

Temel sağlık hizmetlerinde aile merkezli sistemik psikososyal yaklaşım II: Toplumsal süreçler ve aile merkezli müdahaleler¹

M. Kemal KUŞCU,² Vaide SEYMANER SAVUR,³ Pınar ÖNEN,⁴ Sinan BUDAK⁵

ÖZET

Toplumsal değişimler ve bunlara eklenen medikal başvuruların gündelik yaşam içerisindeki yansımaları aile ve muhit içi diğer birlikteliklerde kendini göstermektedir. Bu yazımızda, vaka deneyimleri ışığında 2002-2004 yılları arasında temel sağlık hizmetlerinde yürüttüğümüz Aile Merkezli Sistemik Psikososyal Çalışma Grubu uygulamamız sırasında, toplum merkezli ruh sağlığı çalışmalarına yönelik olarak oluşturduğumuz model, müdahale yöntemleriyle birlikte ele alınarak paylaşılabilecektir. Medikal gündemlerle psikososyal gündemleri bir araya getirmeyi ve olası riskleri azaltmaya yönelik olarak temel sağlık hizmetlerindeki başvuruların değerlendirildiği 'sistemik model' ele alınacaktır. Sistemik modelin klinik içerisinde psikososyal müdahale basamaklarını oluşturan ilişkilendirme, bağlantılama, bağlamına yerleştirme, değişimi destekleme basamakları ele alınacaktır. Deneyimlerimizin temel sağlık hizmetlerinde ileriye yönelik psikososyal model arayışında bir örnek oluşturacağını düşünüyoruz. (Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007; 8:165-172)

Anahtar sözcükler: Toplum ruh sağlığı, aile, psikososyal yaklaşım, sistemik model

Family centered psychosocial systemic approach in primary health care setting II: social agendas and family centered interventions

ABSTRACT

Social changes and attached medical referrals find their paths in the daily agendas of families and communities. Our paper will focus on the implementation of family based systemic psychosocial approach in community health care setting in Istanbul between the years of 2002-2004. Our model aims to reduce health depended social vulnerability and risks factors by integrating medical and psychosocial agendas of primary care referrals. Basic steps of systemic assessment and intervention were gathered under the topics of establishing a relation, connecting, contextualizing and supporting change. We hope that our experience provides an insight for future psychosocial models for primary health care. (Anatolian Journal of Psychiatry 2007; 8:165-172)

Key words: community mental health, family, psychosocial approach, systemic model

¹ 2003'te Pratisyen Hekimler Kongresi'nde ve 2004'te Diyarbakır Tabipler Odasının düzenlediği 14 Mart Haftası etkinlikleri çerçevesinde sunulmuştur.

² Yrd.Doç.Dr., Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İSTANBUL

³ Dr., ⁵ Uzm.Dr., Beylerbeyi Lokman Hekim Sağlık Ocağı Hekimi, İSTANBUL

⁴ Uzm.Psik., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, KOCAELİ

Yazışma adresi: Dr. M. Kemal KUŞCU, Marmara Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri ABD, Tophanelioğlu Cad. No:13/18
34034 Altunizade/İSTANBUL
E-posta: mkkuscu@marmara.edu.tr

GİRİŞ

Günümüzde, teknolojinin gelişmesi ve toplumsal öngörülerdeki (insan hakları, cinsiyet ayrımcılığı gibi) değişim ve tüm bu sürece eklenen toplumsal dönüşümler aile benzeri sosyal birlikliklerde varlıklarını hissettirmektedir. Bu etkiler, olumlu veya olumsuz, temel sağlık hizmetlerinde de ailenin ve diğer sosyal birlikliklerin, toplumsal dönüşümlerin eşliğinde ele alınmalarını zorunlu kılmaktadır. Temel sağlık hizmetlerinde risk alanları, toplumsal dönüşümler çerçevesinde bir önceki yazımızda ele alınmıştır.¹ Olası risk süreçleri izolasyon ve ayrışma, sosyal ve bireysel gündemlerde kesinti ve devamsızlık ve baskın söylem altında geri çekilme başlıkları altında incelenmiş ve bu süreçlerin aile ve benzeri birlikliklerde yatkinlığın temel belirleyicileri olduğu vurgulanmıştır.

