyledi.

“Bu ikiye-bir sayısının nereden çıktığını biliyor musunuz?” diye sordu Lock. Kalbi delik olan çocuklar üzerinde yapılan ciddi araştırmalar sonunda saptandığını tahmin ettiğimi söyledim. “Öyle düşünürdünüz tabii. Ama yanlışsınız. 1960’larda bir tıbbi toplantıda bir peditrist, bir grup kardi-yologa şu soruyu yöneltmiş: ‘Delik ne zaman kapatılmalı?’ Ne kadarlık bir şantın ameliyat gerektirdiği üzerine uzun tartışmalar yapılmış. Sonunda, toplantı organizatörleri, mecburiyetten dolayı, oylama yapmışlar. Bazıları düşük sayılar, bazıları da daha yüksek sayılar önermiş. Ortalaması ikiye bir olarak ortaya çıkmış. Bu sonuç, Amerikan Kardiyoloji Dergisinde yayınlanmış. Dolayısı ile günümüzdeki ders kitaplarının tümünde, şant oranı ikiye-bir olduğunda deliğin kapatılması öngörülmektedir. Ama” diye devam etti, “çocuklarda ikiye-bir şant olabilir hala sağlıklı ve özel bir tedavi gerektirmiyor olabilirler. İkiye-bir şant oranlı pek çok çocuk ameliyat olurlar ama belki de ameliyata ihtiyaçları yoktur.”

“Neden hala uydurup duruyoruz? Çünkü gerçekten bulabilmek için klinik çalışma yapılamıyor. Rast gele kapatılmış ve kapatılmamış beş yüz hasta seçilmeli. Gerçekleştirmesi kırk yıl alırdı.” Ayrıca, her araştırmamanın ahlakı ve etik kısıtlamaları vardır. “Bu tür çalışmaları, arabalar üzerinde yaptığınız gibi, insanlar üzerinde yapamazsınız. İnsanlarla çarpışma testi yapamazsınız.” dedi Lock. Dolayısı ile, her ne kadar kısıtlı olursa olsun, elinizdeki verilerle yetinmek zorundasınız.”

Lock’un uzmanlık dalında, bu cevapları anlamlandırabilmek için, güçlü bir üçüncü boyut hissi gereklidir. “tek boyutlu bir görüntüye baktığınızda,

anında üç boyutlu olarak algılayabilmelisiniz.” Mesela, bir kardiyak kateter takma esnasında, kardiyolog kateteri çocuğun damarlarından kalbine sokar. Kateter, masanın yanındaki bir düz ekranda ince bir çizgi halinde görülür. Bu tür iki boyutlu bir görüntüde, kateterin pozisyonunu algılamak güçtür. “Ellerinizin nasıl hareket ettiği ve görüntünün neye benzediği kateterin size doğru mu yoksa sizden uzağa mı doğrultulduğunu belli edecektir. Hangi doğrultuda gittiğinizi bilmeniz, üzerinde düşünmeniz gereken bir şey olmamalıdır.”

Lock “fiziki dahillik”ten bahsetti. Bu tip dahillik, topun nereye gideceğini tam olarak algılayabilen usta atletler tarafından ortaya konulur. Lock büyürken, eğimle gelen beyzbol topunu bir vuruşta sahanın dışına atabilecek kadar veya arkasına hiç bakmadan havada döne döne gelen rugby topunun düşeceği yere kadar son sürat koşabilecek kadar topla birleşmiş oyunculara hayrandı. “Gördüğünüzü hemen yorumlamalı ve bu bilgi üzerine derhal harekete geçmelisiniz” dedi Lock, “çünkü kalp atmaya devam ediyor. Kalbi durdurup düşünmeye zamanınız yok. Bir kataterle bir çocuğun kalbinin içine girdiniz mi, yapmanız gereken çok iş var ve bu işler hızla ve iyi yapılmadığı takdirde, riskler çok yüksek.”

Son araştırmalar, Lock gibi zor işlemleri gerçekleştiren doktorların “iyi ellerle doğdukları” yani ellerinin doğuştan yetenekli olduğu hakkındaki genel kanının doğru olmadığını ortaya koymuştur. Tabii ki, eğer doğuştan sakarsanız, çocuğun kalbindeki bir aleti hareket ettirmek sizin için ideal meslek olmayabilir. Ancak, doktorların işlemlerdeki performansları hakkında yapılan bu araştırma göstermiştir ki, “üç boyutlu görebilme” yeteneği, yani beyninizin içinde, parmaklarınızın uyuşmasından ziyade, bir damarın ya da organın kıvrımlarını görebilme yeteneği, erişilebilecek en üst noktadır.

Her ne kadar eğitimin başında, üç boyutlu görebilme yeteneğinde farklılıklar olsa da, Ontario'daki McMaster Üniversitesinde araştırmacı olan Geoffrey Norman'ın da vurguladığı gibi, devamlı yapılan uygulamalar ve teknikteki başarı ve hatalarla ilgili devamlı geri besleme ile, bu yetenek uzman seviyesine getirilebilir.

Tom ve Hellen O'Connell, hevesle ilk çocuklarının doğumunu bekliyorlardı. Tom yerel bir Katolik lisesinde beden eğitimi öğretmenliği yapıyordu, Helen de muhasebeciydi. Her akşam, doğum derslerinde aldıkları nefes alma egzersizlerini yapıyorlardı. Tom, antrenör olması nedeniyle bu egzersilerin kendisi için doğal olduğu yolunda şakalar yapıyordu. Ultrasondan, bebeğin erkek olduğunu öğrenmişlerdi ve bebeğin odasını kırmızı Red Sox bayrakları ve New England Patriots topu ile döşemişlerdi.

Helen'in doğum yapması sekiz saat sürdü ve bebek mavi ve nefes almakta zorluk çekerek doğana kadar herşey pürüzsüz gitti. Doğum uzmanı ve hemşire derhal bebeğin ağzındaki koyu kahverengi sıvıyı boşalttılar. Eğer doğum sırasında bir sıkıntı olursa, bebek mekonyum denen bu ölümcül ilk dışkıyı çıkartır ve çabalarırken nefes borusuna kaçır.

"Mekonyumu aspire ettikten sonra dahi, çocuk masmaviydi" dedi Lock. Bebek O'Connell kalp yoğun bakım ünitesine yetiştirildi, fakat tüm çabalara rağmen, doktorlar solunum sistemine yeterince oksijen sağlayamıyorlardı. "Yaşamının ilk otuz dakikasında kalp krizi geçirmişti, derhal ECMO'ya yetiştirdiler" diye anımsadı Lock. Gene, ECMO, sadece en acil durumlarda kullanılan kalp-Akciğer cihazı olan extra-corporeal-membrane-oxygenation (vücut dışı zara oksijen) cihazının kısaltılmasıdır. Shira Stein da ECMO'ya götürülürken düzelmmişti. Ama burada, Shira vakasında olduğu gibi sürpriz bir dönüş olmadı. Bebek O'Connell'in boynuna büyük bir kateter takıldı. Normal olarak vücudundan genel zehirli ve kullanılmış kan kalbin sağ tarafına gelecek ve oksijen alacağı akciğerlere pom-

palanacaktı. Ama, onun yerine kullanılmış kan ECMO cihazına giriyordu. Bebek O'Connell'ın kirli kanı, zehirli atıklardan ve karbondioksitten arınması ve o çok ihtiyaç duyulan oksijen alması için geniş gözenekli bir zardan geçmesi gerekiyordu. Daha sonra bir pompa vasıtası ile, bu taze oksijenli kan boyundaki ikinci bir katater vasıtası ile aorta giriyor, oradan da vücuttaki dokulara besleniyordu.

ECMO'nun tehlikeli yan etkileri olabilir. Boyuna sokulan büyük kateterler, ölümcül sepsis ile sonuçlanabilecek enfeksiyonlar için çok uygun ortam yaratabilir. Pompadaki ve zar yüzeyindeki sürtünmeler hassas trombositlere zarar verebilir ve ömür boyu kanamaya neden olabilir. Sorunun ne olduğunu bulmak ve biran önce bebeği ECMO'dan kurtarmak çok önemliydi. Doktorlar ECMO bağlantısını çıkartıp akciğerlere solunum cihazı kanalı ile oksijen vermeyi her denediklerinde başarısız oldular. Ciddi bir arıza vardı. Ama, hiçkimse sorunun ne olduğuna tam olarak parmak basamıyordu.

Normal kan dolaşımında, daha önce de gördüğümüz gibi, kirli kan dokulardan sağ atriuma döner; bu odacıktan sağ ventriküle pompalanır, buradan pulmoner arter ve akciğerlere kan pompalanır. Akciğerlerde, kan taze oksijen yüklenir ve zehirli karbondiyoksit atılır. Akciğerlerde tazelenen kan pulmoner damarlar yoluyla sol atriuma ve sol ventriküle gelir. Sol ventrikül kanı arterlerden tüm vücuda taşır.

“Yeni doğmuş bebekte, dokularda oksijen eksikliğini gösteren maviliğin nedenlerinden biri,” diye açıkladı Lock, “pulmoner damarların yanlış bağlı olmasıdır - sol atriumdan başka biryerlere giderler veya bir nedenle bloke olmuşlardır.” Bu gibi durumlarda, akciğerleri terk eden temiz kan kalbin soluna gelemaz ve vücuda pompalanamaz. Sistemde bir yedekleme vardır. “Mavi bir çocuk oluşur. Sıvı akciğerlere dolar - akciğer ödemi.

Bebek O'Connell, daha fazla inceleme yapılmak üzere kalp laboratuvarına götürüldü. Bu laboratuvar da parlak tepe lambaları, hareket ettirilebi-

lir bir masa, gerçek zamanlı röntgen çekebilmek için floroskop mevcuttur. Bebeğin kalbine ve damarlarına kateterler sokulmuş, bilgisayarlı monitörler her birinin basıncını gösteriyordu. Pulmoner artere boya enjekte edildi. Boyanın, arterden akciğerlere, oradan da pulmoner venler (toplar damarlar) vasıtasıyla sol atriuma gelmesi gerekiyordu. “Kalbe hiçbir şey gitmiyor” diye gözlemledi Lock. Bir yerlerde bir engel vardı.

Ucunda küçük bir balon olan bir kateter pulmoner artere sokuldu ve şişirildi. Balon arteri açtı. Tekrar boya enjekte edildi. Bu sefer, boya pulmoner arterden akciğerlere gitti, pulmoner damarlara girdi. Floroskop ekranındaki görüntü, dallarıyla birlikte bir ağaç gövdesini andırıyordu. Ama ağaç ve dalları göğüste asılı gibiydiler. “Pulmoner damarlar bir yere gitmiyor” dedi Lock. “Kalbin soluna bağlanmıyorlar. Sadece duruyorlar.”

Uzun bir süre sadece sessizlik vardı. Doktorların ve hemşirelerin hiçbirisi Bebek O’Connell’in damarlarının yolunu çözememişti. Lock, kafasını öne, arkaya radar taraması modunda hareket ettirdi. Sonra durdu. Parmağı ile, inferior vena cava’ya, vücudun alt kısmından kalbin sağına kan getiren büyük damara, bir şekilde ulaşmış olan boya damlacıklarına işaret etti. Hiçbir manası yoktu: akciğerlerin arterine enjekte edilen boya neden karında son bulsun ki? “Bunun için ölmeden önce yaşamaya çalışıyor” dedi, boya zerreciklerini kastederek. Oda gene sessizliğe gömüldü. Bebek kaybedileceğe benziyordu.

“Buraya ait olmayan ne?” diye sordu Lock kendi kendine. Bir bilinmeyenle karşılaştığında, Lock sesli düşünür. Bilgisayarın klavyesiyle oynadı, boyanın daha önce verildiği zamanki görüntüleri birer birer ekrana getirdi. Hepsine sırayla hızlı hızlı gözattı. Yeni bir ipucu yoktu. Sonra, kolunun ani bir silkinmesi ile, bebeğin göğsünün sağ tarafının üzerindeki ince beyaz çizgiyi gösterdi. “Bu ne?” diye sordu. Takımda kimsenin bir fikri yoktu.

Lock ekrandaki gizemli çizgiyi bebeğin göğsünden ileri geri takip etmeye başladı, taa ki doktorların soktukları kataterleri ve tüpleri temsil eden görüntülere kadar. “Göbek damarına takılmış bir göbek kateteri” diye bağırdı. Aslında anneyi cenine bağlayan göbek bağına bir kateter takılmıştı. “Peki, bu bağ nerede son buluyor şimdi?” diye sordu Lock. Birkaç saniyelik yoğun konsantrasyondan sonra, lock açıkladı, “pulmoner damarın içinde!”. Karındaki bir damar anormal bir şekilde göğüsteki damara bağlanmıştı.

Lock ve arkadaşları, daha önce hiç böyle bir durumla karşılaşmamışlardı. Göbek damarındaki kateteri bir ip gibi kullanarak, Lock Bebek O’Connell’in garip anatomik bağlantılarını ortaya çıkartmaya başladı. Göbek damarı, çocuğun göbeğinde büyük bir portal damara bağlanmıştı ve portal damar da bir şekilde göğüsteki pulmoner damara bağlanmıştı. “Daha önce görülmemiş bir şey gördüğünde” dedi Lock takımına, “bu, daha önce hiç yapılmamış birşeyi yapma fırsatı halini alır.”

“Hadi, göbek damarı kateterini kullanarak pulmoner damarları açmaya çalışalım.” Lock, düzeltilmiş elbise askısını andıran bir kılavuz teli aldı. Göbek kateterinden sokarak karnın yukarisından göğse ve pulmoner damara soktu. Bu kılavuzu takip ederek, ucunda balon olan bir kateteri de soktu. Balonu şişirdi ve pulmoner damarı genişletti. Sonra boya enjekte etti. Boya pulmoner damardan göğse, oradan karındaki portal damara ve sonra yavaş yavaş tekrar bebeğin göğsüne ve kalbine hareket etti.

“Niye sadece yavaş bir akış var?” diye sordu Lock. İkinci bir engel olması lazım. Lock portal damara ayrılan ikinci bir damar yakaladı. Balon kateterle bu damarı da genişletti ve iki metal stenti de açıklığa oturttu. Durakladı ve kateteri pulmoner arterin içine hareket ettirdi ve boya enjekte etti. “Akan kana bakın” diye çığlık attı.

Şimdi, kan göğüsteki pulmoner damardan aşağıya, karındaki portal damara, oradan da stent takılmış damardan kalbin sol tarafına akıyordu.

Lock, oksijen dolu kanın akciğerlerden kalbin sol yanına ve oradan da dokulara erişebilmesi için yeni bir yol yaratmıştı.

Bebek O'Connell, vücudu yeni açılan dolaşıma alışana kadar ECMO'da üç gün daha geçirdi. Daha sonra doktorlar solunum cihazına bağladılar ve oksijen seviyesi normale döndü.

Birkaç gün sonra, Jim Lock ile birlikte, Bebek O'Connell'ı ziyaret etmek için kardiyak yoğun bakım ünitesine gittim. O'Connell'lar hararetle selamladılar. Lock yapmış olduğu işlemleri anlattı ve bunların sadece geçici çözüm olduğunu, ama şimdisi için etkin olduğunu vurguladı. Çok yakında, Bebek O'Connell, tamamen iyileşmek için yeni bir ameliyattan geçmeliydi.

Yoğun bakım ünitesinden çıkarken, Lock'a bu çeşit kaos ortamlarında nasıl düşündüğünü sordum.

"Bir vaka ilk defa geldiğinde," dedi, "başka birisinin teşhisini duymak istemem. Ana verilere bakarım." Lock taraflı ve önyargılı olmayı önlemek istiyor; ana klinik özellikleri belirlemeye çalışıyor - örnek tanımlaması - ve kendi çerçevesini çizmek istiyor. "Bu durumda, o gölge oraya ait değildi," dedi, göbek kateterine ait olan beyaz çizgiyi kastederek. Herkes Lock'ın de-yimi ile "ana konu"ya konsantre olmuşken - tıkalı pulmoner damarlar - bir anda her parçanın bütüne mantıklı olarak oturmasını sağlayarak tüm resmi görebildiğini söyledi. Bir parça uymadığında, o parçanın üzerine sorunu çö-zecek kilit nokta olarak gidiyor. "Şu 'Waldo Nerede' oyunu gibi" dedi.

Ameliyat başarılı idi. Bebek O'Connell'in pulmoner damarı sol atriumun arka duvarına bağlandı, dolayısı ile akciğerlerden kalbin soluna kuvvetli bir oksijen yüklü kan akışı vardı. Oradan da aorta pompalanıyordu. Bebek O'Connell yakından takip edilecek ve belki büyüyünce bir ameliyat daha gerekebilecek ama, normal bir hayat yaşamaması için, dedi Lock, hiçbir neden yok.

Bebeği görmemizden bir hafta sonra, Lock'a yorumlarının hedeften

şaştığı durumları sordum. “Hatırladığım hatalar ...” dedi ve cümlelerin ortasında sustu. Duraklaması ile irkilmiştim. Araştırmalar, doktorların yapmış oldukları yorum hatalarının farkına varmadıklarını ortaya koymuştur. Lock’un açıklaması da bunu ortaya koymuştu: Kararlarının yanlış olabileceği durumlar olabilirdi, ama bunları düşünmesi gerekiyordu, sonra düşüncelerini topladı. “Tüm hatalarımın ortak bir noktası var.”

Lock boş bir kağıt aldı ve çabucak bir kalp çizmeye başladı, odacıkları ve kapakçıkları ile. Kalbin sağ ve sol taraflarının arasındaki duvarın tam olarak oluşmadığı “ortak AV -atrioventriküler - bozukluk denen bir yapısal bozukluk var, bu genelde Down sendromlu çocuklarda görülür. “Kalbin orta kısmı yoktur. Bu atriumlar arasındaki alt duvarı da, mitral kapağın bir kısmını da, triküspid kapağın bir kısmını ve ventriküller arasındaki üst duvarı da kapsayabilir - hiçbiri oluşmaz.”

Pediyatrik kardiyologların karşılaştıkları soru, bir bebeğin, oluşmamış duvarın tamiri ve işleme dayanabilmesi için, sol ventrikülünün yeterince büyük olup olmadığı idi. Lock otuzlu yaşlarında iken, ameliyatı yapıp yapmamaya karar vermekte, kalpten çıkan kanda ne kadar oksijen bulunduğunun göz önüne alınmasını savundu. “Gençtim ve tartışmayı ulusal bir toplantıda yaptım” dedi. “Herkes bana inandı. Çok mantıklı bir uygulama idi, uygulama, bir şekilde, tartışılmazdı.” Lock, eğer aorta pompalanan kanın oksijen seviyesi normal bir aralıkta ise, o zaman sol ventrikül, akciğerlerden gelen oksijenli kanı almak ve vücuda pompalamak için yeterince oluşmuş demektir fikrini savundu: bu, duvarın tamirinden sonra toparlanmak için yeterli kalp kası mevcut demektir. Lock ayrıca, bu yüksek oksijen seviyesinin sağ ventrikülden önemli bir şant olmadığı ve sol ventrikülün kalbin sol tarafındaki basıncı yüksek tutabilecek kadar güçlü olduğu sonucunu da çıkarttı. “Yüzeyden bakıldığında, bilimsel olarak doğru. Ama yanlış çıktı.”

Bebeğin kalbinden çıkan kanın oksijen seviyesi, önemli bir miktarda yani

sağ ventrikülden yüzde 20 şant varken bile, neredeyse normaldi. “Doğru mantık” dedi Lock, “her zaman yeterli değildir. Benim hatam, daha önce hiçbir deneme yokken, temel prensiplerden yola çıktım. Yanlış çıktım, zira bir şeyi yapana kadar göremediğiniz değişkenler vardır. Yanlış öneriyi yaptığınızda da, hasta yaşamaz.”

“Önemsiz gibi görünen etkenler için hiç tolerans tanımadım” diye açıkladı Lock, “oksijen seviyelerindeki yüzde bir,iki,üç küçük sapmalar, aslında kalpte ciddi problemler olduğunu gösteriyor.”

Lock, ikinci bir bu tip hatasını hatırladı, bir klinik soruya cevap vermek için, elde hiçbir deneysel veri yokken mantığa dayandığı. “Dedim ki, ciddi mitral darlığından şikayetçi olan hastalar, eğer sağ ve sol atrium arasındaki delik kapatılırsa, daha iyi olur. Eğer delik kapatılırsa vücuda daha fazla kan gideceğini savundum. Daralan mitral kapağından, sol ventrikülü dolduracak yeterli basınçta kan gelebilecekti.” Lock’un anlattığını tercüme etmek gerekirse: sol atriumdaki basıncı arttırmak istiyorsunuz ki, daralmış mitral kapaktan mümkün olan en fazla kanın sol ventriküle gitmesini zorlayabilesiniz ve böylece, sol ventrikül yeterli kanı vücuda pompalayabilsin. “Doğru olması gerek, değil mi?” diye sordu Lock. Onaylar biçimde kafamı salladım. “Çok doğru bir mantık. Ama yanlış.”

Delğin kapatılması için ameliyat yapıldığında, bazı çocuklar daha kötü oldu. Sonunda bunun beklenmeyen bir dalgalanma etkisinden kaynaklandığı ortaya çıktı: sol atriumdaki en küçük bir basınç artışı dahi dalgalanmaya yol açtı ve akciğerlerdeki damarlarda daha fazla basınca yol açtı, yani pulmoner hipertansiyona. Bu yüksek basınca karşı zorlanan sağ kalp zayıfladı. “Bu çocuklar sağ kalp yetmezliğine girdiler ve klinik olarak daha kötü oldular” dedi Lock. Gene, akılcı olarak görünen bir çözüm, zararla sonuçlandı. “Daha önceden bilemediğiniz, insan biyolojisine ve fizyolojisine ait çok değişik yönler vardır. Eleme mantığı her durum için işe yaramaz.” Sherlock Holmes model bir dedektiftir, ancak insan biyolojisi bütün ipuç-

larının derli toplu bir araya getirilebileceği bir hırsızlık veya adam öldürmek değildir. Onun yerine tıpta, yanlış yönlendirilmiş suçluya karşı tedbir alınması belirsizliği vardır.

Lock, sadece mantık yürütmenin yanlış olduğunu hemen öğrenmedi. “Yirmi beş yıl önce, sağ ve sol kalp arasındaki duvarın tamir edilip edilmemesi hususunda oksijen seviyelerinin yeterli olduğunu iddia ettiğimde ve işe yaramadığında, daha akıllı olmam gerektiğini düşündüm.” İkinci hatası O’nu daha çok rahatsız ediyordu. Gözlerini kaçırdı, suratı asıldı; bir çocuk hakkında yanılmak, sadece onun mesleğine has bir sıkıntı. “Bu varsayımları yaparken daha dikkatli olmayı öğrendim. Nedenler ne kadar doğru olursa olsun, kendime karşı daha açık olmalıyım, hala bunu yapıyorum. Şunun kesinlikle farkına varmalısınız ki, bildiğinizi düşündüğünüz şeyin, her zaman sınırları vardır.”

Doktorlar, herkes gibi, belirsizlik karşısında hareket ettiklerinde belli psikolojik özellikler sergilerler. Bir fazla özgüvenli takım vardır: insanlar, genellikle haklı oldukları için kendilerinin haklı olduklarına inanırlar. Ayrıca, olumsuz veriler yerine olumlu veriler üzerinde odaklanırlar. Olumlu veriler duygusal olarak daha çekicidir, çünkü başarılı bir sonuç ifade ederler: açıkça, normal oksijen seviyeleri veya sol atriumdaki daha yüksek basınçlar, ameliyat başarılı olacak demektir. Lock’un hataları pozitif rakamların gücünden kaynaklandı: kandaki normale yakın oksijen seviyeleri, sol atriumdaki yüksek basınç. Bu pozitif rakamların her biri iyi bir sonuç öngördü. Bu tür veriler psikolojimiz üzerinde güçlü bir etki yapar, özellikle belirsiz ortamlarda; fırtınada sığınacak bir liman, düşüncelerimizi toparlayacak ve yolculuğumuzun bir sonraki etabını bize gösterecek yerler gibi görünürler. Ancak biyoloji, özellikle insan biyolojisi, doğuştan değişkendir. Bu değişimler, zamanında küçük görünseler de, önemli olabilirler. En hassas ölçümlemelerimizin yakalayamayacağı önemli farklılıkları yansıtabilirler.

Lock ayrıca, pek çok doktorun tüm rakamların aynı belirginlikte ve aynı değerde olduğunu varsayımlarından çekinmektedir. “İnsanlar çekim kuvvetini göz önüne almıyor” dedi Lock, karar verirken tüm sonuçlara eşit değer verilmemelidir demeye çalışarak. Hangi rakamlara değer vereceğiniz ve hangilerini göz ardı edeceğinizi öğrenirsiniz.

Lock’un yaptığını yapmak çok zor: öncekilerin kıt bilgileri üzerine hareket etmektense her zaman atak olmak. Jack Dowie ve Arthur Elstein *Mesleki Karar: Klinik Karar Vermek* Hakkında Yazılar adlı kitaplarında, uzmanların doktorların yorumları ve bunların nasıl geliştirilebileceği konusunda çelişen yazılarını derlemişlerdir.

Katılımcıların çoğu “beklenen fayda teorisi” doğrultusundaki Bayes karar verme ekolündendir. Bu teoriye göre, bir belirsizlik karşısında, belli bir sonucun faydası olasılığı ile çarpılır ve buna göre beklenen fayda belirlenir. Belli kurallara dayanan bu hesaplamada, doktor en yüksek çıkan sayılı yolu seçer. Tabii ki, Lock gibi doktorların uğraştıkları vakalar benzersizdir ve karar-analisti araştırmacıların türetebilecekleri olasılıklar için gerekli çalışmalar yayınlanmamıştır.

Bazı uzmanlar, Bayes yaklaşımını klinik ortamlarda kullanılamaz yapan şeyin sadece vakaların benzersiz olmadığını iddia ederler. MIT’den Donald A. Schön, profesyonellerin nasıl düşündüklerini kapsamlı olarak yazmış ve uygulamalı matematik esaslı tanı ve tedavi modellemeli karar-analizi kampından keskin bir biçimde uzaklaşmıştır - matematik esas olarak denizaltı arama ve bomba takibi için kullanılmış ve bilgisayarlarca geliştirilmiştir. Siperlerdeki doktor, diye Schön vurgular, “o kadar değişken şartlarla karşı karşıyadır ki ... belli bir tanı veya tedavi yöntemine olasılıkları dahil etmeye kalkışırsa, tamamen çöker.” Lock kendisini akılcı bir düşünen, mantığa başvuran ve elemeler yapan bir doktor olarak görür. Ama aynı zamanda, kötü tecrübelerden gelen bir kavrayışla, bu mantığın sınırlarını da görür.

Schön şunu yazdığında, Lock’u tarif ediyor gibidir: “Bazı muamma, sorun, enteresan bir durum dolayısı ile, doktor bir belirsizlik hisseder, hareket etmesi zaman alır, kendini savunmasız hale getirir. Sonra, sorunu daha değişik bir şekle sokar. Belirsizlik, değişkenlik, benzersizlik, değer çatışması gibi durumlarla baş edebilme sanatının kilit noktası budur.”

Belirsizlik durumunun kararı etkilediği yer sadece Lock’un dünyası değildir. Duke Üniversitesinde sağlık politikası profesörü olan David M. Eddy der ki: “Belirsizlik, tıbbın her noktasına girmektedir. Bir doktor bir hastalığı belirliyor da olsa, tanı koyuyor da olsa, bir yöntem belirliyor da olsa, sonuçları da takip ediyor olsa, olasılıkları ya da tercihleri de belirliyor olsa veya hepsini bir araya getiriyor da olsa, çok kaygan bir zeminde yürüyordur. Doktor olmayanlar için, hatta çoğu doktor için, bu görevlerin ne kadar karmaşık olduğunu, bunları ne kadar az anladığımızı ve dürüst insanların değişik kararlara varmalarının ne kadar kolay olduğunu takdir etmeleri çok zordur.

Yale Üniversitesinde öğretim veren Jay Katz, doktorların belirsizliklerden haberdar olma hususunda yaptıkları savunmaları incelemiştir. Üç ana tip belirsizlik tespit eden Renée Fox’un çalışmalarından faydalanmıştır. Birincisi mevcut bilgiye mükemmel bir biçimde tamamen veya hatasız sahip olamamaktan kaynaklanır. Hiç kimse tıp biliminin tüm bilgilerinin ve becerilerinin tamamına sahip olamaz. İkincisi mevcut tıbbi bilgilerin kısıtlı olmasına bağlıdır. Ne kadar iyi eğitilmiş olursa olsun, hala hiçbir tıp adamının cevaplayamadığı pek çok soru vardır. Üçüncü belirsizlik kaynağı ilk ikisinden kaynaklanır: bu kişisel cehalet veya beceriksizlik ile mevcut tıp bilgisinin kısıtlı olması arasında ayırım yapamamaktır. Fox koğuşlarda belirsizlik ile boğuşan doktorları, kimin doğru olduğu hakkında iddiaya girmek ve belirsiz bir uygulamayı yaparken, bir derece büyümlü bir düşünce içine girerek hastanın önünde bildiğinden emin görünmek de dahil olmak üzere, içinde bulundukları psikolojik mekanizmaları incelemiştir.

Katz, Fox'un üç kategorisini bir araya getirmiş ve "belirsizliğe aldırma-mak" demiştir. Katz doktorların, tıbbın teorik tartışmalarından pratik uygulamalarına geçtiklerinde, mevcut bulunan belirsizliği farketmediklerine inanmaktadır. Katz, belirsizliğin kendisi büyük bir sorun oluştururken, daha büyük sorunun "bu belirsizlikleri akılda tutmak ve hastalara açıklamak" olduğunu savunmaktadır. Katz, "belirsizliğin reddedilmesi, belirsizlik ile belirliliğin yer değiştirmesinin insanoğlunun en olağanüstü psikolojik özelliklerinden biri olduğunu müşahade etmiştir. Bu hem uyarlanabilir, hem, yanlış uyarlanabilir ve dolayısı ile hem yön gösterir, hem yanlış yol gösterir." Bir hukuk fakültesi profesörü olarak Katz biliyor ki, kaza mahallindeki görgü tanıkları "bilinçsiz olarak, tamam olmayan algılamaları veya derlemelerini 'veri' ile doldururlar." "insanoğlunun içeride ve dışarıda olanları anlamak için tamamlayıcı ve kaçınılmaz ihtiyacı vardır, verileri saptırmak pahasına da olsa ... Doktorların belirsizliklerin farkında olmayı kabul etmemesi de aynı amaca hizmet ediyor: olayların daha net, daha anlaşılabilir ve olduklarından daha belirgin görünmesine yardımcı oluyor. Belirsizliklerle yaşamının bir sınırı var. Hareketi yok edebilir." Bu tıp uygulamalarının asıl gerçeğidir, - emin olunamayan durumlarda - karar verilmelidir.

Belirsizliğe karşı diğer bir savunma da, tıp fakültelerinde başlayan uyumluluk ve sıra dışılık kültürüdür. Bu çiraklık döneminde doğaldır. Örneğin, Katz'ın tıp fakültesindeki birinci yılında, tanınmış bir üniversitenin tıp fakültesi hastanesinde, tehlikeli bir pulmoner embolizm vakasında, kanı Heparin veya Coumadin gibi pıhtılaşma önleyicilerle sulandırmak seçilecek tedavi yöntemi olarak öğretilmişti ve herhangi bir diğer tedavi yönteminin gayri profesyonel olacağı anlatılmıştı. Başka bir ünlü hastanede ise, iltihaplanmış damarların ameliyatla bağlanması gerektiği öğrencilere söylenmişti. "Bu çeşit çelişkiye maruz bırakılmak, belirsizliğe örnek olarak kullanılabilir." Hiçbir durumda, diye Katz anlatır, farklı yaklaşımlar eğitimin

bir parçası olmadı. “Açık fikirli olmamız da söylenmedi. Hepsinde, dogmatik belirginliği, ya bir düşünce ekolünü ya da diğerini kabullenmeyi ve oyunu lidere göre oynamayı öğretiler, ama tersine, her kurumun personeline, öğrencilerine ve hastalarına kabul ettirmeye uğraştığı kendi kural-ları var. Katz’ın yirmi sene önce yapmış olduğu bu izlenimler, bugün hala geçerliliğini devam ettirmektedir.

Genel pratisyenler, dahiliyeciler ve pediatristler, belirsizliğin çoğu ile karşı karşıya kalıyor gibi düşünülebilir, ama Lock gözümüzü bir gerçeğe açıyor ki, tıpta uzmanlaşmak yanlış bir belirginlik duygusu yaratır. Shira Stein’in dünyanın en iyi çocuk hastanelerinden birinde bir grup uzman tarafından nasıl tedavi edildiğini hatırlayın. Buna rağmen, bir dizi yorum hatası farkına varmadan yapıldı. Teyid taraflılığı, öngörülen teşhisi destekleyen verilere edilen dikkat ve bunu doğrulamayan verilerin gözardı edilmesi belirgindi. Uzmanlar, önceki bölümdeki Shira’nın doktorları gibi, ayrıca teşhis ivmesine de yatkındırlar: bir kere otoriter bir hoca probleme bir etiket koydu mu, bu etiket genelde hep bağlı kalır, çünkü uzman genelde doğrudur.

Uzmanlık, uzmanları, diğer uzman arkadaşlarının önerdikleri tedavi yönteminin daha iyi olduğuna ikna edebilir. Örneğin, prostat kanserinde, cerrahlar, radyoterapistler ve kemoterapistler, önce kendi tedavi yöntemlerinin etkinliğini yeterince sorgulamadan, birbirlerinin tedavi yöntemlerinin faydaları hakkında anlaşılamazlar. Dolayısı ile, bir hastanın bir uzmanla görüşmesi sonucu, o hastanın o disiplindeki bir tedavi yöntemini seçmesi şansını doğuracaktır - ama bu doğru bir seçim değildir. Bunun yerine, eğer hasta birçok uzmanı görse ve tarafsız olarak kendisine her bir yöntem hakkında bilgi verilse, belki de başka bir yöntem seçebilir.

İdeal olarak, uzmanlar arasındaki görüş farklılıklarını ortadan kaldırmak için geniş klinik çalışmaları yapabiliriz. Bu kolay görünmekle birlikte, insan biyolojisini ve hastaların ihtiyaçlarını gözardı etmektedir. David Eddy

der ki:

Teorik olarak, eğer yeterli sayıda deney yeterli şartlar altında yapılabilseydi ve sonuçları takip edilebilseydi, belirsizlik ile başedilebilirdi. Maalesef, tıbbi işlemlerin sonuçlarını ölçebilmek, karşı karşıya olduğumuz en büyük zorluktur. Amaç, belli bir vakada uygulanacak işlemi ve bunun hastanın sağlığı ve sıhhati üzerindeki etkileri öngörebilmektir. Yol üzerinde en azından yarım düzine engel vardır. Ana problem şudur ki, insanların tıbbi bir işleme verdikleri cevaplarda farklılıklar vardır. İmkanlarımızı zorlayarak bulacağımızı varsayarak, tüm esas unsurlar bakımından benzer olan iki kişi alın, her ikisini de aynı cerrahi işleme tabi tutun, biri sağ kalırken, diğeri ameliyat masasında ölecektir. Bu doğal farklılıktan dolayı, sadece değişik sonuçların olasılığından bahsedebiliriz - eğer hastalık mevcut ise, tanı tahlillerinin olumlu çıkması ihtimali (duyarlılık), eğer hastalık mevcut değil ise, tanı tahlillerinin olumsuz çıkması ihtimali (özüllük), tedavinin belli bir sonuç ortaya çıkartma olasılığı gibi.

Ek bir problem de şudur ki, birçok işlemin çoklu sonucu vardır ve sadece bir tanesini incelemek yeterli değildir. Örneğin, triple vessel disease (üç damar hastalığı) olan 60 yaşında bir hastanın koroner arter baypas olması, yaşamını uzatabilir, ama ameliyattan sonra birkaç hafta yaşamdan aldığı zevki etkileyecektir, göğüs ağrılarının şiddeti, yürüyebilme ve aşk yapabilme yeteneği, oğlu ile olan ilişkileri, göğsünün fiziksel görünümü. Ağrı, yeteneksizlik, korku, aile ilişkileri ve bir sürü diğer sonuçlar, gözönüne alınması gereken önemli faktörlerdir, ama pratik deneyler için liste çok uzundur ve bu listedeki pek çok madde ya görülemez, ya da hiçbir şekilde ölçülemez.

Belirsizliği kabul etmek bir hastanın ümidini ve belirlenen tedavi yönteminde doktora olan güvenini zayıflatır mı? Tersine, belirsizliği dikkate almak, doktorun tedavide etkinliğini arttırabilir, zira doktorun dürüstlüğü, hastalarına yakın olma isteğini, hayal peşinde koşup yarı gerçek hatta yalanlara sığınmak yerine durumun gerçeğine önem verdiğini gösterir. Ayrıca, doktora da eğer ilk strateji başarısız olursa, yöntemi değiştirebilme ve deneme şansı verir. Belirsizlik, bazen başarı için gereklidir.

BÖLÜM 7

Cerrahi ve Tatmin

Insan eli yirmi yedi kemikten, sayısız kırış, kas ve başlardan oluşur. Hep birlikte çalışarak, bize iğneye iplik takma, çello çalma, sol elle çengel atma, delici matkap kullanma ve sevgilimizi okşama yeteneği verir. Loyola Üniversitesinden Dr. Terry Light bir el cerrahıdır. 2005 yılının sonbaharında kendisiyle konuştuğumda, Amerikan El Cerrahisi Derneği başkanlığındaki dönemini yeni tamamlamıştı ve Amerikan Ortopedi Birliğinin başkanlığına başlamak üzereydi. Gerçi Dr. Light'ın bu ünvanları, bir zamanlar Chicago White Sox beyzbol takımında el cerrahı olarak görev yapmasının yanında sönük kalmışlardı. Bir takımın “vurucu” mu yoksa “tutucu” mu olmasının daha önemli olduğu hiç bitmeyen tartışmada ne tarafta olduğunu hemen anladım - tutucu tabii ki.

Beyzbol, konuşmamızın sadece kısa bir bölümünü aldı. Çünkü, fırsat-tan istifade Dr. Light'a karmaşık bir teşhis ikilemi konusunu açtım. Yazı yazmak için, kapısının anahtarını döndürmek için, gün içinde yaptığımız pek çok işlem için sağ elini kullanan bir hastanın sağ elindeki dayanılmaz ağrı ve şişme vakasını. Üç yıl içinde hasta altı el cerrahına danışmış ve ne olabileceği hususunda dört değişik fikir almıştı. Hasta bendim.

