**KONU 12: ÇATIŞMALARI BAŞARIYLA ÇÖZMEK**

Daha önce belirttiğimiz gibi iyi düşünülmüş ben-mesajlarının bile istenilen amaca ulaşmada başarısız olduğu zamanlar olacaktır. Bu hafta hasta ve hekimin ihtiyaçlarının çatıştığı böyle durumlarda neler yapabileceğimizi konuşacağız. Sağlık çalışanları ve hastalar arasında çatışma olmadığı zamanlar genellikle güç dengesizliğinin olduğu zamanlardır diyebiliriz. Otoriter ve iktidar sahibi hekim karşısında daha zayıf konumda olan hasta korkak ve teslimiyetçi davranır, alttan alır. Öte yandan zayıf olan kişi barıştırıcı rolü de oynayabilir. Güçler arasında fark olmadığı ve iş birliğinin hâkim olduğu ilişkilerde çatışmaların görülmesi daha olasıdır. Geleneksel sistemde çatışmalar bir tarafın kazandığı, diğer tarafın kaybettiği yani itaat ettiği bir şekilde sonuçlanır (Gordon ve Edwards, 2013: 184-185). Hekim olarak çatışmaları sizin kazandığınız durumlarda gücünüzü kullanmaktasınızdır. Bu yüzden sizden korkabilirler, uzak durmaya başlarlar, yalan söylerler/kaçınırlar vd. Çatışmayı neye mal olursa olsun yeter ki huzur olsun diye bilerek karşı tarafın kazanmasına izin verilen durumlar da vardır. Ancak bu tür bir boyun eğmenin de gücenme, düş kırıklığı, isteklerinizi anlatmaktan vaz geçme, ihtiyaçları başka şekilde tatmin etme gibi sonuçları olabilir (Gordon ve Edwards, 2013: 185-186). Bunları önlemek için kaybedenin olmadığı orta yol bulunabilir. Kazan-kazan da diyebileceğimiz bu yöntem için her iki tarafın da güç kullanmamayı taahhüt etmeleri, çatışmayı çözülmesi gereken bir problem olarak kabul etmeleri ve birlikte çözüm aramaları gerekmektedir.

Çoğumuz ebeveynlerimizle ve diğer yetke sahibi yetişkinlerle kazanan ve kaybedenin olduğu bir ilişki kurmuşuzdur. Bu yüzden kazan-kazan yöntemine dönmek zor gelebilir. Özellikle otorite sizseniz bu daha da zordur. Bütün bunlara rağmen kaybedenin olmadığı yöntemi uygulamaya karar verdiğinizde ilk olarak karşı tarafı etkilemeniz gerekecektir. Bunun için önleyici ve bildiren ben-mesajı gönderebilirsiniz: (Gordon ve Edwards, 2013: 188)

“Neden oturup her ikimize de makul gelen bir çözüm bulmaya çalışmayalım.”

“İhtiyaçlarını karşılamanı sahiden istiyorum. Hem senin hem de benim taleplerimi doyuran bir çözüm bulabilir miyiz diye bir düşünelim bakalım.”

Bazen daha sert yüzleşmeci-ben-mesajları iletmek gerekebilir:

“Kendi çözümlerinin dışında başka hiçbir çözümü dikkate almıyor gibi görünmen sinirlerimi bozuyor. Kafa kafaya verip ikimizin de kabul edeceği bir çözüm bulamadığımız için gerçekten düş kırıklığı yaşıyorum” (Gordon ve Edwards, 2013: 188).

Tabii ki bu mesajlardan sonra duruma bakmanız gerekiyor. Karşı tarafın geri bildirimine göre aktif dinlemeye geçmeniz gerekebilir. Eğer olumlu bir şekilde anlaşırsanız altı adımda çözüme ulaşmış olursunuz. Şimdi bu altı adıma bakalım (Gordon ve Edwards, 2013: 189): Öncelikle **çatışmayı çözümlere göre değil ihtiyaçlara göre tanımlamanız** gerekiyor. Genelde çatışma ortamlarında çatışmaları *rakip çözümler* olarak görürüz. Bu nedenle bu bakış açısından sıyrılıp ihtiyaç ve korkular bazında tanımlama yapmalıyız. Ne istediğimizi, ihtiyaçlarımızın ne olduğunu, hangi korkularımızın yatışmasını istediğimizi tanımlamalıyız. Örneğin meme kanseri olan bir hastanın tedavisi konusunda anlaşmazlığa düştüğünüzü varsayalım. Burada problemi ameliyat, lumpektomi, mastektomi gibi çözümler üzerinden tanımlamak yerine önce ihtiyaçlar konuşulmalıdır. Hasta eşinin ilgisini kaybetmekten korkuyor olabilir, dış görüntüsünün bozulmasını istemiyor olabilir. Hekim hastalığın metastaz yapmasından korkuyor olabilir. Bu nedenle burada aktif dinleme ile ihtiyaçların anlaşılması önemlidir. Sonrasında **alternatif çözümler üretmeniz ve bunları değerlendirmeniz gerekiyor.** İhtiyaçların belirlenmesinin ardından hasta ve hekim alternatif çözümler üzerine konuşur. Örneğin bu örnekte lumpektomi artı ışın tedavisi gibi. Değerlendirirken de olası çözüm önerilerinin hepsi değerlendirilir. Çözümlerin lehinde veya aleyhinde olan hususlar nelerdir? Riskler ya da olası faydalar nelerdir? Hangi çözüm her iki tarafın ihtiyaçlarını karşılamada daha iyidir vb. Sonrasında **taraflarca kabul edilebilir bir çözüme karar vermelisiniz.** Bütün alternatifler değerlendirildikten sonra karar verilir. Burada bütün gerçekler açıklanmıştır ve taraflar ortak karar vermiştir denilebilir. Bir çözümü diğer kişiye zorla kabul ettirmeye çalışmak veya hoşlanmadığınız bir çözüme razı olmaktan kaçınmalısınız. **Çözüm uygulanırken** de kimin neyi ne zaman yapacağına karar verin ve karşı tarafa da sorumluluk yükleyin. Son olarak da **değerlendirme** yapın. Bazen bir çözüm yetersiz olabilir, koşullar değişebilir, farklı sorunlar çıkabilir. Bu nedenle çözümleri vazgeçilmez olarak görmemek gerekir (Gordon ve Edwards, 2013: 189-192).