Bu yazımızda ise, bu üç süreci hedef alan ve sosyal olumsuzluk kulvarındaki başvuruları karşılamaya yönelik psikososyal uygulamalardan örnekler vereceğiz. Bu uygulama modeli, bir önceki yazıda belirtildiği gibi, medikal ve psikososyal gündemleri bir araya getiren, toplumsal söylemleri ve eşlik ettikleri dinamikleri tartışmaya katan, çoğulcu, politik ve toplumsal süreçlere duyarlı ve toplumsal dönüşüme daha çok katkı sağlamayı hedefleyen toplum merkezli psikososyal müdahale modelini içermektedir. Model, sosyal dönüşümlerin en görünür yaşandığı birlikliklerden biri olan aileyi, müdahale kapsamında inceleyecektir. Aynı zamanda modelin, sorunun taraflarını, tanımlanan soruna bağlı yaşanan güçlük ve ihtiyaçları, yeni bağlantılar oluşturarak daha geniş bir çerçevede görmeye davet etmesi ve var olan sıkışıklığı ortadan kaldırarak bir tür '*sosyal genişleme*'ye fırsat yaratması hedeflenmektedir.

Aile merkezli sistematik müdahale: Temel sağlık hizmetlerinde söyleşi ve sosyal destek zemini olarak aile

Sosyal olumsuzluk kulvarını iyileştirmeye yönelik psikososyal uygulamalar, olası yatkinlik zeminini ortadan kaldırmayı ve yukarıda belirtilen risk alanlarını yumuşatmayı hedeflemektedir. Medikal model, sıklıkla böylesine karmaşık bir sosyal süreci tek başına kavramakta yetersiz kalmaktadır. Bu noktada temel sağlık hizmetleri içindeki psikososyal yaklaşımların medikal modelin ötesinde farklı bakış açılarını bir araya getiren uygulamaları barındırmaları gerekmektedir. Bu noktada öne çıkan yaklaşımlardan biri de *sistemik* modeldir.²

Sistemik modelin uygulama sonuçlarından biri, sorunun taraflarını, tanımlanan soruna bağlı yaşanan güçlük ve gereksinimleri, yeni bağlantılar oluşturarak daha geniş bir çerçevede görmeye davet etmesi ve var olan gerginliği ortadan kaldırarak bir tür '*sosyal genişleme*'ye fırsat yaratmasıdır. Özellikle aile zeminindeki uygulamalar ailenin bir sosyal destek zemini olarak yeniden algılanmasını sağlamaktadır. Buradaki temel müdahale noktası, ilişkilerde ve sorunun ele alınmasında gerginliğe neden olan sürecin ve bu süreci oluşturan bağlantıların kırılmasıdır. Son yıllarda yapılan çalışmalar, uygun destek ve beceri kaynağının yatkinlik kulvarını olumlu etkilediği ve sosyal dezavantaj kulvarını olumlu biçimde şekillendirdiğini göstermiştir.³ Sosyal dezavantaj veya riski oluşturan süreçlerin başında, bireysel ve paylaşılan yorum dağarcıklarının ve bunun sonucunda oluşan psikososyal uyum sürecinin olduğu düşünülmektedir.⁴ Bu bir anlamda, bireysel yorumun, sosyal yaşantılara taşınması anlamına gelmektedir (Şekil 1). Buna göre aile veya muhit içerisindeki yorumların setleşmesi ve giderek tek boyutlu inanç dağarcıkları haline gelmesi yatkinliği desteklemektedir. Örneğin, 'problemlili bir çocuk' tanımı orta ve uzun vadede tanımlanan kişi ile ilgili yorumların çerçevesini de oluşturmaktadır. Sistemik model, bu döngüyü kırmayı ve oluşan rollerin kısıtlayıcı doğasını ortadan kaldırmayı planlamaktadır. Bu yeni sürecin, olası risk alanlarını ve yatkinlik ortamını ortadan kaldırıcı etkisi olmaktadır.