Elimle olan sorunun başlangıcı, hiçbir zaman daktilo yazmayı öğrenememle başlıyor. Beşinci sınıf öğretmenim, anne ve babama, üniversiteye uygun olmadığımı, bir meslek öğrenebilmek için meslek okuluna gönderilmemi önermişti. Doğruyu söylemek gerekirse, örnek bir öğrenci değildim. Yaramazlığa çok yatkındım, derse çok az dikkat ederdim, saate bakar ve teneffüse kadar dakikaları sayardım. Bugün olsa bir psikolog bana ADHD - Attention Deficit Hyperactivity Disorder (Konsantrasyon Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu) - etiketini yapıştırıverirdi. O zamanlar, ailem bende klasik bir shpilkes İbranice'de yaklaşık olarak "donunda karıncalar" durumu olduğu kararına vardılar. Öğretmenin önerisini reddettiler, ancak daha sonra beşinci sınıfta öğleden sonraları daktilo dersleri yerine metal işleri dersine girdim; ilerde daktilo kullanma gereksinimi duymayacaktım.

On yıl önce, ilk dizüstü bilgisayarımı aldım ve hoyratça tuşlara basmaya başladım. Kısa sürede bileğimde şiddetli bir ağrı başladı. Tendirit (tendon iltihabı) başlangıcıydı. Dinlendim, bilgisayarın başına yeniden döndüm ve tekrar ağrılardan şikayetçi oldum. Bir yıl sonra vazgeçtim ve elle yazmaya geri döndüm. Sağ bileğimde geçmeyen bir ağrı kalmıştı - sinirlendirici ama tıbbi müdahale gerektirecek kadar ciddi değil. Sonra bir gün, yüzme havuzunda, yan kulvardaki yüzücü, ben tam sağ kolumu yukarı kaldırırken, kolunu aşağı indiriyormuş, sağ bileğime bir darbe vurdu.

Moraran bileğe buz koydum, bir hafta çok acıdıktan sonra, eski hafif ağrıya geri döndü. Birkaç ay sonra hastanede, yaşlı bir kadın asansöre yönel-

mişti. Ben halen içerdeydim ve kapıların kapanmaya başladığını gördüm; refleks olarak sağ kolumu uzattım ama, elektronik gözün işlevi için çok geçti. Kapı bileğimin üzerine kapandı. Travmayı yine buz tedavi etti.

Dr. Light, müdahale etmeden dikkatli dikkatli dinledi. Doktora başvurmama neden olan ana konuya geldiğimi söyledim. Asansör olayından birkaç hafta sonra bir meyve suyu şişesinin kapağını açmakta zorluk çektim. Daha kuvvetlice döndürünce başardım ama o anda sağ bileğimde şiddetli bir ağrı oluştu. Elim ısındı, pancar kırmızısı oldu ve şişti. Hareket ettiremedim. İltihap giderici anti-inflamatuvar bir ilaç olan naproxen aldım ve buz koydum. Birkaç gün sonra şişlik indi. Ama ne zaman birkaç cümleden fazla yazmaya kalksam, bileğimde, baş parmağımın altında keskin bir ağrı başladı. Röntgen çekirtmeye gittim, bileğin baş parmak tarafında iki küçük kemik olan skotoid ve lunat'ta, içi sıvı dolu delikler yani kistler görüldü.

İlk görmeye gittiğim el cerrahının adına Dr. A diyeceğim. Dr.A, kırk yaşlarının başında, Boston tıp camiasında müsabaka sırasında sakatlanmış pek çok sporcunun doktoru olarak biliniyordu. Bekleme odası tıka basa doluydu. Randevu saatimden yaklaşık iki saat sonra bir hemşire beni muayene odasına aldı. Beş oda halen başka hastalarla dolu idi, kimi alçılı, kimi çivili, diğerleri de askıda. Dr. A yarım saat sonra odaya geldi, bana nerede çalıştığımı ve ne tür tıpla uğraştığımı sordu - bir tür "ad, derece, seri numarası" hasta başı muamelesi. Hikayemi dinlerken bir takım notlar aldı. Dr. A elimi muayene etti, baş parmağımın altındaki kemiklere bastırınca irkildim. "Röntgen çekelim" dedi.

Hali hazırda hastanemde röntgen çektiğimi söyledim ama, tekrar çekilmesi için ısrar etti. Bir saat sonra geri döndü. Röntgenler daha öncekiler gibiydi. Dr.A. pek çok insanın kistleri olduğunu ama hiçbirinin şikayetçi olmadıklarını söyledi. Bazılarının da kemik kistleri vardır ve belirti gösterirler. Bazılarının kistlere meyili vardır, diğerleri travma veya işte, spor yaparken ya da günlük hayattaki kullanım ve eskime nedeniyle kist oluştu-

rurlar. Dr. A bir ay süreyle atele almayı önerdi, ne olacağını görecektik.

Dört haftanın sonunda, tekrar Dr.A'nın kliniğindeydim ve iki saat daha bekledim. Ateli ciddi olarak kullanmıştım, ama duş almak için çıkardığımda, bileğimdeki ağrı tekrar başlıyordu. Dr.A kısaca elimi muayene etti ve önümüzdeki haftalarda elimi atelsiz kullandığımda bileğimi nasıl hissettiğime bakmamı söyledi. Randevu dakikalar içinde sona erdi.

Yavaş yavaş sağ elimle bazı şeyleri yapabilmeye başladım. Kahve fincanı gibi hafif şeyleri dahi kaldırmak çok acı veriyordu ama, ısrar ettim. Bir gün, ince bir kalemle birkaç cümle yazarken, elimin ısındığını hissettim. Birkaç dakika içinde şişmişti ve kırmızıydı. Bileğimi bükemiyordum ve sabit doğal pozisyonundan biraz daha fazla kaldırmak bile büyük acı veriyordu. Sanki meyve suyu şişesi bölümünün devamı gibiydi.

Dr. A'nın ofisini aradım. Sekreteri bana ertesi gün gelmem talimatını verdi. Dr. A sıcak, kırmızı ele baktı ve kafasını salladı. "Bir manyetik rezonans görüntüleme (MRI) yapalım" dedi.

Ne sorun olabileceğini düşündüğünü sordum.

"Hakikaten bilmiyorum."

Garip bir şekilde tatmin oldum. Bazı doktorlar kolayca bilmediklerini itiraf etmezler.

Ertesi hafta Dr.A MRI sonuçlarını benimle birlikte gözden geçirdi. Tarama sonuçları sayısal olarak kendi bilgisayarına da yüklenmişti, böylece büyüterek belli parçaları yaklaştıracılabiliyordu. Elimde tur atarken bana öncülük etti. Kemik bağlantılarını, kırıları, kasları ve bağları görmek çok ilgi çekiciydi. Beyaz kemik arka planda, kistler aydaki kraterler gibi görünüyordu. Ciddi bir şişlik vardı, kırıler deniz suyunda asılmış ip gibi duruyorlardı. Dr.A teşhis koyamamıştı ve elimi tekrar atele almayı önerdi.

Dahas sonra, Dr. Terry Light ile hikayemi gözden geçirdik. Dr.A'nın yaklaşımını doğru buldu. "Emin olmadığınızı söyleyip, bulmak için zaman har-

camak daha iyi.

Dikkatlice bakıldığında, herkesin kemiğinde delik olduğunu gözönüne alırsanız, çoğunlukla acı belirtilerinin neden kaynaklandığını bilmezsiniz.”

Atel geçici bir rahatlık verdi. Ancak sonraki birkaç ay boyunca, en hafif harekette elim şişiyor, kırmızılaşıyor ve acı veriyordu. Bir yıl boyunca Dr. A'yı dört defa gördüm. Her vizitte, ne olduğunu bulması için bastırdım. Dr.A şişen elin, kırmızılığın ve acı veren bileğin, arka planda mevcut cilt tüberkülozu veya romatoid artrit gibi sistemik bir hastalık olup olmadığını ve bilgisayardan oluşan tendon iltihabının ve yüzme havuzu ile asansördeki travma hikayelerinin sadece yanıltıcı olup olmadığını merak etti. Ama, artrit neden olan sistemik hastalıklar için yaptırdığım tüm kan testleri olumsuz sonuç verdi. Bileğe yapılan bir steroid iğnenin de hiçbir faydası olmadı.

Her kontrol vizitinde, Dr. A'ya cevap için bastırdım. Sadece omuz siliyordu. Sonra, kendisine başvurmamdan bir yıl sonra, “Hiperaktif sinovyum oluştuğunu düşünüyorum” dedi. Sinovyum'un, yani eller ve bileklerdeki eklemleri çevreleyen tabakanın çok hassaslaştığını ve en hafif baskıya dahi dayanamadığını söyledi. Tamamının soyulup çıkartılması için ameliyat önerdi. Sinovyumun, eklemlerin doğru dürüst hareket etmesi için gerekli olup olmadığını ve işlemten sonra iz kalıp kalmayacağını sordum. Dr. A sinovyumun gerekli olduğunu, ama yeni bir tabakanın tekrar oluşacağını - ve evet, arta kalan bir yara izi olacağını söyledi.

Kemik ve eklemler üzerine uzman değilim ve “hiperaktif sinovyum” diye bir hastalık hiç duymamıştım. Dr. Light da duymamıştı: dedi ki, teşhis “yer etmedi. Bana bir şey ifade etmiyor.”

Dr. A'nın düşünebileceği başka bir tanı yoktu. Ama dürüstçe “hakikaten bilmiyorum” demek yerine, ısrarlı sorularıma karşılık cevap verebilmek

için bir şey uydurmuş ve zararlı olabilecek bir ameliyat önermişti. Bir başka doktora danışmanın zamanı gelmişti.

Dr. B'yi görmek için komşu eyaletlerden birine gittim. Zamanında geldi, alakalı, bilgili bir yaklaşımdı, beni dikkatlice muayene etti ve “hiperaktif sinovyum”un klinik bir durum olmadığına hemfikir. Ne olduğunu bulmaya ve tedavi etmeye arzuluydu. Röntgenlerdeki ve MRI taramalarındaki bütün olağan dışı gölgeleri ve şekilleri detaylıca inceledi. Eldeki iki küçük kemiklerindeki (skafoïd ve lunat kemikleri) kistlerin yanı sıra, bileğin küçük parmak tarafında bir kemikte bir başka küçük kist daha buldu. Küçük parmağa doğru gelen kiriş de biraz yerinden kaymış görünüyordu. Dr. B skafoïd kemiğinde sadece basit bir kist değil, aynı zamanda kıl gibi bir kırık olduğunu düşünüyordu. Üç ameliyata ihtiyacım olduğunu söyledi. Birincisinde kırığı onaracaktı, ikincisinde kistleri boşaltacak ve kalça kemiğinden alınacak olan toz ile doldurulacaktı ve üçüncüsünde kaymış kirişi yerine getirecekti. “Bilek bir takım dişlisi gibi çalışır” dedi. Bozuk dişlileri zorlamam şişmeye ve acıya neden olmuştu.

Dr. B'ye peşpeşe ameliyatlardan sonra iyileşme süresinin ne kadar olduğunu sordum, “onsekiz ila yirmidört ay” dedi.

Tabii, Dr. Terry Light, Dr. B'nin fikri hakkında doğru yorum yapabilmesi için beni muayene etmesi ve MRI'ları görmesi gerektiğini söyledi; tarama üzerinde görülen bütün aksaklıkların giderilmesi için üç ameliyat fikri Light'ın duraklamasını sağladı. “MRI ile ilgili en büyük sorun bu. Bize gerekenden çok daha fazlasını gösterebiliyor.

Her an daha fazla geriliyordum ve bir çözüm için çaresizdim, ama peşpeşe üç ameliyattan da emin değildim. Kendisi de doktor olan karım Pam, uzun süren acı ve takatsizlik nedeni ile, düşünme gücümün zayıflamasından şüphelendiğini söyleyerek, bir sonraki randevuma benimle geldi.

Birleşik Devletlerdeki en ünlü el cerrahlarından biri olan Dr. C'yi görebilmek için bazı ipleri çekmem gerekti. Adı devamlı başka doktorların du-

daklarının ucuna gelen ve her sene kendi şehrinin dergisinde “ ... Konusunda En İyi Doktorlar” listesinde çıkan doktorlardan biriydi. Bekleme odası Dr. A’nın gibi tika basa doluydu, ama duvarlarda doktorların duvarlarını süsleyen tipik sanat eserleri - yelkenli gemilerin fotoğrafları veya otlakların resimleri - yerine, muayenehanesinin duvarları plaketlerle doluydu. Kaplanmamış yer yok gibiydi. Plaketlerin bir kısmını okudum; hepsi Dr. C’nin şanına yakışır nitelikteydi. Bir tanesi Rio de Janeiro’da düzenlenen Baş Parmaktaki Anormallikler üzerine Uluslararası Konferans-tandı. Diğer St. Moritz, İsviçre’de düzenlenen (kayak mevsiminin tam ortasında) Romatoid Parmağın Tamiri idi. Plaketlerin yanında, çerçevelenmiş konferans programları asılıydı. Her birinde Dr. C değişmez baş konuşmacıydı.

Önce ortopedik cerrahide bir asistan tarafından karşılandım. Yirmili yaşların ortasında, çocuksu gülümsemesi ve Brooks Brothers giyimi olan asistan hikayemi aldı. Benim vakamı Dr. C’ye aktarmak için hazırlanırken röntgenlere ve MRI’lara baktı.

Dr. C odaya girdi. Pam ve bana başıyla merhaba dedi, sağ elimi aldı, incelerken aynı anda da asistanın klinik geçmişimi aktarmasını dinliyordu. “Röntgenler nerede?” diye sordu. Asistan röntgenleri verdi ve Dr. C asistanı arkasına alarak odadan çıkıp gitti. O kadar hızlı hareket ediyordu ki, ayaklarına paten takmış olabilirdi. Beş dakika geçmeden, Dr. C geri döndü. “Artroskopi yapmamız gerekiyor” dedi. Bunun manası, hakiki kemik ve kir-işleri görebilmek için esnek teleskopa benzer bir aletin bileğime sokulması demekti. “Asistana ayarlamasını söyleyeceğim.” Dr. C odayı terketmek üzere döndü.

“Farkındayım, aceleniz var...” diye haykırdım.

“Acele? Neden acelem olduğunu düşünüyorsunuz ki?” diyerek aniden geri döndü.

“Yani, artroskopi ile ne bulmayı düşündüğünüzü bana söyleyip söyleye-

meyeceğinizi merak ediyorum.”

“Oraya girdiğimde bakacağım” dedi ve odayı terketti.

Asistan oturdu ve atroskopi yapmaya müsaade ettiğime dair imzalamam gereken bir kağıt uzattı.

Pam, benimle bakışlarla iletişim kuruyor ve sessiz oturuyordu. Ben kağıdı okurken, asistanı kibarca ama anlamlı bir şekilde sorgulamaya başladı. İşlemin ne kadar süreceğini, her komplikasyonun olasılığının ne olduğunu - sadece olası komplikasyonlar listesi değil - ve iyileşme sürecinin ne kadar olacağını bilmek istiyordu. Pam hastalarına, tıpta hiçbir müdahalenin tamamen emniyetli veya risksiz olmadığını söyler. Asistan, Dr. C'nin yerine asıl konuşmacı olmaya alışkın olmadığından, sorulara gergin bir tonda cevap verdi. İşlem, kola giden sinirleri uyuşturmayı da içine alan anestezi süresi hariç takriben yirmi dakika sürecekti; acı ve şişme ana komplikasyonlardı, enfeksiyon nadirdi, tamamen iyileşme ise iki ila üç hafta alacaktı.

. Kağıdı imzalamadım. Sersemlemiş hissettim. Dr. C'ye erişebilmek için birçok kişiden iyilik yapmasını istemiştım ve Dr. C, o meşhur zekasını bizimle paylaşmak için duraklamadan uçup gitmişti. Pam asistanı sorgulamaya devam etti: Eğer Dr. C kemiklerdeki kistlerin acıya ve şişmeye neden olduğuna karar verirse, ne tür toz dolduracaktı?

“Hayır, biz burada kemik tozu kullanmayız,” dedi asistan. “Burada, biz kemikleri kaynatırız.”

Pam ve ben bilmiş bilmiş birbirimize baktık. Her ikimiz de Massachusetts Genel Hastanesinde (MGH) eğitim görmüştük. Orada, bazı zamanlar kompleks bir durum olduğunda, şu veya bu tedaviyi seçmek gerektiğinde, öğrencilere verilen akılcı seçim, falanca meşhur MGH doktorunun “bu şekilde yaptığı” idi. Sanki cennetten gelmiş gibi kabul edilen akıllıca yaklaşım buydu. Boston'dan ayrılıp Los Angeles'teki Kaliforniya

Üniversitesine (UCLA) gittiğimizde, kabul edilen akıllıca yaklaşımlar farklıydı. Gene, UCLA personelinden tanınmış bir doktor aynı kompleks probleme kendi yaklaşımını koymuş oluyordu. Bizi şaşırtan şey ise, bu MGH'dakinden değişik olabiliyordu. UCLA stratejisinden de, sanki o da kutsal göklerden inmiş gibi, aynı saygı ile bahsediliyordu..

“Hakikaten sorunun ne olduğu hakkında Dr. C'nin ne düşündüğünü bilmek isterim” dedim asistana. “Her ikimizin de doktor olduğumuzun farkında mı bilmiyorum.”

Asistan Dr. C'yi odaya geri getirmeye çalışacağını söyledi. Yirmi dakika sonra Dr. C geri döndü. “Tanıştığımıza memnun oldum” dedi, pek de sakin olmayan ama daha önceki vizitteki makineli tüfek hızında da olmayan bir biçimde. Dr. C, mesleğim boyunca Boston'da ve Los Angeles'te karşılaşmış olabileceğim doktorların isimlerini saymaya başladı. Beklediği şekilde, bazılarını ortak tanıdığımız ortaya çıktı.

Pam, ana teşhisin ne olduğunu sordu. “Chondrocalcinosis” diye cevapladı Dr. C. Chondrocalcinosis'e yalancı gut da denir. Kalsiyum kristalleri bağlarda birikme yapar ve normalde esnek olan doku sert ve şişkin olur. Kristaller ayrıca ortak alandaki sıvının içinde yüzerler.

“Kalsiyum birikintilerini röntgende görmez miydiniz?” diye sordu Pam.

“Röntgenlerin negatif olduğu durumlar var” diye cevapladı Dr. C.

“Ve kemik kistleri?”

Dr. C tekrar, bunları artroskopi sırasında “hallederim” dedi,

Dr. C sandalyesinde huzursuz olmaya başladı ve sol elimi alarak teması sona erdirme sinyali ile sıkarak, “Asistanım işlemi ayarlayacak. Merak etmeyin.”

Ama, merak ediyordum, Pam de merak ediyordu. Her ikimizin de kalbi kırılmıştı. Büyük beklentilerle gelmiştik ve Dr. C hakkında gördüğümüz herşey bu beklentileri yok etmişti. Uzun yıllar önce, bir spor sakatlığından dolayı ciddi sırt ağrılarım olduğunda, cerrahlar omuriliği tarayacaklarını ve

“halledeceklerini” söylemişlerdi. Sıkıntıdan dolayı anında işlemi kabul ettim. Sonunda omurlarımı kaynattılar. Beni takatsız bıraktı. İçimden, cerrahlardan çok kendimi suçladım: aslında acının nedeni belirsizken, belli olmayan çözüm için onlara baskı yapmıştım. Bu facia beni akıllandırmıştı. Dr. C ile déjà vu oldum.

Ama Dr. C dünyaca meşhurdu, uluslararası konferanslarda baş konuşmacıydı. Onun için standart tıp ders kitaplarına baktım ve chondrocalcinosis bölümünü gözden geçirdim. Daha önce yapılan testlerimin hiçbir chondrocalcinosis tanısını desteklemiyordu. Eğer röntgen kristalleri göstermiyorsa, kristalleri bulmanın en kolay yolu küçük bir iğne ile eklemden sıvı çekmekti - artroskopi yaparak değil. Ayrıca, chondrocalcinosisin tedavisi naproxen gibi antienflamatuarlar ve eklem steroid enjekte edilmesini kapsıyordu - her ikisini de denemiştım ve hiçbir faydası olmamıştı. Dr. Light bu düşüncelere aynen katıldı. Chondrocalcinosis hiçbir anlam taşımıyordu. “eğer birilerinin chondrocalcinosis olduğundan şüpheleniyorsan, artroskopiye ihtiyaçları yoktur. Onların indomethazin gibi kuvvetli anti-enflamatuarlara ihtiyaçları olur.” Dr. C, her ne kadar Dr. A’nın hiperaktif sinovyum teşhisi gibi uydurmamışsa da, uyduruk bir teşhis koymuştu. Hiçbir şey yapmamaya karar verdim.

Neredeyse bir yıl daha geçti. Sağ elimi çok kullanmadım. Yazı yazmak yerine diktafon makinasına geçtim. Bilgisayarı kullanmayı tamamen bıraktım. Nadiren, birkaç ekstra tur yüzmek ve arkasına faturaları ödemek için üç veya dört çek yazmak elimi alevliyordu. Elim kırmızı oluyor, şişiyor ve inanılmaz acıyordu. O zaman, buza koyuyor, atel takıyordum. Birkaç gün sonra şiş iniyordu.

Boston’a adına Mr. D diyeceğim genç bir el cerrahı geldi. Kıdemli personel arasında başarılı bir genç olduğu söylentileri yayıldı. Ben de meraklandım ve randevu aldım. Dr. D’nin sıcak, cana yakın bir tavrı vardı ve ben elime olan travmatik olayları ve bölüm bölüm gelen alevlenmeleri anlatır-

ken can kulağı ile dinledi. Sadece sağ elimi değil, sol elimi de muayene ederek beni şaşırttı. Sonra, her iki elimin de röntgenini istedi, sadece düz halde değil, sıkıca bir şey tutuyormuş gibi gerildiği halde de. İlk defa birisi sol elime ve bileğime ilgi gösteriyor ve manevra sırasında her iki eliminde resmini çıkartmak istiyordu.

“Tahmin ettiğim gibi” dedi Dr. D, sesinin tonunda ukalalığın herhangi bir belirtisi olmadan. Röntgenleri ışık kutusuna koydu ve sağ elim sıkma pozisyonundayken skafoit ve lunat kemiklerinin arasının nasıl açıldığını gösterdi. Sol elimdeki eklemde hiçbir açılma yoktu.

“Skafoit ve lunat arasındaki bağın kısmen yırtılmış ya da iyi fonksiyon görmediğini düşünüyorum” dedi. Sağ elimde en ufak bir baskıda dahi acı duymamın sebebi bu gevşek ya da yırtılmış kıkırdığın kemikler arasında sürtünmeye neden olmasıydı. Kistlerle eklem arasında kanallar olabileceğini anlatarak devam etti, dolayısı ile bunlar ince kanallı göller gibi fonksiyon gösteriyorlardı: kistteki sıvıya basınç geldiğinde, sıvı kanallardan eklemeye doğru sıkılıyordu. Bu da şişmeye neden oluyordu.

Dr. D’nin senaryosu bana mantıklı geldi, ama MRI ne bağlardaki sorunu, ne de kistten kanalları göstermişti. Dr. D, MRI’a rağmen, bağın anormal olduğuna ve kistten eklemlere kanallar olduğuna bahse girebileceğini söyledi. Doktorların çok fazla gelişmiş taramalara güvendiklerini söyleyerek devam etti, dolayısı ile, eğer klinik resimle uyum halinde değilse, bunlar gözardı edilmeliydi. Bağ onarmadan, sadece kistleri kemik tozu ile doldurmak uzun vadede çok faydalı olmayacaktı, zira sürtünme gene acıya neden olacaktı. Dr. D kalçadan kemik tozu almayı, kistleri doldurmayı ve bağ tamir etmeyi önerdi. Dr. B’nin tamir etmek istediği MRI’daki diğer anormalliklere gelince - küçük parmağa giden tendon ve diğer kemikteki kist - Dr. D bunları ameliyat etmeye yanaşmıyordu. Elli yaşlarında, bilgisayarda oynayan ve spor yapmış, ve asansörlerde sıkışmış bir adamın elindeki yıpranmalar MRI’daki bulguları gösterebilir, ama bunları onarmaya çalışmak

faydadan çok zarar verir dedi.

Dr. D düşüncelerinde bağımsız ve akli başında göründü, teknolojik veriler ve hastanın hikayesi ile muayene bulguları birbirlerine ters düştüğünde, teknolojiye boyun eğmemişti. Ama haklı mıydı? Bir an için haklı olduğunu düşündüm ve önerdiği ameliyattan kaç kere yaptığını sordum. Durakladı ve “Bir kere” dedi. Sonra, pek çok kereler denetim altında yaptığını ama kendi başına sadece bir kere yaptığını söyleyerek düzeltti. Daha meslek hayatının başındaydı.

Dr. D’nin düşüncelerini dinledikten ve bunları Dr. B’nin düşünceleri ile karşılaştırdıktan sonra Dr. Light “Hastalar acı çekerken sıkıntı budur” dedi. “Bir MRI’da çok şey görebilirsiniz ama, bunların hiç biri belirtilere neden değildir. Sonra aynı şeyin etrafında döner durursunuz. MRI’ların en nefretlik tarafı - yani harika bir teknoloji olabilir demek istiyorum - herkeste anormallikler buluyorlar. Sık sık acaba MRI anormalliği mi bu acıya sebep oluyor diye düşünmekten ambale oluyorum. Bu hakikaten zor olan kısım.”

Burada kilit nokta, diye devam etti Dr. Light, “herşeyin birbirini tamamlamasıdır - hastanın belirtileri, fizik muayene bulguları, MRI’da anlamlı görülen hususlar ve diğer röntgenler. Hepsi bir araya gelmeli ve ortaya net bir resim çıkmalı.” Bir şekilde örnek tanımlamayı tarif ediyor ve eğer net bir örnek belli değilse, cerrahın açmazda olduğunu söylüyordu. “Neşteri alıp kesmek yanlış bir şey olabilir.” Ama bu, uygun ve tutarlı bir örnek oluşturmadan, Dr. A, B ve C’nin yapmaya hazır oldukları şeydi.

“Ben de Dr. D’nin koyduğu teşhisi koydum, dinamik skafoïd-lunat zayıflığı” dedi, gevşek bağın kemiklerin yerinden kaymasına neden olduğu sorununa teknik bir isim ekleyerek. “Hasta genelde, senin gibi, kucak dolusu röntgenle gelir. Ben de kendisinden tutma pozisyonunda bir röntgen çekirtmesini istediğimde ‘Ama her türlü röntgeni çektiniz zaten’ der. Daha sonra hasta skafoïd ve lunat arasındaki boşluğa bakar ve bir kamyon geçebileceğini görür. Önemli olan, “düşünebilmektir”.

“Düşünmek” neden üç yıl aldı peki?

Light, aslında hiç kimsenin kendisine “düşünmeyi” öğretmediğini söyledi. Bunun yerine, kıdemli cerrahları yakından izlemeyi öğrendi. Genellikle ameliyathanede birebir ve “açık ve etkin” çalışanları kopya etmeye çalıştı. Ayrıca, düşünceleri çok açık olmayan ve ameliyathanede çok etkin olmayan cerrahları da izledi. Farkın nereden kaynaklandığını anlamaya çalıştı. “Bu daha çok bir sanat, senin bir çırak olarak usta sanatkarın yanında çalıştığın bir lonca” dedi.

Light, geleneksel anlayışın, cerrahların “harika elleri” olması gerektiğini söylemesine rağmen, başarılı ameliyatın el ustalığı gerektirdiğini, aslında daha da önemlisi becerikli karar vermek gerektiğini ekledi. “Tabii, eğer tam bir sakarsan, o zaman ameliyathanede bir takım sorunların olabilir”. İyi bir göz-el koordinasyonunun olması yardımcı olabilir. Ancak Light, Hartford, Connecticut’ta çalışan eski bir askeri cerrah olan Dr. Paul Brown’ın “On’dan az” adlı makalesinden bahsetti. Brown, parmaklarını kaybetmiş olmak gibi, kendileri elinden sakatlanan cerrahlardan bahseder. “Tabii ki bazı yüksek teknik isteyen durumlar vardır, mesela küçük bir damarı dikmek çok yüksek beceri ister” dedi Light, ama bunun dışında, Brown’un makalesinden görüleceği gibi, şaşılacak derecede rahatlık mevcuttur. En çok ayrıldıkları nokta, dedi Light, tekniklerinde, tercih ettikleri dikişte veya belli bir takımda tercih ettikleri belli bir alette değil, bir hastanın problemini ne şekilde kavradıklarında ve cerrahinin bu problemi gidermek için ne kadar yardımcı olabileceğini veya olamayacağını anlamakta. Cerrahın beyni, ellerinden daha önemlidir.

Terry Light, Yale-New Haven hastanesinde eğitildi, stajyerliği sırasında sadece cerrahlığı ile değil, aynı zamanda yazarlığı ile de meşhur olan Dr. Richard Selzer ile yakinen çalıştı. Selzer genç Terry Light’a, bir cerrahın ameliyat yapması için kendinden son derece emin olması gerektiğini gösterdi, yoksa, Selzer’in yazdığı gibi, “başka bir insana bıçak çekme küstahlığıdır.”

Bir cerrah olmakta, belli derecede cüret vardır, diye itiraf etti Light.

Light'a, yorum yapmanın kısa yollarını öğrenmeye başladığımı ve bazı zamanlarda bu belli bir orandaki "cüret" in yorumları etkilediğini söyledim. Light ve ben birlikte, başvurduğum doktorların düşüncelerinde düştükleri hataları inceledik. Dr. A "hizmet eğilimi" göstermişti. Bu eğilim, pasif kalmaktansa bir şeyler yapmak istemektir. Bu tür hata, kendine çok fazla güvenen, egosu şişirilmiş doktorlarla, sıkıntıda olan ve "bir şeyler yapmış olmak" isteğine yenilen doktorlarda görülür. Bu hata, sıkça, hastalardan gelen baskı sonucunda ateşlenir ve doktorun karşı durabilmesi için ciddi bir çaba gerekir. "Bir şeyler yapmaya çalışma, dur orada" demişti bir kere-sinde, Dr. Linda Lewis, üstatlarımdan birisi, teşhis hakkında emin olamadığımda. Bu nadir anlardan birisiydi dedim Light'a, kıdemli bir doktorun beni yorum hatası sayılabilecek bir hata yapmamam için uyardığında. Bu, yılların klinik deneyimler birikimi arasından seçilmiş, mantıksız olmayan bir emirdi, üstad bir sanatçıdan çırağına aktarılan.

Dr. B "araştırma tatmini" veya başkaları tarafından "araştırma tatmin-karlığı" denen değişik bir yorum hatası yapmıştı. Bu, bir şey bulunduğu anda araştırmayı bırakmak eğilimidir. Günlük hayatta benzerlikleri vardır. Diyelim ki, işe gitmek için evden ayrılıyorsunuz ve treni yakalamak için zamanınız az. Belki de bir gece önce dışarı çıkmıştınız ve yemekte biraz fazla şarap içmiştiniz veya genç yaştaki çocuğunuzla tartışmıştınız ve aklınız bununla meşgul. Cüzdanınızı arıyorsunuz ve her zaman durduğu masanızın üzerinde yok. Biraz daha arıyorsunuz ve etajerin üzerinde buluyorsunuz. Cüzdanınızı bulduğunuz için rahatlıyorsunuz ve cebinize koyuyorsunuz. Artık trene yetişebilirsiniz.

Hastanın sorununu çözmeye çalışan hastaya dönelim. Hastanın doktorun açıklaması gereken şikayetleri var. Cevabını araştırırken, doktor fizik muayenede veya laboratuvar tetkiklerinde ya da röntgende bir şey buluyor. Dr. B MRI'da kistleri bulunca üstüne atladığında yaptığı aynen buydu - eta-

jerin üzerinde cüzdanı bulmak. Sorun şu ki, bulunması gereken birden fazla şey olabilir. Dr. Pat Croskerry bunu şu şekilde ifade eder: “Bir şey bulmak tatmin edici olabilir ama, herşeyi bulmak fevkalade ötesidir.” Cüzdanınızı cebinize koyduktan sonra, evden çıktınız, kapıyı çektiniz ve tren istasyonuna gitmek üzere arabanıza yaklaştığınızda, anahtarlarınızın da olmadığını fark ettiniz. Şimdi sadece araba anahtarlarınız değil, ev anahtarlarınız olmadan eve de giremiyorsunuz. Cüzdanınızı bulmaktan o kadar mutluydunuz ki, zihninizi kapattınız ve başka neyin eksik olduğunu kontrol etmediniz. Fevkalade ötesi hakikaten.

Dr.D, kendi kendine röntgenlerde ve MRI’larda görünenden daha fazla neyin olabileceğini sorarak, bu tür hatayı engelledi. Aramaya devam etti, çünkü önündekilerin belirtilerimin tamamının hesabını verebileceği yönünde tatmin olmamıştı. Gitmem gereken yere beni götürmek için sadece cüzdanı değil, anahtarları da bulması lazımdı.

Dr. D. “dikey hat hatası” denen, daha çok kutunun içinde düşünmek olarak bilinen bir başka hatayı da önledi. Her ne kadar “kutunun dışında düşünmek” banal bir tabir haline geldiyse de, hala bazı gerçekleri içinde saklar, şöyle ki, bazen tek düzelikten kurtulan “akılcı düşünce” şarttır. Bu kutu “MRI taramasıdır, doktorların düşüncesini ciddi miktarda kısıtlayan saygı duyulan bir teknoloji. Veriler ve klinik bulguların birbirlerini destelemediği yerde, bariz olana tutkun kalmaktansa, yaratıcılık ve hayal gücü gereklidir.

Dr. Karen Delgado, endokrinoloji ve metabolizma uzmanı, kendi şehrinde akılcı düşünme ve bu tür yaratıcılık ve hayal gücü gerektiren tanılardan dolayı çok tanınmıştır. Kendisine bu şekilde düşünmeyi nasıl öğrendiğini sorduğumda, emin olmadığını, ama stajyerken bir akıl oyunu oynamayı sevdiğini söyledi. Net ve belirli teşhisle bir hasta hastaneye kabul edildiğinde, durup kendi kendine sorarmış; başka neyi olabilir diye. Bazen hiçbir cevap bulamazmış. Belirli teşhis kesin cevap olurmuş. Ama bazı

durumlarda, verileri aklında tekrar derler, hastanın belirtilerine uygun olabilecek, akla yakın bir başka resim, değişik bir örnek oluştururmuş. Eğer bu örnek uygun görünürse, araştırmaya devam edermiş. Ortaya çıkan sonuçtan hiçbir zaman tatmin olmazmış Genellikle bu araştırma faydasız olur, ilk ve belirlenen tanı doğru olurmuş. Ancak, arada sırada, dikey hattan şaşması, herşeyin yerli yerine oturduğu kutudan çıkması, ilk teşhisin çürütülmesinde - ya da şimşegin bir defadan fazla çaktığını, hastanın çoklu teşhis konulmasını gerektiren çoklu sorunlarının olduğunun tespit edilmesinde çok önemli olurmuş. Bu, Oakham'ın uzun süredir saygı duyulan ustura prensibine terstir: eğer tüm verileri uygunsa, tek bir teşhisin peşinden git.

Dr. Light, ameliyathanede yapılacak olan inceleme artroskopisi sırasında, ameliyattan önce, bir ortopedistin Dr. D'nin ofisinde bulduğu sonucu, yani bağın fonksiyon göstermediğini ve skafoid ve lunat kemiklerinin kaydığını bulabileceğini söyledi.

Ama diye vurguladım, bir doktor dönüp de size “Ameliyathanede hallederim” dediği zaman, güven vermez.

Kabul etti. İşin garip yanı, dedi Light, eğer bir doktor fikirlerini hastaya açar ve neyi bilip neyi bilmediğini, bulguları hakkında neyin net, neyin henüz belirsiz olduğunu, belirtilerinin hangilerinin nedeninin bilindiği, hangilerinin henüz bilinmediğini açıklarsa, insana güven gelir. Farz edelim ki, Dr. C herşeyi bu şekilde anlatmıştı ve “Sen bana bırak” demek yerine, ameliyathanede bileğimin dinamik fonksiyonlarını değerlendirebileceğini ve hangi eklemlerin kaydığını belirleyebileceğini söylemişti. Duruma hiç uymayan chondrocalcinosis gibi bir teşhis uydurmaktansa, en azından bana bilmeceyi çözmeye açık olduğunu göstermiş olurdu. Benzer olarak, eğer Dr. B, Dr. Light gibi MRI'nın problemleri abartabileceğini, eldeki normal olmayan değişiklikleri göstereceğini ama gene de yüzeysel bakma-

mak gerektiğini açıklamış olsaydı, daha büyük bir güven yaratır ve üç ameliyatın gerekli olacağı kararından uzak durabilirdi.

Dr. D'nin tavsiyesini birkaç hafta düşündükten ve hem arkadaşım hem de benim sinagogumun üyesi olan el cerrahından da benzer bir teşhis aldıktan sonra, öğrendim ki, başka bir şehirdeki meşhur bir ortopedi merkezi kemiklerin, kirişlerin ve bağların daha detaylı görüldüğü deneme mahiyetinde MRI yapıyormuş. Bu yeni teknolojiyi ve Dr. D'nin analizlerine ışık tutup tutamayacağını merak ettim. Bir deneme yaptırmak için gittim. Dr. D'nin öngördüğü gibi, skafoid ve lunat kemikleri arasındaki bağ zayıf ve esnekti. Dahası, kistten ince kanallar uzanıyordu. Ortopedi merkezindeki arkadaşlardan soruşturdum, Dr. D'den otuz yıl tecrübeli Dr. E'nin bu tür tamiratları sayısız defa yaptığını öğrendim.

Dr. E ile tanıştım. Resmi idi ve kelimelerine dikkat ediyordu. Artroskopi ve ameliyatın bir defada yapılacağını söyledi. Ek olarak, toz için yeni bir çeşit sentetik kemik malzemesi kullanacaktı, kemik parçaları toplamak için kalçama girmelerine gerek kalmıyordu. Sonuçta, ameliyat başarılıydı. Beş ay süren bir rehabilitasyondan sonra, bileğim yüzde 100 değil ama yüzde 80 normale dönmüştü. Bir konserve açacağı ile boğuşma şişme ve derin acıya neden oldu. "Eklemde artiritiniz var" dedi Dr. E taviz vermez tavrıyla. "Biraz dikkatli olun. Herşeyin bir sınırı var."

Bu, Dr. Light'ın, özellikle bir ameliyattan önce, doktorların hastalarına iletmesi gerektiğine inandığı bir başka mesajdı. "Mükemmel, iyinin düşmanıdır" dedi Light. "Cerrahide yaptığınız hiçbir şey mükemmel değildir. Herşey bir ödündür. Ameliyattan sonra yüzde 80 - bak bu çok iyi" dedi. Açıkçası, yüzde 100 umuyordum ve birçok hasta gibi pristine durumuna kadar düzelmiş olmak beklentisindeydim. Genellikle bu gerçekçi değildir. Belli bir hasta için belirli bir sonucu öngöremiyorsan, diye vurguladı Light, samimi olmalı ve çok fazla pembe senaryolar yazmamalısınız.