ÖRNEK VAKA: DR. QUILL’in HIKAYESI

“58 yaşındaki hasta sigorta satış mümessiliydi ve kronik ağrılar nedeniyle malulen emekli edilmişti. II. Dünya Savaşında aldığı bir şarapnel yarası yüzünden 34 yıldır ağrı çeken ve yedi batın ameliyatı geçiren hastaya üç yıl önce de transüretral prostat rezeksiyonu yapılmış; miyokard enfarktüsü ve sepsis yüzünden durumu ağırlaşmıştı. Geçen yıl sol yanındaki ve sırtının altındaki ağrılar yüzünden 30 doktora görünen hasta, hekimlerin hemen hemen hepsinin işe yaramaz olduğunu düşünüyordu. İlaçları, akupunkturu ve kendi kendine hipnoz uygulamayı denemiş ama hiçbir fayda görmemişti. Yüksek dozlarda narkotik bir ağrı kesici ile trisiklik bir antidepresan kullanıyordu ancak bunlar da çok az fayda ediyordu. Narkotik, doktorunun ısrarı üzerine hastaya karısı tarafından veriliyordu. Hastanın 15 yıllık psikiyatrı ağrının bedensel olduğunda ısrar ederek ona uyuşturucu bir ağrı kesici vermişti; oysa dahiliye ve üroloji uzmanları bağımlılığa yol açma riski yüzünden bu preparatı hastaya yazmazlardı. Hasta tıp mesleğinin yetersizliği üzerine bir kitap yazmaktaydı ve beni de onlardan farklı olup olmadığım konusunda sorguya çekti.”

“Hastanın hikayesini dinledikten sonra aynı soruyu ben de kendime sordum. Hastanın korkunç tıbbi deneyimler yaşadığını kabul ediyordum fakat bu kadar doktor başarısız olduğuna göre ona ben nasıl yardım edebilirdim ki? [ÇATIŞMA TANIMLANIYOR] Hastanın iki net talebi vardı: Bağımlı olarak damgalanmaksızın narkotik ağrı ilacını alabilmek ve ameliyat olmak istiyordu. Ağrısını geçirmesini umduğu için kendisine bir myelogram ya da hiç olmazsa bir sistoskopi uygulanmasını talep ediyordu. [HASTANIN İHTİYAÇLARI] (Gordon ve Edwards, 2013: 193).”

“Hastanın her talebine karşı ben de kendi sınırlarımı çizebilirdim; bunun bilincinde olarak onunla bir ilişki kurabileceğimi gördüm ve karşı tekliflerimi ona bildirdim: Ona bir keş muamelesi yapmadan ve her seferinde sorgu sualden geçirmeden narkotik ilaç yazmam şu koşullar altında mümkün olabilecekti: İlacı ağrısı olduğu zaman değil, daha düzenli olarak her dört saatte bir uygulayacaktı; böylesi bir düzen kronik ağrılar için çok daha uygundu. [DOKTORUN İHTİYACI] Hastanın durumunun tehlike arz edecek kadar akut olmadığına inandığım için bütün dosyalarını incelemeden hiçbir şekilde ona müdahale etmeyeceğimi, tıbbi endikasyonların ancak bundan sonra netleşeceğini söyledim. [OLASI ÇÖZÜM] Hastanın birinci (asıl) doktoru olarak beni seçmesi durumunda önceden benim onayımı almadan başkalarına danışmamalı, kimseden tıbbi bir görüş almamalı veya ilaç kullanmamalıydı. [OLASI ÇÖZÜM] Ağrısı olsun veya olmasın düzenli aralıklarla 20 dakikalık görüşmeler yapmamızı da şart koştum. Sadece bu görüşmeleri yaptığımız günlerde, yeni bir ağrı kesici yazabilir veya aynı ilacı tekrarlayabilirdik. “Semptoma bağlı olmadan yapılan bu doktor ziyaretleri” onun ağrısını destekemekten uzak durmamıza yarayacaktı. [OLASI ÇÖZÜM]”