Sosyal dönüşümlerin en görünür yaşantılandığı birlikliklerden biri ailedir. Bu durumun temel nedenlerinden biri, ailenin toplumsal değişimlerin hem şiddetinin artmasında, hem de yumuşatılmasında gördüğü işlevdir. Aile, halen birçok kültür içinde kişisel gelişim sürecinin veya toplumsal dayanışmanın önemli odaklarından biri olmayı sürdürmektedir ve bu nedenle aileyi merkez alan çalışmaların sayısı hızla artmaktadır.⁵ Ancak bu çalışmaların büyük bir kısmı, aileyi ideali temsil eden, gerçeklikten yabancılaşmış bir pedagojik kurum olarak tanımlamaktadır. Oysa günlük pratiğin içinde aile yaşantıları, bu öngöründen uzak daha somut ve uzman beklentilerinin ötesinde şekillenmektedir.

Çalışmamızda, aile görüşmeleri, var olan kısıtlılıkların saptandığı psikososyal değerlendirme ve müdahale alanı olarak seçilmiştir. Aile görüşmeleri, aile zemininde hem var olan soruna bağlanan güçlük ve gereksinimlerin saptanma-

sını, hem de sorunun aile geçmişi üzerinden anlaşılmasını kolaylaştırması nedeni ile seçilmiştir. Ayrıca aile görüşmelerinin, klinik sürecin içinde dile gelme fırsatı bulamayan bakış açıları için önemli bir fırsat olduğu düşünülmüştür.⁶ Kadınlar, çocuklar veya farklı olanı dile getiren gençler için aile görüşmeleri, sorunun farklı bakış açıları eşliğinde ele alınmasını olası kılmaktadır (Şekil 2). Aileyi merkez alan bir söyleşi modelinin daha dengeli ve eşitleyici bir bakış açısını ortaya koyarak, oluşan yatkınlık yaratıcı süreçlerini tamponlayabileceği öngörülmektedir.

Aile merkezli çalışmaların, psikososyal gündemlerin ele alınmasını hem hızlandırdığı, hem de aynı müdahalenin içinde farklı risk ve gereksinim alanlarına yanıt oluşturduğu gözlenmiştir. Bu nedenle sağlık ocağı zeminindeki görüşmelerimizin ve sistemik müdahalelerimizin aile merkezli yapılması planlanmıştır. Bu müdahaledeki temel amaç, görüşmenin zeminindeki uygulamalar doğrultusunda ailenin kendi içindeki söyleşisini desteklemektir.

YÖNTEM

Beylerbeyi Lokman Hekim Sağlık Ocağı'nda 2002-2004 yılları arasında izlenen ailelerin görüşme ve bu görüşmeler sonrasındaki ekip tartışma notları ele alınmıştır. Farklı gereksinimlerle sağlık ocağına başvuran ailelerin görüşmeleri hekim, hemşire ve psikologların olduğu izleyici bir grupta beraber değerlendirilmiş ve her görüşme sırasındaki izlenimler grup üyeleri tarafından not edilmiştir. Çalışmada 18 ailenin görüşmelerinin içeriği izleyici grup tarafından gözden geçirilmiştir. Her görüşme öncesinde ve sonrasında izleyici grup bir araya gelerek hem başvuruyu, hem de görüşme içindeki ana temaları tartışmışlardır. Bu görüşmelerin sonunda öne çıkan varsayımlar yeniden grupta ele alınarak bu varsayımları en iyi tanımlayan genel başlık belirlenmiştir.

İzleyici grup daha sonra her aile görüşmesindeki temel müdahale basamaklarını tartışarak görüşmelerdeki ortak noktaları netleştirmişlerdir. Bu çalışmamız bu ortak noktaların paylaşılmasını içermektedir.