Bu alışılmamış derecede dürüstlük gerektirir - alışılmamış çünkü, doktorun egosunda belli bir sönme gerektirir. Burada, Selzer'in yazdıkları ile, yani bir başka insanın vücuduna bıçağı vurmak için sağlıklı bir egonun mevcut olması gereği - bir kişinin ameliyathanede doğru kararları alacağına ve hızla çalışacağı kabiliyetine olan inancı - ile bistorinin hastalıkları tedavi eden sihirli değnek olduğuna inan ego arasında bir çelişki vardır. Bu tür dürüstlük günümüz toplumunda ödüllendirilmiyor. Hastalar doktorlar için çarşıya çıkıyorlar; bazı doktorlar kendilerini pazarlamak için iddialıdır, bilirler ki kendilerini pazardaki en iyisi olarak - engelleri sarsılmadan geçen ve vites değişikliği hissedilmeyen lüks otomobiller gibi - pazarlarsa, satışı gerçekleştirmek daha kolaydır. Ama benim darbelenmiş elim 1952 model Studebaker idi ve garajda tamiri yapılabilecek sadece belli şeyler vardı. Hiçbir zaman sıfır kilometre Lexus olarak ortaya çıkamazdı.

El cerrahisi ile ilgili en ilginç şeylerden birisi de" dedi Dr. Light, "şudur ki, "her hasta kendi hikayesiyle gelir ve siz bu hikayenin şifresini çözersiniz ve sonra hasta için sadece ne yapabileceğinizi değil, ne yapamayacağınızı da çözersiniz.

"Bir cerrahın yaşamının ilk evrelerinde, teknik taraf çok önemlidir. Asistanlık eğitimi yaparken, kendi kendinize dersiniz ki 'Şimdi ilk kalça çıkıklığı ameliyatımı yaptım, ten tene, ve kendimi harika hissediyorum. Vay canına, nasıl bir becerme duygusu! İlk defa bir parmağı tekrar birleştirdiğimi, parmağın pembeleştiğini ve de harika olduğunu hatırlıyorum. Yaşlandııkça, becerme duygusu, geri dönen ve şimdi nasıl daha iyi fonksiyon yapabildiğini söyleyen hasta şeklini alır. Sevinç kaynağı yapılan ameliyat değil, mutlu ve mesut olan hastalardır. Onun için insanların hayal kırıklığına uğramasını istemezsiniz. Bunu yapabilmek için, beklentileri önceden açıklamalısınız. Sonra, size gelen ve belli bir işlemin yapılmasını isteyen hastalar vardır ve kalbinizin derinliklerinde bilirsiniz ki memnun kalmaya-

çaktır, başka birisi için uygun olsa da.

Dr. Light sadece tecrübeli ve uzman doktorların sergiledikleri tip düşüncüyü ortaya koyuyordu: hasta ile aynı doğrultuda düşünmek. Hastaların da, doktorlarla aynı paralelde düşünmelerine yardımcı olunmalıdır.

Sorun olan elim vakasında, herşey benim doktor olmam nedeniyle mi iyi sonuçlandı? Tabii ki, doktor olmamın ve bir doktor ile evli olmamın büyük avantajına sahibim. Ama, bu üç yıllık oyunun çoğu bel kemiğimdeki başarısız ameliyat nedeniyle yönlendirildi. Evet, teknik bilginin yardımı oldu ama, kilit nokta mantıktı. “Biyoloji veya tıp da, net ve basit bir lisanla anlatıldığı takdirde, meslekten olmayan bir kişi tarafından anlaşılmayacak kadar komplike değildir” demişti vizitlerden birinde, Columbia Üniversitesindeki hocam Dr. Linda Lewis.

Elimin nesi olduğuna dair çok basit anlaşılabilecek bir açıklama vardı. Kistler travma nedeniyle oluştu, skafoïd ve lunat kemiklerindeki eskime ve aşınma ise, bilgisayarda oynama, yüzme havuzundaki karate kesmesi ve kapanan asansör nedeniyle. Bunların tamamı kemiklerin matriksinin çökmesi ve sıvı ile dolmasıyla sonuçlandı. Bağ belki de daha sonra meyve suyu şişesini açmaya çalışırken uyguladığım çok fazla kuvvet nedeniyle daha fazla hasar gördü. “Hiperaktif sinovyum” gibi uydurulmuş cevaplar çok bilimsel gelebilir ve meslekten olmayan bir kişi üzerinde etki yapabilir. Latince ve Yunanca kelimeler, tıp lisanının çoğunluğunu oluştururlar ve beklenmeyen bir otorite yaratırlar. Ama, bir başka uzmanla konuşan, tıbbi kitapları ya da iyi internet sitelerini inceleyen herhangi bir kişi, kısa sürede hiperaktif sinovyum’ın tek boynuzlu masal canavarı olduğunu bulur.

Dr. B iyi niyetliydi ama yeterince tutucu değildi. Bazı zamanlar, az daha fazla, fazla ise çok daha fazla gelebilir. Herşeyi yapma isteği, her anormallikle, hatta rahatsız etmeyen anormalliklerle dahi ilgilenmek tıbbi uygulamalara akılsız bir ideal yaklaşımını ortaya koyar. Terry Light’ın söylediği gibi, mükemmel iyunin düşmanı olabilir.

Hastalar soru sorarak doktorların düşünmelerine yardımcı olabilirler. Eğer doktor ameliyatta bir komplikasyondan bahsederse, hasta bu komplikasyonun ne sıklıkla görüldüğünü sorabilir. Eğer doktor bir işlemden dolayı acı ve devam eden rahatsızlıktan söz ederse, hasta bu acının Novocain etkisinde diş çekilmesi ile karşılaştırıldığında ne kadar olduğunu sorabilir. Eğer doktor bir işlem önerirse, hasta neden önerdiğini, ne bulunabileceğini, olasılığının ne olduğunu ve daha önemlisi, bulunduğu takdirde ne fark edeceğini sorabilir. Bazı doktorlar bu şekilde sorgulandıklarında, rahatsız olabilirler, bazıları kızabilir, çünkü bütün sorulara cevapları olmayabilir. Diğerleri, bu basit, direk ve mantıklı sorulara zaman ayırarak açık cevaplar vereceklerdir. Cevabın türü, doktorun vakanızla ilgili ne kadar bildiğinin ve ne kadar daha su yüzüne çıkartılması gerektiğine ışık tutacaktır.

Dr. D burada bir kahramandır. Sadece düşünmekle kalmamış, benim olağan dışı problemimi çözerken bağımsız olarak düşünmüş ve günümüz yüksek teknoloji ilahı

MRI'a karşı çıkmıştır. Kendi geçmişi hakkında tamamen dürüsttü. Benim sorumu bir kenara itebilir ve "ameliyatı başarıyla gerçekleştirdim" gibi bir şeyler diyebilirdi, ve doğruyu da söylemiş olurdu - bir defa. Terry Light'ın Dr. D'nin her geçen yıl çok daha iyi olacağından hiçbir şüphesi yoktur, zira ellerini araştırmacı beyni kontrol etmektedir.

BÖLÜM 7

Sahibinin Gözü

Hastaların ilk gittikleri doktorlar, bazı hastaların sağlık durumlarını teyid etmek, bazılarının da hastalıklarını belirlemek için, sık sık Denis Orwig gibi doktorlara başvururlar. Ama, hastaların tanı ve tedavilerindeki önemine rağmen, pek azı Dr. Orwig ile görüşmüşlerdir. İşin doğrusu, Dr. Orwig zamanının çoğunu, karanlıkta yalnız olarak geçirir. Eğer ofisinde pencere olmuş olsaydı, Birleşik Devletlerdeki en muhteşem manzaralardan birini seyreliyor olabilirdi. Orwig'in çalıştığı, kuzey San Francisco'daki Marin Genel Hastanesi, uyuyan bir genç kızı andırdığı için, Miwok Kızılderilileri tarafından Tamapais dağı olarak adlandırılan dalgalı tepenin görünüşüne hakimdir. Bahçesindeki okaliptüs ağaçlarının dalları arasından esintiler süzülür. Orwig bir amaca yönelik olarak bu çevreden uzak inzivaya çekilmiştir, çünkü kendisi bir radyologdur. Hiçbir şey onu iş merkezindeki üç monitörden alıkoymamalıdır. Tipik bir günde, monitörlere akseden sayısal görüntüleri izler: kalp, akciğerler, ka-

burgalar ve köprücük kemiklerini gösteren röntgenler; kimisi kötü, diğerleri iyi huylu büyümeleri gösteren mamogramlar; organların, kan damarlarının ve kemiklerin yapılarını gösteren Tomografi ve MRI taramaları.

“Radyoloji, iki işleme bölünmüş bir disiplindir: algılama işlemi ve yorumlama işlemi”. Bu demektir ki, bir radyolog önce izlemeli; ikinci olarak ne algıladığını, ne manaya geldiğini, bulgular için ne gibi nedenler olabileceğini analiz etmelidir. Bu ikili işlem, saniye saniye, dakika dakika, her saat tekrarlanır. İlk başvurulun doktorlarda olduğu gibi, bir dokunun çeperlerindeki değişiklik veya bir organın yoğunluğunda meydana gelen değişiklik gibi, farkına varması gereken bir önemli bir ayrıntıyı, o kargaşa içinde atlama riski vardır. Ayrıca, Dr. Victoria McEvoy ve diğerlerinde olduğu gibi, işlerdeki yüksek hacim, yıldırıcı olmaya başlamıştır. On yıl önce, Orwig gibi özel çalışan bir radyolog, yılda on iki ila on beş bin vakaya bakardı. Bir tahmine göre, bugün yılda onaltı ila yirmi beş bin vakaya bakılmaktadır. Bazı vakalar için birkaç tane görüntü alınırken, diğerleri için yüzlerce veya binlerce görüntü alınabilmektedir. Örneğin, acil servisteki ateş ve öksürük şikayeti olan bir hastanın göğüs röntgeni çekilebilir. Bu çalışma birey iki pozisyondayken yapılır. Bir tanesi göğüs plakaya yapışırken, diğeri göğüs yandan basılı iken. Dolayısı ile, bu durumda radyologun incelemesi gereken iki görüntü vardır. Ama, genelde apandisit şüphesinde acil servisten istenen bir karın tomografisi, yüzlerce görüntü üretir ve radyolog bu kadar çok görüntünün arasından önemli olanları seçmek ve analizlerini yapmak durumundadır.

Bu nedenle, radyologdan görüntülere çok çabuk bakması ve değerlendirmesi beklenir. Aslında, ilk bakışta sonucu çıkartmak, ya da “şekillendirmek”, acil servis doktorları arasında “kalçadan atış yapma”nın değerli görüldüğü kadar, iyi bir eğitimin işareti olarak görülür. Ama Orwig, bu saygı duyulan düşünce tarzını ele alıyor. “Ben San Francisco’da, Kaliforniya Üniversitesinde eğitim gördüm” dedi. “Ülkedeki en iyi programlar arasında sı-

ralanır. Ama inanıyorum ki, eğitimde bir eksiklik vardı ve diğer iş arkadaşlarımdan da biliyorum ki, hata sadece orada değil, pek çok diğer merkezde de var.” Acemiler olarak, röntgendeki her anatomik öğeyi sistematik olarak incelemeleri öğretilmişti. Ancak hedef, resimlerin bilinçli olarak tekrar tekrar incelenmesini bırakmak için yeterli uzmanlık seviyesine erişebilmek ve bir bakışta neyin anormal olduğunu görebilmektir. “Bir şekilde, zaman geçtikçe, bir görüntüye bakınca ‘anlamak’ tı.” Bu tanımlama ve yorumlama biçiminin mükemmelleştirilmesi gerektiği hususunda belirtilen neden de, bir radyoloğun her gün bakması gereken çok sayıda görüntü idi. Hakikaten de, bu uzmanlık dalındaki pek çok doktor, ilk bakışta - şekillendirme - normali anormalden ayırmaya, görüntüye baktıktan sonra birkaç saniye içinde sonuç çıkarmaya güvenirler. Ancak Orwig kısa sürede farkına vardı ki, bu yöntem genelde başarılı olsa dahi, birçok radyolog, çok tecrübelileri dahi, önemli bulguları atlamaktadır. Orwig’in şekillendirme konusundaki şüpheleri sadece kendi deneyimlerinden değil, tıbbi literatürdeki çalışmalardan da kaynaklanmaktadır.

East Lansing’deki Michigan Eyalet Üniversitesi’nden Dr. E. James Potchen, göğüs röntgenlerini okuma performansını incelemiştir. Yüzden fazla sertifikalı radyolog değerlendirmeye alınmıştır. Michigan Eyalet Üniversitesinde yapılan bu araştırmada, bazı kopya filmlerin olduğu altmış göğüs röntgeni kullanılmıştır. Radyologlara “Film normal mi?” diye sorulduğunda, kendi aralarında yüzde 20 anlaşmazlık görülmüştür. Buna “gözlemciler arası değişkenlik” denir. Tek bir radyolog aynı altmış filmi bir daha incelediğinde, daha önce yapmış olduğu analizlerden yüzde 5 ila 10 arası saptığı görülmüştür. Buna da “gözlemci içi değişkenlik” denir.”

Altmış filminden birinde eksik bir sol köprücük kemiği vardı. Bu tür bir röntgen filmini göstermekteki amaç, olumlu bir bulgu yapmaktansa, filmde olmayan şeyin değerlendirilme performansını ölçmekti - James Lock’un üzerinde durduğu gibi, olumlu veriler üzerinde dururken, olumsuz verileri

gözüydü etmeye doğal yatkınlığımızı ortaya çıkaran bir egzersiz. Olağanüstü bir şekilde, radyologların yüzde 60'ı eksik olan köprücük kemiğini atlardı. Egzersize klinik veri eklendiğinde ve radyologlara bu altmış filmin akciğer kanseri gibi ciddi hastalıkları taramak için çekilen “yıllık fiziki muayene”nin bir kısmı olarak çekilen filmler olduğu bilgisi verildiğinde, radyologların yüzde 58'i hala atlardılar ve filmi normal olarak değerlendirdiler. Ancak, röntgenlerin, kanser bulmak için yapılan bir dizi çalışmanın bir parçası olduğu söylendiğinde, radyologların yüzde 83'ü eksik olan köprücük kemiğini belirlediler. Bu da göstermektedir ki, belirtilen özel bir klinik ipucu, performansı ciddi olarak etkileyebilir, çünkü bu durumda radyolog sadece bir anlık görünüme güvenmeyip, belli bir şartta dikkat ederek sistematik bir arama yapmaktadır.

Bu, Potchen'in altmış film kullanarak, teşhis doğruluğu yüzde 95 olan en iyi yirmi radyolog ile, teşhis doğruluğu yüzde 75 civarında olan en kötü yirmi radyologu kıyaslamak için yaptığı araştırmadır. En kuşku doğurucu sonuç, her grubun değerlendirmelerindeki özgüven seviyesiydi. Kötü performans veren radyologlar sadece değerlendirmelerinde hatalı olmakla kalmayıp, aynı zamanda yanlış oldukları halde, doğru olduklarına güveniyorlardı. “Gözlemcilerin normal olan filmleri anormal olanlardan ayırbilmekteki becerileri özgüven seviyesini azaltmıyor” diye yazdı Potchen. Çalışma ayrıca, gözlemcilerin kararlılığının bir ölçüsü olarak, inceleme zamanlarını da ölçtü. “Bütün gözlemcilerin karar vermekteki belirsizlik eşiklerini atlamak için değişik yöntemleri vardır. Bazısı risk alır, bunların daha çok yanlış-pozitif hata yapma olasılıkları fazladır.” Bu demektir ki, bu kişiler, normale anormal diyerek, görüntüleri olduğundan “fazla okurlar - bir yanlış pozitif.” “Diğerleri riskten çekinirler ve yüksek oranda yanlış-negatif hata yapma olasılıkları vardır.” Yani, fazla temkinli olmaları hastalıklıların normal olarak teşhis etmelerine neden olur - bir yanlış negatif. “Bunların dışındakiler ise, karar veremezler ve yüksek kararsızlık notları ola-

caktır, genellikle karar vermeden önce ek filmler isterler.”

Potchen’in radyologlar üzerinde yaptığı çalışmalarda belirlediği tuhaf nokta, “eğer bir filme çok uzun süre bakılırsa, hastaya zarar verme ihtimali artar”. Potchen’in tespitine göre, takriben otuz sekiz saniyeden sonra radyologlar “olmayan şeyleri görmeye başlıyorlar.” Temel olarak, yanlış pozitif üretiyorlar ve normal yapıları anormal olarak belirlemeye başlıyorlar. Potchen bunun, kişilerin gözlemledikleri şey hususunda ne kadar emin olmadıklarının göstergesi olduğuna inanmaktadır. Rotter ve Hall’un çalışmalarında ve Croskerry’nin yazılarında gördüğümüz gibi, radyologlar gibi hasta ile doğrudan temas halinde olmayan kişilerde dahi, ruh halinin teşhisin doğruluğunda çok etkisi vardır.

Akciğer kanserinin teşhisinin ötesinde, çok sayıda gözlemciler arası ve gözlemci içi değişkenlik örneği vardır. Mesela, verem taraması için çekilen röntgenlerin okunmasında, gözlemciler arası değişkenlik yüzde 33, gözlemci içi değişkenlik ise yüzde 20 civarında görülmüştür. Mamografi taramalarında, 148 kadının mamogramını inceleyen, deneye katılan 110 radyolog arasında, kansere yakalanmış hastaları doğru olarak teşhis etme oranı yüzde 59 ile yüzde 100, hasta olmayanları normal olarak doğru teşhis etme oranı ise yüzde 38 ile 98 olmuştur. Genelde, doğruluk oranı yüzde 73 ile 97 arasında değişmiştir.

Duke Üniversitesi Tıp Merkezi İleri Görüntüleme Laboratuvarlarından Ehsan Samei yakınlarda birçok radyoloji işlemlerinden çıkan sonuçları özetlemiştir: “Hali hazırda, medikal görüntüleri okuma hatası yüzde yirmi ile yüzde otuz arasında değişmektedir. Bu hatalar, yanlış pozitif de olsa, yanlış negatif de olsa, hasta tedavisinde büyük etkisi olmaktadır.” Demek ki esas soru, radyologlar performanslarını nasıl geliştirebilirler?

İzleme ve değerlendirme sonuçlarının doktorlar arasında değişken olduğu tek alan radyoloji değildir. Duke’da sağlık politikası profesörü olan David Eddy, özellikle kanda düşük oranda oksijenden kaynaklanan ve

parmakların ve yüzün mavileşmesine neden olan siyanöz hakkında yazmaktadır: “22 doktorun 20 hastada siyanöz teşhisi koyabilme yetenekleri, doğru teşhis kandaki oksijen seviyelerinin doğrudan ölçülerek teyid edilmek kaydı ile değerlendirilmiştir. Doktorların sadece yüzde 53’ü siyanözü doğru olarak teşhis edebilmiş, doktorların yüzde 26’sı ise, normal kan oksijeni olan hastalarda siyanöz olduğunu söylemişlerdir.

Benzer olarak, EKG’ler de doktorlar tarafından değişken olarak değerlendirilebilmektedir. Bir grup uzman, 100 EKG çıktısını derlemişlerdir. Bunlardan 50’si miyokord enfarktüsünü (kalp krizi) göstermekte, 25’i normal, 25’i de diğer anormallikleri göstermektedir. Bu EKG’ler, teşhis yeteneklerini ölçmek üzere diğer bir on uzmana verilmiştir. On kardiyolog meslektaş tarafından değerlendirilen EKG’lerde miyokord enfarktüsünü gösterme oranı, iki faktörü ile değişkenlik göstermiştir. Eğer kalp krizi geçirmiş olsaydınız ve doktor A’ya gitmiş olsaydınız, yüzde 20 ihtimalle bunu atlayacaktı. Eğer kalp krizi geçirmemiş olsaydınız ve doktor B’ye gitmiş olsaydınız, yüzde 26 ihtimalle size kalp krizi geçirdiğinizi söyleyecekti. EKG gibi rutin testleri inceleyen uzmanlar arasında dahi, çok değişken sonuçlar olabilir.

Tıbbi cihazlar, her zaman kesin sonuç vermeyebilirler. Bir mikroskop kullanarak, 13 patalog serviks biopsisinden alınan 1001 örneği okudular. Daha sonra, bu okumaları tekrarladılar. Ortalama, her bir patolog, yüzde 89 oranında, daha önce okudukları ile mutabık kaldı. Kıdemli patolog grubunda ise bu oran yüzde 87 oldu. Anormal serviksi olan hastalarda, doktorlar daha önceki sonuçlarını tekrar kontrol etmeleri istendiğinde, sadece yüzde 68’i ilk değerlendirmelerine sadık kaldılar; kıdemli patologlar, sadece vakaların yüzde 51’inde kідemsizlerle uyuştular. Patologlar, net bir biçimde kanserli olan dokuları, net bir biçimde normal olan dokulardan ayırırken iyi performans gösterdiler, ama kanser öncesi lezyonları belirlemede çok başarılı değillerdi.

Orwig, algılama ve değerlendirmelerini yavaşlatarak hata yapmayı engellemenin yollarını aradı. Orwig, sistematik olma mekanizması için, kendi dikte ettiği raporlama sistemini kullanır. Kendi dikte ettiği raporlama formatı kapsamlı bir kontrol listesini takip eder. Örneğin, bir göğüs röntgenini okurken, kapsamlı olarak sadece akciğerler ve kalp hakkında değil, kemikler, göğüsün yumuşak dokuları, mediastinum (göğüs kafesinin merkezi yapısı) ve bunların yanı sıra plevra (akciğerin astarı) hakkında fikir bilecektir. Sadece özet kısmına gelince, röntgeni isteyen dahiliyeci veya cerrah tarafından yöneltilen klinik soru üzerine yoğunlaşacaktır. “Bir keresinde, bir klinisyen aradı. ‘Adamın zatürresi olup olmadığını öğrenmek için röntgen istedim. Neden kafes kemikleri hakkında bütün o zırvaları yazdın?’ “dedi. Aslında, zatürreyi gösteren, adamın sağ akciğerinin siyah görüntüsü arasındaki beyaz lekedir. Ama Orwig, raporunda epeyce kaynamış kırıklı kafes kemiğinden bahsetmişti. “Bazı radyologlar, şu anda söz konusu olmadığını düşündükleri için ya da bir enfeksiyon olan ön teşhis ile alakalı görmedikleri için bu eski kırıkları rapor etme zahmetine katlanmayacaklardır” dedi Orwig. Düşüncesinin bir bölümü raporlamasının komple olması ama diğer yanı, herhangi bir gözlemin klinik olarak önemli olabileceğidir. Örneğin, eski kırıklar hastanın geçmişte düşmüş olduğunu gösterir, bunun nedeni, sarhoş olması veya daha önceden teşhis edilememiş kasılma bozuklukları olabilir. Sarhoş veya kasılma bozuklukları olan kişiler, bazen balgamlarını aspire edebilir, bu da müsait bölgeye bakterinin yerleşmesine ve zatürreyi tetiklemesine neden olabilir. Tesadüf bu ya, klinisyen geri dönüp adamla konuşmuş, adam çok içen biri olduğunu itiraf etmiş.

Orwig’le konuştuğum sabah, nöbetten yeni dönüyordu. Yoğun bakım ünitesindeki bir hastanın tomografisini okuması istenmişti. Hasta karaciğer sorunu olan bir alkolikti ve Marin Genel Hastanesine şaşkın ve bilinçsiz bir halde kabul edilmişti. İç kanaması olduğu ortaya çıktı ve siröz olan birçok hasta gibi, barsaklarından gelen hazmedilmiş kanı, karaciğer zehir-

lerinden arındıramadığı için, bilinçsiz hale gelmişti. İlk önceleri iyileşme göstermesine rağmen daha sonra tekrar bilincini kaybedince, tomografi istemişlerdi. Yoğun bakım doktoru hastanın tekrar iç kanama geçirdiğinden şüpheleniyordu.

Orwig tomografiye baktı, kontrol listesi metodunu uygulamaya başladı. Karın taramasında, barsaklardaki her bir kıvrımı inceledi; meslektaşları böyle zamanlarda uzun uzun incelemeye başladığında “Başladı bizim Denis, mideden anüse, tüm kıvrımları kontrol etmeye” diye alay ederledi. Barsakların kıvrımlarını incelerken, karında küçük hava kabarcıkları gibi şeyler dikkatini çekti. Bu kabarcıklar hepimizin barsaklarında olan gazlar gibi değildi. “Sonunda hava kabarcıklarının barsaklarda olamayacağına karar verdim” dedi Orwig, “dolayısı ile üst mezenterik damarda olmaları gerekiyordu.” Bir şekilde, barsaklardan kanı çeken damarlarda hava kabarcıkları oluşuyordu. “Sonra, gaz kabarcıklarının yakınlarında barsak kıvrımlarının kalınlaştığını farkettim.” Orwig, bir şekilde barsaklara giden kan damarlarının zedelendiği, dolayısı ile dokuda hasar olduğu ve gazın barsağın içinden çevredeki damarlara yayıldığı kanısına vardı. Bu duruma iskemik kolon denir, anlamı, kalın barsak besleyici kan kaynağını kaybetmiş demektir ve kalın barsak yok olmaya başlar.

Orwig yoğun bakım ünitesindeki klinisyenle konuştuğunda, kuşku ile karşılandı. “Sizler iskemik kolonu teşhis etmekte çok başarılı değilsinizdir” dedi doktor. Orwig tomografi ile tanıyı koymanın kolay olmadığına hem fikirdi ama, adamın karnındaki barsakların her bir kıvrımını incelediğini ve gazın bulunduğu yere ait olmadığını anlattı. Hastayı değerlendirmek için bir cerrah çağırmak zorunluydu; eğer Orwig’in varsayımları doğru ise, derhal ameliyat edilerek barsaklara kan gelmesini sağlamak acilen gerekiyordu. Orwig haklıydı, hastanın hayatı kurtarıldı.

“Bazen, duygularla hareket etmek benim alanımda işe yaramaz” dedi Orwig. “Karında o kadar fazla gaz var ki, birkaç küçük gaz kabarcığı görme-

nin, resmin tümünde hiçbir anlamı yoktur. Her bir yapıyı ayırınca bir anlam kazanmaya başlar ve o zaman gazın oraya ait olmadığı görülebilir.”

Filmin her noktasını sistematik olarak incelerken, Orwig açıkladı, “Beynim de aynı şekilde adım adım çalışmaya zorlanır. Akciğerin sağ alt lobunda zatürreyi görmek çok kolaydır - ve kesinlikle de çok daha çabuktur” dedi, “ve diğer bilgileri detaylı olarak vermek için de zaman harcanmaz. Ama bu beni koruyor.” Orwig, radyologların en çok yaptıkları hatadan, arama tatmini hatasından “korunuyor”. Daha önce gördüğümüz gibi, birisi ciddi bir şey bulduğunda, aramayı durdurmak, dolayısı ile düşünmeyi durdurmak, doğal bir tavidir. Bu, meşgul bir dahiliyecinin radyoloğa hastanın ateşi olduğu, öksürdüğü ve sarı balgam olduğunu bildirdiği durumlarda, radyologlar için çok daha kolaydır. Bu talimatlar radyologların ilgisini doğruca akciğerlere yönlendirir, arka planda bir kanser olabileceğini bildiren üst kafes kemiğindeki koyuluğu, aortta anevrizma olabileceğini gösteren mediastinumda genişlemeyi atlama riskini doğurur.

Orwig, onbir doktordan oluşan büyük bir özel radyoloji polikliniğinin bir üyesi. Eğer yükleri artarsa hata yapabileceklerinin farkındalar, onun için son zamanlarda, her birinin mesai başına düşen röntgen okuma sayısını azaltmak için, kliniğe iki yeni üye daha aldılar. İlk başvuru doktorları gibi, onlar da, her bir vaka hakkında düşünebilecekleri zamanı arttırmak için yöntemler arıyorlar. Ayrıca, kalite garanti programı kurdular. Her gün, her bir radyolog, diğer bir arkadaşları tarafından bağımsız olarak okunmuş olan dört-beş röntgeni okurlar. Sonra her iki sonuç, farklılıkları bulmak için karşılaştırılır. Bazen iki okuma arasındaki farklılıklar belli belirsizdir; diğer zamanlar önemli olabilmektedir. Günlük bu uygulamaların sonucu tüm grup için veritabanına girilir, böylece tüm takımın olduğu gibi, her bir radyoloğun devamlı kontrolü yapılmış olur. “Bu yolla, kendi yanlışlarımızdan olduğu gibi, diğerlerinin yanlışlarından da öğrenmiş oluyoruz” dedi Orwig.

Orwig bir zaman önce, meslektaşı bir radyoloğun elinde bir diz MRI’ı

ile karanlık odasına girdiğinde irkildi. “Bu vaka hakkında ne düşünüyorsun?” diye sordu meslektaşı. Orwig MR’a baktı ve “ACL - anterior cruciate ligament (ön çapraz bağ) - yırtılması, sık görülen bir spor yaralanması.” Meslektaşı Orwig’in raporunu önüne koydu. Şöyle diyordu: “normal anterior cruciate ligament. “Bir hoş oldum” dedi Orwig. “Filme bir baktığımda bir şey söyleyip, diğer bir baktığımda daha önce atladığımı görmem inanılmaz.” Orwig’in aklına gelebilen tek açıklama, “ilk bakış” a çok önem vermişti ve dizdeki her bir parçayı metodik olarak kontrol etmemiştir.

“Bu aynı zamanda iş hacmi sorunu” dedi Orwig. “Senin gibi bir hematolog Jerry, aylar, yıllar boyunca hastaların tedavisini yapar. Sonra onları tekrar kontrole geldiklerinde görürsün. Eğer herhangi birşey yanlış giderse, teşhisindeki ve tedavideki adımlarını tekrar gözden geçirirsin ve nerede hata yaptığını bulabilirsin. Ben burada yüzlerce röntgen okuyorum, günlerce, başka başka hastalara ait olan. Röntgenlerin çoğu kontrol için değil. Bu nedenle ki, benim için geriye dönüp neden hata yaptığımı söyleyebilmek çok zor. Bu diz vakası önüme geldiği andaki konuma dönebilmem mümkün değil.” Bunun için, dedi Orwig, “kendi kendime sistematik olmayı hatırlatmam lazım. Tecrübe ve kıdem arttıkça, “ilk görüş” e inanmak eğilimi de o kadar çok artıyor.

Michigan Eyalet Üniversitesinden E. James Potchen, Orwig’in metodlu kontrol listesi yaklaşımı hakkında yorumda bulundu. Orwig’in, kendini film üstündeki anatomik yapıları incelemeye zorlamasından “marjinal yararlar” elde edeceği konusunda hem fıkirdi. Ama “esas katma değer” dedi Potchen, Orwig’in klinisyenin dikkatini kafes kemiği kırıkları ve gaz balonluklarına çektiği zaman yaptığı. Potchen, sadece tıp alanında değil, hukuk ve işletme alanlarında da belirsizlik anında karar verme mekanizmalarını araştırmıştı. Boston’daki Brigham Hastesinde radyoloji şefi olan Dr. Merrill Sosman’ın nasıl göğüs röntgeniyle gelip, eğitimdeki asistanlara “Bu hastada böbrek yetmezliği var” dediğini hatırladı. Bu Arthur Conan Doyle

vari bir eleme idi ve asistanlar düşüneceklerdi: Göğüse bakarak böbrek rahatsızlığını nasıl bilebilirsiniz? Sosman, kafes kemiklerinde kalınlaşma gördüğünü söyledi. Bu da, böbrekler iflas ettiği ve fosfat ve kalsiyum metabolizmalarını değiştirerek, kemiklerin yeniden yapılanmaya gittiği önsezisini getirdi. “Bir radyolog olarak, nasıl katma değer yaratılır konusu bu,” dedi Potchen. “Röntgen çekildiğinde, hastada bilinmeyişi ortaya çıkar-tırsın. Bu sayede de ün kazanırsın. Başka insanların yaptıklarına ilave bir-şeyler katarak.” Tabii ki bu nedenle ilk başvuru doktorları bir sürü hastayı radyolojik incelemeye gönderiyor.

Mamografi, orta yaşa giren kadınlarda kanseri erken safhalarda teşhis edebilmek için rutin olarak istenen bir taramadır. “Mamogramlar yaptığı-mız en monoton iş çeşitidir” dedi Orwig “ve mamogramlar tüm röntgen-lerin en çok korku saçanlarıdır” diye ekledi. Bir kanseri atlamak yıkıcıdır, çünkü erken bulunan tümörler kolayca alınır. Atlanan kanserler, kontrol edilmesi ve eğer olabilirse, tedavi edilmesi çok zor metastazlara yol açabi-lir. Öbür taraftan, mamogramı fazladan okumak, sağlıklı bir kadını zi-hinsel olarak atlı karıncaya bindirir; daha detaylı görüntü alma, örnek, sonra da örnek sonuçlarına rağmen aslında kanser vardı da atlandı mı acaba?

Mamografinin tıbbi-hukuki zıtlaşmanın en verimli alanı olmasına şa-şırmamak gerekir. Radyologlar çok iyi bilirler ki, hatalar görevi kötüye kullanma davasına dönüşebilir. En iyi radyologlar dahi vakaların yüzde 2 ila 3’ünde mamogramları yanlış okuyacaklardır. Bazı araştırmalar, diğer doktorların görüntüleri yanlış okuma oranlarının yüzde 20’ler civarında ol-duğunu göstermiştir. Amaç, tümör olduğu belirlenen kadınlardan örnek alınmasını önermek, mamogramdaki iyi huylu tümörlerdeki değişikliklerde ise örnek alınmamasını önermektir. Örnek alınan hanımlara “geri arana-caklar” denir. Teorik olarak geri aranacakların oranının yüzde dört ile beş olması istenir. “Ama standart” dedi Orwig “yüzde on ila onbirdir.” Bu

daha yüksek geri aranacaklar oranı ilave test ve biyopsi yaptıran kadınlardan kaynaklanıyor.

Burada bir alış-veriş söz konusu: aksi takdirde atlanabilecek bir takım göğüs kanserlerini “yakalamak” uğruna, iyi huylu değişiklik gösteren durumlarda kadınları duygusal buhrana sokmak. Orwig’in onbir kişilik radyolog gurubunda geri aranacaklar oranı yüzde onbir, yani standardıdır. Ama bir meslektaşının yüzde 15 ila 16 geri aranacaklar oranı var. Geri aradığı kadınların çoğunda iyi huylu biyopsiler çıkmaktadır. “Tazminat ödemeye mahkum oldu” dedi Orwig. “Yıllar önce, bir vakayı atladi.” Bu tecrübesi, Orwig’in dediği gibi, mamogramları değerlendirirken ve daha fazla bayanı geri aramak, daha değişik araştırma yapmak ve biyopsi yapmak için, daha “hırçın” olmasına neden oldu. Meslektaşlarının geri arama oranı “normal sınırlar” içindeyken, dedi Orwig, şüphe yok ki kötü huylu bir lezyonu atlamak ve tazminat ödemek, başka biçimde davranmasına neden oldu.

Dr. Potchen tıbbi karar verme mekanizmalarını inceleyen bir makalede şu sonuca vardı; en etkili olan klinik seçim “en son olan kötü tecrübedir.” Potchen’in sonucu, Croskerry ve Redelheimer tarafından açıklanan uygunluk hatasının aynasıdır: aklınızda mevcut bulunan en uygun olgu, benzerlikleri olan bir yeni bir vaka ile ilgili kararlarınızı etkiler, ama önemli farklılıkları gözardı etmenize neden olabilir ve yanlış bir teşhis konmasına neden olabilir.

Vücudu röntgen kullanarak taramak ondokuzuncu yüzyılın sonlarında başladı. Yıllar boyunca, tomografi ve MRI gibi teknolojiadaki gelişmeler, radyologların anatomimizi inceleyebilme yeteneklerini çok arttırdı ama, bunlar da yeni yorum zorlukları getirmektedir. Daha önce gördüğümüz gibi, bir göğüs röntgeni, kalp, akciğerler, kemikler, yumuşak dokular ve mediast’in görüldüğü tek, statik bir görüntüdür. Gene göğüs röntgeni, göğüsün önden ve yandan görüntüleri olmak üzere hasta iki konumdayken

çekilir. Tomografi taramaları ilk yapıldıklarında, düzinelerce görüntü üretilir, ilk MRI taramaları ise yüzlerce. Bu taramalardan elde edilen görüntüler filmlere aktarılınca, film başına ortalama oniki görüntü düşer; buna “döşeme görünümü” adı verilir. Bu taramalardan elde edilen görüntüleri bir de, monitörde birbiri arkasına görüntüleme yöntemi vardır, buna da bir sinema filmini görüntüleme deneyimine atfen “sine” denir.

Bir araştırmada, özellikle akciğerlerdeki nodüllerin belirlenebilmesi için, döşeme görünümü ile sine karşılaştırılmıştır. Bu nodüller, akciğerlerde küçük, katı kütlelerdir. Bir enfeksiyon sonrası iyi huylu olabilecekleri gibi, akciğer kanseri ya da metastaz göstergesi olarak kötü huylu da olabilirler. Radyologlar, döşeme görünümüne kıyasla, sinede nodülleri tespit etmekte daha başarılı oldular; belli planlarda alınan görüntülerde nodül çağrışımı yapan akciğerlerdeki kan damarları gibi artifaktları belirlemede daha başarılı oldular. Araştırmacılar, görüntüleri hareket ettirmenin, özellikle küçük nodüllerde kıymetli yorum ipuçları doğurduğunu fark ettiler: sinede “ortaya çıkıyor” gibiydiler ve dolayısı ile radyologların daha çok dikkatini çektiler. 1990’lar boyunca, sine, yani yüzlerce görüntü ihtiva eden taramaları daha verimli olarak değerlendirilmesine olanak sağlayan sine görüntüleme, daha çok tercih edilen görüntüleme oldu.

Ancak, tomografi tarama geliştikçe, özellikle de, birçok organın ve damarın aynı anda görüntülenmesine olanak sağlayan, vücudun geniş kesimlerinin görüntülenebilmesi, radyologlar arasında ikilemlere yol açtı. Radyologların gözü önünde aynı anda hareket eden bir sürü dokunun, bin tane belki de daha fazla görüntüsü oluşmaya başladı. Harvard’da radyoloji profesörü ve karın bölgesi görüntüleme uzmanı olan Dr. Herbert Kressel’in söylediği gibi, “Kalabalık bir acil serviste, bir hafta sonu boyunca, bir radyolog yüzelli tane tomografi okumak zorunda kalabilir. Bu radyoloğun yüzellibin tane resme bakabilmesi mümkün değildir.

Taramaların rutin hale geldiği tek yer acil servisler değildir. 1998 ile 2002

yılları arasında, Birleşik Devletler’de, çalışma saatleri dahilinde, tomografi taramaları yüzde 59, MRI yüzde 51 ve ultrason taramaları yüzde 30 artmıştır. Mesai saatleri dışı ve nöbetlerde ise bu sayı, tüm alanlarda bir yüzde 15 daha artmıştır. Anketler sonucunda, artan bu iş yükü nedeniyle, radyologların daha fazla puslu görme, göz yorgunluğu, odaklama sıkıntısı ve baş ağrısından şikayetçi olduklarını göstermiştir. Arizona Üniversitesinden Elizabeth Krupinski, yeni bir yayında, çok miktarda yaratılan görüntüleme verilerinin yorgunluk, memnuniyetsizlik ve hataların artması için büyük bir potansiyel oluşturduğuna dikkat çekmektedir.

