

# Sağlık Profesyonellerinin Grup Dinamikleri

THE GROUP DYNAMICS OF HEALTH PROFESSIONALS

Gülten ÖZALTIN\*

\* Doç.Dr.Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri ABD Başk., İSTANBUL

## ÖZET

Hastanın fiziksel ve psikososyal yönden iyileştirilmesi sağlık hizmetlerinin eşyuumunu gerektirir. Geleneksel sağlık sisteminde görevliler hastanın tedaviye ve hastane kurallarına uymasını beklerken, dinamik sağlık sisteminde hastanın tedaviye aktif katılımı, çok yönlü iletişim, disiplinlerarası işbirliği beklenir. Bu sistemler, geleneksel ve dinamik aile modelleri ile karşılaştırılabilir.

Anahtar Kelimeler: Geleneksel sağlık sistemi, Dinamik sağlık sistemi, Profesyonel roller, Grup dinamiği, Sağlık sisteminde insan faktörü, Değişim

T Klin Tıbbi Etik 1996, 4:34-37

Bir arkadaşımın yıllar önce bir hastane yaşantısını özetleyerek sağlık profesyonellerinin grup dinamiklerini anlatmaya çalışacağı. Arkadaşım ağır bir trafik kazası geçirmişti. Bacağının sakat kalma olasılığı vardı. Doktoru kendisine platin bir çubuk takılması gerektiğini, bunun kısa bir işlem olduğunu söylediğinde, doktoruna bu işlemi istemediğini iletti. Kendisi ile konuşurken genel anestezi korktuğu kan ameliyat işlemine izin vermediğini anladım. Lokal anestezi ile de bu işlemin yapılacağını söyledim. "Eğer beni bayıltmadan yapabiliyorlarsa kabul ediyorum" dedi. Doktoru kendisine bu işlemin lokal anestezi ile yapılacağını söyledikten sonra olumlu bir işbirliğiyle ve istekle ameliyathaneye gitti. Ameliyat masasına alındığında anestezi genel anestezi vermek üzere inhalasyon maskesini yüzüne koyunca, maskeyi-şiddetle çekip "çıkartın beni buradan, çıkartın beni buradan" diye bağırmağa başlamış. Bana hastan problem çıkarıyor diye haber gelince hemen ameliyathaneye geldim. Arkadaşımın yüzünde o anda gör-

Gelis Tarihi: 15.11.1995

Yazışma Adresi: Gülten ÖZALTIN

Marmara Üniv. Hemşirelik, Yüksek Okulu  
Psikiyatri ABD, İSTANBUL

34

## SUMMARY

Therapy of the patient in physical and psychosocial term requires the cooperation of health services. In the traditional health system the staff expect the patient to obey the treatment and hospital rules, whereas in the dynamic health system active participation of the patient in the therapy, many faceted communication and interdisciplinary cooperation is expected. These systems can be compared to the traditional and dynamic family models.

Key Words: Traditional health system, Professional roles, Group dynamics, Human factor in health care delivery system, Change

T Klin J Med Ethics 1996. 4:34-37

düğüm panik ifadesini hala unutamam. Anestezi hastanın bayılmaya karşı şiddetli korkuları olduğunu anlattım ve kendisinin bu konuda daha önce bilgilendirilmediğini anladım. Anestezi "Her hasta ile ayrı ayrı uğraşırsak, biz hiç iş bitiremeyiz, karar versin, işlemler ya genel anestezi ile olur ya da kalır" dedi. O sıra ameliyathanenin sorumlu hemşiresi "Doktorun dediklerini dinlemen gerekir, o senin için en iyi olanı planlıyor, onun dediklerini yerine getirmezsen iyileşemezsin" gibi tümceleri yeneleyip duruyordu. Arkadaşım "Bu bacak da bu baş da bana ait. Hiç birşey istemiyorum sizden, çıkarın beni buradan, ne olur kendim kalkamıyorum, çıkarın beni buradan" diyordu. Bu güçlüğün çözümüne yardımcı olamadım, ameliyatı kalmıştı.