Aile merkezli söyleşi alanlarının hazırlanması: Değerlendirme ortamı ve katılımcılar

Sistemik Aile Terapisi, ailelerin tanımlanmış sorun alanları etrafında, onlara kısıtlılık yaratan

açıklamalarını farklılaştırmayı planlamaktadır.

Temel hedef, bu farklılaşmayla beraber sorunun konuşulduğu bağlamı serbestleştirmek veya yumuşatmaktır. Bu yeni bağlamın, bir anlamda sorunun sahibine çözüme sahip çıkma noktasında destek oluşturacağı öngörülmektedir.

Değerlendirmeler 50-60 dakika arasında süren aile görüşmeleri eşliğinde yapılmaktadır. Görüşmeler, ailenin ve katılımcıların rahatlıkla oturabilecekleri bir ortamda gerçekleştirilmektedir. Çalıştığımız sağlık ocağında aile görüşmeleri için özel bir alan oluşturulmuş, görüşmeye katılan çocukların uğraşısı için küçük bir oyun alanı da eklenmiştir. Görüşme bir oturma düzeninde yapılmakta, masa kullanılmamaktadır. Görüşmeye görüşmeci dışında, görüşme içinde, içeriği görüşmeciye ve aileye yansıtacak olan *yansıtıcı ekip* katılmaktadır. Bu ekipte hekim, hemşire veya diğer sağlık çalışanları yanında psikolog, diğer ruh sağlığı çalışanları bulunmaktadır.

Yansıtıcı ekip kavramı 1980'li yılların başlarında aile terapisi gündemine girmiştir.⁷ Çalışma grubumuzda bu model modifiye edilerek uygulanmaktadır. Buradaki temel amaç, görüşme sırasında izleyen ve görüşme ile ilgili düşünce üreten ekibin tartışmasını ailenin ve görüşmecinin önünde yapmalarıdır. Bu durum özellikle konuşulması zor süreçlerle ilgili gözlemlerin aktarılmasına fırsat vermektedir. Aynı şekilde, görünür bir model oluşturarak söyleşi dağarcığını güçlendirmekte ve tüm katılımcıları, sorunun ve olası çözümün öznesi haline getirmektedir. Yansıtıcı ekip hem tedaviye yönelik bir müdahale, hem de eğitim sürecinin bir parçası olarak kullanılmaktadır. Yansıtıcı ekipte yer alan doktor, hemşire ve psikologlar bu şekilde, sistemik bakış açısı ve müdahale yöntemlerini öğrenmektedir.

Değerlendirme süreci

Aile görüşmeleri üç aşamada yapılmaktadır: *Görüşme öncesi tartışma, görüşme ve yansıtıcı ekip yanıtı ve görüşme sonrası tartışmalar*dır. Görüşmeler hem servisin, hem de servis içi eğitimin bir parçası olarak tasarlanmıştır. Görüşme öncesinde ekip başvuruya ilgili ön varsayımları gözden geçirmekte ve olası görüşme alanlarını oluşturmaktadır. Görüşme sonrasında ise, ileriye yönelik değerlendirmeler ve planlar netleştirilmektedir. Görüşme süreci 4 temel başlık altında oluşturulmuştur: İlişkilendirme, bağlantı, bağlamına yerleştirme, ve değişimi paylaşma.

1. İlişkilene: Temel sağlık hizmetlerinde güven dağarcığını oluşturma

“... Kızım ile ilk defa konuşuyoruz sanki... Daha önce hiç böyle uzun uzun konuşmadık.”

“... Evde açmıyor kendini. Burada açtı rahatladı, rahatladık.”

“... Eğer beni samimi olarak dinleyecekseniz, konuşabilirim. Bunun için vaktiniz var mı?”

“... Yaptıklarımın bana zarar verdiğini biliyorum. Ancak ben de neden yaptığımı bilmiyorum. Ama hep sonunda kötü bir duygu kalıyor içimde, sanki kendimi yeterince anlatamamışım gibi.”