Kressel, meşgul klinisyenlerin yüksek teknoloji görüntülerine kayıtsız şartsız bağlanmalarına da kaygı ile bakmaktadır. Hastalar bazen detaylı klinik geçmiş bildirilmeden tetkik yaptırmaya gönderilmektedir. Bazı doktorlar, notlarına “şu patolojileri dikkate al” diye yazmaktadırlar. Bazı doktorlar ise, çok yönlendirici olmakta veya yeni tomografi veya MRI’ların nasıl çalıştığını anlamadıklarını göstermektedirler. Örneğin, Kressel’in bana söylediğine göre, yakınlarda bir hanım, “pulmoner emboli olup olmadığı belirlensin” diye bir notla görüntülemeye gönderilmiş. Pulmoner emboli, genellikle bacadan kopan bir pıhtının pulmoner arterleri tıkaya-acağı, ölümcül bir durumdur. “Çalışmayı yaptık ve kontrast madde pulmoner damarları doldurduğunda görüntüleri aldık” dedi Kressel. Çalışmada pulmoner emboli çağrıştıracabilecek herhangi bir durum oluşmadı zira kontrast malzeme pulmoner damarlarda zayıflamıyor veya herhangi bir engelle karşılaşmıyordu. Birkaç gün sonra, hanımın göğüs ağrıları ve nefes alma sıkıntılarının nedeni netleşti: Hanımın aortunda yırtık vardı. “Biz bu yırtığı, kontrast malzeme aorttan geçerken zamanlamamızı ayarlayarak tespit edebildik” dedi Kressel. Aortun şekli deforme olmamıştı ve yırtık, aortun yırtık duvarına giren kontrast malzeme olmadığı için tespit edilemedi.

“Bir görüntünün sadece görüntü olduğu ve görüntüden başka hiç bir-

şey olmadığı eski fikir, yeni dinamik makinelerle artık öldü. Dinamik makineler artık kan akımındaki aktif değişiklikleri ve daha bir sürü fizyolojik değişiklikleri aktif olarak gösterebilmektedir” dedi Kressel. “Görebildiğiniz şey, artık makineyi nasıl kullandığınıza bağlı.”

Her görüntüye metodik ve dikkat uygulama yöntemine ise Kressel, bir tomografi veya MRI’da “çok fazla veri var” dedi. Her bir tomografi ya da MRI’da binden fazla görüntü vardır. Dolayısı ile, radyolog tüm gününü sadece bunlardan birini inceleyerek geçirebilir. Kısmi çözüm dedi Kressel, organ organ bakmak. Kressel’in alanı olan karın radyolojisinde, dikkatlice karaciğeri, sonra böbrekleri ve en son da dalağı, vs ... inceleyecektir. Kressel’in stratejisi, MRI konusunda uzmanlaşan diğer radyologlar gibi, öncelikle bol veri bulunan organları dikkatlice incelemektir. En fazla bilgi bu bölümlerde vardır. Sonra da, mümkün olabilecek teşhisler listesi hazırlamak ve bu listedeki olasılıkları destekleyen veya köstekleyen diğer görüntülere bakmayı seçmektir.

Bazen de teknolojinin kendisi bu dikkatli yaklaşımı sabote etmektedir. “İzleme topu”, ki bu bilgisayarlardaki fareye tekabül eder, üzerine yapılan küçük basınçlarla görüntüleri birer birer ekrana getirme hızını ayarlar. Bu demektir ki, radyolog farkına varmadan görüntüler hızlanabilir. “Görüntüler saniyede üç resim hızını aşmış olabilir” dedi Kressel. “Çok iş yükü altında çalışan bir radyologun olduğu bir acil servise bir git bakalım, radyologu bir tomografi taramasını incelerken seyret, göreceksin ki uçuyordur.”

Kressel, radyologların bilinçli veya bilinçsiz, bin civarında görüntüyü biran önce görebilmek için bu toplara nasıl bastıklarını görmüştür. “Elin izleme topundayken, farkına varmadan üç veya dört resim atlayabilirsin.” Bunun nedeni, o anda görüntülere iki boyutlu olarak bakılır ve beyin üç boyutlu olarak görmeye çalıştığı için meşguldür. Kressel asistanları gözlemlerken, “Onlara kan kustururum. Her görüntüyü görebilecek kadar ya-

vaşlamalarını isterim. Bilinçli veya bilinçsiz, hiçbir kestirme yol yoktur.” Kressel’in gözleri o kadar keskinleşmiştir ki, “karındaki bir yapının kon-turlarındaki bir farklılığı derhal algılarım, anlık bir bakışla bile” dedi. Örneğin, pankreas yakınlarında, taramadaki tek bir resimde bulunan bir lenf bezi olabilir “ve asistan bu görüntüyü atlar.” Lenf bezini belirlemek, pankreas kanserinin diğer organlara yayılıp yayılmadığının tespiti açısından veya hastalığın tedavisi ve geleceği için önemli bir bilgi olabilir. “Dolayısı ile, asistanla birlikte vakayı tekrarlar, geri dönmeye zorlar ve görüntüyü nasıl atladığını gösteririm.”

“Bazı yönlerden, kendi başarılarımızın kurbanıyız” dedi Dennis Orwig. “Bir sürü mükemmel görüntüleme teknolojilerimiz var. Bazı doktorlar, artık hastaları muayene edip, hikayelerini bile almıyorlar. Sadece tarama yapılmasını isteyip, radyologlara teşhisi bildirin diyorlar.” Aslında, bizim görüştüğümüz hafta, New England Tıp Bülteninde bir yazı vardı; kardiyak görüntüleme yöntemlerinin çok gelişmesi nedeniyle kardiyologların geleneksel olarak dinleyerek buldukları bulguları tartışmalı görmelerinden dolayı, stetoskobun artık geçmiş dönemin bir hatırası olarak mı kaldığı hakkında. “ve klinisyenler karmaşık taramalar isterler” diye devam etti Orwig, “geriye de kesin bir cevap isterler. Radyologların bulguları detaylı olarak bir araya getirip aktarmalarını istemezler, sadece teşhisi isterler. Üzerimizde karar vermemiz için çok yoğun bir baskı var. Ancak buna karşı çıkmalıyız, zira her zaman tek başına bir tanı konulamaz. Yapabileceğinizin en iyisi, gördüğünüzü belirtmektir.

Tecrübeli bir radyolog, net teşhis vermemek için direnmesini de öğrenir. “Bazen” dedi Orwig, “bu ‘değişkenlik gösterebilir’ diyebilirsiniz. Yüzde doksan dokuz kesin. Klinisyen rahatlar, kendini emniyette hisseder ve antibiyotik yazar. Ama diğer yüzde bir olasılık kolon kanseri olabilir. Ama bu arada, tomografi yaptırmış hastalar vardır ki, en iyisi ‘bu beyefendinin

pelvisinde kompleks enflamatuar olay var' demektir. Pekçok klinisyen bu cevabı beğenmez. Radylog üfürüyor diye düşünürler. Ama radyoloğun yaptığı, doktora ne düşündüğünü bildiriyor olması ve gözlemleri sonunda elde ettiği bilgilerin hepsini doktorla paylaşıyor olmasıdır."

Bir klinisyen, hastaları ile iletişim kurarken, kelimelerini dikkatli seçmesi gerektiği gibi, radyoloğa yaptığı istekte de kelimelerini ölçüp biçmelidir. "Klinisyenin, radyoloğun dürüst olmasını istemesi gibi bir düşünce mevcut, dolayısı ile özel hiç birşey söylemiyorlar," dedi Kressel. "Benim alanımda, sadece 'karın ağrıları olan bir hasta' diye bilgilendirme notu alırsınız." Ama, daha özellikli hikaye olmadan, çok önemli olan klinik bulgulardan mahrum kalırsınız ve aslında görüntüleri değerlendirme işinde çok daha fazla zorluk çekersiniz."

"Ben her zaman bunun çok aptalca olduğunu düşündüm," dedi Kessel, "neden birinin kolunu arkasından bağlamak isteyesiniz ki?" Potchen'in çalışmalarının gösterdiği gibi, böyle bir yaklaşım sadece algılamayı ve yorumlamayı kötü yönde etkilemez, ayrıca, Kerrel'in uyardığı gibi, tekniği de kötü yönde etkiler ve hatalara yol açabilir." Yeni çok detektörlü tomografi cihazları ile, çok kısa süre içinde çok fazla sayıda doku taranabilmektedir, dolayısı ile en iyi sonuçları alabilmek için, cihazın üzerindeki ayarlar hastanın klinik hikayesine göre ayarlanmalıdır. "Eğer klinisyen bize tam hikayeyi vermezse ve sadece aklındaki soruyu aktarırsa, biz de görüntülemeyi sadece 'Akciğerde pıhtı var mı?' gibi bir soru için ayarlarız - ve önemli olan başka birşeyi atlayabiliriz."

Yanıltıcı olabilen sadece klinisyenlerin kullandıkları lisan değildir. Farklı radyologlar da, gördükleri şeyi anlatmak için farklı terimler kullanmaktadırlar. "İletişimde farklılıklar söz konusu olduğunda, insanların aklına genelde radyologlar gelmiyor" dedi Kressel. "Bir doktorun konuşmasını düşündüğünüzde, aklınıza hastasına yatak başında birşeyler anlatan doktor

gelir. Ama, radyologlar, kullandıkları kelimeleri çok ateşli kelimelerden seçerler. Doğal olarak da, bu kelimeler düşünce tarzını etkiler. Dahası, değişik terimlerin nasıl kullanılması gerektiği ve bulguların iletişim dili ile ilgili bir uzlaşma da yoktur.” Bu özellikle gelişmiş tomografi ve MRI tarayıcıları için geçerlidir. Kressel tekrar muhtemel akciğerde pıhtı tanısı ile incelenmekte olan bayana döndü. “Radyologlar, ‘aortun genişlememiş’ olduğunu rapor etmişlerdi. ‘Aort genişlememiş’ tabiri, değişik şekillerde algılanabilir. Birincisi, radyolog damarın içini görmüş demek değildir. Sadece, açıklamalı bir bilgi veriyor ve ‘genişlememiş’ demekle, her ne kadar pek çok klinisyen bu şekilde anlamak isterse de, damar normal demek istemiyor. Değişik terimler, değişik doktorlar tarafından değişik biçimde algılanacağından, tek bir terim, değişik yönde düşünmeye neden olabilir.”

Bizim hastane, son zamanlarda, “Patient site - hasta sitesi” adı altında, hastaların kendi istekleri doğrultusunda, kendi kayıtlarına ulaşabilecekleri bir web sayfası düzenledi. Oluşturulur oluşturulmaz, tüm laboratuvar tahlil sonuçlarına ve radyoloji raporlarına bu siteden erişilebiliyor. Bu doktorlara ve hastalara, birlikte oturup sonuçları değerlendirebilme olasılığı tanıyor. Bu raporlardaki lisan tabii, çoğunlukla hastalar için korkunç olabilir, dolayısı ile, klinisyen, radyologların belirsiz kelimelerine parmak basmalıdır. Radyolog, rahim ağzı arkasındaki bölgenin tam olarak belirlenemediğini ya da barsak duvarlarındaki kalınlaşma nedeninin sadece tümör olarak tanımlanamayacağını, iltihaplanma da olabileceğini söylemiş olabilir. Bu, klinisyeni derhal neden hikayeye geri dönmesi gerektiğini, daha kapsamlı bir muayene yapması gerektiğini ya da problemi belirleyebilmek için neden daha fazla tahliller yapılmasını isteyeceğini açıklamaya yönlendirmelidir.

Bu belirsizliği dile getirmek sorun oluşturabilir. Orwig son zamanlarda, genelde iyi huylu olarak tanımlanabilecek kalsiyum artıklarının görül-
düğü bir mamarogramı inceledi. Ancak, kadının daha önceki mamogra-

mında kalsiyum artığı görülmemiştir. Örnek alınmasının gerekli olup olmadığına dair meslektaşlarına danıştı ve örnek alınmasında karar kıldılar. Orwig, mamogramında kalsiyum artıkları çıkan kadın ile konuşmak durumunda kaldı. “Öncelikle özür dilemek istiyorum,” dedi, “Bulduğumuz şeyin iyi huylu olduğunu tahmin ediyorum ama, örnek alınmasını önereceğim” dedi ve durakladı. “Biliyorum bu sizde bir korku yaratacak ama, nedenini açıklamama müsaade edin. Mamogramınızda bulduğum şey, yeni olması nedeniyle bu tavsiyeyi yapmamıza neden oluyor. Daha önceki taramada yoktu. İyi çıkacağından neredeyse tamamen eminim ama, tetkiki tamamlamış olmak için devam edelim.” Sonuçta kadının göğüsünde, lumpektomi denen cerrahi, yöntem ile alınması ve peşinden radyasyon tedavisi yapılması gereken bir yayılımcı kanser çıktı.

Orwig bu vakanın, radyologların seçimlerini gözden geçirdikleri ve doğabilecek hataları engellemek için becerilerini geliştirdikleri kalite garantisi toplantılarında sunulmasını istedi. “Bir meslektaşım dedi ki: ‘Eğer bu vakayı sunarsak, kalsiyum kalıntılarının bu örneği ele alındığında, örnek aldırarak isteyen kadınlar binanın sonuna kadar kuyruk oluşturacaklar. Neye faydası olacak? Bu vakayı sunacağız, bu tür kireçlenme örneğinde her hastadan örnek alınması gerektiğini düşüneceklerinden, insanlar panik olacak. Çok özel sonuçları olan vakaları sunmalıyız ki, hepimize faydası olsun.’” Orwig, sadece kalsiyum kalıntıları gözönüne alındığında, öğrenilebilecek fazla bir şey olmadığında hemfikir oldu ama, karar verirken, bir önceki mamogram sonuçlarının dikkate alınması gerektiğini düşündü. Daha geniş olarak, bazen, genel kurala ters düşen bir vakada öğrenilebilecek bazı noktalar olduğunu düşündü. Böylece, radyografide, özellikle mamogramlarda, normal şartlarda iyi huylu olarak değerlendirilip üzerinde durulmayacak olan, yeni oluşmuş kalsiyum birikimleri gibi vakaların dahi, tereddütlerle karşılanması gerektiği, değerlendirmenin ön plana çıktığı bazı gri alanların olduğunun üzerinde durulması gerektiğine inandı.

Orwig'in meslektaşları, daha önce acil serviste gördüğümüz gibi, vakanın sunulmasının, "uygunluk hatası" oluşturmamasından korktu: en son oluşan nadir görülen vakanın doktorun beynine kazınması. Ancak Orwig'in tartıştığı husus, vakanın paylaşılmaması halinde, meslektaşlarının ölümcül bir kötü huylu durumu atlmasına yol açabileceğiydi. Burada zor olan, orta yolu bulmaktır. Önemli olan bir taraftan, belli örneklerin prototipe uymayacağını idrak ederken, diğer yandan uygunluk tehlikesinin bilincinde olmaktır. Bu, bir taraftan çelişkili olan verileri akılda değerlendirirken, bir şekilde bir karara varabilmek için diğer verileri araştırmaktır. Bu değerlendirme ve bu çeşit karar verme, uzman doktoru belirler.

Orwig, mamogramları okurken, genelde bu kadının vakasını düşünür. Benzer şekilde yoğunlaşmış kalsiyum birikimlerini gördüğünde, sadece daha önce bu tür birikimlerin olup olmadığını kontrol etmek için önceki mamogramlara bakmakla yetinmez, aynı zamanda kalıntıların ilk ne zaman görüldüğünü tespit etmek için daha önceki tetkikleri de kontrol eder. Orwig, lüzumsuz yere örnek isteyecek kadar mamogramları abartılı okuyabileceğinin farkındadır. Hala bir orta yol bulmaya çalışmaktadır.

Pennsylvania Üniversitesi'nden Dr. Harold Kundel, radyolog meslektaşları üzerinde, göz hareketlerini inceleyerek, algılamının fizyolojisi hakkında bir çalışma yaptı. Doktor, başında bisiklet başlığına benzer bir başlık ile oturur. Bir gözlük ve minyatür bir kamera da dahil olmak üzere, aletin pek çok parçası vardır. Doktor bir seri görüntüyü incelediği sırada, görünmez bir kızılötesi ışın gözüne ayarlanmıştır. Göz bebeğine ayarlanan kamera, kızıl ötesi ışının yansımalarını takip ederek, doktorun bakışını nereye yönelttiğini takip eder. Kundel'in araştırmalarında, radyologlar, her biri yarım santimetre ile bir santimetre arası değişen çaplarda veya otuz milimetre ile altmış üç milimetre uzunluğundaki nodüllerin bulunduğu röntgen filmlerini incelediler. Bu nodüller, erken safhadaki kanseri veya verem ya

da mantar gibi ciddi enfeksiyonları tanımladıklarından, önemli olabilirler. Vakaların takriben yüzde 20'sinde, gözler nodüllerin üzerinde hiç odaklanmadı. Geri kalan yüzde 80'inde ise, gözler nodüllere yönlendiyse de, bunların da yarısında nodül olduğu algılanamadı.

“Beyin, anlaşılamaz kararlar alır” diye açıkladı Kundel. Bilinçaltı seviyesinde, zihin, görüntünün bilinç seviyesinde çıkartılacak kadar önemli olmadığına karar verir. Gözleri nodül üzerinde iki üç saniye takılı kalan radyologların, nodülü tanımlama olasılıkları daha yüksekti. Nodül ile çevresindeki akciğer arasında ton farkı, katı maddenin beyaz rengi ve havanın siyah rengi arasındaki fark, ne kadar belirgin ise, tanımlama o kadar kolaylaşıyordu. Ayrıca, nodül çevresinin flu yerine kesin hatlı olması da algılamayı kolaylaştırıyordu.

Iowa Üniversitesinde, bakış izleme konusunda daha önce yapılmış çalışmalarda, radyologlar arasındaki ortak hatalardan birisinin arama tatminkarlığı olduğunu gösterilmiştir.

Devam eden çalışmalarda, Kundel'in ekibi, bazen bakışların ikinci bir anormallik üzerinde sabitlenmekle birlikte, bunların algılanamadığını göstermiştir. Örneğin, zatürre geçirmiş bir hastanın aynı zamanda kürek kemiğinde minik bir kanserli hücre olmasına ve cihazın radyoloğun bu hücreye baktığını belirlemesine rağmen, sadece akciğerdeki zatürreyi rapor etmiş, kemikteki tümörü atlamıştır. Bir kere zatürreyi belirledikten sonra, zihin artık kapanmıştır ve diğer bulguları bilinçli olarak kabul etmeyecektir. “Bu olay görüntünün ne olacağına dair önceden ne beklendiğine bağlıdır ve ben bunu bir önyargı olarak sınıflandırırım” diye açıkladı Kudel. Brigham Hastanesinden Merrill Sosman'ın söylediklerinin benzeri olarak, “Sadece görmek istediklerinizi görürsünüz” dedi. Ama bir uzman, önyargıyı ve arama tatminkarlığını öğrendiği zaman, bilinçli olarak zihnini açık tutmaya ve beklentilerinin ötesinde görmeye çalışır. Bu çabalarında kendisine, klinik hikayenin nasıl çerçevelendiği, klinisyenin kullandığı dildeki ipuç-

ları ve Denis Orwig'in raporlarında açıkladığı, görüntünün yeniden değerlendirilmesi gibi sistematik yöntemlere bağlı kalmak yardımcı olur.

Kundel ve diğer araştırmacıların rapor ettikleri gibi, algılama ve yorumlamadaki zorluklar göze alındığında, bilgisayarlar radyologların yerini alabilir, ya da en azından hata oranlarını azaltabilirler mi? Gıda ve İlaç İdaresi (FDA) tarafından, akciğerlerdeki nodülleri tespit için hazırlanan bilgisayar destekli bir program 2006'da onaylanmıştı. Mamogramlar için olanlar da dahil olmak üzere, başka programlar da önerilmektedir. Gıda ve İlaç İdaresi tarafından, akciğerlerdeki kötü huylu nodüllerin tespiti için yapılan pilot çalışmanın onayında, göğüs röntgeninde nodül olduğundan ne derecede şüphelendiklerini bildirmelerini istenen onbeş radyolog görev aldı. Bu radyologlar, 1 den 100 e kadar not verecekler ve nodül olduğundan şüphelendikleri bölgeleri işaretleyeceklerdi. Çalışmada 80 kanserli, 160 tane de kansersiz vaka vardı. Her bir radyolog, 240 vakayı, üçer kere değerlendirdiler: ikişer defa, bir ila dört ay ara ile, bilgisayar desteği olmadan ve ikinci değerlendirmeden hemen sonra, bilgisayar destekli olarak. Bilgisayar desteği, kanserin boyutuna bağlı olarak, kanseri belirlemede yüzde 14 ila 24 arasında bir gelişme sağladı. Bilgisayar sistemi ayrıca, radyologların takriben yüzde 10 civarındaki doğru algılamalarını (kanseri tespit etme) yanlış olarak değiştirmelerine (iyi huylu veya kanserli olarak) neden oldu. Klinik denemede yer alan onbeş radyologdan hiçbirinin 80 kanserli ve 160 kansersiz vaka hakkında verdikleri raporlar aynı değildi. Yüzde 25'i hariç, tüm kanserli vakalar, radyologların tamamı tarafından tespit edildi. Ama, tespiti zor kanser vakaları, sadece dört radyolog tarafından tespit edildi. Hiçbir radyolog, 80 kanser vakasının tamamını tespit edemedi.

Bilgisayar destekli algılamada ortaya çıkan olumsuz bir sonuç ise, bilgisayar kullandıktan sonra, kötü huylu tümörü olmayan hastalara ait röntgenlerde, kanser şüphesi duyan radyologların - yanlış-pozitif tanı - sayısı

sındaki artıştı. Bu da, bir uzmanın ilk teşhisini değiştirmesinde, teknolojinin, özellikle de bilgisayara bağlı teknolojinin, gücünü göstermektedir. Aynı zamanda, makinelerin, algılama ve düşünme yetersizliğine karşı mükemmel çözümler üretemediğini de göstermektedir. Belki de, radyologlar bilgisayar destekli tanılara alıştıkça ve göğüs röntgenlerindeki kötü huylu bulgular hakkında daha fazla kuşkucu olma konusunda klinik değerlendirmelerini takip ettikçe, düşüncülerini yeni teknolojiye göre adapte edeceklerdir. Bu esnada, bir orta yol bulunması için araştırmalar devam ettiği müddetçe, bir bedel ödenmesi gerekecektir. Belki kanseri tespit etme oranı daha artacaktır ama, daha fazla hasta gereksiz korku yaşayacak, daha fazla insan, kanser şüphesinden dolayı gereksiz yere yanlış-pozitif tanılardan dolayı yapılacak yorucu işlemlere maruz kalacak ve duygusal olarak yıpranacaktır.

Marin Country'den güneye kısa bir araba yolculuğu, Golden Gate Köprüsünü geçtikten sonra, sizi San Francisco'ya getirir. Parnassus tepelerinin üzerine tünemiş bulunan, Kaliforniya Üniversitesi Tıp Fakültesi ve yakınlardaki Moffitt Hastanesi binalarıdır. Vickie Felstein, Kaliforniya Üniversitesi San Fransisco'da, ultrasonografi dalında uzmanlaşmış bir radyoloji profesörüdür. (Tesadüfen, Dr. Denis Orwig'in de karısıdır.)

İnsanların çoğu, doğumdan dolayı ultrason testleri ile aşınadır. Rahim içinde, siyah-beyaz ve gri dalgalar halinde, iki boyutlu olarak, gelişmekte olan bebek görüntülenir. "Bazı kişiler, ultrason görüntüsünün hava raporuna benzediğini düşünürler" dedi Feldstein gülerek. Bana göre de hakikaten, hava raporu gibi görünür, özellikle kar fırtınası olan günlerdeki hava raporu gibi. Siyah bir zemin üzerine yayılmış beyaz oynak perde, benim için bazı organların görüntülerinin algılanmasını çok zor, hatta olanaksız kılar. Tabii ki, Feldstein gibi, bu teknolojiyi her gün kullanan uz-

manlar için, bu beyaz-siyah ve gri tonlamalar, çok anlamı olan, avuçlarının içi gibi aşına oldukları görüntülerdir.

Ultrasonografideki görüntülerin karmaşıklığı gözönüne alındığında, insan bu durumda bilgisayarların teşhiste yardımcı olması gerektiğini düşünebilir. Bilgisayarlar, gelişmekte olan fetusun her bir yapısı hakkında sayısal değerler verebilir. Örneğin, yirmi haftalık tetkikte, ceninin ventrikül denen, beynindeki su dolu keseciklerin boyu ölçülür. Eğer ventrikülün boyu on milimetreden uzunsa, beyinde ve diğer gelişme alanlarında hasara yol açabilecek, beynin sulanması olarak da bilinen, hidrosefali'ye karşı, cenin kontrole alınır. Ancak, bilgisayardaki sayılar, radyoloğa gözönüne alınması gereken bütün bilgileri sunmayabilir. "Sayılar sadece, dikkatinizi toplamaya yardımcı olur" dedi Feldastein, "ama, resmin tamamını dikkate almalısınız. Ventriküllerin yapısını ve etrafındaki bağlı dokulara bakmalısınız. Olay sadece rakam okumak değildir.

Normal bir serebral ventrikül gözyaşı damlası şeklindedir. Bir ultrasonda, sıvı olan ventrikül, siyah bir merkezle belirlenir. Çevresinde ise, sıvıyı üreten koroidea plexus, beyaz bir zar olarak görünür. Yakınlarda, Feldstein doğumu yaklaştırmış bir kadına bakmıştı. "Doğuma az kalmıştı" diye anımsadı, "ve ceninin ventriküllerinin boyu normal sayısal boyutlar dahilindeydi. Ama baktığımda, şekli normal görünmedi." Gözyaşı damlasının çeperindeki değişiklik belli belirsizdi ama, Feldstein'in eğitimli gözü için çok belirgindi: sınırlar yumuşak kıvrımlı değil ama biraz gayri nizami idi ve gözyaşı damlası tepede tam net olarak belirgin değildi. Tüm bu algılamalar, özellikle boyutların sağlıklı olarak belirlenen sınırlar içinde olduğu gözönüne alındığında, göz ardı edilebilir ve önemsizlenebilirdi. Her ne kadar bulgularının klinik önemi derhal belirgin olmasa da, Feldstein bu konunun üzerinde durmaya karar verdi. Otuzbeşinci haftada, kafasındaki soru, annenin bu bilgi karşısında nasıl davranacağı idi. Hamileliği sonlandırmak için çok geçti ama, Feldstein bulgularının - bebeğin beyninde bir

anormallik olduğunun - doğru mu yoksa yanlış mı olduğunu belirlemem-
nin önemli olduğuna karar verdi. Bunu belirlemek, akıl özürlü veya özel bir
yeni, doğan bakım gerektirebilecek bir çocuğa sahip olabileceklerini bilerek
gerekli duygusal ve lojistik tedbirleri almakta anne ve babaya kısmen yar-
dımçı olacaktı.

Feldstein'in bu kararı vermesindeki bir husus da, tıbbi-hukuki çelişki-
lerdi. Eğer hakikaten beyinde, ultrasonda belirlenmemiş ama ventrikül
çeperinin değişmesine neden olan bir anormallik varsa, önceden bilmekte
fayda vardı ki, kimsenin aklına beceriksiz bir doğum uzmanının, beyinde
hasara neden olan bir kanamaya yol açtığı gelmesin. Feldstein anneye, her
ne kadar bebeğin ventrikül boyunun normal sınırlar içinde olsa da, beyinde
normal olmayan birşeylerin olduğunu belirleyen şekil bozukluğu olduğunu
anlattı. Feldstein anneyi gereksiz olarak korkutmak istemedi ama, diğer ta-
raftan da, bulgularını iletme zorunda olduğunu hissetti. Anne, MRI ta-
raması yaptırmaya karar verdi ve sonunda beyinde bir kanama bulundu. Bu
kanama, ceninin ventriküllerinin çeperinde ve gözyaşı damlasının ucunda
deformasyona yol açmıştı. Feldstein'in keskin görüşünün doğru olduğu tes-
pit edilmiş oldu. Gerekli çocuk beyin cerrahının nezaretinde, anne bebeği
doğurdu.

Konuştüğüm her radyolog, sadece Feldstein'inki gibi başarılarını değil,
sinir bozucu hatalarını da hatırlıyor. Harvard'daki görüntü uzmanı Kres-
sel, yakınlarda bir MRI taramasında atlama yaptığını anlattı bana: pekçok
resimde belirli olan, küçük ama fark edilebilir bir karaciğer kanserini atla-
mıştı. "Kesin bir atlamaydı. Göremedim işte. Bu güne kadar da neden
görmediğimi anlayabilmiş değilim" dedi. Sine-göstereyi çok hızlı mı geç-
tiğini, izleme topuna çok fazla mı bastığını merak ediyor, "ama bunların
hepsi spekülasyon. Bilmiyorum işte" dedi, ağır bir ses tonuyla. "İnsanların
anlaması gerek ki, görüntülemeye ve yorumlamaya her zaman belli bir
oranda hata vardır."

Makineler, doktorların zihninin, neyi görüp neyi görmediği düşüncesinin yerini alamazlar. Lisana verilen önem - klinisyene aktarılan ve radyologların raporlarındaki lisan - algılamayı ve değerlendirmeyi daha iyi hale getirebilir. Meslekten olmayanlar, sahibinin gözündeki, doğuştan gelen bir takım kısıtlamaları ve mevcut taraf olma eğilimini anlamalıdırlar. Böylece, alınması gereken ciddi bir karar olduğunda, bir başka uzman göz ekibi talebinde bulunabilirler.

BÖLÜM 9

Pazarlama, Para ve Tıbbi Kararlar

Karen Delgado ile ilk defa 1980’li yılların başında karşılaştım ve o günden beri kariyerini takip ettim. Uzman olduğu dahiliye ve endokrinoloji konusunda büyük bir ünü vardır. Muayene ana hatlarını ve tıbbi eğitim müfredatlarını hazırlayan milli komitelerde üyedir. Karmaşık vakalarda meslektaşları konsültasyon için O’na başvurmakta dırlar.

Ağır hasta yoğunluğu olan, tipik bir doktordur. Kısa süre önce bir gün, üç yeni hasta ve altı kontrol için gelen hastadan oluşan muayenelerine başlamadan önce, öğlen birşeyler atıştırmak için on dakikası vardı. Kendisi ile birlikte çalışacak iki asistanı vardı, ama bu asistanların varlığı, muayene sürelerini daha da uzatacaktı.

Ayrıca Delgado, kliniğe götürmek üzere bir deste laboratuvar raporu da derlemişti ki, gözünün ucuyla bir simayı gördü ve donakaldı. Rick Duggan odasına giden yolu kapatmıştı. O’ndan kaçış yoktu.

“Bilemiyorum daha fazla ne yapabilirim, Dr. Delgado” dedi Duggan. Testosteron ilaçları üreten bir ilaç fabrikasının temsilcisiydi. “İlacımdan hiç-bir reçetenize yazmadınız, bir tekine bile.” Parlak mavi gömlek, altın sarısı kravat ve jilet gibi bir takım elbise giymişti. “Doktor Delgado,” dedi, sesi emredici bir ton almıştı.

“Önümüzdeki ay içinde haftada üç tane reçete yazmanızı istiyorum siz-den.”

Aptallaşıp kalmıştı. Duggan bir yıldır kendisini gölge gibi takip ediyor, ürünü pazarda pazarlamaya çalışıyordu. Üç kere ofisine kutularca şekerleme getirmiş, bu numara işe yaramayınca (Delgado şekerlemelerin çok iyi olmadığını fark etmişti), şehirdeki en pahalı restoranlarda “eğitici yemek” yemek üzere davetiyeler bırakmıştı. Delgado, yemek davetlerini kabul etmemiş, güzel bir yemek isterse, kocası ile birlikte, parasını verip istediği yerde yemek yiyebileceğini söylemişti. Kendisini en çok şaşırtan şey ise, temsilcinin, kendisinin hangi ilaçları yazdığını bilmesi olmuştu.

“Bunu yapmanıza ihtiyacım var,” diye bastırdı Duggan. “Önümüzdeki ay üç hafta.”

“Delgado Duggan’a buz gibi baktı. “Hayır!” dedi, laboratuvar raporlarını önlüğünün cebine soktu ve ofisinden dışarı çıktı.

Klinikte ilk baktığı hasta Nick Mancini idi. Mancini, Delgado’nun ilk olarak yoğun bakım ünitesinde tanıdığı, ellilli yaşların başında, sağlam yapılı, ufak tefek tamiratlar yapan bir adamdı. Acil servise, görme bulanıklığı ve hayatındaki en şiddetli baş ağrısı şikayeti ile başvurmuştu. Beyin kanaması geçirmişti. Beyin taramaları, kanamanın neden kaynaklandığını göstermek için yeterli olamamış, ancak hipofiz bezlerinde büyüme göstermişti. Bu nedenle, endokrinolog olan Delgado, bu nedenle için yoğun bakım ünitesine çağırılmıştı. Hastanın yanına yaklaştı. Mancini’nin yüzünü net olarak göremedi, zira çatlatıcı baş ağrısı nedeniyle, ışıklar azaltılmıştı. Elini tutup, avuç içine bastırduğunda, diğer tüm doktorların kaçıracağı teşhisi koydu.

Tahminen hastaların hepsi Delgado'nun elini sıkmışlardı ama, Mancini'nin hamur gibi etli eli, Delgado'ya, ufak tefek işler yapan bir adamın elinden daha fazla anlam ifade etmişti.

Mancini'de akromegali vardı. Bu bozukluk, bir tümör hipofiz bezlerinin çok fazla büyüme hormonu salgılamasına neden olduğunda ortaya çıkar. Eller ve ayaklarda büyüme oluşur, yüz hatları daha keskinleşir. Beynin dibinde yer alan hipofiz bezlerine ana salgı bezleri de denir zira, hipofiz bezleri, tiroid ve adrenalin gibi diğer salgı bezlerine de hormon üretmeleri için emir veren bezlerdir. Hipofiz bezlerindeki tümör büyüdükçe, besleme damarlarını yırtabilir ve beyinde kanamaya neden olur. Buna hipofizer yetmezlik adı verilir. Göze giden sinirler, hipofiz bezlerinin yanından geçer. Bu da, Mancini'nin görme bozukluğunun nedenidir. Eğer kanama hipofiz bezlerinin harap olmasına neden olursa, vücuda artık sinyal gönderemez ve gerekli hormonların salgılanması durur. Adrenalin bezleri, hormonların en önemlilerinden biri olan kortizol salgılar. Bu olmadan, özellikle baskı altında - mesela ameliyat gibi - şoka maruz kalırlar.

Delgado, Mancini'ye koruyucu dozda kortikosteroid verdi ve yoğun bakıma kaldırıldı. Kanı boşaltmak için yapılan beyin ameliyatı başarılı geçti. Artık çalışan bir hipofiz bezi yoktu. Dolayısı ile Delgado eksik olan hormonların yerine ilaç yazdı: günlük alınacak tiroksin ve kortikosteroidlerin yanı sıra hipofiz bezlerinin kontrol ettiği testosteron da yazdı.

"Evde herşey yolunda mı, çocuklar nasıl?" diye sordu Delgado.

"Harika. Kızım önümüzdeki hafta liseye başlıyor." Mancini gülümsedi.

Delgado başını salladı. Reçete kağıdına yazdığı testosteron ilacı, Dugan'ın firması tarafından üretilen ilaç değildi.

Ertesi gün öğleden sonra, öğrencilerin vakaları kıdemli endokrinologların görüş bildirdikleri haftalık klinik konferansına katıldı. Bir saatin sonunda, Dr. Bert Foyer Delgado'ya yaklaştı. Foyer altmışlı yaşların sonunda, hem klinik hem de araştırmalarda faaliyet gösteren, hastanenin kıymetli

üyelerinden birisiydi. Uzmanlığı, değişik endokrin bozuklukları olan erkek hastalara testosteron yüklemesi idi.

“İyi vakalar vardı bugün” dedi Foyer.

Delgado da onayladı.

“Dün Rick Duggan’a rastladım” dedi Foyer. “Şuna birkaç dakika ayırmaz mısın?”

“Bert, hakikaten çok meşgulüm.” Aralarında oluşan suskunluk, Delgado’nun cevabını sona erdirdi.

O akşam evde, aynı hastanede cerrah olan kocası, Duggan’ın adını ortaya atarak Delgado’yu şaşırttı. “Beni mi arıyordu bilemiyorum ama,” dedi Delgado’nun kocası, “ameliyathaneden çıkarken koridordaydı.” Delgado kaşını kaldırdı. “Kendini tanıtarak, ‘Karınız neden benden hoşlanmıyor?’ diye sordu.” Delgado’nun kocası gülümsedi. “Birkaç espri yaptı ama, sadece omuz silktim. Bunun manası ne?”

Delgado’nun kocasının sorusuna cevap şu. Bazı ilaç fabrikaları, doktorların sağlık ve hastalık hakkında düşüncelerini değiştirebilmek için çok çabalamaktadırlar. Bu durumda, erkeklerdeki normal değişiklikler için ilaç üretiyorlar. Bu şirketler, testosteron ürünleri üretiyorlar; sadece rakipleri yerine kendi ürünlerinin reçetelere yazılmasını istemekle kalmıyor, aynı zamanda tıp biliminin yönlendirmesi dışında ilaç yazılmasını da istiyorlar. Delgado ile konuştuğumda, bir “fikir lideri” olarak, pazarlamacıların dilinde olduğundan Duggan’ın kendisini hedef olarak seçtiğini söyledi. Meşhur bir eğitim hastanesinde çalışmak, kendi uzmanlık alanında en iyi klinisyenlerden biri olarak tanınmak, yeni nesil doktorların eğitimini yönlendirmek, devamlı bir hasta sirkülasyonuna sahip olmak, kendi bulunduğu şehirde ve ötesinde klinik karar verme yöntemlerini etkiliyordu.

Duggan, kendisine erişebilmek, aslında kendi markasını öne sürebilmek için, klasik yaklaşım yöntemleri denedi. İlk önceleri hediyeler vererek başladı. Şekerleme ve yemek tekliflerinin yanısıra, hesap makineleri, masa

saati, kalemler gibi hediyeler getirdi. Delgado, bunları açılmamış şekilde sekreterinin masasında bıraktı. Duggan - iyi giyimli ve çapkın tavırlı bir tip olarak - daha sonra sekreterini tavladı. Sekreterinin desteği olmadan Delgado ile yüz yüze gelmesinin mümkün olmayacağını düşünüyordu. Delgado, sekreterinin satış temsilcisine olan düşkünlüğünü kibarca reddetti. Delgado bu yaklaşımları reddedince, Duggan baldan sirkeye dönuştü.

“Bana gerçekten hakaret ediyordu” dedi Delgado bana. “Beni zorlamaya çalışıyordu.

Bu taktik bazı doktorlar için geçerli olabilir ama, benim için işe yaramaz.”

Yemekte Delgado kocasına, Duggan’ın hangi markayı yazdığını bilmemesine çok şaşırdığını söyledi. Kocas, yakın zamanda bir iş dergisinde, ilaç şirketlerinin, doktorların reçete yazma alışkanlıklarını tespit edebilmek için, eczanelerle sözleşme imzaladıklarını okumuştı. Tabii ki, doktorların ilaçları kime yazdıklarını bilmiyorlardı ama, belli bir süre içinde, hangi ilaştan kaç tane yazdığını görebiliyorlardı. “Tamamen de kanunlara uygun” dedi Delgado’nun kocası.