“Hastanın teklifime razı olması benim için sürpriz olmuştu. [İKİ TARAFÇA KABUL EDİLEBİLEN ÇÖZÜM] Yaptığımız anlaşmayı ağrılarının kötüleşmesi ve mikroskobik hematüri dolayısıyla iki hafta sonra bana gelerek bir defa ihlal etmiş oldu fakat muayenede yine bir sorunun görülmemesi nedeniyle herhangi bir müdahaleye gerek olmadığı anlaşıldı. [ÇÖZÜM DEĞERLENDİRME] Hastanın bir sürü tanı dosyası vardı ve bütün testlerin en az iki kere yapıldığı ve önceki doktorlarının tümünün onu sorunlu bir hasta olarak kabul ettikleri açıkça görülüyordu. Mikroskopik hematüri uzun zamandır aralıklarla tekrarlayan bir durumdu ve çeşitli ürolojik değerlendirmelerin eksiksiz yapılmasına rağmen bu rahatsızlığa bir tanı koyulamamıştı. (Gordon ve Edwards, 2013: 194).”,

“Bu hastayla kurduğumuz ilişki 11 aydır sürüyor. Ayda bir kere görüşüyoruz ve onun narkotik ağrı kesici reçetesini yeniliyorum. [ÇÖZÜMÜN UYGULANMASI] Ağrısının gerçek olup olmadığını hiç sorgulamadım ve bu ağrıyla boğuşmsı sırasında onunla çalışmaya devam ediyorum. Ağrılarının sebebinin etraflıca değerlendirildiği gerçeğini tekrar tekrar vurguluyorum, şu aralar ek bir müdahalede bulunmaya gerek olmadığını ve zihnimin gelecekte bulunması muhtemel yeni tedavilere her zaman açık olduğunu ona altını çizerek söylüyorum. [ÇÖZÜMÜN UYGULANMASI] Hasta başka görüşler almak için uğraşmadı, uyuşturucu da dahil ona bütün ilaçlarını ben yazıyorum. Operasyonu ve diğer prosedürleri de artık talep etmiyor. [ÇÖZÜMÜN DEĞERLENDİRİLMESİ]”

Dr. Quill’in Vardığı Sonuçlar:

“Hastayla bir sözleşme yaptık – majör prensip olarak statükonun devamını sağlayan oldukça karmaşık bir kontrattı bu. Ben onun ağrılarını dindirmeye çalışmayacaktım (doktorlar bunu 35 seneden beri denemişler ve başarısız olmuşlardı), bununyerine gereksiz bir ameliyat yaparak ona zarar vermeyecek ve ağrısıyla yaşamayı öğrenmesi için ona yardımcı olacaktım. Sınırlarımı net bir şekilde çizmiş ve beklentilerimi de belirtmiştim, fakat kurduğumuz ilişkiyi bitirmekte ve eğer hastalığıyla daha agresif yöntemlerle savaşılmasını istiyor veya verilen ilaç tedavisinden tatmin olmuyorsa başka bir doktor aramakta özgür olacaktı. Yaptığımız sözleşme her ikimizden de uzlaşma bekliyordu fakat birbirimizden bekleyebileceklerimiz hakkında apaçık kurallar (ilkeler) sunmaktaydı. Net bir şekilde müzakere ettiğimiz bu çalışma ilkeleri ilk bakışta kontrol edilemez ve çok büyük gibi görünen tıbbi sorunları denetim altına almamıza izin vermişti. (Gordon ve Edwards, 2013: 195).”

Çatışma çözümünü böyle bir örnekle açıkladık ancak burada yaşayacağınız bazı durumlar sizin özgürlük alanınızın dışında kalacaktır. Başka bir ifade ile hasta ile kurduğunuz ilişkide çıkan anlaşmazlıkları karşılıklı çözüm bulabileceğiniz hareket alanı sınırlıdır. Aşağıdaki şekil sizin özgürlük alanınız hakkında bir fikir verebilir. Burada ülke farklılığı nedeniyle eyalet yasaları demiş ama siz bunu kendi ülkenize ve kuruma uyarlayabilirsiniz. Bizim devlet yasalarımız, sağlık bakanlığının yönerge ve yönetmelikleri, sonra hastane kuralları vd.



Eğer bu tür bir durumla karşılaşırsanız bunu açıkça hastayla paylaşın. Hastanın duygularını aktif dinleme yoluyla anlayın. Onaylanabilir olası bir çözüm olup olmadığına bakın (Gordon ve Edwards, 2013: 199-200).