Toplum hizmetleri içindeki temel sorun alanlarından biri, kliniklerdeki karşılaşmalarda insan olgusunun göz ardı edildiğine ilişkin serzenişler. Sistemik aile görüşmelerinin ortak hedefi, sorun etrafında güven ilişkisinin oluşturulmasıdır. Konuşmayı ve paylaşımı kolaylaştıran güvenli bir ortamın oluşturulmasının temel aracı olarak *tarafsızlık* korunmaya gayret edilmektedir. Dışarıdan izleyen gruptaki (yansıtan ekipteki) katılımcıların, farklılıkların altını çizdikleri yorumlar, görüşmenin içine katılır. Katkıların ve dışarıdan katılımın daha görünür bir model oluşturduğu gözlenmiştir. Görünür bir model altında çalışmanın getirdiği sonuçlardan biri, oda içinde güven ortamının sağlanmasıdır.

Görüşmeci tüm süreç boyunca katılanlara eşit mesafede durmaya gayret eder. Herhangi bir öğüt, öneri, ödev oluşturmamaktadır. Bu durum sıklıkla konuşma fırsatı bulamayan tarafların fikirlerini açmasına yardımcı olmaktadır. Oluşan güven ve eşitlikçi tutum, güçlüğün konuşulduğu yeni bir fırsat oluşmasını sağlamaktadır.

Aile içi ilişkilerde yaşanan sorunların etrafında yeterli ifade fırsatı bulamamak, ailelerin sıklıkla dile getirdiği bir güçlüktür. Bu durum var olan sorunun ötesinde biriktirilen gerginlik ortamını daha da pekiştirmektedir. Aynı zamanda bu gerginlik olası riskli davranışın zeminini oluşturabilmektedir. Bu nedenle katılımcılara eşit mesafedeki tarafsız ortam sistemik modelin işleyişinin en temel basamağıdır.

2. Farklı kişisel anlam dağarcıklarının seslendirilmesi: Bağlantılama

‘Artık hastam geldiğinde ona ‘neyin var’ diye sormuyorum. ‘Ne oldu da geldin’ diyorum. Böyle sorunca daha çok şeyi anlatıyor.’

‘İnsan yalnız olmadığının farkına varıyor... Hak veriyor...’

‘Hiç aklıma gelmemişti kızımın böyle düşüneceği... Düşünmüş işte...’

Psikososyal başvuru gereksinmelerinin ortak

nedenlerinden biri, aile içindeki kişisel anlam dağarcıklarının kendi içinde ayrışması ve giderek sertleşmesidir. Bu kişisel bir ayrışma ve izolasyon duygusu oluşturmaktadır.¹ Bağlantılama, ayrışmış kişisel anlam dağarcıklarının, ortak dağarcıklar ekseninde konuşulmasını sağlamaktır. Bu şekilde, aile bireyleri, kendi anlam dağarcıkları ile diğer aile bireylerinin anlam dağarcıkları arasındaki benzerlik ve farklılıkları görme fırsatı elde eder ve özellikle farklılıkların güncel sorunlara etkisini sorgular.

Bağlantılama aşamasındaki izleyici ekibin temel grup egzersizi, varsayım oluşturma ve varsayım bağı soru kurmak olarak belirlenmiştir. Yansıtan ekip problemin kökenleri, sonuçları veya aile dinamikleri ile ilgili varsayımlarını oluşturur ve bu varsayımlara bağlı soruları destekler. Aynı şekilde görüşme içinde aile üyelerinin de birbiriyle daha hipotetik bir dilde konuşmaları desteklenir. Bu basamakta, yansıtan ekip ve görüşmeci arasındaki tartışma, aile için bir model oluşturmaktadır. Bu çerçevenin içindeki temel amaç, bağlantılayan sorular eşliğinde başvuru sahibinin ve katılımcı sağlıkçıların farklı açıklama ve bakış açıları ile ilişkilenebilir.