“Ama benim hoşuma gitmiyor” dedi Delgado.

Delgado, Duggan’ın şirketinin, hediyelerden inatlaşmaya, oradan arkadaşı Dr. Foyer’i devreye sokmaya kadar her türlü baskıyı uyguladığını vurguladı.

“Bert için konunun para olayı olduğunu zannetmiyorum” dedi Delgado, her ne kadar Duggan’ın firması, Foyer’in bazı testosteron ilaçları konusunda yaptığı araştırmalara finansman sağlamış olsa da. “Sadece, inançlı olduğunu düşünüyorum.”

Uzun yıllar süresince, testosteron yenileme tedavisi pazarı çok geniş değildi. Doktorlar, yıllar boyu, Nick Mancini gibi, hipofiz bezleri çalışmayan, ya da ekstra X kromozomu ile doğan, gömülü yumurtalıkları gerektiği kadar hormon salgılayamayan ve Kleinfelter sendromu denilen bir

hastalığı olan kişileri tedavi ettiler. Önceleri yenileme tedavisince androjen hapları kullandılar, ama bunlar karaciğerlerde tahribata neden olabiliyordu. Daha sonra, kaslara iğne yöntemi denendi. Bu da, genellikle ruh halinde, cinsellik gücünde ve enerji seviyesinde de paralellikler gösteren, testosteron seviyesinde ani yükselmelere ve düşüşlere neden oldu. 1980'lerin sonunda, yeni bir ciltten uygulanan bant icat edildi. Bu bant, kontrollü ve güvenilir bir doz garanti ediyordu ama, bazen deride kaşınma yapabiliyordu veya uygulama sırasında bant düşebiliyordu. Sonuç olarak hormon, her erkeğin rahatça kullanabileceği bir forma getirildi: günde bir defa, omuzlar gibi, vücudun herhangi bir yerine sürülebilecek, renksiz bir jel. Bu tedaviyi basitleştirecek ve potansiyel pazarı genişletecekti - eğer bir grup erkeğin faydalandığı gösterilebilirse.

Rich Duggan Delgado'ya erişmeden birkaç ay önce, *Time* dergisinde iki sayfalık bir reklam vardı. Reklamda, bir arabanın benzin göstergesi görünüyor, yanında da şunlar yazıyordu: “Birkin mi hissediyorsunuz? Ruhi bunalımda mısınız? Cinsel arzu seviyeniz mi düşük? Belki de testosteronunuz bitmiş...” Reklam, “erkeklerin yaşları ilerledikçe, testosteron seviyeleri düşmektedir” diye devam ediyor ve testosteron yenileme tedavisi ile ilgili olarak doktorlarına başvurmalarını öneriyordu. Reklamın en sonunda, benzin göstergesi “Dolu” gösteriyordu.

Delgado, *Time*'daki reklamı görmüştü. Bir sürü reklamdan bir tanesi idi. Ertesi yıl boyunca, tıbbi dergilerde de, benzer reklamlar devam etti. Bunlardan bir tanesi, doktorlara, “muayene ettiğiniz hastalardan, komple klinik paketten faydalanabilecek düşük testosteron seviyesi olanları tespit edin” diye öneriyordu. Reklamda, “gelişmiş cinsel faaliyet” “gelişmiş ruh hali” ve “artmış kemik mineral yoğunluğu” sözcüklerinin yanısıra, sağlıklı ve mutlu görünen erkeklerin resimlerine yer verilmişti. Doktorlara, “düşük testosteron seviyelerini belirlemeleri” ve “testosteron seviyelerini normale getirmeleri” söyleniyordu.

Rick Duggan'ın işverenin rakibi olan bir ilaç şirketi, doktorların “normal”in altındaki testosteron seviyelerini tespit için kullanabilecekleri bir anket formu hazırladı. Bu erkeklerin, “erkek menopozuna” benzer bir durum yaşadıkları söylendi. Ama doktorlar, bu duruma andropoz yada PADAM - partial androgen deficiency in aging men-yaşlanan erkeklerde kısmi androjen eksikliği - adını verdiler. Sorulardan bazıları çok özeldi: cinsel arzu seviyesindeki düşüş mesela, erkek hormonlarındaki bir azalma ile bağdaştırılabildi. Diğer sorular daha geniş kapsamlıydı. Daha düşük bir enerji ve dayanma seviyesi mesela, erkeklik hormonunun yanısıra, daha değişik bozukluklardan kaynaklanıyor olabilirdi. Bazı sorular ise, çok daha geniş bir alana yayılabiliyordu. Adam hayattan daha mı az zevk alıyordu? Sinirli miydi? İşinde daha mı az verimliydi?

Akşam yemeğinden sonra uykuya mı dalıyordu? Delgado ile reklamı tartıştım. “Kim bazen akşam yemeğinden sonra uykuya dalmaz ki?” diye dikkatimi çekti Delgado. Sorunun, doktorların bir şekilde, erkeklerdeki düşük seviyedeki testosteronu tespit edebilmeleri için basit bir yöntem olduğunu düşündü. Elde bu sonuç olduğunda, doktor hastaya söylemek zorunda kalacaktı ve hasta da, hormon yazmasını bekleyecekti. Bu tıp bilimi mi yoksa pazarlama mı idi?

Erkekler yaşlandıkça, yumurtalıkları, hipofiz bezlerinden gelen sinyallere karşı duyusuzlaşır. Kırk yaşından sonra, bir erkeğin kanındaki testosteron seviyesi, her yıl ortalama yüzde 1.2 düşer. “Normal” testosteron seviyesi, yirmi yaşındaki bir erkeğin testosteron seviyesine eşittir. “Normal” açıklaması bile, endokrinoloji konusunda uzman olmayan bir doktoru yanıltabilir. Genç erkekler arasında, testosteron seviyesi gün boyunca değişiklik gösterebilir. Massachusetts Genel Hastanesinde endokrinoloji bölümü şefi olan Dr. William Crowley ve meslektaşısı Dr. Frances Hay, erkeklerde testosteron seviyesindeki düşüklüğün sonuçlarını araştırmaktadırlar. Dolayısı ile, yirmi yaşındaki sağlıklı bir grup erkeğin, yirmidört saat

boyunca her on dakikada bir kan örneklerini almışlardır. Ayrıca, yumurtalıklarının boyunu, ereksiyon kabiliyetini, sperm sayısını, kas ağırlığını ve hipofiz fonksiyonlarını da kontrol etmişlerdir. Erkekler tamamen sağlıklı olmalarına rağmen, yüzde 15’inde testosteron seviyelerinin, normal sayılabilecek seviyelerin alt sınırının çok altına - hatta yüzde 50’in altına - düştüğü tespit edilmiştir.

Altmış yaş ve üstü erkeklerde, testosteron seviyeleri bu normal aralığın çok altındadır. Bu düşüş, sağlıklarını ve fonksiyonlarını, testosteron yenileme tedavisi görmelerini gerektirecek kadar tehlikeye mi atmaktadır? Kısacası, erkek menopoza diye birşey mevcut mudur?

Karen Delgado ve pekçok diğer dahiliyeci ve endokrinoloğun tasalandıkları husus, doktorların nasıl düşünmeleri gerektiğini değiştirmeye yönelik organize çalışma - yaşlanma ve hayat şartlarından doğan normal değişiklikleri klinik bozukluk olarak göstermeye çalışmak. Bu konuda, ilaç fabrikaları, normal yaşlanma işlemini bir bozukluk olarak göstermek istemektedirler. Diğer durumlarda, kişilik kavramları ve tavırları, dar sınırlı bir standarttan farklı ise, ilaç tedavisi gerektiren psikolojik hastalık olarak gösterilmek istenmektedir. Tabii ki, alıkoyucu korkuları yüzünden arkadaşlık kuramayan çocuklar ve yetişkinler mevcuttur ama, sadece utangaç olan bazı çocuklara sosyal etkinlik bozukluğu etiketi yapıştırılarak, güçlü psikotropik ilaçlar verilmektedir. Olağan dışı yoğunluk ve hassasiyetle çalışan, bir görevi bırakmak istemeyen ve bir hata yapmaktan çekinen diğerleri ise, obsessif-kompresif bozukluk tanısı konularak ilaç tedavisine başlanmaktadır.

Delgado’nun alanında, testosteron yaşlanma için ilaç tedavisi yapılan en son iksir. Menopoz sonrası reçetelere östrojen yazılmasının temeli, 1960’lı yıllarda Dr. Robert A. Wilson tarafından yazılan *Feminine Forever* - Son-suza kadar Dişilik kitabına dayanır. Daha sonraları, östrojen üreten fabrikanın, Dr. Wilson’a kitabı yazması için para ödediği ortaya çıkmıştı. Bazı-

ları, dışilerdeki menopozun biyolojik analizi ve sonuçlarının tamamlayıcı tedavi yöntemleri ile nasıl giderileceği hakkındaki savların, klinik tedavi amaçlı bir yöntem değil, pazarlama amaçlı bir bildiri olduğunun farkına varabildi.

Geçtiğimiz son on yıl içinde, umuma yönelik yapılan pazarlama çalışmaları, yaşlanan erkeklerde ve menopoz sonrası kadınlarda olduğu gibi, her ne kadar ilacın o hastalık için faydalı olduğu kanıtlanmamış olsa dahi, hastaların doktorlarından o ilacın yazılmasını istemelerini körüklemektedir. Birleşik Devletlerde, belli bir amaçla bir ilacın satışı onaylandıktan sonra, doktorlar o ilacı herhangi bir klinik durum için reçetelerine yazabilirler. Gıda ve İlaç Dairesi, Nick Mancini gibi hipofiz bezleri artık yumurtalıklarına hormon üretmesi için sinyal veremediği durumlarda veya ekstra X kromozomu gibi doğuştan gelen bozuklukları olan hastalarda, Rick Duggan'ın pazarladığı türde ürünlerin kullanıldığı testosteron yenileme tedavisini onaylamıştır. Bu tür bozukluklar, nadir görülürler; sayıları sadece onbinlerce hastayı bulur. Ancak, Birleşik Devletlerde, yaşı ellinin üzerinde olan neredeyse kırk milyon erkek vardır. Eğer doktorlar, testosteron seviyeleri normalin altına düşen erkeklere reçete yazmış olsalardı, pazar payı milyarlarca dolara erişecekti. Her ne kadar Gıda ve İlaç Dairesi, ilaç şirketlerinin, onaylandıkları amaç dışında ilaçlarının reklamlarını yapmalarını yasaklamışsa da, firmalar değişik stratejiler kullanabilmektedirler. *Time* dergisindeki reklamlar, testosteron eksikliği “durumundan”, ilaç adı verilmeden “bilgilendirme” amaçlı olarak yayınlanmıştı. Reklamın amacını tamamlamak için de, ilaç şirketleri, Bert Foyer gibi üstatlarını ve öğrencilerini etkileyebilecek “fikir liderlerini” listelerine almıştı.

Gıda ve İlaç Dairesi'nin doktorlara verdiği ilaç yazma serbestliğinin klinik yararları olabilir. Kendi alanım olan onkolojide, belli bir kanser türü için onaylanan ilaçlar - erkek yumurtalıklardaki karsinoma için cisplatin ve pankreas kanseri için gemcitabine - daha geniş bir etki alanı içermektedir-

ler. Kadınlarda yumurtalık kanseri için platin bazlı cisplatin tedavisi ve akciğer ve meme kanserlerinde gemcitabine fayda sağlamıştır. Bir ilaç firması, yasal olarak Gıda ve İlaç Dairesi tarafından onaylanan uygulamalar dışında ürünün faydalarını görebilmek için klinik demeler yapabilir. Eğer veriler fayda sağladığını gösterirse, onaylanan tedavinin kapsamını genişletmesi için Gıda ve İlaç Dairesine başvurabilirler. Sorun, pazarlama tıbbın önüne geçtiğinde ortaya çıkıyor - tedaviyi destekleyen veriler zayıf, çelişkili ve hatta olumsuz olduğunda. O zaman, satış, delil yetersizliğine rağmen baskı uygulayan fikir liderlerine bağlı kalmaktadır.

Andropozun mevcudiyeti ispat edilmemiştir. Anketteki basit belirtileri gösteren testosteron seviyeleri çok az düşüklük gösteren erkekler üzerinde yapılan testosteron yenileme tedavileri ikna edici yararlar sağlamamıştır. Tedavi, pekçok kas grubunda belirli bir güçlenme göstermemiştir; iddia edildiği gibi, cinsel gücü ve enerjiyi de arttırmamıştır. Ulusal Sağlık Enstitüleri tarafından düzenlenen bir panel, andropoz hipotezinin hiçbir bilimsel temeli olmadığı kararına varmıştır. Gene de, testosteron yenileme tedavileri için yazılan reçetelerin sayısı, Nick Mancini gibi belirgin bir bozukluğu olan hastalar için yazılan reçetelerin çok ötesinde, hızla artmaktadır. Tek amaçları kar olan ilaç firmaları, doktorların düşüncelerini neyin hastalık olduğuna ve ne şekilde tedavi edilmesi gerektiğine yönlendirebilmektedir.

1998'de, kendi klinik durumumdan dolayı, yeni bir ilaç ailesine aşık oldum. Başarısız bir bel kemiği ameliyatının kurbanı olmuştum ve en sevdiğim spor olan uzun mesafe koşusunu yapmamı imkansız kılan kronik artrit belirtiler oluşmuştu. Ne zaman koşmaya başlasam, sırtımın alt bölgesinde kasılmalar başlıyor ve kalçalarım doğru acı veriyordu. İstemeyerek, koşu yapmayı bıraktım. Her ne kadar yüzdüysem ve bisiklete bindiysem de, kaybımı hiçbir zaman telafi edemedim. Sonra, Romanolog olan bir meslektaşım, o zamanlar geliştirilmekte olan mükemmel bir anti-

enflamatuvar ilaçtan bahsetti: sonunda Celebrex ve Vioxx tarafından pazarlanan cox-2 inhibitörlerinden. Bu inhibitörleri araştırmaya başladım ve tekrar en sevdiğim sporu yapabilme sevdasına kapıldım. Bu sevdam o kadar ileriye ki, sonunda *The New Yorker*'da "Superaspirin" adlı makalemi yayınladım. Makale, Celebrex tarafından son altı ayda kronik artirit hastaları üzerinde yapılan çalışmaların verileri üzerine kurulmuştu. *The New Yorker* yazım bir takım uyarılar içerse de, bütününde artirit tedavisi için örnek teşkil edecek bir yöntemin habercisiydi. Makaleyi bir fanatizm ile bitirdim. Cox-2 inhibitörlerini aldıktan sonra, spor ayakkabılarımın bağcıklarını bağlayacak ve tekrar koşabilecektim.

Dolayısı ile, Dr. Foyer'in testosteron için düşkünlüğü benimkine çok benziyordu, benim eğer tersi olmazsa, bel kemiğimdeki bozuklukları bastırarak bir yol olduğuna inancımın ve arzumun aynasıydı. Tabii, cox-2 inhibitörlerinin hikayesi bu yönde son bulmadı. Her ne kadar bazı hastalar bu ilaçtan belirgin bir fayda sağladılarsa da, sonuçları proxen ve ibuprofen gibi gibi diğer anti-enflamatuvarlarla karşılaştırıldığında, çok farklı değildi. En çok fayda sağlayan hastalar, geçmişte mide barsak kanalı sorunları olan hastalardı, zira tamamen yok olmasa da, diğer anti-enflamatuvar ilaçlarla kıyaslandığında, mide rahatsızlığı yan etkisi azaltılmıştı. Ama, belirli bir toksik etkisi olmayacağı ve tedavide yeni bir çığır açacağı varsayımı yanlış çıktı. Daha kapsamlı yapılan çalışmalarda, cox-2 enziminin kana karışması nedeni ile, kan damarlarında oluşan değişiklikten dolayı çok az ama belirgin kalp krizi veya beyin kanaması riski olduğu ortaya çıktı.

Celebrex ve Vioxx ile ilgili bir hayalim de, Alzheimer hastalığına karşı korumaya yardımcı olabilmesiydi. Bir varsayım da, beyin hasarının enflamasyon nedeni ile oluştuğu ve dolayısı ile anti-enflamatuvar ilaçların faydalı olacağı idi. Büyükbabam, Max Sherman, büyürken hayatımda çok önemli rolü olan bir insandır. Postanede çalışır ve bize Teddy Roosevelt ve Rough Riderlarla geçirdiği maceraları anlatırdı. Sadece yıllar sonra, bir Ro-

ugh Rider olabilmek için çok genç olduğunu fark edebildim ama, o zamanlar hayallerimi bir yaşayan tarih ve aile gururu olarak süslemişti.

Büyükanneimin ölümünden az sonra, büyükbabam Max'in tavırları değişti. Somurtkan ve içine kapanık bir hal aldı. Önceleri, depresyonda olduğunu düşündük. Ama daha sonraları suratsız tavırları, arada sırada hem sözlü hem de fiziksel olarak saldırganlığa dönüştü. Büyükbabam hayatta tanıdığım en tatlı ve en kibar insandı. Bu tür tavırlar kendisine ve ailesine çok yabancıydı. Sonunda Alzheimer hastalığı olduğu ortaya çıktı ve bir enstitüye kaldırıldı. Öldüğünde hiçbirimizi tanıyamıyordu. Pekçok ailenin, özellikle benim ailemin, korku duyduğu Alzheimer hastalığından, devamlı olarak her gün cox-2 gibi emniyetli bir ilaç alarak korunma önyargısı, sadece benim tekrar koşmamı sağlamakla kalmayıp, büyükbabamı alan hastalıktan koruması fikri çok çekici geldi - o kadar çekici geldi ki, kritik düşünmemi körleştirdi. Karen Delgado'nun defalarca hastalarına işaret ettiği gibi, bir ilacın gelip, hiçbir zararlı etkisi olmadan, insanı mucizevi bir şekilde yaşlanma sonuçlarını tersine çevirmesi, çok görülen bir yanılgıdır. Şimdi bildiğimiz gibi, cox-2 inhibitörler hakkında bütün veriler umuma açılmamıştı. Eldeki verilerle öneride bulunmak anlaşılır olmakla birlikte, birinin arzuları ya da ilaç pazarlamacılarının etkileri ile bir sonuca varmadan önce, uzun süreli ve geniş kapsamlı değerlendirmelerin sonuçlarını bekleme mantığını gösterebilmek gerekir.

Onlarca yıldır, menopoz sonrası östrojen tedavisi ile ilgili verilerin çoğu, Harvard Üniversitesi tarafından finanse edilen ve 1976'dan beri süregelen Hemşirelerin Sağlık Çalışmalarından elde edilmiştir. Bu, adına inceleme çalışması denilen, pekçok sayıda hemşirenin her gün hangi ilaçları aldıklarını, ne yediklerini ve ne yaptıklarını rapor ettikleri bir çalışma idi. Bu raporlardan araştırmacılar, neyin sağlıklı bir faaliyet olduğu, neyin olmadığı sonuçlarını çıkartıyorlar. İnceleme çalışmaları faydalı bilgiler elde etmek için

faydalı olabilir ama, aynı zamanda yanlış yönlendirici de olabilir. Gizli taraftarlık nedeni ile bazı katılımcılar sağlık ve hastalık ile ilgili belli faktörleri rapor etmeyebilirler. Ciddi beklentili bir hem ilaçlı tedavi hem de plasebolu yöntemleri kapsayan bir deneme, hemen her zaman, bir inceleme çalışmasından daha güvenilir veriler elde edilmesini sağlar. 1991’de Ulusal Sağlık Hareketi desteğiyle kurulan, onbeş binden fazla kadını kapsayan Kadın Sağlık Hareketi, hormon yenileme tedavisinin faydalarını ve risklerini inceleyen beklentili bir deneme idi. Çalışma onbeş yıl sürecekti ama, östrojen ve progesteron gibi hormonların, menopozdaki sağlıklı kadınlarda meme kanseri riskini arttırdığının bağımsız bir uzmanlar kurulu tarafından tespit edilmesi üzerine durduruldu. Hormon alan ve plasebo ilaçları kullanan kadınlar arasında yapılan karşılaştırmada, hormon kullanan kadınlarda daha sık koroner kalp hastalıkları, beyin kanaması ve pulmoner emboli olayları görüldü. Bu sonuçlar, Hemşirelerin Sağlık Çalışmalarından gelen geleneksel bilgiğe gölge düşürdü.

Ancak, Kadın Sağlık Hareketi sonuçlarının 2002’de yayınlanmasından önce dahi, yaşlanan kadınların kalp hastalıklarından, beyin kanamasından ve Alzheimer hastalığından korunması için östrojen almaları fikrine karşı çıkan diğer veriler de vardı. “Framingham Çalışmasının östrojen alan kadınlarda kalp hastalıklarını göstermemesi beni her zaman kuşkulandırmıştır” dedi Delgado. Framingham Kalp Çalışması, büyük, uzun süreli bir arteroskleroz (damar sertliği) ve kalp hastalıklarının risk faktörlerini inceleyen bir çalışmaydı. Aynı zamanda, “aykırı” bir çalışmaydı, çünkü Hemşirelerin Sağlık Çalışması ile çelişiyordu. “Yıllar boyunca bu soru kafamda duruyordu” dedi. Ama, çoğu meslektaşının tersine, gözardı etmedi. Bunun sonucu olarak, ortaya Kalp ve Östrojen/Progesteron Yenileme Araştırması (KOPYA) çıktı. Bir ilaç firması, yaşlı kadınlarda ikinci kalp krizi geçirme riskinin östrojen kullanarak azalacağını tespit edilmesi umudu ile bu çalışmaya destek verdi. Ancak sonuçlar, tam tersini gösterdi. Gene de

bu olumsuz sonuçlar, bazı doktorların östrojen yazmalarını yavaşlatmadı. Güçlü bir pazarlama dalgası önündeki her engeli yıkıp geçiyor gibiydi.

2006 yılının başlarında *Wall Street Journal*'da şu başlık görüldü: "Kadın Sağlığı Araştırmalarında, Tasarım Hataları Sorun Çıkartıyor" . Bir *New York Times* başlığı da şöyle diyordu: "Hormonlar Hakkında Düşünüyor. Tekrar." Başlıklar, dikkat çekmek içindir, ama zihinlerde yanlış düşünceler de oluşturabilirler. *Kadın Sağlığı Gazetesi*, Hemşirelerin Sağlık Çalışmasından bazı verilere de yer verdi. Her ne kadar makalenin nerede yayınlandığına bakılmaması gerekirse de, klinik tıpta belli bir seçim sırası vardır. *The New England Journal of Medicine* ve *Journal of the American Medical Association (JAMA)* en başı çekenlerdir. Benim kendi uzmanlık alanımda, *Annals of Internal Medicine*, *Blood* ve *Journal of Clinical Oncology* en prestijlileridir. Araştırmacılar, ilan edecekleri ciddi ve sarsıcı verileri olduğunda, bu önemli dergilerden birinde yayınlamaya çalışırlar. Aynı nedenden dolayı, bu dergiler, listelerine ekleyecek titiz çalışmalar isterler.

Kadın Sağlık Hareketi ve KOPYA çalışmaları *New England Journal of Medicine* ve *JAMA*'da yayınlanmışlardı. Hemşirelerin Sağlık Çalışması ile ilgili ilk makaleler de bu dergilerde yayınlanmıştı ama, kendi kendini raporlama ve diğer taraflı yönlerden dolayı, bu makalelerin geçerliliği kaybolmuştu. Medya, sadece çelişkili değil, aynı zamanda okuyucularına çekici gelen haberleri takip etme açlığı gösterir. Hormon yenileme tedavisi de, çöpe atılacak parası olan seyircileri çekecek bir konuydu. Gazeteciler, haber yazılarında konuyu hassasiyetle aktardılar: hormon tedavisine menopoza girdikten hemen sonra başlayan kadınlar, koroner kalp hastalıkları riskini yüzde 30 civarında azalttılar. Bu gözlem, kadınların hormon tedavisine ellili yaşlarda, menopozun başlangıcında başlaması gerektiği varsayımını ortaya çıkarttı. Kadın Sağlık Hareketindeki katılımcıların ortalama yaşı - altmışdört - kalplerini korumak için yetersiz kalmalarının nedeni olabilirdi.

Yazılar, tıp kültürünün kaygan içyüzünü gösterdiler. Nerede ayakta dur-

duğunuz, nerede oturduğunuza bağlıdır: uzmanlık dalınız konumunuzu etkileyebilir, hatta belirleyebilir. Bu durumda, jinekologlar ve kardiyologlar muhalif oldular. Genellikle kadınlar için ilk baktırdıkları doktorlar olan ve onlarca yıldır östrojen tedavisini hastalarına devamlı uygulamakta olan jinekologlar, her ne kadar çok belirgin olmadıklarını kabul etseler de, Hemşirelerin Sağlık Çalışması sonuçlarına dört elle sarıldılar. Yale’de kadın ve doğum hastalıkları klinik profesörü olan Dr. Mary Jane Minkin, *New York Times*’a şöyle dedi: “Şahsen, kalbimin derinliklerinden, bir faydası olduğunu düşünüyorum.” Dr. Minkin, östrojen üreten ilaç şirketlerinin ücretli danışmanı ve konuşmacısı olduğunu ve kendisinin de hormon kullandığını da açıkladı.

Delgado, Minkin’in saptamalarını, Dr. Foyer’inkilere benzetti. “Minkin de inançlı” dedi. Delgado, Minkin’in “inanış” nedeninin para olmadığını düşünüyordu. Ama nedeni bilim miydi? Yale gibi prestijli bir üniversitenin tıp fakültesindeki bir profesörden “kalbimin derinliklerinden” sözünü duyan bir hasta, tedaviye o derece derinden inanır ki, derhal benimser - bunun çok güçlü bir etkisi vardır. “Bu doktorların ilaç şirketleri için kendilerini sattıklarına inanmıyorum” dedi Delgado. Daha ziyade, bilerek değil, inanarak konuşuyorlar. Doktorlar arasında bu derece inançlılarını görmek çok nadir bir olay değil.

Okuyucuların çoğu, konu başlıklarından ya da ilk paragraftan ileri gitmezler. Ayrıca, meslekten olmayan kişiler için konularında yetkili oldukları kesin olan kişilerden gelen saptamaları değerlendirmek olanaksızdır. Örneğin, *Times*’ın yazısının sonlarında, Yale’deki Kadın ve Doğum Hastalıkları ve Yenileme Bilimleri Bölümü emekli Başkanı olan Dr. Frederick Naftolin, Kadın Sağlık hareketinin verilerine, önsezgisizlik olarak karşı çıkmaktadır. “Kadınlardaki östrojen seviyesinin düşüşü ile kalp-damar hastalıklarının artışı bağdaştırılamaz” demektedir Dr. Naftolin. “Dola-

yısı ile, neden östrojen seviyesini üretken sınırlar dahilinde tutarak bunun kalp hastalıkları için koruyucu olup olmadığına bakmıyorsunuz?

Buna cevaben, kardiyologlar bu teorenin geçerliliğini yitirdiğini savunuyorlar. KOPYA denemesinin baş müfettişi olan Dr. Deborah Grady, “Arterioskleroz, menopoz yaşından çok önce başlar” dedi. “Üstüne üstlük, bir sürü yan etkileri arasında kan pıhtıları oluşturmak olan bir yöntemi neden koruyucu tedavi olarak isteyesiniz ki? Bu insanlar, ne olursa olsun inkar etmek istemedikleri bir teoriyi savunuyorlar.” New York’ta Weill Tıp Fakültesinde kardiyolog ve klinik tıp profesörü olan Richard M. Fuchs, benzer bir fikri savundu. “Hormon tedavisinin kalp hastalıklarına karşı koruma sağladığı yönünde herhangi bir belirli delil yok. Buna karşılık, kalp hastalıklarını ve beyin kanaması, pulmoner emboli ve meme kanserini arttırdığına dair yeterince delil var” dedi Dr. Fuchs. “Benim önerim, bütün kadınlar bu tedaviden vazgeçmeli.”

“Doğanın bu kadar yanılabilirliği mantıklı gelmedi” dedi Delgado, kadınların menopoz sonrası hormon seviyelerinde devamlı olarak düşmesi konusunda sohbet ederken.

“Her kadının aynı ilaçları alması da mantıklı gelmedi. Her bir hasta bireysel olarak ele alınmalı ve neyin koruyucu olduğuna bireysel olarak karar verilmeli.” Herkese uyabilen tek beden yaklaşımı reçetelerde hatalı bulundu. Her ne kadar Delgado Ulusal Sağlık Kurumu tarafından desteklenen Kadın Sağlık Hareketi tarafından haklı çıkarıldığını düşünse de, tek bir hormonun kadının biyolojik gençliğini geri getirebileceğini mantıklı bulmuyor.

Delgado Kadın Sağlık Hareketinin östrojeni tamamen suçladığını düşünmüyor. Hala, faydalanacağını düşündüğü hastalarına östrojen tedavisi uyguluyor. “Bilgiyi tartmalısın” dedi bana. “Riskleri değerlendirirsin ve sonra bir takım tavizler verirsin.” Örneğin, yakınlarda, annesi meme kanseri olmuş, sıcaklanmalar hisseden menopoz başlangıcında bir kadına bak-

mişti. Östrojenlerin meme kanserini tetiklediği biliniyor, bu tür bir aile geçmişi de şüphe doğurur. Ama, kadının belirtileri o kadar güçlüydü ki, ne çalışabiliyor, ne de insan içine çıkabiliyordu. “Bu dönemi atlatması için östrojen kullanmasını önerdim,” dedi Delgado. Hastaya, verilen tavizleri detaylı olarak açıkladı. Hormon tedavisi önermeden önce, yakından kontrol edilse dahi meme kanserinin başlayabileceğini vurguladı. İlâveten, hormonların yakın zamanda bırakılacağını umduğunu söyledi. Kolay bir karar değildi, basit bir taviz de değildi ama bu tür seçimler nadiren kolaydır.

Dolayısı ile Delgado, bu tür akut menopoz belirtileri olan hastaları için, yaşam değişimleri geçene kadar, kısa süreli olarak, östrojen yazıyor. Sonra, tedaviye devam etmek için net bir gereksinim yoksa veya başka bir alternatif olmadıkça, tedaviyi durduruyor. “Hormonlar gençlik pınarı değildir” dedi Delgado, her ne kadar medya ve bazı doktorlar tarafından devamlı didiklense de. Östrojen gibi bir hormonun yaşlanmaya dayalı kalp hastalıkları ve hafıza kaybı gibi sonuçlara çare bulabileceğini düşünmek, “bana mantıklı gelmiyor” dedi. Yaşlanmanın biyolojisi, pekçok fizyolojik sistemi ve birçok molekülde değişimi ihtiva eder. Östrojen gibi tek bir moleküle bağlı kalmak, hem saflıktır, hem de Kadın Sağlık Hareketi çalışmasında görüldüğü gibi tehlikeli. “Hem hastalarda, hem de doktorlarda, karmaşık bir soruna basit bir çözüm bulma eğilimi oluyor” diye sonlandırdı Delgado.

Douglas Watson, otuz yıldır ilaç endüstrisinde üst düzey yöneticilik yapmış ve İsviçre kökenli Novartis AG’nin Birleşik Devletler yan kuruluşu olan Novartis Corporation’ın yönetim kurulu başkanlığı ve CEO’luğuna getirilmiş bir kişiydi. Etik ve verilere dayalı çalışmayı seven bir kişi olduğunu bildiğim Watson ile, ilaç sanayinin bu üst düzey yöneticisinin bakış açısını öğrenmek için görüştüm. Watson İskoç kökenlidir ve birçok yurttaşı gibi dobra ve doğru sözlüdür. İngiltere’de Cambridge Üniversitesinde matematik okumuş ve sonra 1999’da Novartis firmasından erken emekli olana kadar büyük ilaç firmalarının kademelerinde hızla yükselmiştir. Watson bir

keresinde, dikkatimi çeken bir saptama yaptı: eğer yeni bir ilaç, klinik şartlarda iyileştirme etkisi veya yan etkilerinin düşüklüğü ile kullanma emniyetinde, dikkati çeker bir gelişme sağlıyorsa, o takdirde doktorların bu ilacı denemesini sağlamak için istatistik jimnastiği yapmaya gerek yoktur. “Pazarlamada benim amacım, doktorun yeni tedaviyi bir veya iki hastasında denemesidir - ve bir veya iki diyorum, yüzlercesi değil” dedi. “Doktorun bu bir iki hasta üzerinde olumlu deneyim yaşamasını, yararlı sonuçlarını görmesini dileriz. Bu şekilde, doktor tedaviyi nasıl yapması gerektiğini görür ve standart tedavisinde rahatlıkla kullanır.”

Watson, pazarlama araştırmalarının, bir doktorun iki düzine civarında değişik ilaç yazdığını ve bunların çoğunun, eğitimlerini onlarca yıl önce tamamlamış olsalar dahi, eğitimi sırasında ya da hemen sonrası benimsendiğini söyledi. Bir çok doktor, tedavinin kontrolleri altında olduğunu hissetmek ister ve bu kontrol hissi o belirli ilaçla elde edilmiş uzun yıllara dayanan tecrübeden gelir. Aslında, genellikle mesela yüksek tansiyon ve artrit için en yeni ilacı yazmaya gerek yoktur. Çünkü, bu hastalıklar için çoğu tedaviler, ya daha öncekilerin benzeridir ya da çok az bir ek fayda sağlamaktadır. “İki üç nesil boyunca bu tür ‘marjinal gelişme sağlayan’ - bu tür ilaçlar için benim tabirim - vardır ama klinisyen, haklı olarak hala yeterli bakımı sağlayan eski altınlarına sadık kalır.” Watson bir kahkaha attı. “Bu konuda, iki bakış açım var. Bir iş adamı olarak, çıldırtabilir, zira size bir ürün satmaya çalışıyorum. Kendim bir hasta olarak ise, çok akılcı, çünkü iyileşmek için genellikle en son ve en iyi ilaca ihtiyacım olmaz.”

“Artrit ağrıları için kullanılan antienflamatuvarlarda müşteri memnuniyeti çok düşük” diye devam etti Watson, “seni yakından ilgilendiren bir konu bu Jerry.” Uzun süredir devam eden sırt ağrılarımı biliyordu. “Yeni bir artrit ilacı geliştirildiğinde, pazara hızlı bir yayılımı olur. İnsanlar ‘Şu anda kullandığım ilaç bir işe yaramıyor, bir de şu yeni ilacı deneyeyim’ diye düşünürler.” Genellikle altı ay içinde, dedi Watson, bu yeni anti-artrit ilacın

kazanacağı pazar payı kazanılmıştır. “Herkes ve kardeşleri, doktorlarına koşar ve ‘TV’de Celebrex veya Vioxx için şu reklamı gördüm’ derler” diye devam etti Watson, “doktorlar da, hastalarının artritinde ciddi bir gelişme olmadığını düşünerek, yeni ilacı yazmaya hazırdır.” Eğer reklam bir tansiyon ilacı için olmuş olsaydı, o zaman, dedi Watson, “bu günün ilaçları, çünkü ilaçlardan söz etmiyorum, insanların çoğu için tansiyonu gayet iyi kontrol altında tutmaktadır” doktorlar, hastalar istese dahi, yeni bir ilacı denemek için daha tutucu olacaktıdır.

Watson, Viagra gibi, testosteron yenileme tedavisini de ilaç endüstrisinin değişen kültür değerleri üzerine kurulmuş bir kapütülasyon olarak görmektedir. “Ben büyürken, cinsel faaliyetler yemek masası sohbet konusu değildi” dedi. “Yirmi yıl önce bile, cinsellik hakkında beklentilerin bugünkü gibi olduğundan emin değilim. Testosteron, Viagra ve diğer ilaçların reçeteye yazılması, toplumdaki değişim ile körükleniyor ve erkeklerin kullanımını genelde “ihtiyaç” kelimesi ile bağdaşmıyor.” Watson bir kahkaha ile, Viagra geliştirilirken, potansiyeli hakkında çok az fikri olduğunu itiraf etti. Kafasında, penisindeki sinirler hasar görmüş ya da pelvik radyasyon veya cerrahiye maruz kalmış kısıtlı sayıda insanın kullanacağını düşünmüştü. Çok sayıda erkeğin, bu ilacı açık bir tıbbi gereksinimden değil de, reaksiyonel olarak kullanacağını hiç düşünmemişti. “Kim Bob Dole’un televizyona çıkıp viagra hakkında konuşacağını düşünebilirdi ki?” Dole’un rol aldığı reklamlar, Watson’ın görüşüne göre, halk arasında büyük bir etki yaptı ve dalga etkisiyle multi milyar dolarlık pazar payını doğurdu. Kansaslı, politikaları genelde tutucu olan ve dinamik, güzel bir karısı olan savaş kahramanı bu ilacı kullanabiliyorsa, herkes kendi cinsel yaşamını geliştirmek için rahatlıkla kullanabilirdi. Testosteron ile Viagra gibi ilaçlar arasındaki kesin fark, viagra güçlü bir ereksiyon gibi açık bir fiziksel etki yaratırken, testosteron üzerine yapılan çalışmalarda, ilaçsız yapılan denemelerle karşılaştırıldığında, gelişmiş cinsel istek görülmedi.

Watson'a ilaçların "etik pazarlanması konusunda görüşlerini sordugunda, belli bir etkin maddenin potansiyel faydaları ve yan etkileri hakkında doktorların doğru olarak eğitilmesinin pazarlamanın ana hedefi olması gerektiğini söyledi. Çoğu doktorun, yeni ilaçlar hakkında bilgileri ilaç endüstrisinden öğrendiğini söyledi. "Yeni bir ilaç hakkında derinliğine bilgi toplamak için zaman ve çaba harcayan doktor, istisnadır" diye belirtti. Araştırmalar da, bu saptamanın doğruluğunu desteklemektedir. Bu nedenle, kendi kendilerine verileri değerlendirmeye çok az zamanı olan meşgul doktorlara, tedaviyi uygun biçimde olması gerektiği şekilde klinik çerçeveye oturtabilmeleri için gerekli tüm eğitim malzemeleri verilmelidir. "İyi bir satış temsilcisi, doktorun ilgisini ilaç hakkındaki kritik noktalarda toplayacaktır. Sonra da doktor, ilacın içindeki prospektüsü ve temsilcinin kendisine bıraktığı belgeleri okuyarak, kritik noktaları ortaya çıkarması ümit edilir." Endüstri sadece satış yapmak yerine, doktorları eğitmelidir.

"Satış yapmıyormuşuz gibi davranmak istemiyorum, çünkü yapıyoruz," dedi Watson. "Ancak, iyi bir ürünü olan etik bir şirket, öncelikle doktorlara bu ilacı nasıl kullanmaları gerektiğini öğretmelidir." Bu yaklaşımda, mali olarak da fayda vardır. Doktor bir ilacı daha iyi anlayarak, daha çok "denemeye" meyilli olur ve doğru olarak dener. "İyi bir ürünün doğru hastaya verilmesini isteriz. Eğer doğru olarak verilmemişse, o zaman ya işe yaramaz, ya da beklenmeyen yan etkiler gösterir, ki bu hasta açısından en son istediğimiz şeydir ve doktorun ilgisini yok eder."