Ortopedi servisine döndüğümüzde görevlilerin ona problem çıkaran kaprisli bir hasta diye baktıklarını algıliyordum. Beni de psikiyatri hemşiresi olarak işlerini arttıran bir kimse olarak gördüklerini düşünüyorum. Daha sonraki yıllarda bu düşüncemi pekiştirecek kanıtlardan biri psikiyatristlerin yaptığı bir araştırmanın sonuçları oldu Bir yıl içinde psikiyatriden istenen konsültasyonların hiç biri hastanın içrel bir sorunu ile ilgili değildi. Hasta tedaviyi reddetmişse, davranışları uyumsuzsa. görevlilere sorun çıkarıyorsa psikiyatri konsültasyonu is-

T Klin Tıbbi Etik 1996, 4

teniyordu. Sorur» çıkarını durdurmak için konsültasyona çağrılan hekime, ekibin öteki üyeleri "kamçılı kovboy" diye şaka yapıyorlardı.

Oysa, hastanın biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden iyileştirilmesi sağlık ekibinin üyelerince paylaşılan bir sorumluluk, bir görevdir ve mesleki bir formasyon ile etik standartlara sahip olmayı gerektirir. Her insanın parmak izi nasıl farklı ise yaşamının belirli bir anında hasta olan bireyin durumu da, diğerlerinden farklıdır. Her insanın değerleri, inançları, algıları, duyguları, düşünceleri, korkuları ve bunları ifade ediş yolları benzersizdir. Bunun bilincine vardığımız zaman en genel ilkelimizin bile, her durum için kullanılabilir bir şablon olmayacağına farkına varırız. Örneğin; hasta bireye ölümcül bir hastalığı olduğunu söylemek mi söylememek mi gerekir diye tartıştığımız varsayıldığında, "doğru şudur" diye bir karara varılması, ne derece doğrudur? "Gerçeğin saklanması gerekir" şeklinde bir karar verildiğini düşünelim. Bu karara dayalı eylemin sonucu hastayı rahatlatıcı mıdır? En gelişmiş dillerin sözlüklerindeki sözcük sayısı 600 bini aşmazken sözsüz ileti sayılarının 700 bini aştığı kabul ediliyor. Acaba biz gerçeği saklama kararı aldığımızda sözel olarak gerçeği sakladığımızı düşünürken, sözsüz mesajlarımızla neler iletiyoruz? Gerçeği söylememe ile gerçeği hissettirme arasındaki çelişkilerimizle hastaya yarar sağladığımız gibi dürüstlük ilkesine de uymadığımız açıktır. Bu alandaki araştırmalar yok denecek kadar azdır.

Bir ortamın fiziksel özelliklerinin insan sağlığına etkileri üzerine pek çok araştırma yapılmasına karşın, psikososyal çevre ile sağlık ilişkisi görmezden gelinmiştir. Çalışma koşulları ve çevrenin yalnızca kaza ya da meslek hastalıklarına değil, psikosomatik hastalıklara da neden olduğu ya da bu hastalıklara zemin hazırladığı, ruh sağlığını etkilediği gün geçtikçe daha çok kabul görmektedir. 1993'te Amerika'da psikiyatri dışında hastaneye başvuran hastaların %68'inin psikosomatik hastalıklardan yakınmakta olduğu saptanmıştır. Ortamlar da, bireyler ve aileler gibi kendine özgüdür. Ortamlar bas-kılayıcı, destekleyici, koruyucu ya da geliştirici özelliklere sahiptir, dolayısıyla görevlilerin davranışlarını yönlendiren, sürdüren ya da durduran yapılandırmaları vardır.

Hastaya verilen hizmet, toplumdaki en küçük sosyal kurum olan ailedeki çocuğun yetiştirilmesi için harcanan çabaya benzetilebilir. Hastane ortamını bir sosyal kurum olarak gördüğümüzde, "hekim-hemşire-hasta" üçlüsünü bir sacayağı gibi düşünebiliriz. Bunlardan biri olmazsa sacayağı olmaz ya da ayaklardan birinde dengezsizlik olursa yere sağlam basamaz.

Şimdi sizlere aile sistemindeki geleneksel ve dinamik rol modelleri ile sağlık sistemindeki geleneksel ve dinamik rol modellerini kaba hatları ile analiz etmeye çalışacağım. Aile sistemini analiz etme ve sağlık sistemi ile karşılaştırmadaki amacımız, herbirimizin kimliklerimize ilişkin en önemli deneyimlerimizi kendi aileleri-