Bu egzersizin klinik pratiğe farklı şekillerde uyarlandığı gözlenmiştir. Örneğin, çalışmalara katılan bir hekim, kendi pratiğinde, başvuru sahibine ilk soru olarak ‘neyiniz var?’ yerine, çalışmalar sonrasında ‘ne oldu da geldiniz?’ benzeri bağlantılayan bir soru sonucunda, pratiğindeki değişimi paylaşmıştır. Bağlantılayan soruların, belirti anlatımından, süreç ve yaşantı paylaşımına geçişi kolaylaştırdığı gözlenmiştir.

Soru ve varsayımlar, tanımlanan sorun etrafında şekillendirilmekte, görüşmede yeni açılan gündemlerle sorunun bağlantılanması hedeflenmektedir. Örneğin, eşinin davranışını bir tür kişilik özelliği olarak gören bir katılımcı, görüşmede bu davranış kalıbını eşinin farklı süreçlere oluşturduğu bir tepkisi olarak değerlendirmeye başlamıştır. Farklı tanımlar aynı zamanda giderek sertleşen ortak yorumların yumuşamasını sağlamaktadır.

3. Bağlamına yerleştirme

‘Şimdi esas konuya geldik... Bizim derdimiz psikolojik değil sosyolojik doktor bey. Tartışıyoruz, çünkü hiçbirimiz memnun değiliz halimizden. Hepimizin hali bir, ancak birbirimizi görececek halimiz yok.’

‘Konuşmadıklarımızı konuşuyoruz. Hep konuşmamız gerekenlerdi aslında...’

‘Gidiyoruz geliyoruz, kimse sormadı bize bu soruları... Bunları hiçbirimiz konuşmak istemi-

yoruz aslında.’

Bu basamaktaki temel amaç, başvurunun, barındırdığı sosyokültürel ve sosyopolitik bağlamda ele alınmasıdır. Bu basamakta hastanın başvurusunun yorumlanmasının medikal sürecin yanında sosyopolitik ve kültürel bağlamının, açıklayıcı ve güçlendirici bir yaklaşımı barındırması gerekmektedir. Sağlık ocağındaki başvuruların büyük bir kısmının cinsiyet ayrımı, ekonomik ve sosyal süreçler, politik ayrışma ve benzeri dağarcıkları da barındırdığı gözlemlenmektedir. Toplum merkezli çalışmalarda temel sağlık hizmetlerinde sosyal ve politik süreçlerle başvurular arasında ilişki saptanmıştır.⁸ Örneğin, şiddet gören kadınlar üzerinde yapılan araştırmalar, sosyal dezavantajın kadınların şiddet görme olasılığını artırdığını göstermektedir.⁹ Ayrıca, bireyin çocukluktan itibaren içinde bulunduğu sosyal ortamlardaki yoksunluk ve risk kulvarlarının, fiziksel ve ruhsal sağlığın belirleyicilerinden olduğu pek çok araştırmada gösterilmiştir.¹⁰⁻¹²

Aileler ve sağlık çalışanları çoğunlukla başvuru yakınmalarını, onu oluşturan koşullardan ayırıştırarak ele almaktadır. Bu tutum ise, sorunun daha yüzeysel bir şekilde ele alınmasına, açıklamaların ve müdahalelerin yetersiz kalmasına neden olmaktadır. Aile görüşmeleri ve yansıtıcı ekip tartışmalarında, farklı bağlamlar söyleşi alanına getirilmektedir. Bu hijyenik yaklaşım çoğunlukla aile söyleşi içerisine kadın-erkek, politik, inanç ve benzeri bağlamsal başlıklar dışında ele alınmasına neden olmaktadır. Yansıtıcı ekip, özellikle kendi görüşünü paylaşırken bu başlıkları ele almaya çalışmaktadır. Bu süreç aynı zamanda aile için konuyu daha dışarıdan gözlemleyebilecekleri ve tartışabilecekleri bir fırsat yaratmaktadır. Örneğin, kendi ilişkisinin toplumdaki genelini tartışırken daha rahat hissedebilmektedir. Aynı şekilde bir göç ailesi kendi deneyimi yanında ‘göç’ deneyiminin genelini tartışırken konuyu sahiplenmektedir. Çoğunlukla bu bağlamlar, sorunun temel düzeylerini de barındırmaktadır. Sorunu bağlamına taşımak bir anlamda o süreci sahiplenmeyi de beraberinde getirmekte ve aileyi değişimin etkin katılımcısı durumuna getirmektedir.