"Açık konuşmak gerekirse, bazı doktorlar, zayıf karakterli korkaklardır. Bir hasta, dizinde ağrı olduğunu söyleyerek gelirse ve doktor eğer ilaç yazmazsa, hastanın yol üzerinde ilaç yazacak başka bir doktora gideceğinden şüphelenerek, bir reçete yazar - ve boşluğu o anda reklamı yapılan en son ilaçla doldurabilir" dedi Watson. Diğer doktorlar, halka sunulan reklamlara cevaben, "kendi kendilerine 'Bu ilacı istiyor, başka bir ilaç da yazabilirdim ama, nasıl olsa fark etmez, o zaman isteğini yerine getireyim' diye dü-

şünürler” şeklinde devam etti. Bu, bazı ilaç firmalarının, “çoğunluğun yönettiği” arenada, tıbbi temelde hak etmedikleri talebi yaratmak için gösterdikleri çaba, görebileceğiniz “gerçek pazarlama”dır. Watson’ın bu sözleri, aklıma, normal asit düzenleyici haplar da, çok daha düşük fiyatla, aynı işi görebilmesine rağmen, reklamları yapılan hazımsızlık tabletlerini getirdi. Watson, markaları değişik olmasına rağmen, pekçok jenerik ilacın aynı derecede etkili ve güvenli olduklarını ve büyük tasarruflar sağlayabileceklerini bildirdi. Ama, şirketler jenerik ilaçları pazarlamada hırçın davranmakta ve doktorların tavırlarını belirleyebilmek için hediye ve avantajlar vermektedirler. “Söyleyebilirim ki, eğer bir doktor, temsilcinin biri kendisine bir Mont Blanc kalem hediye etti diye, benim için çok pahalı bir ilaç yazıyorsa, o doktor benim için kıymetli değildir.”

Watson ile olan görüşmemden kısa bir süre sonra, tanıdığım bir cerrahla konuştum. Tesadüf bu ki, ertesi gün tıbbi bir konferansa katılmak üzere Colorado’da kayak gezisine gidiyordu. Gezinin tüm masrafları - uçak parası, otel, yemek, içmek ve konferansa kayıt ücreti - ameliyathanede sıkça kullanılan cerrahi aletler üreten bir firma tarafından karşılanıyordu. Bu bir Mont Blanc kalem değildi. Seyahat binlerce dolar tutuyordu.

“Bunun firmanın ürünlerini şu anda kullandığımdan daha fazla kullanmamı sağlayacağını düşünmüyorum” diye iddia etti. Ben, bundan şüpheli olduğumu söyledim. “Aslında” diye cevapladı, “işimi ortadan ikiye bölüyorum. Yarisında bu firmanın ürünlerini kullanıyorum, diğer yarisında rakiplerinin.” Böylece, her iki gemiyi de kıyıda tutarak, daha fazla avantaja elde ettiğini söyleyerek güldü.

Bahsetmediği şeydi ki, acaba her iki firmanında ürünlerini kullanarak yaptığı ameliyatlara acaba ilk etapta gerçekten gerekli miydi. Bazen, belli ameliyatlara için ödenen yüksek ücretler ve cerrahi aletler üreten firmaların bonkörlükleri bir araya geldiğinde, gereksiz ameliyatlara artışına neden olmaktadır. Belkemiği kaynaştırma ameliyatları bu örneklerden birisidir.

Kronik bel ağrıları için yapılan ameliyatlardaki çelişkiyi anlamak için tarihsel bir bakış açısı faydalı olacaktır. Cerrahlar, uygulanması gereken bir dizi işlem sıraladılar, ama sonuç etkisiz denemezse de, moral bozucu oldu. 1950’lerde, kalbe bağlı göğüs ağrısı ve koroner damar rahatsızlığı olan hastalar, göğüs kemiğinin altından geçen damarın bağlanması ameliyatı geçiriyorlardı. O zamanlarda, doktorlar, bu şekilde, koroner damardaki tıkanıklıklar nedeniyle yeterince kanla beslenemeyen kalbe kan akışının artacağına inanıyorlardı. Sonra, bu on yılın sonunda, klinik bir deneme, yalandan bir ameliyat geçiren hastaların da, kendilerini gerçek ameliyat geçiren hastalar kadar iyi hissettiklerini gösterdi. Açıkçası, sahte ameliyat da gösterdi ki, ameliyat edilen hastalar kendilerini daha iyi hissediyorlar.

Belli bir durumun biyolojisinin yanlış anlaşılmasından kaynaklanan bir uygulama daha. 1895 yılında, Johns Hopkins hastanesinde William Halstead radikal bir meme ameliyatının öncülüğünü yapmıştı; bu daha sonra meme kanserinde rutin uygulama haline geldi. 1970’lerin başında, ben Columbia’da öğrenciyken, kimse bu uygulamayı sorgulamadı. Ülkedeki tüm cerrahlar, meme kanserinin primer tümörden basamak basamak yayılımcı bir kanser türü olduğuna inanmışlardı ve tek tedavi tüm memeyi ve altındaki kasları almaktı. 1980’lerle birlikte, tümör hücrelerinin, hastalığın ilk evrelerinde kan damarları ve lenf kanalları vasıtası ile tüm vücuda yayılabileceği netlik kazandı. Tümörün çıkartılması ve takiben memeyi koruyarak etkilenen bölgeye verilen bir radyasyonun sonucunun, kanserin tedavisinde mastektomi kadar etkili olduğu görüldü ve hasta için de çok daha az ağrılı ve moral bozucu oluyordu.

Bel kemiği kaynaştırma ameliyatı, günümüzün radikal meme ameliyatı olabilir. 2006 yılında, Birleşik Devletlerde 150,000’in üzerinde alt sırt bölgesi bel kemiği kaynaştırma ameliyatı yapılmıştır. Ameliyat, bel kemiğinin alttaki omurlarının çıkartılarak, omurları çubuklar ve vidalarla tuturmaktan oluşur. Bu yöntem, bel fıtığı veya omurga kanseri olan hastalar

için çok faydalıdır ama, bunlar toplam vakaların sadece küçük bir bölümünü oluşturur. Bu ameliyatlar daha sık olarak alt sırt ağrılarını gidermek için yapılır. Bu ameliyatın etkin olup olmadığı ya da bazı doktorların bu ameliyatları neden yaptıkları konusunda ciddi sorular vardır.

Ameliyata karar vermek için genelde tomografi ve MRI sonuçları kullanılır, ama zarar görmüş veya dejenere olmuş omurgalarla alt sırt bölgesi ağrıları arasındaki alaka zayıftır. Örneğin, araştırmalar, kırk yaş üzerindeki insanlarda yüzde 27'sinin omurgalarında açılma olduğunu, yüzde 10'unda omurga eklemlerinde anormallikler olduğunu ve yüzde 50'sinin tomografilerde belirli olarak görünen anormallikler olduğunu göstermiştir. Ancak, bunların hiç birinde bel ağrısı görülmemiştir. MRI sonuçları da benzerdir: altmış yaş üzeri sağlıklı kişilerin yüzde 36'sında omurgada açılma, yüzde 80 ila 90'ında ise daralma ya da şişme bozulumu tespit edilmiştir. Gene, bel kemiğinde görülen bunca anatomik değişikliklere rağmen, hiçbiri sırt ağrısından şikayetçi olmamıştır. Doğaldır ki bazı insanlarda kırılan bir omurga akut bir ağrının oluşmasına neden olacaktır. Bu durumda dahi, çalışmalar, ameliyatın her zaman gerekli olmadığını göstermiştir. Bu kişilerin yüzde 80'inden fazlası, anti-enflamatuvar ilaçlar, kısa bir süre istirahat ve yavaş yavaş harekete başlama ve fizik tedavi gibi koruyucu yöntemlerle iyileştirilebilmektedir. Diskektomi denilen - açılma ve sinirler üzerinde baskı yapan omurganın dudaklarının tıraş edilmesi - bir basit ameliyatla ağrı çok çabuk yok edilebilir; ameliyat olmak istemeyenler, olmayabilirler ama, bunlar daha uzun süre ağrıya maruz kalabilirler.

Belin alt kısmındaki değişik kaslar, bağlar, kemikler, eklemler ve kirişler omurilik kanalı ile beyine ağrı iletebilirler. Karında ve kalça boşluğunda, şişme yaptıklarında ya da hastalandıklarında beyne ağrı gönderecek organlar vardır. Bütün bu yapılar gözönüne alındığında, kronik alt bel ağrısı genellikle bir sırdır. Doktorlar, bir hastanın neden rahatsızlık duyduğuna karar vermekte zorluk çekebilirler.

Doktorların kronik bel ağrısı gibi sorunlar hakkındaki düşünceleri, eğitim gördükleri uzmanlık dalına çok bağlıdır. 1994 yılında yayınlanan “Gördüğünüzü Alırsınız” başlıklı araştırma, hastaları muayene ederken, her doktorun kendi uzmanlık dalına uygun teşhis yöntemlerine başvurduğunu göstermiştir. Nörologlar, sinirlerdeki iletişim sistemlerinin normal olduğunu kontrol etmek için elektromiyogram (EMG) istemişlerdir. EMG, kaslara ve sinirlere iğneler batırarak ve sonra bu iğnelere küçük miktarda elektrik şoku verilerek elde edilir. Artrit ve diğer eklem hastalıklarında uzman olan romatologlar, bel kemiğini etkileyebilen nadir otoimmün hastalıkları tespit edebilmek için seroloji denilen bir dizi kan testi istemişlerdir. Cerrahlar ise, ameliyat yapılmasını önerebilecek, omurga kemiklerinin anatomisini ortaya çıkaran MRI taraması yapılmasını istemişlerdir.

Kronik bel ağrısı şikayeti olan pekçok hastaya bakan bir anestezi ve ağrı idaresi uzmanı olan bir doktor, teşhis ve tedavi için her yaklaşımın bir “franchise” olduğunu ve kontrol için çok fazla franchise’ın savaş verdiğini söylemişti. Bu işletme terimini, bir benzetme olmaktan öte kullandığını farkettim. Tıpta, bir hastaya bir uygulama yapıldığında, bu uygulama sadece bir iğne batırmak dahi olsa, sigorta şirketlerinin, fizik muayene etmekten daha fazla pirim ödediklerini vurguladı. Dolayısı ile dedi, başka alanları ihlal etmek için çok güçlü bir güdü mevcut.

Diğer taraftan, binlerce bel ağrısı çeken hastanın tedavi sonuçları üzerinde çalışma yapan, Washington Üniversitesinde aile hekimi olarak çalışan Dr. Richard Deyo, pekçok vakada bu tanı amaçlı testlerin, tedaviyi yönlendirmede ya yetersiz, ya da gereksiz olduklarını vurgulamıştır. Araştırma, bel ağrılarından şikayetçi olan hastaların yüzde 85’ine kesin bir tanı konmadığını; ağrının bel bölgesinde “baskı” veya “gerilmeye” bağlı olarak oluştuğunun bildirildiğini, göstermiştir. Tanının önemli olmadığı, sonuçların genelde benzer olduğu da ortaya çıkmıştır. Akut bel ağrısında, ağrıların yüzde 90’ı, iki ila yedi hafta arasında iyileşmektedir. Akut bel fıtığında

dahi, yaklaşım doğrudur, ancak iyileşme daha yavaştır; ameliyat olmadan, hastaların yüzde 80'i altı hafta içinde kendilerini daha iyi hissetmişlerdir. Zaman içinde, omurga geri çekilmekte ve sinirlere baskı yapmamakta ve şişlik geçmektedir. Daha önce bahsettiğimiz gibi, diskektomi denen basit bir ameliyatla daha çabuk, iyi hissedilmekte ve akut siyatik gibi rahatsızlıklarda, hastalar bu yöntemi tercih etmektedirler. Ancak, akut bel ağrılarında değil de, kronik bel ağrılarında ameliyat mantığı çok daha belirsizdir.

Konuştuğum bel kemiği cerrahları, tıp camiasında verecekleri ters cevaplar yüzünden isimlerinin zedeleneyeceği ve kendilerine hasta gönderilmeyeceği korkusundan, isimlerinin yayınlanmasını istemediler. Onun için, bu cerrahlardan birinin adını Dr. Wheeler koymama izin verin. Dr. Wheeler haftada iki ila üç belkemiği kaynaştırma ameliyatı yapar. Wheeler uzun yıllar boyunca bel ağrısı sıkıntısı olan hastalarına, çok gerekli olmadıkça - omurilik veya sinirlere zarar verecek biçimde değişik hastalıklardan dolayı omurga yerinden oynamadıkça veya zarar görmedikçe - bel kemiği kaynaştırma ameliyatından uzak durmalarını önerdi. Ancak, bu tür ciddi durumlar çok nadir görülür, kronik bel ağrılarının sadece yüzde 2'sini oluşturur. "Bu gibi kronik bel ağrısı vakalarında rutin olarak 'bel kemiğinde zayıflık' teşhisi konur" dedi Wheeler. "Bu, ameliyatı gerekli kılmak için kullanılan bir terimdir ve muhteşem bir teşhistir, zira doğrudan reddedilemez."

Yaşlı erkekler için testosteron yenileme tedavisinin gerekli olduğuna inanan Dr. Foyer gibi, konuştuğum pekçok bel kemiği cerrahı da, hem bel kemiği zayıflığına, hem de bel kemiği kaynaştırma ameliyatına inanıyorlardı. Rutin olarak bel kemiği röntgeni istiyorlardı ve esnemiş veya uzatılmış pozisyonlarda omurlardaki hareketleri tanı gerekçesi olarak görüyorlardı. Ancak, Wheeler gibi bel kemiği üzerine uzman olanlar ve New England Belkemiği Merkezinden Dr. James Rainville gibi tedavi tıbbında uzman olanlar, bel kemiği röntgeninde görülen bu hafif oynamaların kronik ağrı nedeni olarak kabul edilebileceği konusunda ciddi olarak kuşku

duydular.

Her ne kadar Wheeler yıllar boyu uzun süreli bel ağrısı çeken hastalarına bel kemiği kaynak ameliyatından uzak durmalarını önerdiyse de, bu tutucu tavsiyelerine şiddetle karşı gelindiğinin farkına vardı. Özellikle de, hastalar iş kazası geçirdiklerinde ve devamlı sakatlıktan yaralanabileceklerinde. Kendi çevresindeki dört nörologdan oluşan bir grubun doğrudan avukatlarla çalıştığını söyledi. Bu avukatlar, bel ağrısına neden olan bir iş kazasından sonra, hastaları doğrudan bu dört nöroloğa gönderiyorlardı. Nörologlar, her bir EMG için 1,500 \$'a kadar fatura kesiyorlar, ayrıca avukatlardan da raporları için 500\$ alıyorlardı. (Wheeler, yirmi yıl boyunca bu doktorların, kaza durumunda, hiçbir EMG raporunu olumsuz olarak okumadıklarını söyledi.) Nörologlar daha sonra hastalara, bel ağrılarını arttıracı ciddi omur hastalıkları olduğunu ve eğer ameliyat olurlarsa, bir daha işe dönmeleri gerekmediğini söylüyorlar.

Wheeler, ne zaman bu nörologlardan birinden, EMG veya MRI'da bel kemiğinde ciddi bir arıza olduğuna dair raporla hasta sevk edildiğinde, zor durumda kaldığını söyledi. Bir keresinde bu doktorlardan biriyle çatıştığında, doktor "Ben hasta taraftarı bir avukatım" demiş.

Tabii ki, doktorların çoğu bu derece saldırgan davranmıyor, çoğu, testlerden ve taramalardan gelen bilgilerle hastalarını doğru olarak yönlendirdiklerine inanıyorlar. Eninde sonunda, mevcut tıp kültürü, kazançlı hasta gönderme ağlarını ve işlemleri beslemekte, ama bunların değerlerinin kritik olarak sınanmasını kösteklemektedir. Sigorta hakları da ameliyatı tercih etmektedir: hastalar eğer bel ameliyatı geçirirlerse, daha yüksek sakatlık primi almaktadırlar. Sonunda, Wheeler, geri gönderdiği hastaların neredeyse tamamının çevredeki diğer doktorlar tarafından ameliyat edildiğini ortaya çıkardı. Eğer hastaları ille de ameliyat olacaksa, kendi ameliyat etmeye karar verdi. Böylece, en azından ameliyat doğru dürüst yapılacaktır.

Sigortalar, neredeyse her zaman cerrahlara, kaynaştırma ameliyatı için,

diskektomiden daha fazla para ödemektedir. Örneğin, Wheeler'ın mesleğini icra ettiği yerde, basit bir diskektomi için cerraha ödenen para 5,000 dolar iken, buna karşılık kaynaştırma işlemi için ödenen ücret 20,000 dolardır. Mali teşvik, kaynaştırma ameliyatından yana ağır basmaktadır.

Kronik bel ağrısından şikayet eden hastalar için, kaynaştırma ameliyatının, ne ağrılarında, ne de hareket kabiliyetlerinde elle tutulur bir etkisi vardır. Buna karşın, pek az cerrah bu zayıf sonuçları gözönüne almaktadır. İskandinavya'da yapılan bir denemede, kronik bel ağrısı nedeniyle kaynaştırma ameliyatı olan hastalarla, ameliyat olmayan hastalar karşılaştırılmışlardır. İki yıl sonunda, bağımsız bir gözlemci, ameliyat olan grupta, altı hastadan sadece birinin - fizik tedavi gören hastalardan sadece marjinal olarak daha iyi - "mükemmel" sonuca ulaştığını bildirdi. Bu kadar umut kırıcı bir sonuca rağmen, bazı bel kemiği cerrahları, ameliyatın gerekliliğini savunmak için bu sonuçlara sığınmaktadırlar.

1993'de, Sağlık Bakımı Polisiyesi ve Araştırması için Federal Ajanlık, değişik dallardan - nöroloji, ortopedi, dahiliye, radyoloji, beyin cerrahı, romatoloji, psikoloji ve hemşirelik - sırt ağrısı konusunda uzman olan yirmi üç uzmanın katıldığı bir panel düzenledi. Washington Üniversitesinden Dr. Richard Deyo da paneldeydi. Yakınlarda, bel kemiği kaynaştırma ameliyatının bilimsel akıldan uzak olduğu ve basit diskektomiye göre daha yüksek komplikasyonlar gösterdiğini savunan bir istatistiki çalışma yayınlamıştı. Federal panelin amacı, bel ağrısının tanı ve tedavisi için bilimsel bulguları toparlayıp değerlendirerek, akut sırt ağrısının klinik yönetim kılavuzunu belirlemektir. Her ne kadar panel sigorta kapsamını ele almadıysa da, Medicare ve diğer özel sigorta şirketlerinin ödeme yaparken bu kılavuzu dikkate alacakları aşıkardı.

Federal grup, nerdeyse toplanır toplanmaz saldırıya uğradı. Kuzey Amerikan Bel Kemiği Derneği, paneli tarafsız olamamakla ve panelistlerin tamamını ameliyata karşı kişilerden oluşturmakla suçladı. Dernek, kongrede

Sağlık Bakımı Poliçesi ve Araştırması için Federal Ajanlığının kaynaklarının kesilmesi için lobi yaptı. Deyo bana, rakiplerin tavrının, “Bu adamlar ameliyata karşı, kaynaştırmaya karşı” olduğunu söyledi. Ama, ısrarla “kimse için silahlarımızı bilememiştik. Amacımız tıbbi uygulamalardan çıkan bulguları kritik olarak incelemektir” dedi.

Kasım 1994 kongre seçimleri sonucu, çoğunluk demokratlardan Cumhuriyetçilere kaydıktan sonra, yeni kurulan temsilciler meclisi, panele karşı yapılan suçlamaları daha çok dikkate aldı. Her ne kadar, Amerikan Tıp Derneği, Amerikan Doktorlar Koleji ve Amerikan Hastaneler Derneği, Sağlık Bakımı Poliçesi Ajanlığını kurtarmaya çalıştılsa da, Meclis Ajanlığın bütçesini sıfıra indirdi. Sonra savaş senatoya kaydı. Sonuçta ajanlık kurtarıldıysa da, Kongre kaynaklarını ciddi olarak kesti. Kaynaştırma ameliyatları için alet yapan bir şirket, panelin sonuçlarının yayınlanmasını engellemek için mahkemeye dava açtı. Sonuçta yayınlanan kılavuz, fizik tedavi gibi tutucu bir takım öneriler içeriyordu ancak paneli çevreleyen karışıklıklar kredisini yitirmesine yol açtı ve önerilerin sonuçları cerrahi uygulamada çok az etki bıraktı.

Konuştüğüm bir bel kemiği cerrahı, panele karşı hareketlerini hala savunurken, diğer yandan da Birleşik Devletlerde kaynaştırma ameliyatlarının zıvanadan çıktığını kabul ediyordu. Yirmi yıl öncesi, kendisi eğitime başladığında, bel kemiği cerrahisi ile ilgili olarak sadece bir avuç dolusu asistanlık kadrosu varken, şimdi seksen tane olduğuna dikkatimi çekti. Her yıl daha fazla uzman yetiştiriliyordu ve bu uzmanlar da doğal olarak uzmanlıklarına uygulama alanları arıyorlardı. Teknoloji de hızla gelişmişti. Yeni tip vidalar, çubuklar, kafesler ve daha birçok aletler, bel kemiğine sokulabiliyordu. Bu aletler hırçın bir şekilde pazarlanıyor ve hem üretici hem de bu malzemeleri kullanan hastaneler için yüksek karlar oluşturuyordu.

Lüks bir tatil beldesinde düzenlenen bel kemiği ameliyatı toplantısından dönen bir cerrahla konuştum. Daha önce bahsettiğim cerrah arkadaşım

gibi, tüm masraflar kaynaştırma ameliyatında kullanılan donanımları üreten firma tarafından karşılanmıştı. Avantaların tedavi yöntemlerini değiştirmeyeceğini iddia etti ve aynı zamanda, kaynaştırma ameliyatına “inanana” bir kişi olduğunu da teyid etti. “Benim sonuçlarım literatürde yayınlananlardan çok daha iyi” dedi. Ama, bastırduğımda, uzun süreli takiplerin nadir olduğunu ve sonuçlarının rasgele olarak, fizik tedavi gibi tutucu bir yöntemle karşılaştırıldığı hiçbir amaçlı denemede yer almadığını itiraf etti.

Hükümet gereksiz uygulamaları durdurmadıkça, şirketler bu uygulamaları öne sürdükçe ve doktorlar da bunlara inandıkça, gereksiz ameliyatlara furmasına tek gem vurabilecek kurumlar Tıp fakülteleri ve bunlara bağlı hastanelerdir. Aslında da, pekçok hastane tıbbi şirketlerin bağımlılığından kurtarmaya çalışmaktadırlar. Ocak 2006’da JAMA’da yayınlanan bir makale büyük ilgi gördü. Bu makalede, Columbia ve Harvard Üniversitelerinden akademisyen doktorlar, doktorların ilaç endüstrisinden gelen etkilere karşı kendi polisliklerini yapmalarını öneriyordu. Yeni bir ilaç geliştirmek için de olsa, yeni bir emplantasyon tasarlamak için de olsa, özel sektör ile ortaklık oluşturmada hiçbir gelişme kaydedilemez. Serbest ekonomi kuralları, bir şirketin pazardan alabileceği kadar pay almasını ve karını azamiye yükseltmesini önerir. Diğer yandan, bir doktorun hastasının yararına vereceği bir karar her türlü mali düşünceden uzak olmalıdır. *JAMA*’daki makalenin yazarları, ufak hediyelerin dahi doktorları etkileyebileceğinden de bahsetmişler. İddia ettikleri husus, hediye verilmesi durumunda, psikolojik olarak karşı tarafın bilinçli veya bilinçsiz olarak hediyeye karşılık verme isteğidir.

Bazen, her zaman olmasa da, geri ödeme bir hastaya karşılık olabilir. Birçok hastane ve üniversite ve hatta tıbbi dergi de, işle ilişkili mali bağlarını açıklamalarını istemektedirler. Bazı bu tür ilişkiler danışmanlık bazında, bazı da araştırma veya eğitim faaliyetleri için kaynak sağlama şeklinde ol-

maktadır. Bu bilgilendirmenin amacı, ilişkiyi umuma sunmak ve derginin okuyucusunu veya hastayı muhtemel önyargı veya taraflılığa karşı uyar-maktır.

Ancak, JAMA makalesinin yazarları, bu tür açıklamaların yeterli olma-dığını savunuyorlar. Analistlerin, analistlerin işverenleri ve ilgili şirketlerin arasındaki bariz mali bağlara rağmen, bu şirketlerin hisselerini uygunsuz olarak yükselttikleri Wall Street'i örnek gösteriyorlar. Hakikaten, bu tür açıklamalar amacına ters düşebilir: hastalar veya okuyucular, açıklamalar bu sonucu yaratmadığı halde, bu tür açıklamaların, bilim adamını ya da dok-toru muhtemel önyargı veya taraftarlıktan muaf tuttuğuna inanabilirler. Brigham ve Kadın Hastanesinin kıdemli hematologlarından Dr. Thomas Stossel, Forbes dergisine yazdığı bir eleştiride, tıbbi gelişme için endüstri ile ilişki içinde olmanın şart olduğunu, eğer bu ilişki zarar görür veya za-rarlı bir biçimde gerilirse, bundan hastaların ve yeni ilaçların zarar görece-ğini savunmuştur.

Muhtemel çıkar çatışmalarına karşı, benim görev yapmakta olduğum hastane, klinik bakım ve araştırma laboratuvarları arasında ayırım yapma-kıdır. Laboratuvar araştırmacıları, endüstri ile ilişki içinde olmak için teşvik edilmektedir. Zira hali hazırda tedavisi olmayan hastalıklar için tedavi yöntemleri geliştirmek için bu tür ilişkiler gereklidir. Diğer taraftan, eğer bir doktor, bir ilaç firmasının veya alet üreticisinin danışmanı ise, şahsi mali kaygılarının doktorun kararlarına etki edebileceği düşünülerek, deneysel protokollerde ilaçların denenmesinde bu doktorlara yer verilmemektedir. Kısıtlamalarda, JAMA makalesinde bildirilenler kadar ileri gidilmemekte, pahalı restoranlarda yemek, konferanslarda konuşma yapma olanağı (kon-ferans düzenleyici firma tarafından doktora "eğitim bursu" olarak veril-mektedir) gibi küçük avantajlara hala izin verilmektedir. Bugün çoğu has-tane ve tıp fakültesi kendisini bu gri bölge içinde görmektedir.

Belli klinik kararlarda mali kazanç olgusunu ortadan kaldırmak bugün

için olanaksız görülmektedir. Birçok bel kemiği cerrahı bana, kaynaştırma ameliyatı ile basit disektomi karşılaştırılmasının yapılacağı denemelere katılmayacaklarını, çünkü kaynaştırma ameliyatının gelirlerinin ana kaynağı olduğunu ve bu ameliyatın yararlarına inandıklarını söylemiştir. Dartmouth Tıp Fakültesinden Dr. James Weinstein ulusal çapta bir araştırma yapmak istediğinde, karşılaştığı ana sorunlar bunlardı. Ortopedik cerrah ve sırt ağrısı konusunda lider uzman olan Weinstein bana, kronik sırt ağrılarının tedavisine doktorların gösterdiği yaklaşımın geliştirilmesi gerektiğini söyledi. Hastalara, tarafsız olarak, sırt ağrıları hakkında neyin biliniyor neyin bilinmediği ve değişik tedavi yöntemleri anlatılmalı dedi. Bilgilendirilmemiş rıza yerine, Weinstein bilgilendirilmiş seçeneğin avukatlığını yapıyor - tüm olasılıkların ve olasılıkların risklerinin ve faydalarının geniş olarak anlatılması.

Bilgilendirilmiş seçeneğin anlamı, kısmen, belli bir sorun hakkında değişik doktorların nasıl düşündüklerini ve bilim, gelenek, mali güdü ve şahsi yargıların bu düşünceleri nasıl şekillendirdiğini öğrenmektir. Tüm bozukluklar hakkında bütün bilgilerin elde edilebileceği tek bir kaynak yoktur. Dolayısıyla, bir hasta ve ailesi, doktora, önerdiği yöntemin standart olup olmadığını, değişik uzmanların değişik yaklaşımlar gösterip göstermediklerini ve bunların nedenlerini sormalıdırlar. Meslekten olmayan kişiler ayrıca, yeni bir uygulamanın ne kadar süredir denenmekte olduğunu sormalıdırlar. Bu konuda Karen Delgado bir örnektir. Karen, klinik deneylerden gelen sonuçları mantık ile birleştirmektedir; gelenek ve adetleri sorgulamaktan çekinmez; tıbbi bir iş değil, bir lütuf olarak görür ve mesleğini yönlendirebilecek maddi etkileri reddeder. Hastaları, doktorların araştırma sonuçlarını ve devrim yaptığını ilan eden TV yayınlarından veya gazete ilanlarından sonra kendisine gelirler. “Bunlar, kendi inanmadıkları olabilir” der Delgado hastalarına, “ama şimdi neyi bilip, neyi bilmediğimizi konuşalım.”

BÖLÜM 10

İnsanlığın Hizmetinde

Memorial Hastanesi, Manhattan'ın doğu yakasında, York Bulvarı üzerinde, 67. ve 68. sokaklar arasındaki tüm bloğu kapsayan, yirmi bir katlı kahverengi tuğla bir binadır. Hastaneye bağlı olarak, içinde laboratuvarların bulunduğu, cam ve çelik labirent gibi bir yapı olan Sloan-Kettering Enstitüsü bulunur. 2005 yılında, hastaneye 21,000'den fazla hasta kabul edilmiş ve 445,000 hasta ayakta muayene edilmiştir; yaklaşık 16,000 ameliyat ve 110,000 radyasyon tedavisi yapılmıştır. Her gün, kanserli hastaları tedavi etmek üzere, 9,000 doktor, hemşire, psikolog, sosyal hizmetli, laboratuvar teknisyeni ve destek personeli çalışır.

Bu büyük kuruluşun kökü, 1890 yazında hastalanan genç bir bekar kadının, Elizabeth Dashiell'in ciddi durumuna kadar iner. S. Hall, *A Commotion in the Blood - Kanda Bir Karışıklık* - adlı harika kitabında, Dashiell'in vakasını anlatmaktadır. Dashiell'in problemleri, Birleşik Devletler'i trenle gezerken başladı. Seyahat esnasında, eli iki pulman koltuk arasında sıkıştı. Kısa sürede eli şişti ve acı vermeye başladı; Dashiell, elinin iltihap kapıldığını zannetti. Ağrılar, New Jersey'deki evine döndükten sonra da de-

vam etti. Eylül’de, New York şehrindeki özel muayenehanesinde yirmi sekiz yaşındaki cerrah William Coley’e başvurdu.

Dr. Coley, teşhis hakkında kararsızdı. Hala olayın bir enfeksiyon olduğunu umarak, serçe parmağı elin tersine bağlayan bölgede bir kesi yaptı. Fakat kesilen bölgeden sadece birkaç damla irin aktı. Daha sonraki üç ay içinde Coley, ağrının nedenini bulmak ve artan ağrıları dindirmek amacıyla, Dashiell’i devamlı kontrol altında tuttu. New York hastanesindeki birçok kıdemli cerraha danıştıktan sonra, şişen dokular hakkında daha fazla bilgi edinmeye karar verdi.

Ekim 1890’da, Dashiell ameliyat oldu. Coley, Dashiell’in bağlarından ve kemiklerinden, katı, kıkırdak gibi malzemeyi sıyırdı. Ancak bu uygulama başarısız oldu ve Dashiell’e sadece kısa bir süre için rahatlama sağladı. Kasım ayının başında, Coley bir örnek aldı ve sonunda bir teşhis koydu: Sarkom. Sarkom, kemik, bağ veya kastan kaynaklanan, bağ dokusunda oluşan bir kanser türüdür. Coley, umutsuzca genç kadının hayatını kurtarmak için uğraştı ve bunu kolunu tam dirseğin altından keserek gerçekleştirmeye çalıştı. Ancak çok geç idi. Geçen aylar boyunca, sarkoma yüzüne, memelerine ve karnına yayılmıştı. Ağrıları o kadar dayanılmaz bir hal almıştı ki, ancak çok yüksek dozda morfinle kontrol edilebiliyordu. Elizabeth Dashiell, 23 Ocak 1891’de, sabah saat 7’de evinde öldü. Dr. Coley başucundaydı.

Aylar sonra, Dr. Coley, Elizabeth Dashiell’in vakasını, New York Tıp Akademisindeki arkadaşlarına sundu. Sunumunu şu saptamalarla sonlandırdı: “Bir hastalık ki ... hayatının ilkbaharındaki, yaşam dolu, tamamen sağlıklı bir insana saldırebiliyor ve sinsi, bilinmez bir şekilde, birkaç ay içinde yaşamını yok edebiliyor. Eminim ki bu hastalık, derin derin düşünmemizi ve devamlı çalışmamızı gerektirecek kadar önemli bir konu.”

Dashiell, amansız bir kanserden talihsiz bir şekilde ölen herhangi bir gençkadın olabilirdi, yalnız en yakın arkadaşlarından biri, Standard Oil’in kurucusunun tek oğlu olan John D. Rockefeller idi. Rockefeller, Dashiell’i,

genç kızın ağabeyi kanalı ile tanımış ve kısa sürede o kadar hoşlanmıştı ki, Elizabeth'i kendi kız kardeşi gibi görmeye başlamıştı. Dashiell'in ölümü ile Rockefeller şok olmuştu. Yıllar sonra Rockefeller, ailesinin nesillerdir yapmış olduğu gibi, yardım programına devam etti. Bu program, Memorial Hastanesinin temeli oldu.

Dr. Stephan Nimer, Memorial Hastanesinde, William Coley geleneği ile hastalarına hizmet veren, onlara "en derin düşüncelerini ve devamlı çalışmalarını" adayan bir doktordur. Yakın bir ilkbahar sabahı, Dr. Nimer on-birinci kattaki koridoru geçti ve eğitim turlarına başlamak üzere konferans odasına girdi. Nimer, lösemi, lenfoma ve kemik iliğinin diğer bozukluklarında uzman olan bir hematologdur. 1.80'in biraz altında, belirgin et benli, çerçevesiz gözlüklerini çevreleyen oval yüzlüdür. Oraya sadece hokey oynamaya giden, nadir MIT mezunlarından biri olduğu konusunda şaka yapmayı sever.

O gün, Nimer bembeyaz bir beyaz önlük, kolalı mavi gömlek ve mükemmel bağlanmış ipek bir kravat giymişti. Tam zamanında geldiğini göstererek memnun oldu. Hematoloji'de üst ihtisas yapan öğrenci ve baş asistan da orada beklemekteydi. Öğrencinin sunacağı yeni bir vaka vardı. Kibarca selamlaştıktan sonra başladı: "Max Bornstein, elli dokuz yaşında bir beyefendi. İki yıl önce büyük hücreli lenfoması vardı ve tedavi edilmişti. Şimdi MDS'si var." MDS, miyelodisplastik sendrom'un kısaltılmasıdır - Yunanca kökenli bir türetmedir, kemik iliğindeki gelişmemiş hücre olan kök hücresinde hasar olduğunu bildirir; hasarlı kök hücrelerinin gelişmesi engellenerek düzensiz bir biçimde gelişme olur ve yeterli kan üretilemez. Bornstein'in vakasında, lenfomayı iki yıl önce tedavi eden ve ilikteki kök hücrenin zedelenmesine neden olan şey kemoterapi idi. "Akyuvarlar sayımı 1,900 trombosit 74,200 hemoglobin 9.8" dedi öğrenci. "Tüm parametrelerini, ilik bulguları da dahil olmak üzere hesapladım. Hesaplanmış skoru, Bornstein'i IPSS skalasında orta-II sınıfına sokuyor. Bu skora göre, sadece kan nakli

yapardım ve bu destekleyici önlemden öte başka birşey yapmazdım.”

Nimmer’in yüzü gerildi. “International Prognostic Scoring System, IPSS, (Uluslararası Prognostik Skorlama Sistemi)’inde skorunun ne olduğu beni ilgilendirmiyor” dedi öğrenciye.

“Pekala, değişik bir skorlama sistemi de kullanabiliriz, Dünya Sağlık Örgütü’nün skorlama sistemine göre -”

“Ne demek istediğimi anlamıyorsun” diyerek araya girdi Nimer. Anlatmak istediği husus, genelde anlaşılamayan, fakat Nimer’in yeni nesil hematologların eğitiminde gerekli gördüğü bir noktaydı.

“Ama, IPSS orta-risk-II hastalığı var” dedi öğrenci.

“Bekle bir dakika” dedi Nimer. Asistana döndü ve sordu, “Bu öğrenci şimdi, bu adamın IPSS orta-risk-2 hastalığı mı var dedi?” Asistan şaşırarak görünüyordu. “Evet” diye cevap verdi.

“Ama, bunda yanlış olan ne ki?” Nimer geriledi ve öğrenciye döndü. “Hakikaten bunu mu demek istedin sen?”

“Neden olmasın ki?” diye cevapladı öğrenci.

“Hastada, daha önce yapılan kemoterapi nedeniyle MDS olduğunda hemfikir misin?” diye sordu Nimer, başka bir yol izlemeye başlayarak.

“Evet.”

“O zaman bilmen gerekir ki, IPSS sınıflandırması, daha önce tedavi gördüğünden dolayı MDS’i olan hastaları kapsamaz.” Nimer durakladı. “Pekala, bu ilk husus. Ancak daha önemlisi, herhangi bir hastayı tedavi etmek için, IPSS sınıflandırmasına ihtiyacınız mı var?”

“İyi de, biz her zaman IPSS hesaplarız” dedi üye.

“Evet, bu doğru. Ancak geçen hafta bu adamın akyuvarlar sayımı 3,200 idi, bir haftada 1,900’e düştü. Trombositleri 105,000’den 74,000’e düştü. Dolayısı ile, bu noktada hakikaten IPSS skorunun ne olduğu beni ilgilendirmiyor. Bildiğim şu ki, bu adam büyük bir soruna doğru ilerliyor, büyük bir hızla yok oluyor ve derhal tedavi görmesi lazım. *Tedavi, derhal.*

Nimer'in daha sonra bana açıkladığı gibi, kendi düşüncelerini bir tarafa bırakarak, bunun yerine sınıflandırma tablolarının ve algoritmaların kendi yerlerine düşünmelerine izin veren öğrencilerle devamlı karşılaşmaktadır. Bu durumda öğrenci, Bornstein'ı, kan hücre sayımları ve ilik resmini temel alan bir sistemi sokmaya çalışıyordu. Nimer kendisine karşı gelince, öğrencinin cevabı, bir başka sınıflandırma sistemine geçmek oldu. "Bu, insanlara durağan olarak bakma yöntemi" dedi Nimer. "Kesin konuşmak gerekirse, doğru. Ancak, klinik olarak konuşmak gerekirse, yanlış." Nimer'in düşüncesine göre, bu armut piş ağzıma düş şemaların hazırlanması, doktorların bu jenerik profillerle o kadar içli dışlı olmalarına sebep oldu ki, artık hastanın bireysel özelliklerini göz ardı ediyorlar. "Bu sınıflandırma sisteminde, bu adamın durumu kötü görünmez" diye devam etti Nimer, bu nedenle de öğrenci, sert tedavi yöntemleri uygulamaktansa, destekleyici yöntemleri önerdi. Aslında, Bornstein'ın durumunu bu şekilde incelemek bir hayal, bir şemanın bir ürünüydü. Zira, sınıflandırma sistemleri, kişinin hastalığının seyrini, kan sayımlarındaki düşüşleri dikkate almaz. Kan değerleri eğrisine bakılırsa, Bornstein kısa süre içinde tehlikeli seviyelere gelecek, herhangi bir tedavi etki etmeden önce, muhtemelen bir enfeksiyon veya kanamadan ölecekti.