mizle olan yaşantılarımız sonucunda elde ettiğimizi, başarılarımızda ve ketlenmelerimizde ailelerimizin önemli rolleri olduğunu gözardı etmememiz gerektiğidir. Kişiliğimizin gelişmesinde iki temel özellik etken olmaktadır. Birincisi, kişilerarası ilişki yeteneğimizin gelişmesi, ikincisi, yaşamdaki rollerimizi öğrenmektir. Bunlar birbirinden kopuk değil birbirini tamamlayan özelliklerdir. Bu gelişimin yaratıcı ve üretken olabilmesi dinamik bir sistemde gerçekleşebilir. Sağlık profesyonellennin grup dinamiklerini içinde yaşadıkları ailenin ve toplumun kültürel değerleri büyük ölçüde belirler. Toplumdaki değişme, gelişme ve ketlenmeler her ülkenin kendine özgü koşulları içinde değerlendirilip çözüm yolları aranmalıdır. Ana amacımız, evrensel değerlerle bütünleşmek, ilerleyen ve gelişen bir bütünün paçası olmayı sağlamaktır. Böyle bir amaç bizim geçmişimizi, içinde yaşadığımız zamanı iyi değerlendirme ve geleceğe yönelik gerçekçi planlar yapabilmemizin gerekliliğini vurgular.

Geleneksel aile sisteminde, baba, şımarmasını diye çocuğunu uykuda sever. Düşünceleri eleştirilemez ve istekleri derhal yerine getirilmelidir. Annenin rolü babanın çocuklar üzerindeki otoritesini pekiştirmek ve çocuklarla baş edemediğinde babaya durumu iletmektir. Bu ailelerde annelerin çocuklarına "akşam baban gelsin, bu yaptıklarını ona anlatacağım" dediğini duyarız. Büyük bir olasılıkla böyle bir durumda baba, terbiye amacıyla çocuğa dayak atar. Anneden beklenen rol, kocasına hizmet ve itaat etmesi ve çocuklarının bakımı nı üstlenmesidir. Çocuktan beklenen rol, ana-babasının sözünden dışarı çıkmamasıdır. İlişkilerde uyum davranışı temeldedir. Sorunlar, uyum davranışı olmadığında yaşanır. Eğer her bir üye kendi rolünü benimsemişse, sistem başarı ile çalışır. Geleneksel aile ve sağlık hizmetlerine ilişkin modelleri genel hatları ile şematize edelim: (aile ve sağlık sistemlerinin çok karmaşık sistemler olduğunu yalnızca grup dinamikleri yönünde düşündürmek amacıyla en basit bir biçimde şematize ettiğimizin gözden uzak tutulmaması gerekir).

Baba	Hekim
1	1
Anne	Hemşire
1	1
Çocuk	Hasta
<b>Geleneksel Aile Modeli</b>	<b>Geleneksel Sağlık Modeli</b>

Geleneksel sağlık sisteminde hekim mutlak otoritedir. Hemşirenin onun talimatları çizgisinde hastaya bakım vermesi, hastanın da iyileşmesi için tedavinin tüm biçimlerini ve hastane kurallarını kabul etmesi, görevlilere bedenini teslim etmesi gerekir. Konuya başlarken sözettiğim anesteziyen korkan arkadaşımın yaşadığı sorunları geleneksel sağlık sistemine uyarlamaya çalışsak; hemşire: "Doktorun dediklerini yapman gerekir, yoksa iyileşemezsin" diyerek geleneksel rolde kalıyor ve hastanın kendi tedavisinin sorumluluğunu paylaşma-

sı gerektiğinin bilincinde değil. Bu rol, hemşireden karmaşık durumları algılama ve çözüm üretme davranışı geliştirmesini beklemeyen, profesyonellik gerektirmeyen dar boyutlu bir roldür. Korkulan anlaşılamayan hasta "sorunlu" damgasını yemektedir.

Dinamik bir sistemde "problem" sözcüğü farklı çağrışımlar yaratacaktır. Dinamik yaklaşımın gerçekleşebilmesi kan, eğer bir yerde bir sorun varsa, orada çözümler üretmek için birlikte olan bir grubun üyeleri de vardır. Sağlık görevlileri kadar hasta bireyler de bu sistemin etkin üyeleridirler. Bu sistem belki de hiçbir yerde tam olarak var olamamaktadır. İletişim kanallarını açmaya ve anlamları ortak hale getirmeye çalışan dinamik yönetim biçimine ulaşmak; uzun zahmetli bir çabayı ve kişiliğimizde yeniden örgütlenme gerektirmektedir. Bu sistemi de kabaca ailede ve sağlık hizmetlerinde şematize etmeye çalışalım:

Anne	Baba	Hekim	Hemşire
Dinamik Aile Modeli		Dinamik Sağlık Sistemi Modeli	

Bu modellerle işleyen ailede temel amaç; çocuğun kendini ifade ederek ve kendi kendine kontrol mekanizmaları koyarak yetişmesini sağlamaktır. Çocuk bizim isteklerimizi gerçekleştirmek için değil, kendini gerçekleştirmek için varolmalıdır. Davranışlarından istenmeyen yönler için ceza görmeyen/cezalandırılmayan çocuk, yalnızca davranışlarının sonuçları ile karşı karşıya kalır. Örneğin; eldiven giymezse elleri üşür; yemeğini düzgün yemiyorsa, düzgün yemeye karar verinceye kadar ailesi ile birlikte yemek yiyemez. Kontrol ailede değil, çocuğun kendisinde olur.

Çocuklarının bazı sorunlarını danışan bir ailenin evindeki bir olay burada örnek olarak verilebilir. Ailenin beş yaşındaki erkek çocuğunun yaptığı yaramazlıklar karşısında, aile ne yapacağını şaşırılmıştı; aileye, çocuğa davranışları düzelinceye kadar odasında kalmasını kesin bir dille belirtmelerini önerdim. Aile bunu uyguladıktan 20 dakika sonra çocuğa neye karar verdiğini sorduğunda, çocuk soruyu "karar vermemeye karar verdim" diye yanıtlamış. Ben de aileye "bu da bir karardır" demiştim. Görüldüğü gibi, çocuk özgür iradesi ile karar verdiğinde, zekice direnmelerle karşılaşma olasılıkları artıyor.

Ailede; sisteme başka aile üyelerini ve öteki çocukları, sağlık hizmetlerinde de; psikolog, sosyal çalışmacı, diyetisyen, diğer hastalar ve hasta ailelerinin dahil edildiği modelleri zihnimizde çizelim. Ailedeki modeli sağlık hizmetlerine uyguladığımızda yapı, ailedeki duruma göre daha da karmaşıklaşır. Her iki sistemde de yapının daha karmaşıklaşmasına karşın durum kaotik değildir. Çocuk yetiştirmede ve hastanın sağaltımında; sorun çözme ve düşünce üretme çerçevesinde işleyen modellerde, çok seslilik esastır. Çok seslilik

düşünce zenginliğinin ana belirleyicidir. Doğaldır ki, böyle bir modelde bir otorite ve onun yardımcıları yoktur. Merkezde hasta vardır, onu bir bütün olarak ele alma vardır. Hastanın sağlığının ve haklarının yararına olan profesyonel ilişki ve iletişim düzenlemeleri vardır. Böyle yönetimlerdeki liderlerin liderlik özellikleri, iletişim kanallarını açık tutabilme yeteneklerini geliştirdikleri ölçüde belirginleşir.

Sağlık hizmetlerinde ve ailelerde yaşanan sorunların çoğu, geleneksel yöntemden çağdaş yöntem geçiş sancılarında kaynaklanmaktadır. Bunu kendi iş yaşamımdan bir örnekle anlatmaya çalışacağım. Doğudaki bi: | ie çalışmaya başladığımda, hastaların tüm gün yatakta pijama ile yatıklarını gözlemledim. Fiziksel bir rahatsızlıkları yoktu; düşüncelelerinde, duygularında, algılarında ve ilişkilerinde değişik derecelerde sorunları vardı. Gün boyu yatakta kalırlarsa bunları nasıl düzeltebileceklerdi? Anabilim Dalı Başkanına; Halk Eğitim Merkezi ile temasa geçsek hastaları çeşitli uğraşlara yönlendirebileceğimizi ilettiğimde, tüm bu "artyetişimime özgü" garip düşüncelerimi kendime saklamamı bildirdi ve "ben hastalara yat dedim mi kıpırdamadan yatarlar, bir problem olmaz" dedi. Bu modelde doktor otoriter, hasta uyumlu idi. Sorun olan bendim. Peki gerçekten sorun ben mi idim? Yoksa değişimi bir tehdit olarak algılayan meslek gruplarının, var olan değerlere tehdit olarak algıladıkları yeni roller ve yeni düzenlemelere karşı, yazılı ya da yazılı olmayan biçimde koydukları sosyal denetimler ve yaptırımlar mıydı? Kanımca temel sorun buradadır ve insanlık tarihi değişimden yana olanlarla, değişime karşı olanların mücadeleleri ile doludur.