Skor şemaları, tıbbın her alanına girmektedir. Klinik verilerin toplanmasında, karmaşık ve değişkenlik gösteren bozuklukların değerlendirilebilmesi için temel oluşturmakta faydalı olabilirler. Ancak, aynı zamanda uyuşukluğa da sebep olmaktadırlar. Bir insanın, yüksek derecede toksik ve tehlike olasılığı yüksek kemoterapi ile tedavi edilmesine ne zaman karar verileceğini kestirmek her zaman kolay değildir; bu durumda Nimer, hastaya kemik iliği nakli yapılmasına karar verdi. Hematoloji ve onkolojide, en şiddetli olduğu tartışılabilir tedavi yöntemi, hastayı ya tedavi eden, ya da öldüren tedavi yöntemi. Bir hastanın kemik iliği nakli gerektirdiğine ve ameliyatın ne zaman yapılacağına karar verebilmek, büyük bir sorumlu-

luktur. Hastayı şemadaki bir noktaya oturtmak, ilik nakli gibi ciddi bir terapiyi önermez. Bu durum hem hasta, hem de doktor için büyük bir rahatlama sağlar, ama bu esasında çok büyük bir hata olacaktır. Şemalara bel bağlamak, günümüzün yoğun klinik tedavilerine de uymaktadır. Bornstein, öğrencinin bir hafta içinde bakacağı düzinelerce hastadan bir tanesi olacaktı. Algoritmalar ve grafikler, düzinelerce karmaşık hastanın her birinin ayrı ayrı değerlendirilmesi külfetinden kurtarmak için kestirme bir yoldur.

Hastalarla çalışmasının yanısıra, Nimer lenfoma ve lösemi gibi kötü huylu kan hastalıklarının incelendiği bir araştırma programını da denetlemektedir. “İnanıyorum ki, bir laboratuara sahip olmak, klinikteki düşüncelerime de yardımcı oldu. Eğer bir deneyi iki kere yaparsanız ve başarısız olursanız, aynı deneyi aynı şekilde bir üçüncü defa yapmanızın anlamı yoktur. Kendi kendinize şunu sormanız lazım: Eksik olan ne? Bir dahaki sefere nasıl bir değişiklik yapayım? Klinikte de aynı eleme yöntemi geçerli. Eğer bir kişinin tedavisini yapıyorsanız ve iyileşmiyorsa, o zaman aynı tedaviye devam etmek yerine yeni bir tedavi yöntemi düşünmelisiniz. Ayrıca, birşeyi atlayıp atlamadığınızı da düşünmelisiniz.”

Çok tabii görünen bu saptamalar, aslında çok büyük sonuçlardır çünkü, bir doktor için, hastada bir gelişme görülmesi dahi, bildiği bir yöntemle tedaviye devam etmek, hem psikolojik, hem de lojistik olarak çok kolaydır. Hematoloji ve onkolojide, hastalıkları tedavi edebilmek genelde çok zordur. Uzmanlar, karmaşık ve genellikle kitapta yazan tedavi yöntemlerine cevap vermeyen durumlar için, bazen “kötü bir hastalık” deyimini kullanırlar. Ancak, belli bir cins lefomanın ne şiddette olduğunu, belli çeşit bir löseminin ne kadar saldırgan olduğunu devamlı olarak tekrarlamak, farkına varmadan psikolojik bir etki yapar. “Kötü bir hastalık” nakaratı, uzmanın üzerinden düşünme yükünü kaldırır. Hastalığa bir başka yönden saldırmak, diğer ilaçları deneyerek ya da özel ilaç üreterek hastalığın zayıf yönünü bul-

maya çalışmaktan ziyade, esasında, doktor teslim olmuştur. Bu teslim olma bilinçli değildir ancak, “kötü bir hastalık” olmasından dolayı doktor, tedavide bir gelişme olmamasına rağmen aynı tedavide ısrar ediyorsa, bireysel yaklaşımla yeni bir şeyler yaratmak için çaba harcamıyorsa, akıllı bir hasta, durumu kavrayabilir.

Ben UCLA’da asistanlık eğitimi alırken, bazı kıdemli doktorların bu nakaratı kullandığını duymuştum. Sonra kendimin de, suçlu bir rahatlık içinde aynı nakaratı tekrarladığımı fark ettim. Başarılı olamama korkusuna tampon oluyordu. Dört dörtlük doktorlarda dahi, ki ben henüz değildim, mevcut olan bir korkuydu bu. Bencilliğinizi, bir hastanın iyileşmesi için kullanırsanız, bu sağlıklı ve faydalıdır. Ancak, bencilliğiniz bu amaç dışına taşarsa, işte tehlike oradadır.

“Ben hastalarımı, yardımcı olabilmek için mümkün olan herşeyi yapacağımı söylerim” dedi Nimer, “ve bu demektir ki, kendimi başarısız olabilmek ihtimaline karşı da hazırlıyorum. Başarısızlık, doktorların içten içten hoşlanmadıkları birşeydir. Prostat kanseri için yapılan ameliyatların sonuçlarını araştırdığımda, bu çok bariz olarak ortaya çıktı. Değişik cerrahlar, geniş kapsamlı empotans ve bel gevşekliği ihtimali rapor etmişler. Bu değişik durumlarda, cerrahın becerikliliği de hesaba katılabilir ama, araştırmayı derinleştirdikçe, olayın cerrahın hangi hastayı ameliyat etmeye karar vermesi olduğu açığa çıktı. Bazı cerrahlar, büyük, yaygın kanser vakalarını ameliyat etmeyi reddetmişti. Kanserden kurtulmak için en iyi çözüm ameliyat olmasına rağmen, bazı cerrahlar şeker hastalığı gibi ciddi rahatsızlıkları olan hastaları ameliyat etmeyi reddetmişlerdi. Bu tür hastalarda, sinirlerin zedelenmesi ihtimali daha çoktur, dolayısı ile empotans oluşur.

“Hastalarımı, kanser ne kadar şiddetliyse, tedavinin de o kadar şiddetli olacağını söylerim” dedi Nimer. Eğer, hastalık, “kötü bir hastalık” ise, o zaman, geri çekilmek yerine, doktor çabalarını arttırmalıdır.

George Franklin, Park Avenue’da büyük mağara gibi bir apartman dairesi, Hudson Nehri Vadisinde yazlık evi olan, başarılı bir bağımsız yatırımcıydı. Avlanmak, balık avlamak ve doğanın zenginliklerini tatmak için, Dünyanın en ücra köşelerini gezmişti. Baldızı benim arkadaşım, Theodore Roosevelt’in enerjik ruhunun o’nda bulunduğunu söylerdi. Takriben onbeş yıl önce, Franklin, Manhatta’n da bir hastanede, yüksek ateş ve düşük kan sayımlarından yatıyordu. Kendi sosyal çevresinden olan dahiliyecisi, ileri yaştan dolayı, Franklin’in sorununa tanı koymakta şaşırılmış durumdaydı. Danışmak için baş vurduğu hematolog, bir teşhis koyamadı: ilik hücrelerinin azalması demek olan aplastik anemi olabileceğini düşünüyordu. George Franklin’i, Memorial Sloan-Kettering’de tanıdığım bir doktora görünmesi için ikna ettim, kısa sürede doğru teşhis konmuştu: T-hücreli lenfoma.

Lenfoma, bir çeşit kan hücresi olan lenfositlerin kanser olmasıdır. İki ana tip lenfoma vardır: B ve T. Lenfomaların çoğu B hücrelerinde oluşur. Çok az bir bölümünde T hücreleri etkilenir ve ciddi biçimde saldırgandır. T-hücreli lenfomalar, terimler listesinde, kötü hastalıklardır.

George Franklin, öncelikle ICE diye tabir edilen, ifosfamide, carboplatin ve etoposide karışımı bir ilaç tedavisine başladı. Bu zor bir tedavidir. Frankin gibi ağızda yaralar ve ishal beklenen komplikasyonlarla karşılaştı. Sabırla tedavinin devam etmesini bekledi, ama hastalıkta hiçbir gelişme olmadığının duyunca, daha da mutsuz oldu. Değişik bir yaklaşım ve değişik bir doktor talep etti. Stephen Nimer’i tavsiye ettim.

Bazı hematologlar, ilacın kümülatif etkisinin, T-hücreli lenfomaların aktivitelerini durdurması amacı ile ICE tedavisine devam edebilirlerdi. Ancak Nimer, karışımın tam dozda kullanımına rağmen, eğer hiçbir gelişme yoksa, tedavide radikal bir değişiklik yapılması gerektiğine inanıyordu.

Nimer, Franklin için stratejiyi belirledi. Bir veya birkaç ilacın, vücuttaki lenfoma miktarını azaltması umudu ile, kemik iliği nakli noktasına gelene

kadar, değişik ilaçları deneyeceklerdi. Franklin'e uygun bir verici bulunmadığından, Nimer Franklin'in kendi kemik iliğinden kök hücreler alacak, son derece yüksek dozda kemoterapi uygulanacak ve sonra kendi kök hücreleri ile "kurtarılacak" idi. "Beni korkutuyor" dedi Franklin Nimer'e, "ama başka bir seçim yapma şansım yok değil mi?" Nimer, herkesin her zaman seçim şansı olduğu, ama bu yöntemin en akılcı yol olduğu ve iyileşmek için tek şans olduğu yönünde cevap vermişti.

Bir doktorun tavsiyelerini ifade etme şekli, hastanın seçimlerini ciddi olarak etkiler. Mesela, sonuçları olumlu olarak ifade etmek, hastanın tavsiyeleri daha kolaylıkla kabullenmesini sağlar. "Bu yaklaşımla, yüzde otuz başarı şansımız var" demekle, "Yüzde yetmiş başarısız olma şansımız var" demek, klinik olarak aynı ise de, hasta üzerindeki etkisi daha değişiktir. Ayrıca, bazı hastalar, "gelişme" deyimini, "iyileşme" olarak algırlarlar. Aslında anlamı, kanserin geçici olarak yavaşlatılmasıdır.

Ayrıca hastalar, rakamların asal olarak değil de yüzde olarak belirtilmesine değişik reaksiyonlar gösterirler. Mesela, benim camiamdan yeni kolon kanseri teşhisi konmuş bir hasta fikrimi sormuştu. Kanser sınırlıydı ve önemli organlarına sıçramamıştı. Birçok tıbbi sorunları da vardı. Yakınlarda baypas ameliyatı ve bunun yanı sıra kalça yenileme ameliyatı da geçirmişti. Hayatının kalitesinin farkındaydı ve kemoterapinin vereceği takatsizlikten daha çok çekiniyordu. Bir onkolog, eğer tedavi görürse, ölüm ihtimalinin yüzde 30 azalacağını söylemişti. Bu kendisine çok etkileyici gelmişti. Kendisine iyileşme şansının yüksek olduğunu, dolayısı ile, beş yıl içinde, ölüm oranında yüzde 30 iyileşmenin anlamının, beş yıl sonra, kemoterapi almayan yüz hastadan onunun öleceğini, kemoterapi alanların ise, yüzde 30 iyileşme ile yedisinin öleceğini anlattım.

Asal sayılarla verdiğim bu bilgiler - yüz kişi içinden yedi kişiye karşılık on kişi - hangi şekilde karar vermesi gerektiğini daha açık olarak ortaya koy-

muştı: kemoterapi almayacaktı.

Nimer, George Franklin’i yüksek dozda siklofosfamid ile tedavi etti. Lenf bezlerindeki T-hücreli lenfoma, dalak ve kemik iliği eriyip gitti. Kanser gerileme safhasına geldiğinde, Nimer Franklin’in kendi kök hücreleri ile ilik nakli yapılması ile devam etti. Altı yıl için hastalık kayboldu. Bu süre içinde, Franklin yoğun seyahatlerine devam etti, Afrika ve Asya’da yeni işler aldı ve çocuklarına daha yakınlaştı. Sonra bir gün, uzun bir yüzüştten sonra kurulanırken, Franklin sol koltuğunun altında bir kütle hissetti. T-hücreli lenfoma geri dönmüştü ama, sadece vücudun o bölgesinde toplanmıştı. “Bu noktada, hiçbir protokol, hiçbir takip edilecek yol haritası yok” diye açıkladı Nimer. ICE tedavisine cevap vermeyen bir sürü T-hücre lenfoma hastasından, bir seneden fazla yaşayan sadece kendisi idi. “Her kişinin biyolojisi farklıdır, hem tümörünün biyolojisi, hem de hem de kendi esas vücudunun biyolojisi” dedi Nimer Franklin’e. Nimer, koltuk altındaki kütleyle radyasyon tedavisi yapıldıktan sonra, kısa bir süre kemoterapi uygulanmasını önerdi. Hastalık belki geri dönebilir diye açık kapı bıraktı Nimer, ama bu yöntem, tümörü ortadan kaldırmayı ve etrafına yayılmasını önlemeyi umduğu en az toksik yöntemdi. Alınan sonuç da buydu. Lenfoma geri dönene kadar iki yıla yakın zaman geçti. Bu sefer ilikteydi. “Daha yapacak çok şeyim var” dedi Franklin Nimer’e. “Beni hayatta tut.”

Bu gibi anlarda, hastalar doktorların kalbini yakalar ve istekleri ile yalarlar. “Herkesin isteğini yerine getirmeye çalışırım” dedi Nimer bana daha sonra. Franklin’in durumunun ciddiyetini ve yaşama arzusunu dikkate alarak, Nimer ikinci bir kemik iliği naklini önerdi. Bazı doktorlar bunun çok fazla olduğunu, ameliyatı atlatma şansının çok düşük olduğunu, başarısızlık şansının çok fazla olduğunu savunabilirler. Bunların hepsi doğru ama, başarısızlık riski alınmadığı takdirde, başarı şansı sıfırdı.

Franklin’in ikinci ilik nakli ameliyatı birincisinden daha zor geçti. Ayarlarca değişik enfeksiyonlardan dolayı Memorial Hastanesine taşınıp durdu.

Ancak sonunda kendini buldu ve bir yıla yakın bir süre için normal faaliyetlerine geri döndü. Sonra, kanser patladı, karnında büyük kütleler halinde büyümeye başladı. “Ölmeye hazır değilim daha Jerry” dedi Fraklin, titrek bir sesle. “tahmin ediyorum ki öleceğim. Ölmek istemiyorum.”

İnsani olarak yapılabilecek herşeyin yapıldığına George Franklin’i ikna etmek Stephen Nimer’in yaklaşık bir ayını aldı. Şimdi ortak çabalarını, ailesi ve arkadaşları ile, rahatça, mümkün olduğu kadar daha uzun zaman geçirebilmek için harcamaları gerekiyordu. “Bir kişinin kanser hastalığını tedavi edememeniz, o kişinin tedavisine devam etmemeniz demek değildir” dedi Nimer bana. Aslında, kişinin ağrılarını, çevresinden haberli ve iletişim kurabileceği şekilde, tamamen uyuşturmadan kontrol edebilmek, çok daha zor olabilir; gerçeği konuşurken, rahatlatıcı olabilmek, son yaklaşırken, kişinin çevresindekilerin yaşamında hala farklılıklar yaratabileceğini açıklamak.

Nimer’in tedavi ettiği hastaların çoğunun gelişme şansı az, tedavi şansı da çok daha azdır. Örneğin, şansları çok zayıf olan akut lösemisi olan hastalara danışmanlık yapmaktadır. “Her zaman sorun, tedavi etmek ya da etmemektir” dedi Nimer, “ve ben genellikle tedaviyi seçerim.” Nimer ayrıntılara girdi: “İnsanlara söylediğim ve inandığım şu ki, eğer akut lösemisi olan bir hastayı tedavi etmezseniz, akyuvar sayıları düşecek ve enfekte olacak, trombosit sayıları düşecek ve kanama başlayacaktır. Eğer tedavi etmezseniz, bu hastanın iyileşme şansı hiç yok. Nasıl olsa hastanede yatması gerekecek zaten, onun için bir denemekte fayda var. Eğer tedavi ederseniz, o zaman kemoterapiden sonra akyuvar sayıları düşük olacağından, enfeksiyon ihtimali olacak, trombositleri düşük olacağından, kanama ihtimali olacak. Ama en azından tedavi ederseniz, birkaç hafta sonra iyileşip hastaneden ayrılma ihtimalleri de olacak Eğer tedavi işe yararsa, insanlar bir sene veya daha fazla iyi bir yaşam sürebilir. Bu şans yüzde onbeş, daha iyi durumlarda yüzde yirmi beş olsa dahi. Eğer işe yaramazsa da, kemoterapi lösemiye et-

kili olmazsa, o zaman dururuz.”

Nimer, önerilerini açıklamak için, sayılardan fazlasını kullanıyor. Bir başka konuya da parmak basıyor: hastalar ve aileleri, genellikle tedavi görmek istemediklerinde, yan etkilerle uğraşıyorlar. Son sıralarda onkologlar, bulantı giderici ilaçlar kullanarak, mide bulantısı ve kusma konularında elle tutulur gelişme sağladılar. Hastalar artık genellikle bu yan etkilerden şikayetçi olmuyorlar. Bunlar kendi fikrince, insanların kemoterapi ile bağdaştırdıkları birçok sıkıntıyı yok edecektir. Nimer ayrıca, doktorların da, yan etkileri abarttıklarına inanmaktadır. Ailesinin bir üyesi, yetmiş yaşlarında, kemik yoğunluğu normal sınırların altına inmiş, her an kemik kırılması tehlikesi ile karşı karşıya olan bir kadın, tedavisiyle ilgili olarak dahiliyecisine danışmıştı. Doktor, son günlerde gazetelerin öne sayfalarında bu durumlarda kullanılan ancak yan etki olarak çene kemiğinde sorunlar olduğu reklam edilen bifosfonat yazmak istememişti. Onun yerine, diyetinin normal olması ve yediği gıdalarda hem kalsiyum, hem de vitamin alıyor olmasına rağmen, D vitamini almasını tavsiye etmişti. Nimer, aile üyesiyle doktorun tavsiyesini tartıştı ve bifosfonat almasını önerdi. Kendisi kemik konusunda uzman olmadığından, düşüncesini değerlendirmek için, bu alanda dünyaca meşhur olan New York Presbyterian Hastanesinden Dr. John Bilezikian ile de görüştü. Aile ferdi tekrar dahiliyecisine döndüğünde, doktor “Ama çene problemleriniz olabilir. Size söylemiştim, bu ilacı alan bazı kişilerde, çene kemiklerinde kırıklar meydana gelebiliyor” demiş.

“Bu kadını korkutmuştu” diye anımsadı Nimer. “Kendisine, bu riskin çok düşük olduğunu, belki yüzde bir olacağını, onun da genellikle bir diş işleminden sonra ortaya çıkabileceğini söyledim. Bu, çok ileride düşünülmesi gereken bir sorundu. Acil sorun, kemiklerinin normale dönmesini sağlamak ve kemik erimesinden dolayı kemiklerin kırılmasını önlemektir. “Yan etkilerin dikkate alınmasını anlıyorum ama, bu risk-fayda oranını saptırı-

yor.” Aynısı, dedi, kemoterapi için de geçerli. İnsanlar çoğunlukla yan etkilerini düşünüyorlar. Ancak bu riskler, diye ekliyor, saldırgan bir kötü huylu tümöre karşı elde edilen faydalarla karşılaştırıldığında çok hafif kalır.

“Bugüne kadar tedaviyi reddettiğini gördüğüm hastaların çoğu, olayın kötü tarafına bakıyorlar” diye söylendi Nimmer. “Onlar sadece, kendilerine o gün ne olacağıyla ilgileniyorlar.” Bu, bazı hastaların psikolojilerinin iç yüzüdür. Aynı zamanda, bazı doktorların psikolojilerinin de. Nimer, hastalarının olaylara, geniş açıdan bakmalarını istiyor. Sadece yakın sürelerle daraltılmış görüş değil uzun süreli bakmalarını istiyor. Ana ilgi noktası, altta yatan hastalık olmalı, ama genellikle hastanın aklında bunun yerini tedavi korkusu almaktadır. “Eğer sende multiple myeloma varsa, sana talidomid almanı öneririm. Eğer sen sinirlerin zarar görmesinden korktuğunu söylersen, o zaman sana ‘Pekala, eğer sinirler zarar görürse, o zaman ilacı bırakırız. Ama, kanserle savaşmamız lazım,’ derim.

Tam tersine, insanlar, bir hastalıktan belirsiz bir şekilde, sınırsız derecede sıkıntı çekmekten çekineceklerine, tam olarak ne olacağı belirli olan yan etkilerinden çekiniyorlar. Daha önce, Çocuk Hastanesi’nden kardiyolog James Lock’un işaret ettiği gibi, bilinmezle karşılaşınca, bilinene sarılmak. “İnsanlar bana gelip diyorlar ki: ‘Dr. Nimer, bu terapi hakkında herşeyi okudum, dayanabileceğimi zannetmiyorum.’ Ben de diyorum ki, ‘Belki. Ama belki de, dayanabileceksin. Onun için, bir dene. Eğer dayanamayacak gibi olursan, dururuz.’ “Devam ediyor, “Eğer dayanabilirsen, dayanabildiğin sürece ve işe yaradığı müddetçe devam ederiz.” Bu yaklaşım, diyor, “karar vermedeki tüm sorunların hakkından geliyor.”

“Çok büyük bir sorumluluk” dedi Nimer, bir hasta ve ailesini belli bir tedavi şekline yönlendirme yeteneğinden bahsederken. “Ancak, önce hastanın ne istediğini bularak işe başlarsın ve bunu yapabilmek için, hastayla nasıl konuşulması gerektiğini bilmen lazım.” Nimer, kendi rolünün, önce-

likle hastanın hakikaten ne istediğini şekillendirmesine yardımcı olmak, sonra da hastaya oraya gidecek yolu bulması için ikna kabiliyetini kullanmak olduğunu söyledi. Dr. Karen Delgado da aynı fikirdeydi. “Bir insana, hastalandığında, güç verilmesinin anlamı bu işte” dedi.

Çoğu hasta, korkunç bir tanı ya da karışık tedavi yöntemleriyle karşılaştığında, ne yapacağını bilemez. “Onlara, yaşamlarındaki hiçbir prensibe ve ailelerine karşı yükümlülüklerine karşı gelmeyecek bir yol çizmelisiniz” dedi Nimer. “Sonra, onlara tıbben doğru kararlar vermelerine yardımcı olur ve kararlarından memnun olmalarını sağlarsınız.”

Nimer, hasta ile nasıl konuşulması gerektiğini, hastadan yaşam prensiplerini ve ailesine karşı olan sorumluluklarını nasıl öğreneceğini çok iyi biliyordu. Bu tür bilgiler, algoritmalarda yakalanamaz, kemoterapi deyimlerinin alfabelerinde veya sayısal sınıflandırma şemalarında da bulunamaz. İstatistikleri ve tıbbi literatürdeki en son araştırmaları da aşar. Nimer’in dediği gibi, “Seçimleri, yaşam felsefelerine uyumlu olmalıdır.”

Nimer, yıllar önce birlikte tedavi ettiğimiz, yaşam kalitesinin kendisi için hiçbir önemi olmadığını belirten bir hastayı anımsattı. O’nun için, hayatta kalmak ne kadar acı verici ve zor olsa da, sadece yaşamak önemliydi. En yıpratıcı kemoterapi ve radyasyon tedavilerinden geri adım atmıyordu. Dedğine göre, sadece tek bir hedefi vardı: iyileşmek. Tedavisini birlikte yaptığımız, aynı tipte kan kanseri olan bir diğer hasta da, sonuçta tedavi masraflarının çok yüksek, şansının çok uzun vadeli ve acı çekmenin had safhada olduğuna karar vermişti. Tedaviye devam etmemeyi seçti. Her iki durumda da Nimer, hasta için en mantıklı olan seçimi bulmak için, hasta ile birlikte çalıştı. Hastalıklarının biyolojisi benzer iken, yaşam felsefeleri ayrılıyordu.

Bu noktaya biraz daha aydınlık getirmek için, Nimer bana karısı ileri de recede multiple skleroz olan ve tekerlekli sandalyedeki, yetmiş yaşlarında, Long Island’lı bir adam olan, Vincent Rivera’dan bahsetti. Rivera’ya he-

matologu tarafından myeladisplazi (MDS) tanısı konmuştu. Bu da gene, akyuvarların, alyuvarların ve trombositlerin üretimini yavaşlatan ve sonuç olarak da, kansızlık, enfeksiyona karşı dayanıksızlık ve kanamaya yol açan bir kemik iliği hastalığıdır. Nimer Rivera'ya baktığında, akyuvarlar sayımı 500'ün altında, trombosit sayımı 3,000'di. Her iki değer de çok düşüktü. Hematologu kendisine her hafta kan veriyordu. Nimer kemik iliği örneğini incelediğinde, Rivera'daki MDS'nin, akut lösemiye dönüşmekte olduğunu gördü. "Kendisine değişik yoğun tedavi yöntemlerinden bahsettim ama, her seferinde Long Island'da ördek avına gitmekten hoşlandığı, evde karısına bakanın kendisi olduğu hususuna takıldı." Rivera'nın açık olarak verdiği mesaj, Nimer'in kendisi için dışarı hayatını devam ettirebileceği ve karısına bakabileceği bir ayakta tedavi yöntemi belirlemesi gerektiği idi.

"Kendisine 5-azacytidine'den bahsettim" diye anımsadı Nimer - MDS için denenmekte olan ve kullanımı Ulusal kanser Enstitüsü'nden özel izin gerektiren bir ilaç. "Eğer en iyisinin bu olduğunu düşünüyorsanız, onunla başlayalım" dedi Rivera. Ancak, 5-azacytidine ile epey tedaviden sonra, kan hücre sayılarında bir gelişme olmadı ve kemik iliği hala lösemnin direndiğini gösteriyordu. Arkasından Nimer, kısmen vücudun bağışıklık sistemini değiştirerek çalışan bir antikor preparatı olan, antithymocyte globulin veya kısaca ATG önerdi. ATG de etkisiz oldu. "Bana hep karısı ile ilgili hikayeler anlatıyor, akşamları neler konuştuklarını, hangi filmleri kiraladıklarını söylüyordu" dedi Nimer. Direnmekte olan lösemi için Nimer karışım kemoterapi önerdiğinde, Rivera'nın gözlerindeki karasızlığı görebiliyordu.

"Hep, Rivera için ne yapabileceğimi düşünüyordum" dedi, "ve tıp literatüründe MDS için etkileri açısından çok başarılı olmasa da, siklosporin denemeye karar verdim." Siklosporin ayakta tedavi olan hastalara uygulanabiliyordu. Birkaç haftalık tedaviden sonra, Rivera'nın değerleri yükselmeye başladı. Trombositleri 30,000'e yükseldi ve maksimum 80,000'e

erişti, akyuvarlar sayımı 1,000'in üzerine çıktı ve kansızlığı o kadar düzeldi ki, artık kan almaya ihtiyacı kalmadı. "Bay Rivera Long Island'daki evini satmaya karar verdi" dedi Nimer bana, "dolayısı ile, karısı ile birlikte bir bakım evine taşınmaları için yeterli paraları vardı."

Yaklaşık dokuz ay süre ile, uzun sürede işe yarama ihtimali çok düşük bir ilaçla, Vincent Rivera hastaneye yatma ihtiyacı duymadı ve kendini iyi hissetti. Bu dokuz ay süresince, çocukları Nimer'e devamlı telefon ettiler. "Hastalığının akut lösemiye dönüştüğünü bildiklerinden, kendisini hastaneye yatırıp kemoterapi uygulamam için baskı yaptılar. Bu yolu babalarıyla birlikte bulduğumu ve kendisi için en mantıklı şeyi yapabilmek için hiçbir şeyi esirgemediğimizi açıkladım." Sonunda, lösemi hortladı ve Rivera'nın trombositleri hızla düştü. İç kanamadan öldü. "Çocuklarından çok güzel bir mektup aldım" dedi Nimer bana, "Sonunda neden hastanede yoğun tedavi yapmadığımı anlamışlardı. Bu son dokuz ayın anlamı anne ve babaları için çok büyüktü."

Dr. Jeffrey Tepler, New York-Presbyterian Hastanesinde özel muayenehanesi olan hematolog ve onkologdur. Ofisi, Nimer'inkinden birkaç blok ötededir. Tepler, ince, kahkül saçlı, yumuşak sesli, derli toplu bir adamdır. Yirmi yıldan fazla bir süre ile hematoloji/onkoloji muayenesi yaptıktan sonra, eğer binlerce değilse de, yüzlerce meme kanseri, lenfoma ve prostat kanseri gibi hastalığı olan insana bakmıştır. Yıllar geçtikçe, doktorlar sadece zor vakaları çözmekten değil, aynı zamanda hastalarının karakterlerini deşifre etmekten büyük mutluluk hissederler. Tepler'in hastalarını tamamen anlama ilgisi, edebiyata olan sevgisinden kaynaklanmıştır. Tepler, en sevdiği yazarlar arasında, John Updike, John Cheever, Philip Roth ve Saul Bellow'un isimlerini de saymaktadır. Bu yazarların hepsi de, modern çağ erkek ve kadınlarının çelişkilerini ve ihtiyaçlarını araştırmaktadır.

"Öncelikle, yapmayı en çok sevdiğim şey doktorluk ve hastalarla ko-

nuşmak” dedi Tepler bana. “Bir doktorun onklojiyi seçmesinin - seçme zorunda olmasının - nedeninin, hastalarla kurabildiği özel ilişki olduğunu düşünüyorum. İlgilendiğimiz hastalıkların doğası itibarı ile, benzersiz ve diğer uzmanlık dallarında görülemeyecek bir ilişkidir bu.”

“Bayat laflar etmek istemiyorum ama” dedi, “her zaman doğru olanı yapmak için bir istek duyuyorum. İnsanların hayatı söz konusu.” Bu bana hiç basmakalıp gelmiyor, çünkü yıllar önce kendisine Naomi Freylich adında emekli bir araştırmacı göndermiştim. Uzun süre önce, bir hematolog kendisine “kronik lenfositik lösemi” tanısını koymuştu. Bu teşhis, bir uzmandan diğerine devam etmiş, hiçbir doktor, kan hastalığının klinik duruşunu dikkatle incelememiş veya dolaşımdaki kanın anormal hücrelerini incelememişti.

Şehirdeki bir hematolog, kronik lenfositik lösemi için uygun bütün tedavilerin hiç bir işe yaramadığı için öleceğini söyleyince, ailesi bana geldi. Kendilerine, Memorial Hastanesindeki bir doktordan ve Tepler’den değişik görüş almalarını önerdim. Her iki doktor da ilk tanının yanlış olduğunu ortaya çıkardılar. Hastalık lösemi’nin bir şekli değil, kötü huylu lenfositleri hedef alan antikor tedavisi olan Rituxan ile iyileştirmesi yapılmakta olan nadir görülen bir çeşit lenfomaydı. Naomi, Memorial Hastanesindeki doktorun da konsültasyonundan memnun kaldığını ama Tepler’in mütevazı tavırlarından dolayı kendisini daha rahat hissettiğini söyledi. “Çok sakin ve işini aceleye getirmiyor” diye gözlemlemişti. Rituxan aldı, iki yıl yaşadı, birçok önemli edebi araştırma tamamladı. Sonra, yıllar önce konulan yanlış teşhisten dolayı yapılan kemoterapi nedeni ile akut lösemi ortaya çıktı ve öldü.

Karakterinde sivri, saldırgan bir taraf olan insanlar, saldırgan tavırların başarı getireceğine inanarak, sert doktorlara dönüşürler. Naomi Freylich’in anladığı gibi, Tepler yumuşak konuşma tarzı olan, dikkatli biri. Dolayısı ile,

bu tür insanlara karşı kendinizi akraba gibi hissediyorsunuz. “Şurası gerçek ki, bana hasta gönderen cerrahlar, dahiliyeciler ve bana devamlı hasta gönderen diğerleri, benim stilime ve kişiliğime uygun hasta gönderiyorlar” dedi Tepler. “Doktor, birlikte sempatik olacağımıza inandığı hastayı bana gönderiyor.” Tıbbın bu yönünün sonuçları hakkında hiç düşünmemiştim. Bir doktorun tavırları ve kişiliği, genelde düşüncelerinin aynasıdır. Dolayısı ile, kendi kendini kanıtlayacak bir kehanete yer olabilir: hastalar arasında belli bir karakter şekline sahip hastalar, benzer karakterdeki doktorlara yönlendirilecekler, dolayısı ile karakterlerine bağlı olarak hastalara, belirli tarz-
larda klinik düşünce ve klinik uygulama yapılacaktır.

Bir genel hematolog ve onkolog olarak Jeffrey Tepler, gün boyunca geniş kapsamlı vakalar görüyor. Bu da demektir ki, çok çeşitli değişik hastalıklar hakkında yapılan buluş ve akımları takip edebilmesi için çok çalışması gerekiyor. “Hakikaten bu tür bir doktor olmayı seviyorum” dedi Tepler. “Mesleğimin bu evresinde, pekçok değişik rahatsızlık gördüm. Geniş düşünmeyi de seviyorum.” Geçen yaz Tepler, tatilini Nantucket’te geçirmiş bir hastaya baktı. Ateşi vardı, kansızdı ve dalağı genişlemişti. Bu bulguları verebilecek pek çok hastalık olabilir. Enfeksiyon hastalıkları uzmanının tah-
lilleri arasında, kıyı şeridinde ve Nantucket gibi kıyıdan uzak adalarda kü-
meler halinde bulunabilen, geyik kenesinden geçen bir hastalık olan babesiosis için araştırma da vardı. “Laboratuvarıdan gelen rapor, ince ve kalın kan yayması yapıldığı ve sonucun babesia açısından negatif olduğu idi” dedi Tepler. Ancak, Tepler hiçbir şeyi çabuk kabullenmez. Onun için, ofisinde kendi yaymasını yaptı ve kendi mikroskobunun altında baktı. “İşte, oradaydı - yaymada bir tek babesia formu vardı. Neden atlandığını anlamak çok kolaydı. Bulduğum için çok heyecanlıydım.” Hasta başarılı olarak tedavi edildi ve tamamen iyileşti.

“Ufak bir değişiklik gösteren her klinik vaka, değişiklik gösteren her bir

tanı için geri dönüp, yeni literatürü okurum” dedi Tepler. “Önde olmak için çok çalışırım. Tıbbi literatürü okumak ve makalenin bir bireyi nasıl tedavi etmeyi önerdiğini değerlendirmek bir zevktir.” Bu “zevk”, genelde Tepler’in akşamın ilk saatlerine kadar muayenehanesinde kalmasına ve tıbbi dergiler ve kitaplar okumasına neden olmaktadır. “Hastaya baktığınız anda, onların durumu ile ilgili olarak derinine düşünmek zordur. Hastanın durumunu değerlendirmek ve doğru bir karara varmak için biraz sessizlik gerekir.” Bu nedenden dolayı, hemen bir tedavi planı vermekten ziyade, hastalarına genellikle durumlarını gözden geçirmek istediğini söyler. Muayenehanesini rutin olarak sekiz buçuk veya dokuz civarında tırk eder ve günün geri kalan kısmını düşünerek geçirir.

“Değişik tipte sorunları olan hastalara bakmayı sevmekle birlikte” dedi Tepler, “eğer hastanın bir başka yerde daha iyi tedavi göreceğine inanırsam, hemen başka bir doktora gönderirim.” Bu da, tüm tecrübesine rağmen, limitlerini bilen ve hastaları için en iyisini isteyen bir doktor olmanın bir başka işaretidir.

Tepler’e gönderilen hastaların çoğunda, çok ileri derecede kanser vardır. “Bazen, hastalarım yapabileceğim en iyi şeyin, onları hırpalayıcı tedavilerden kurtarmak olduğunu düşünürüm” dedi. Bazen, ileri derecede kanserli olan hastalar “kırbaçlanır.” Klinik tıpta kullanılan bu hoş olmayan terimin manası, hiçbir fayda sağlanamamasına rağmen toksik terapiye devam etmek demektir. Hastanın, mümkün olan tüm ilaçları almadan ölmesinin yanlış olduğunu düşünen bazı onkologlar var gibi görünmektedir. Tepler bunlardan biri değildir. “Tedavinin fayda gösterme olasılığının ne kadar olduğunu bilselerdi, insanlar bu tedavileri almak istemezlerdi” dedi. İlgili bir doktor açık açık anlatmaya çalışsa dahi, hastalar her zaman bunu anlamazlar.

“Hasta doğru olmadığına inandığım birşeyi istediğinde, ısrarcıyım” dedi Tepler. “Onlara neyin yanlış olduğunu söylerim.” Eğer isteğin ciddi za-

rarlar vereceğini düşünürse, hastanın isteğini yerine getirmez. Bu husus genelinde kontrol altına alınabilecek ama, yok edilemeyecek - tamamen tedavi edilemeyecek - kanser vakalarında gündeme gelir. Burada, Tepler'in kişilerin karakterlerine duyduğu ilgi su yüzüne çıkar. "İnsanlar tedavi edilmek ister, bu anlaşılır" dedi Tepler, "ama daha sonra insanlar, tek bir ilaç yeterince etkin ve daha az toksik iken, şiddetli tedavi ya da karışım kemoterapisi istiyorlar." Tepler kolon kanseri nedeniyle durgun metastazı olan Alex Woo'yu anımsadı. Tepler'in verdiği tedavi ile tümör iç yıldır hiç büyümemişti. "Fakat Alex bir türlü vücudunda kanser olması fikrine alışamadı. Tümörün gitmesini, hayatından çıkıp gitmesini istedi. Ama gerçekten ne düşündüğümü O'na bir türlü söyleyemedim - daha şiddetli bir tedavinin kendisine zarar vereceğini." Woo Tepler'i bırakıp, bir başka doktora gitti.

Tepler'in hastalarından bir başkası, Diane Waters meme kanseri idi ve karaciğerinde tek bir metastazı vardı. Tepler sekiz yıldan fazla Waters'a baktı. Diane'in kanseri, yüzeyde HER2 proteini gösteriyordu, dolayısıyla bir takım diğer kemoterapi preparatları eşliğinde Herceptin kullanarak etkin olarak kanseri kontrol altında tutabiliyordu. "Anne, New York'ta bir sürü doktora danıştı" dedi. "Sonra, bir başka merkezden bir radyolog, karaciğerdeki metastası kemoembolizasyon yönetimi ile tedavi edebileceğini söyledi." Radyolog, bir kateter vasıtası ile doğrudan karaciğerdeki metastaza kemoterapi uygulamayı önermişti, böylece kan bağlantısını kesecekti. Tepler, meme kanseri metastazının bütün vücuda tesir eden, sistemik bir hastalık olduğunu, karaciğerdeki tümörün yanısıra mikroskopik kalıntılar olduğunu, üstelik kalıcı kanserden - aldığı tedavi ile gayet güzel kontrol altında tutulmaktaydı - dolayı herhangi bir belirtinin olmadığını açıklayarak, buna karşı çıktı. "Kemoembolizasyondan neredeyse ölüyordu" dedi Tepler. "Karaciğerin sol bölümü tamamen çöktü ve göğüslerinde litrelerce su birikti. Haftalarca yoğun bakımda kaldı."