Geleneksel toplumlarda geçmiş, kendini, yaşanan zamanda ve gelecekte yineler. Her toplumun geçmişe, şimdiye ve geleceğe ilişkin beklentileri, umutları ve istekleri; toplumun en küçük birimi olan ailenin ve daha karmaşık sistemlerinden biri olan sağlık sisteminin tutumlarını, değişime karşı tepkilerini sosyal davranışlarının yönünü ve eğitim sistemini belirler.

Değişimin hızına ayak uyduramayan kurumlar akılcı ve yaratıcı olamazlar. Yeni teknolojilerin ve bilgisayarların insanın yaptığı pek çok işi kolaylaştırmasının ardından, bu teknik ilerlemeyi hazmeden bilgi ve kavram üreten beyinlere gereksinimimiz vardır. Değişime direnç gösteren, gerekli esnekliği gösteremeyen kapalı gruplar, yüksek oranda sosyal patlama potansiyeli taşırlar. Oysa, çelişkilerin alabildiğine açığa çıktığı yönetimlerde, zaman içinde doğru olanı seçme yönünde bir gelişme gözlenebilir. Dünyada yaşanan değişim ve gelişmeler, ülkemizdeki sağlık profesyonellerinin uygulama ve anlayışlarında da sürekli bir değişimi öngörmektedir. Özetle, sağlığa ilişkin hizmetlerde çeşitlilik arttıkça ve hizmetler karmaşıklaştıkça, bu alandaki profesyonellerin grup dinamikleri de değişmek ve gelişmek zorundadır.

Sağlık profesyonelleri olarak sorunlarımızın belirlenmesinde, çözümünde kendi gizli güçlerimizin ve ketlen-

melerimizin neler olduğunu tanıma çabasına girmezsek güdük kalırız m "2000 yılında herkes© sağlık" hedeflerini gerçekleştiremeyiz. Sağlık sisteminin yapısı canlı ve dinamik olursa, hemşirelik hizmetlerinin niteliği de daha iyiye götürülebilir. Sistemde meydana getirilecek değişikiler, hizmetlerin kusurlarını düzeltecektir. Hemşirelerin verdikleri ile aldıkları arasında denge olmazsa, coşku olmaz ve tükenmişlik duygusu yaşanır. Bir meslek, barınmanın temini değil, bir bütünün parçası olma ve işe yarama duygusu ile doygunluğa ulaşır. Günlük uğraşlar ve iş bitirme amacı ile toplanıp dağıldıkları kurumlar yerine, yaratıcı gizil güçlerini ortaya çıkarabilecek öğrenim yaşantıları elde edecekleri sistemleri oluşturabilirsek, hemşireliğe nitelik kazandırabiliriz. Eğer günlük uğraşlarla yetinilseydi uygarlık nasıl gelişirdi? Disiplinlerarası üretilen çözümlerde her bir grubun konulara ve sorunlara yaklaşımları kendi ilgi alanları ile kişisel ilgi ve istekleri ile olumsuz yönde etkilenebilir. Yine de, bu risk ortak bir karara varıldığında daha köklü bir çözüme ulaşılacağı için göze alınması gereken bir risktir. Her meslek grubu kendi rol sınırlarının bilincinde olarak, öteki meslek grupları ile işbirliğine ve entegrasyona girdikçe kendi mesleklerinin sınırlarını ve rollerini de geliştirecektir.

#### KAYNAKLAR

1. Baly ME, Nursing and social change, 1 r«don: Heirierrriann Medical Books. 1980,
2. Baly ME, Professional responsibility, Newyork: John Wiley Sons, 1992.
3. Chariots E. Effective interaction in contemporary nursing. New Jersey: Pranöoe-Hall inc, 1974.
4. Cüoeioğju D, içimizdeki çocuk, İstanbul: Remzi Kitabevi, 4,basım, 1993.
5. Güvenç B, Türk kimliği, istanbul: Remzi Kitabevi. 1993.
6. Ingram KC. Talk that gel results N«=wyork: McGraw Hill Book Ccmp ine, 195?.
7. Johnson MM amel H Martin, A sociological analysis of the nurse role. American Journal of Nursing 1958 ; 58(3):353-7,
8. Özaltın G. Hasta haklarının hemşirelik boyutunda incelenmesi. HÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1984; 1(1):27-33,
9. Süer 2. Yöneylem araştırmasında psikolojinin yeri. Psikoloji Dergisi 1980: 9:2-3,