Tahmin ettiği gibi, karaciğerdeki hastalık geri döndü. "İnsanları ikna et-

mekte genelde başarılıyım ama, bu durumda başarılı olamadım.” Ancak, Alex Woo’nun aksine, Diane Waters tedavi olmak için tekrar geri döndü. “Aldığı karar için kendisini kötü hissetmesini istemedim” dedi. “Ne yapman gerektiğini düşündüysen onu yaptın. Kurtulduğun için şanslısın.” Tepler kendisini, o zaman bilinen en yeni tedavi yöntemleriyle tedavi etti, halen kanseri gayet güzel kontrol altında tutuluyor.

Bazen, Diane Waters’ın gördüğü gibi çaresiz tedavi yöntemleri mahkemelik olurlar. Günümüz tıbbında alınan her yüksek riskli kararın arkasında bir dava konusu yatmaktadır. Tepler de kendisini mahkemeye verilmek korkusundan dolayı müdahale etmek önerisinde bulunan bir doktorla aynı fikirde olmamak gibi kötü bir durumda bulmuştu.

Bana, over kanseri olan ve kemoterapi ile kontrol altında tutulan, tümörleri uzun süredir büyüme göstermeyen orta yaşlı bir kadın hastasından, Rachel Swanson’dan bahsetti. Dahiliyecisine yaptığı yıllık ziyaretlerden birinde, rutin kolonoskopi için bir gastroentroloğa gönderilmişti. Gastroentolog, kalın barsak yüzeyinde metastaz kümeleri farketmişti. “Rachel’da bununla ilgili herhangi bir belirti yoktu” dedi. “Genelde, bilinen bir over kanser metastazı olan hastalarda, kanama ya da daha başka bir sorun olmadığı takdirde kolonoskopi yapmayız. Bu tamamen şans eseri bir bulguydu. Tümörün kontrol altında tutulduğu gözönüne alınırsa, barsağın yırtılması için bir neden yoktur.” Gene de, gastroentolog kendisini, metastaz bölümünü alıp tekrar birleştirmeyi öneren bir jinekologa göndermişti. Bir kere bu öneri yapıldıktan sonra, daha sonra başvurulacak doktorlar, az da olsa ileride bir sorun çıkabileceği ve özellikle de barsakta bir yırtılma olması durumunda tazminat davası açılabilme korkusu nedeniyle bu kararı değiştirmediler. “Ne düşündüklerini anlayabiliyorum” dedi Tepler, “ama hukuki dava korkusuyla yönlendirilemezsiniz. Bu şekilde savunmacı bir tıp uygulayamazsınız, özellikle bir kadının ciddi bir ameliyat geçirmesi söz konusu ise.”

Tepler, Bayan Swanson’u ameliyat olmamasını tavsiye etmeye devam etti ama, Bayan Swanson, her ne kadar belirtileri olmasa da metastasin çıkartılmasının önemli olduğunu söyleyen cerrahın dediklerinden ikna olmuştu. Gene, Tepler’in parmak bastığı gibi, her ne kadar kemoterapi ile kontrol altında tutulduğunu bilseler de, insanların her an bir tehlike yaratacağını bilerek, vücutlarındaki kanserle yaşamaları çok zordur. “Rachel ameliyatı istedi” dedi Tepler, “ve bu karar daha önce gördüğü doktorlara iletildi. Aslında, daha önce görüştüğü ve bu durumda ameliyat yapılması için ciddi bir neden olmadığı konusunda benimle aynı fikirde olduğunu söyleyen mükemmel bir jinekolog cerrah belki de hastanın isteğini yerine getirmek için daha sonra fikrini değiştirdi.” Her ne kadar metastazlı kolon başarı ile çıkartıldıysa da, cerrah karın bölgesinde alınamayacak diğer tümörler de fark etti. Tepler Bayan Swanson’a, ameliyat süresince over kanserini kontrol altında tutan kemoterapinin uygulanmayacağını izah etmişti. Heyhat. “Hastalık patlamıştı” dedi. Bağırsağın alınmasından dolayı büyük acı içindeydi ve de over kanseri yayılmaya başlamıştı.

“Rachel tekrar bana geldi. Kendisi için çok kötü hissettim” dedi Tepler. “Kızmış olmam gerektiğini bildiğini ve daha önce kendisine bu işe kalkışmaması gerektiğini söylediğimi hatırlattı. Evet dedim, ama, dürüst olmak gerekirse, hiç kimsenin o anda ne olabileceğini bilemeyeceğine de parmak bastım.” Bu basit gerçek de, pek az doktor tarafından dile getirilir ve Tepler’in insanîyetini göstermişti. Kendi klinik kararının doğruluğuna güveniyorsa da, kendisinin de bazen yanılabilceğini veya her sonucu tahmin edemeyeceğini kabul ediyor. Bu vakada, Tepler gri alanların olduğunu kabul etti: Bayan Swanson’un tümörü, hiçbir komplikasyon olmadan ve diğer metastazlarda yayılma olmadan çıkartılabilirdi; doğrusu gelecek aylar içinde tümör barsağı yırtmış olsaydı, kesip çıkartma işleminin zorunlu olduğu ortaya çıkabilirdi. Hastanın seçimi, dedi Tepler bana, hastanın karakteriyle uyumluydu. Kanserle ilgili olarak inisiyatif elinde tutmak istedi.

“Anlaşılır olarak, insanlar doğrudan hedefe varmak istiyorlar” dedi. “Ancak, onkolojide biz bunu nadiren elde edebiliriz. Riski de, hedefe giderken, yolda vurulmaktır.”

Tepler daha fazla kemoterapinin faydasız olduğuna inandığında, hastalarına sonuna kadar yanlarında olacağına ve geri kalan sürelerinde rahat etmelerini sağlayacağına söz verir. Kendisini sayılar için zorladıklarında - haftalar veya aylar - kibarca Stephen J. Gould’un sözlerini tekrarlar: “Ortalama, hiçbir zaman mesaj değildir.”

Pekçok insan, Memorial Sloan-Kettering’i, kanser tedavisinde hakkı olan şöhreti nedeniyle tercih etmektedir. Ancak genellikle, doktor hastaneden daha önemlidir. Elli yaşlarında ressam olan dalak kanserli bir arkadaşım bunu kendisi bizzat yaşadı. Orada ameliyat olmuştu ve cerraha tapıyordu. Ameliyat sonrası metastazlar oluştuğunda ve bir daha ameliyat olması gerekmediğine karar verildikten sonra dahi doktor kendisini hastanede ziyaret etti. Arkadaşım meşhur değildi, zengin de değildi, dolayısı ile doktor tarafından elde edilecek bir menfaat söz konusu değildi. Arkadaşım sıcak kanlı, içi dışı bir, pırıl pırıl bir insandı ve doktor da, kendisini ziyarete gelerek, ne kadar ilgilendiğini ve hem kendisi, hem de kocası ile birlikte olmaktan ne kadar hoşlandığını gösteriyordu.

Arkadaşımın sıkıntısı, onkologu ile ilişki kurmasından sonra başladı. Doktor kendisini “en iyi yöntem” dediği yöntemle tedavi etmiş ve kanser belirli bir duraklama süresinden sonra geri döndüğünde, tedaviye devam edilmesi hususunda verdiği yanıtlar arkadaşımı korkutmuş ve yıkmıştı. Durumu ile ilgili olarak onkologla ben konuştum. “Tahminen yedi aylık bir yaşam süreci var” dedi. “Diğer ilaçların yüzde on ila onbeşten daha fazla - en iyi ihtimalle - etki edebileceği hususunda herhangi bir veri yok.” Geliştirilmekte olan ilaçlar hakkında sorular sordum. “İki aşamalı çalışmalar var” dedi, birinci aşamada toksisite belirlendikten sonra ikinci aşamada

fayda sağlaması hedeflenen ilaçların ikinci faz çalışmalarını kastederek. Pek çok dalak kanserli hastaların bu ikinci faz denemelere iyi cevap verdiğini biliyordum. “Bu cevapların anlamlı olup olmadığını bilmek için henüz çok erken” dedi, “hiç kimse de henüz tedavinin ideal süresini ve ideal dozunu bilmiyor.” Onkoloğun bana söylediği, ressam arkadaşıma ve yazar olan eşine söylediğinin aynısıydı - kendi dümdüz, doğrudan yöntemiyle. “Eve gitmeli ve hayatını yaşamalı. Bu noktada kendisine tedavi uygulanmasını destekleyecek hiçbir veri yok” diyerek sözlerini bitirdi.

“Elli altı yaşındayım” dedi ressam bana. “Eve gidip yedi ay içinde ölmeye hazır değilim. Taptığım bir kocam ve iki oğlum var.” Bir başka Manhattandan hastanesinde bir başka onkoloğa danıştı. Doktor henüz deneme sürecinde olan bir ikinci faz ilaç yazdı. Arkadaşım ilaca inanılmaz bir şekilde cevap verdi ve bir yıldan fazla çok iyi yaşadı. Kanser barsak tıkanmasına yol açarak geri döndüğünde, ölmeye hazır olduğuna ve hayatının kalitesini devam ettirebilmeye imkan kalmadığına karar verdi. Evde, yanında ailesiyle öbür dünyaya göçtü.

“Temel olarak, konu hastane değil” dedi Karen Delgado, “her ne kadar daha iyi destek hizmetleri, daha iyi hemşireleri ve belli hastalıklar hakkında daha fazla uzmanlıkları olanlar varsa da. Bunların hepsi önemli ama, en önemli olanı doktor. Ben insanlara derim ki, bir doktor sizin için doğru doktor olabilir ama, başka birisi için doğru doktor olmayabilir.”

Delgado’nun sözleri doğru geldi. George Franklin, Stephen Nimer’i tanımadan önce, Memorial Hastanesinde başka bir doktor tarafından tedavi ediliyordu. Bu ikisi bir türlü uyuşamadı, Franklin ve ailesi onkoloğa bir türlü ısınamadılar. Ancak, kendi de saldırgan bir lenfomalı olan gazeteci bir arkadaşım, Franklin’in varlığına dahi tahammül edemediği bu uzmana tapıyordu. “Bazen boğazını sıkasım geldiği anlar oluyor” dedi gazeteci arkadaşım. “Ama O’nu bu kadar çok sevmemin nedeni bu. İnanılmaz bir biçimde dümdüz. Yumruklarını hiç geri çekmiyor. Ne düşündüğünü ve

neden böyle düşündüğünü aynen bana söylüyor. Çok sinir bozucu olabilir ama, benim için en iyi doktor.”

Ancak öte taraftan, işler klinik olarak kötü gittiğinde, hastasını ve ailesini terk eden bir doktor, kesinlikle harika değildir. Uzun yıllar istihbarat teşkilatlarında çalışan ve çok sigara içen bir arkadaşım, altmışlı yaşlarında akciğer kanserine yakalandı. Ajanlıktan emekli olmuştu ama, insanları çok iyi analiz edebilmesiyle gurur duyardı. Gene de hastalanınca, bazı doktorların şahsiyetlerini okumakta körleşti. Memorial Sloane-Kettering’de tedavi görmek için uğraşmış, orada bir mucizenin hastalığını alıp götüreceğine inanmıştı. Sonunda, ilk başlarda cazip bulduğu genç bir doktordan randevu almayı başarmıştı. Birkaç yoğun kemoterapi seansından sonra akciğer kanseri büyümeye devam edince, onkolog telefonlarına cevap vermemeye başladı. Komplikasyonlar başlayınca hastaneye yatırıldığında, onkolog başucunda birkaç dakika geçirdikten sonra, tamamen ortadan kayboldu. Muayenehanesinden çok fazla seyahat ettiği söylendi. Arkadaşım, onkologu ziyaret etmeden ya da telefon dahi etmeden günlerce hastanede kaldı. Manen yıkılmıştı, korkuyordu ve yalnızdı. Sonunda arkadaşım kendi şehri olan New Jersey’de hastalarıyla ilgili ve olağanüstü bir onkolog bulmuştu. Bu onkolog, hayatının son günlerini mümkün olduğu kadar rahat geçirmesine yardımcı oldu.

Ressam eşi tarafından tedavi edilen yazar arkadaşımın geliştirdiği teoriye göre, istatistikler ve protokoller dışında tedavi etmekten çekinen onkologlar da, zeka etkinliğini gözardı eden onkologlar da, ya başarısız olmaktan, ya da belki ölümden korkmaktadırlar. “Biliyorum, garip gelecek ama” dedi, “bir onkologun çok fazla ölüm görmesi, ölümden uzaklaşmak istemesine neden olabilir. Ancak, çok fazla akılcıymış gibi davranmanın, sadece tüm rakamlar eldeyken harekete geçmeyi düşünmenin, kanserli insanların tedavisinde akılsızlık olduğunu düşünüyorum. Yaratıcı bir şey yapmayı reddediyorsun, kendini öne çıkarmayı reddediyorsun. Hayatı-

mızın bu en zor döneminde, ölümle yüz yüzeyken, kendisini bırakacağı-mızı, başka bir doktor arayacağımızı bilmesi gerekiyordu. Akciğer kanserli arkadaşınızın başına gelen terk etmenin daha kurnazca bir şekli bu.”

Onkoloji alanında, neredeyse tamamen verilerle yönlendirilenlerle, hastalarını ispatlanmış protokoller dışında tedavi etmek isteyenler arasındaki temel bölünme budur. Bazen, kabul edilmiş tedavi yöntemlerinden çok fazla sapmak, gereksiz acılara ve zehirlenmeye yol açabilir. Ancak, yazarın söylediklerinde - akılcı görünen bir düşünce tarzının, hastaların beklentileri ve hedefleri ile karşılaştırıldığında ne kadar akılsızca görüldüğü ve hastanın klinik ihtiyacından ziyade onkologun duygusal durumunu yansıtması - büyük doğruluklar buldum.

Nimer ve Tepler hastanın karakterini anlamaya çalışırlar ve anladıklarını klinik karar vermekte kullanırlar. Yazar arkadaşım bana hastaların ve ailelerinin doktorların karakterlerini nasıl anlayabildiklerini ve bu anlayışlarını karar almakta nasıl işlediklerini gösterdi. Kanser veya ciddi bir rahatsızlığı olan hastalar, baş döndürücü çoklukta seçenekle karşılaşabilirler. Kullana-cakları yol, klinik gerçekler ve karakterlerin - kendilerinin ve doktorlarının - boyutları ile belirlenir. Bu sadece onkoloji için değil, tıbbın bütünü için geçerlidir, bilimin ve insanlığın bir karışımı.

Kapanış: Bir Hastanın Soruları

Bir doktorun odasında oturduğunuzu hayal edelim. Haftalardır geçmeyen bir yakınmanız var, diyelim ki, göğsünüzün tam ortasında, göğüs kemiğinizin altında geçmeyen bir ağrı. Doktor hastalığınızın hikayesini aldı, fizik muayene yaptı ve bir takım testler istedi. Sizinle birlikte, topladığı bilgileri gözden geçirir ve midedeki rahatsızlık verici sıvıların yemek borusundan yukarı çıkması gibi çok görülen bir rahatsızlık olan reflü olduğunuza karar verir.

Çoğu vakalarda, doktor doğru teşhise varır ve uygun tedaviyi önerir, ancak her zaman değil. Eğer, bir müddet sonra, daha iyi hissetmiyorsanız, rahatsızlık devam ederse veya daha kötüye giderse, teşhisin doğruluğunu sorgulama zamanıdır. Yorum hatalarından dolayı oluşan ve yanlış yönlendirilen tedavileri anımsayın. Değişik doktorların, değişik tedavi yöntemleri, sorunlara değişik yaklaşımları vardır. Ancak hepimiz düşüncede aynı hataları yapmaya açığızdır.

Doğru tanı nasıl konulmalı? Her doktorun ya da her hastanın takip etmesi gereken standart bir metin yoktur. Ancak, düşünce hatalarını dü-

zeltmek için bazı noktalar vardır. Doktor ve hasta, sorunu çözmek için bazı ipuçlarını yakalayabilmek amacıyla en baştan

başlayacaktır. Doğru tanıdan ilk sapma, genellikle yanlış iletişimden kaynaklanır. Onun için, düşünen bir doktor, başa geri döner. “Sanki hiç duymamışım gibi, şu hikayeyi bana bir daha anlat - ne hissettin, nasıl oldu, ne zaman oldu.” Eğer sizden bunu yapmanızı istemezse, siz hikayeyi tekrar anlatmayı önerebilirsiniz. Hikayeyi yeni baştan anlatmak, daha önce atlamış olduğunuz önemli bir noktayı hatırlamanıza neden olabilir. Hikayeyi tekrar anlatmak, daha önce de anlattığınız fakat doktorun atladığı ve daha önce önemsiz addettiği önemli bir noktayı yakalamasına yardımcı olabilir. Bu, yeni cevaplar araması için onu harekete geçirecektir.

Bugünlerde, iyileşmediğimiz zaman, çoğumuz yanlış olabilecek fikirlerle doktora tekrar dönüyoruz. Fikirlerimiz bazen benzer belirtileri olan arkadaşlarımız ya da akrabalarımızdan kaynaklanıyor bazen de internette bulduğumuz bilgilerden. Geçmeyen belirtiler hakkındaki görüşlerimiz genelde en kötü ihtimaller üzerinde duruyor. Bu tür kendi kendine konulan teşhisler, ne hasta ne de doktor tarafından gözardı edilmelidir. Doktor bunları dile getiremeyeceğinden, siz dile getirmelisiniz. Bir hasta, “Reflü gibi görünen bu rahatsızlığın, kanserin ilk belirtisi olmasından şüpheleniyorum” diyebilir. Ya da bir başka hasta, bir arkadaşına hazımsızlık çektiği söylediğinden ancak daha sonra olayın kalp krizi başlangıcı çıktığını anlatabilir. Bazıları için, bu tür şüpheleri dillendirmek, bir şeyden bahsedilirse doğru çıkacağı inancı gibi batıl düşüncelerden dolayı zor olabilir. Birlikte bir teşhis koymaya çalıştığımız, göğsünde acı hisseden, yüzü korku maskesine dönüşmüş orta yaşlı bir kadını anımsıyorum. “Seni korkutan şeyin ne olduğunu söyle ona” dedi kocası, sevecen bir sertlikle. Bir akrabası akciğer pıhtısından ölmüştü ve göğüs ağrılarının nedeninin bu olmasından ödü kopuyordu. Söyledikten sonra, söylemesinin doğru çıkmasına neden

olabileceği için söylemekten korktuğunu itiraf etti.

Düşünceli bir doktor, bu şüphelerin hepsini dikkatle dinler. Derin korkularınızdan uyanarak, belirtileri daha detaylı olarak anlatmanızı sağlayacak, daha araştırıcı sorular sormaya başlayabilir. Bu, aranızdaki diyalogun boyutunun genişlemesine ve ipuçlarını saklayacak çekingenliklerin ortadan kalkmasına neden olur.

Ancak, cevap yeni konuşmayla derhal ortaya çıkmayabilir. Doktorun muayenesini tekrar etmesi, vücudunuzun bir ya da diğer bölgesine konsantre olması gerekebilir. Ya da belli bir laboratuvar testinin sonuçlarından veya röntgenin doğru okunduğundan şüphelenebilir. Bu kitabın tamamında gördüğümüz gibi, doktorlar ilk izlenimleri doğrultusunda hareket ederler. Bir doktorun düşüncesindeki ilk taraflılık, teşhise yardımcı verilerin seçici değerlendirmesiyle oluşur. Hepimiz, olumsuz veya ters bulgulardan ziyade, açıkça olumlu olan bulgular üzerinde dururuz.

Bazen doktor, laboratuvar testlerinin tekrar edilmesini veya karmaşık taramalar yapılmasını isteyebilir. Bunlar pahalı olabilir. Günümüz tıp ortamında, testlerin tekrar edilmesi, masraflı olmasından dolayı önerilmez. Hastane ve tedavi kurumları yöneticileri tarafından vurgulanan nokta ekonomik olmaktır. Doğru teşhise ulaşmak için, testleri yeniden yaptırmak yerine yapılan testlerin sonucundan şüphelenmek yeterli olabilir. Gördüğümüz gibi, değişik radyologların aynı filmi okumasında, değişik patoloğların aynı örneği değerlendirmelerinde farklılıklar olabilir. Bir teşhise geri dönmek demek, doktorun o güne kadar elde edilen bütün verileri - kan testleri, röntgenler ve patoloji raporları - ilgi ile ve keskin bir gözle incelemesi demektir.

Bütün bunlara rağmen, bir testi tekrar etmek gerekli olabilir. Dr. Herb Kresser'in göğüs ağrılarından şikayetçi olan kadında akciğer pıhtısından şüphelenirken, kadının aortunda yırtılma çıkması gibi, ilk tomografi sırasında cihazın tam olarak kalibre edilmediği durumlar olabilir. Benim ala-

nım olan hematolojide, lenfoma gibi kötü bir durumda, tümörler kemiklerde düzenli bir şekilde oluşmadıklarından ve biyopsi iğnesi tümör bulunmayan bölgeye sokulmuş olabileceğinden, birden fazla kemik iliği örneği alınması gerekebilir. Gözden geçirme veya tekrarlama sonunda da, testler cevabı vermeyebilir.

Şimdi sizin ya da bir yakınınızın doktora sorması gereken soru “Başka ne olabilir?”dir. Birçok yanlış teşhisin nedeni olan yorum hataları, doktorlar tarafından algılanamazlar. Bunlar genelde bilinç altında mevcuttur. Siz veya bir yakınınız doktora “Başka ne olabilir ?” sorusunu sorduğunuzda, tıptaki belirsizlikler gerçeğini yüzeye yakın bir yere getirmiş olursunuz. “Başka ne olabilir?” düşünme hatalarına karşı emniyet kilididir: erken kapatma, çerçeve etkisi, en son deneyimden dolayı kolay erişebilirlik, puf puf atışların zebralardan değil, atlardan kaynaklandığı önyargısı. Her bir yorum hatası, cevabın bulunmasını zorlaştırır ve hatanın düzeltilmesi doktorun daha önce gözönüne almadığı bir test veya işlemi düşünmesine neden olur ve teşhisi koyabilir.

Bir sonraki sorunuz “Uygun olmayan birşey mi var?” olabilir. Bu soru, doktorun duraklayıp, daha geniş bir bakış açısıyla zihnini taramasına neden olabilir. Şüpheden kaynaklanan bir görüş yardımıyla, klinik bölgeyi daha fazla araştırmaya başlayacaktır. “Uygun olmayan birşey mi var?” sorusu, Rachel Stein’in, çocuğunun normal olmayan bir durum değil, tamamen farklı bir durum olduğundaki ısrarı destekleyen soruydu.

“Birden fazla sorunun olması mümkün mü?” Tıp fakültesinde ve asistanlığımızda, bize düşüncelerimizde aşırı tutumlu olmamız, Ockham’ın Usturasını uygulamamız ve hastaların pekçok şikayetlerine tek bir cevap bulmamız öğretildi. Bu genelde doğru bir yaklaşımdır. Bu soruyu yöneltmek, bütün doktorların yakalandığı genel bir tuzağı: arama tatminini önlemek için başka bir önlemdir. Çoklu nedenler ile ilgili soracağınız soru, doktoru

daha geniş bir ağ atmak ve daha önce sormadığı soruları sormaya, ilk izlenimleri doğrultusunda daha önce gerekli görmediği testleri istemeye tetiklemelidir. Reflünüz olabilir, ama aynı zamanda angina da - her ikisi de sık görülür; veya reflü ve aortta yırtık, daha nadir bir durum. Giriş bölümünde gördüğümüz gibi, Dr. Myron Falchuk Anne Dodge'un vakasında, iki resmi içine alacak bir çerçeve çizdi ve bu şekilde davranarak hayatını kurtardı.

Bazen düşünme kapasitemin sonuna gelirim ve sonra ne yapacağımdan emin değilimdir. Bu demek olabilir ki, bir yorum hatası yaptım ve farkında değilim. Geçmişe bakıp, kendi yanlış teşhislerimi analiz ettiğimde, bazen doğru soruları sormayı unutmuşumdur, fizik muayene sırasında anormalliği tespit edememişimdir, doğru testi istemediğimden önemli bir veriyi bulamamışım. Farkında olmadan yorum tuzağına düşmüşümdür. Bu gibi durumlarda, bencillik bir başka yorum kuyusu açar. Hastalarımı “Birşeylerin yanlış olduğunu dediğinizde inanıyorum, ama neyin yanlış olduğunu bulamadım” demeyi öğrendim. Sorununuzun ne olduğunu bulamadığım için de, diye devam ediyorum, sizi başka bir yere göndermem lazım; bağımsız beyni olan ve karmaşık vakalarla uğraşmayı seven bir doktora. Anne Dodge'un tedavisini yapan doktor bunu yapmadı, çünkü bulunacak yeni birşey olmadığına inanıyordu. Eğer bir yakını ısrar etmeseydi, Anne Dodge hala sıkıntı çekiyor olacaktı hatta daha da kötüsü olabilirdi.

Bir hasta bana “Hala kendimi iyi hissetmiyorum. Belirtilerim devam ediyor” dediğinde, “Birşeyiniz yok” cevabını vermekten sakınmayı öğrendim. “Bir şeyiniz yok” tabiri iki açıdan çok tehlikelidir. Birincisi, her doktorun hata yapabileceğini inkar eder. İkincisi, beyni vücuttan ayırır. Tabii ki bu sonuca, hastanın şikayetlerinin fiziksel nedenleri hakkında ciddi ve uzun bir araştırma yaptıktan sonra varılmalıdır.

Tıp ve toplum açısından sorun olan psikolojik sıkıntılar ve bunların so-

nuçlarının bedende açığa çıkmasının, birçok hastanın acı ve sıkıntısını rahatlatmada engel teşkil etmesidir. Gördüğümüz gibi, birçok doktor, sinirli veya korkak hastalardan hoşlanmamaktadır. Bu hastalar, en ilgili doktorlara da en ciddi tehlikeyi oluşturmaktadırlar. Bunlar hikayelerini çok ayrıntılı olarak, her acı ve ağrıyı abartarak anlatırlar ve doktorun memedeki tümörü veya tiroid bezlerindeki nodülü bulabilmek için aklını toparlamasını zorlaştırırlar. Bir hastanın kendi düşüncesine ve duygusal durumuna bakışı doktora çok yardımcı olabilir. Karen Delgado'nun hastalarından birinin biraz "çatlak" olduğunu bildiğini ama bu nedenden dolayı şikayetlerinin gözardı edilmemesi gerektiğini söylediğini hatırlayın. Tabii ki bazen hastalar çatlak değil, sadece korku içindedirler ama, doktorlar tarafından hastalık hastası olarak nitelendirilirler. Eğlence sektöründe çok çalışan bir işkadını olan Los Angeles'teki yakın bir arkadaşım, devamlı olarak doktoruna memelerindeki ağrıdan şikayet ediyordu. Mamogramı radyolog tarafından normal olarak okundu ve devam eden ağrıları gözardı edildi. Kendisine "Birşeyiniz yok" denmişti. Doktor, ağrıların nedeninin stres olduğunu söylemişti. Daha başka testler yapan bir başka doktora gittikten sonra kanser tanısı kondu. Teşhis iki yıla yakın bir süreyle gecikmişti ve bir düzineden fazla lenf düğümünde kanser bulunmuştu.

Hepimiz benzer hikayeler duymuşuzdur. Doktorlar da, hastalar da bunlardan korkarlar. Fakat, bir başka kadının ağrıların nedeni kanser değil psikolojik çıkmış olsa dahi, "Birşeyiniz yok" tabiri gene de yanlıştır. Kendisi ikna edilmeli ve eğer belirtileri ve ağrıları devam ediyorsa, yardımcı olabilecek psikiyatriste veya psikologa gönderilmelidir.

Sağ elimdeki şiş ve acı için bana testler yapılırken, cerrahlardan biri beni kemik taramasına gönderdi. Bu testte, sadece bilekteki kemikler değil, vücuttaki tüm kemikler taranır. Taramaya bakan radyolog, göğüs kemiklerimin üzerinde bazı benekler görmüş. Aynı akşam cerrah beni evden aradı. Yalnızdım; ailem kayak tatiline gitmişti. Cerrah, elimden ameliyat

olmamın acil olmadığını, çünkü taramada görünen beneklerin göğüs kemiklerimde kanser metastası olabileceğini gösterdiğini söyledi. Genelde kendimi psikolojik olarak kontrol edebildiğimi düşünürüm ama, birkaç dakika içinde göğsüm ağrımaya başladı. Göğüs kemiklerime dokunduğumda ağrıyorlardı. Bir onkolog olarak, herhangi bir belirti olmadan kemiklerimin beneklerle dolmasının mümkün olmadığını biliyordum. Ancak o anda birden bire doktor değildim. Tamamen bir hastaydım. Beynim dondu. Acilen karıma ulaşmaya çalıştım. Birkaç saat sonra bulabildim. Pam panik yapmamamı söyledi. Ertesi sabah birkaç röntgen daha çektiirmemi istedi. Radyolog yanılıyor olabilir sözleri hiç etki etmedi. Çaresiz bir kanserden öldüğümü düşünerek uykusuz bir gece geçirdim. Tüm eğitimime ve tecrübeme rağmen, içimi korku sarmıştı. Göğsümdeki acı gerçektir.

Ertesi gün sırada ilk bendim ve göğüs kemiklerimin normal olduğunu gösteren bir dizi röntgen çektirdim. İkinci bir radyolog kemik taramasına baktı ve fazla okunduğuna karar verdi. Benek falan yoktu. Göğsümdeki ağrının tamamen geçmesi ve göğüs kemiklerimdeki hassasiyetin kaybolması birkaç saat aldı.

Bu olaydan iki ders aldım. Birincisi, böyle şok edici bir haber, körlemesine paldır küldür verildiğinde, beni yönlendirecek, dengemi sağlayacak, belirsizliği vurgulayarak tereddüt yaratacak - benimle birlikte, benim için düşünecek - birisine ihtiyaç duymuştum. Başka bir ortamda olsa, bilinçli olarak beneklerin aldatıcı olabileceğini söyleyebilirdim ama duygusal olarak kavrayamamıştım. İkincisi, beynin vücut üzerindeki gücünü görmüş-tüm. Psikomatik belirtileri.

Tabii ki, devamlı ama aldatıcı belirtiler bazen psikomatik değildir ve sonuçta fiziksel bir teşhis konur. Doktor sizi tedavi eder ama tedavi ile iyileşmezsiniz. Yeni bir tedaviye başlamadan önce, doktor sizinle konuşmalıdır. Dr. Judy Ann Bigby'nin öğrettiği gibi içeriği gözden geçirmeli - tedaviyi nerede, nasıl ve ne zaman alıyorsunuz. Kalifornya'da dokuz yüzden fazla has-

taya bakan kırkbeş doktor üzerinde yapılan çalışmayı hatırlayın. Üçte ikisi hastalarına yeni ilacı ne kadar süre ile almasını veya yan etkilerinin neler olacağını söylememişti. Neredeyse yarısı ilacın dozunu ve ne sıklıkta alınması gerektiğini belirtmemişti. Eczacının ya da başka bir sağlık görevlisinin bu açığı kapatacağını varsaymak yeterli değildir. Siz ve doktorunuz arasında tedavi, tedavinin mantığı ve özellikleri hakkında açık bir ortak anlayış olması gerekir. Dahası, Bigby'nin üzerinde durduğu gibi, sosyal ortamınızla ilgilenen doktor, tedavinin neden başarısız olduğu hakkındaki tıp dışı nedenleri de düşünecektir.

Bu arada başka düşünülmesi gereken diğer hususlar da olabilir. Karen Delgado bana, ilaçların artık renk kodlu olmasına rağmen, yanlış iletişimin olabildiğini söyledi. Delgado, yaşlı bir bayan hastasındaki ağır çalışan tiroid bezlerinin tedaviye neden cevap vermediğini merak ediyordu. "Eczacının verdiği hapları kontrol et" dedi Delgado, "mor renkli mi?" Kadın cevap verdi "Evet, mor." Bir an için Delgado neyin yanlış olduğunu, kadının neden hala pelte gibi olduğunu çözemedi. Sonra, kadından tüm ilaçlarını getirmesini istedi. 175 mikrogram tiroid hormonu ihtiva eden hapların renginin bir ton mor, 75 mikrogram tiroid hormonu ihtiva eden hapların daha değişik bir ton mor olduğu ortaya çıktı. Hasta morun değişik tonları arasında seçim yapabilecek durumda değildi.

Diğer durumlarda ise, doğru olarak yazılan ve kullanılan tedavi, işe yaramayabilir. Biyolojik olarak hepimiz farklıyız ve aldığımız ilaçlardan faydalanmamız da, yan etkilerinden zarar görmemiz de farklıdır. Aynı hastalığa sahip olabiliriz ama, aynı ilacı almamıza ve aynı tedaviyi görmemize rağmen, aynı faydayı paylaşmayabiliriz. Hızla etki etmeyen bir tedavinin ne kadar süre ile devam ettirilmesi, ikinci bir seçim olarak hangi yöntemin seçilmesi, tıp bilimini ve sanatını yansıtır. Dr. Stephan Nimer, George Franklin'in kemoterapi rejimini derhal değiştirirken, diğer doktorlar protokolü devam ettirmekte ısrar etmişlerdi. Başarısızlığı erken tespit etmek ve

tedavi yöntemlerini değiştirmek, Franklin'in ömrünü yıllarca uzatmıştı.

İyi tedaviler, sağlam ilaç endüstrisinin ürünleridir ve bir zamanlar tedavi edilemez zannedilen hastalıklar, yeni ilaçlarla dize getirilmiştir. Ancak, doktor ve hasta tedavi hakkında karar verirken, faydaları riskleri, paylaştıkları hedefleri ve ihtiyaçları göz önünde bulundurulmalıdır. Seçimleri, maddi çıkarlar ve pazarlamacılar tarafından ortaya konan taraflılıktan bağımsız olmalıdır.

Bütün bunlar zaman alır ve günümüz tıp tedavisinde zaman en büyük lüktür. Tıbbı, ihtiyaçtan ziyade bir iş kolu olarak görenler, tedavinin değişmez şekilde ve tam verimli olarak sürdürülmesi için zorlamaktadırlar. Bir doktorun muayenehanesi montaj hattı değildir. Bu hale dönüştürmek, iletişimi körleştirmenin, hataları arttırmanın ve hasta ile doktor arasındaki ortaklığı kesmenin kesin yoludur. Bir doktor, bir gözü saatte, bir gözü bilgisayar ekranında düşünemez. Ancak, düşünen bir doktor zamanını iyi değerlendirir. Tam belirgin ve tekdüze hastalıklar onbeş yirmi dakika içinde çözülebilir, hasta ve ailesi viziti bilgilenmiş ve tatmin olmuş bir biçimde terk edebilir. Karmaşık sorunlar acele ile çözülemez. Kaçınılmaz gerçek şudur ki, düşünmek zaman alır. Telaş içinde çalışmak ve kestirmeden kaçmak, yorum hatalarına gidecek en kısa yoldur.

Otuz yıldır çalışan bir doktor olarak, hastalarım hakkında düşünebilmemde bana yardımcı olabilmesi için geleneksel yollara başvurdum: ders kitapları ve tıp dergileri; daha geniş veya daha değişken klinik tecrübeleri olan hocalar ve meslektaşlar; zorlayıcı sorular soran öğrenciler ve asistanlar. Ancak, bu kitabı yazdıktan sonra, farkına vardım ki, düşünmemi geliştirebilecek bir başka önemli ortağım olabilir, birkaç yerinde ve odaklanmış soru ile, yanlış tedaviye neden olan yorumlama tuzaklarına düşmemi engelleyebilecek bir ortak. O ortak, etten ve kemikten karar verme esnasında oradadır. O ortak, aklımdan neler geçtiğini, nasıl düşündüğümü an-

lamaya çalışan hastam, ailesinin bir ferdi veya arkadaşısıdır. Zihnimi açarak, erişebildiği noktaları ve sınırlarını, hastamın fiziksel problemlerini ve duygusal ihtiyaçlarını daha net olarak algılayabilirim. Tedavi edilmeye ihtiyacı olanları tedavi etmenin daha iyi bir yolu yoktur.



Doktorlar Nasıl Düşünür?

Bir doktor, şikâyetlerini anlatan bir hastanın sözünü ortalama olarak her on sekiz saniyede bir keser. Doktorların birçoğu bu kısa süre içinde, olası teşhis ve tedavi için kararını verirler. Genellikle bu şekilde verilen kararlar doğru olurlar ancak, kritik anlarda verilen bazı kararlar yanlış da olabilir ve feci sonuçlar doğurabilirler. Jerome Groopman **efsaneleri yıkan** bu kitapta, doktorların aldıkları kararların arkasındaki güçleri ve düşünme süreçlerini **açıklamaktadır**.

Groopman, doktorların neden hata yaptıklarını araştırmakta ve bizim yardımımızla nasıl ani kararlar almaktan kaçınacaklarını, belirsizliği kabul edeceklerini, etkin olarak iletişim kuracaklarını ve sağlığımızı doğrudan etkileyebilecek diğer becerileri nasıl konuşlandıracaklarını göstermektedir. Bu kitap, tıbbi olarak hatalı düşünmenin alarımını veren ve yeni teknolojilerin, doğru teşhisleri nasıl engellediğini detaylı olarak açıklayan ilk kitaptır.

'Doktorlar Nasıl Düşünür?', hastaların, doktorlarının doğru yolu bulabilmesi için, sorabilecekleri doğru ve akıllı soruları içerir.

Groopman, zengin bir araştırma yapabilmek için ülkenin en iyi doktorları ile görüşmeler yapmış ve hem doktor hem de hasta olarak kendi deneyimlerinin sonucunda bir resim oluşturmuştur. Bu kitaptaki derslerin çoğunu hem kendi hatalarından, hem de diğer doktorların yorucu ve bunaltıcı tıbbi durumlarda yaptıkları hatalardan çıkartmıştır.

'Doktorlar Nasıl Düşünür?' doktorlara ve hastalara, birlikte daha iyi kararlar verebilmeleri için ihtiyaçları olan bilgileri vererek, yirmi birinci yüzyıl tıp çalışmalarına çok etkileyici yeni bir görüş getirmektedir.

"Çok keyifli ve herkesin okuması gereken bir kitap"

Kirkus Review

"Dr. Jerome Groopman çok özel ve modern dünyadaki ikilemler hakkında muhteşem bir kitap yazmıştır."

Steven D Levitt ve Stephen J Dubner, Freakonomic yazarları



Mikado Yayınları



ISBN 9944133067



9 789944 133067