4. Değişimi, paylaşılan ve tartışılan bir gündem durumuna getirebilme

“...Buradan gittikten sonra kızım oturdu, uzun uzun düşündü. Sonra bana geldi ‘artık pilav yapmayacağım’ dedi. Bir iş bulmuş, çalışmaya

başladı. Birkaç kez daha bayılır gibi olmuş ama ‘grip oldum herhalde’ dedi. O günden beri hastalanmadı. Yüzü gülmeye başladı. Geçen gün geldi, ‘gel kızım bize bir pilav yap’ dedim. ‘Hayır, artık pilavları ben yapmıyorum’ dedi.”
“...Ne olduğunu bilmiyorum, ancak sanki evde her şey değişti. Ne değişti dersiniz bilemem, ama değişti.”

Temel sağlık hizmetlerinde salt iyileşme veya düzelme tanımları içerisinde ele alınamayacak boyutta psikososyal sorun dağarcıkları yaşanmaktadır. Bu nedenle oluşturulan hedeflerin içeriğinin yeniden gözden geçirilmesi ve bu içeriğe uygun bir değişim modelinin tanımlanması gereklidir.

Sistemik modelin temel hedefi değişimdir. Değişim tek bir bireyin değil, sistemik söyleşide pay sahibi olan tüm bireylerin ortak değişimi olarak tanımlanmaktadır.² Sağlıkta değişim veya farklılaşma, çoğunlukla eğitsel bir dağarcığın sonunda tanımlanmaktadır. Didaktik bir tarzda yapılan önerilerle, somut bir takım değişikliklere gidilmesi beklenmektedir. Oysa gerçek anlamda toplumsal parametreleri de barındıran bir değişim modeli, dönüşümcü bir yaklaşıma gereksinime göstermektedir. Bu yeni modelde, değişimin sağlık personelinin önerdiği bir ön kabul değil, tartışılan ve başvuru sahibini özne kılan, yani bir anlamda değişimin başvuru sahibince uzlaşıldığı bir yaklaşımı gerektirmektedir.

Sıklıkla aileler ve bireyler için değişim, açık bir farkına varma şeklinde tanımlanmaktadır. Oysa temel sağlık hizmetlerinde değişim, daha örtük formlarda karşımıza çıkmaktadır. Psikososyal zemindeki aile çalışmaları sırasında değişim çoğunlukla daha az görünür ama daha fazla hissedilir tonlarda olmaktadır. Çoğunlukla katılımcılar belirgin değişim istekleri içinde olsalar ve somut sonuçlar bekleseler de, süreç içinde değişimi tanımlamaları çok daha farklı olmaktadır. Çalışmamız sırasında değişim zihinsel bir süreçten çok, yaşama yansıyan tercihler ve tepkiler olarak gözlenmiştir.

Değişimin bir önemli unsuru da sağlık çalışanları ve uygulayıcılar açısından gerçekleşmiştir. Değişimin sadece aile ve sorunu yaşayan kişiler tarafında değil, aynı zamanda sağlık çalışanları için de geçerli olduğu saptanmıştır. Katılımcılar sorunları tanımlama ve özellikle hizmet verdikleri gruplarla ilgili önyargılarını yeniden sorgulamışlar ve aile görüşmeleri sırasında en az ailelerin yaşadığı biçimde özellikle tutumlarında önemli bir değişiklik yaşadıklarını dile getirmişlerdir.

SONUÇ

Aile merkezli sistemik psikososyal model, karşılaştığımız sosyal bağlamlar zemininde gelişen medikal sorunlara olası bir yaklaşım olarak merkezimizde kullanılmaktadır. Hem servis kullanıcıların, hem de sağlık çalışanlarının kendilerini çok farklı tanımlayarak sorunu tartışmalarına fırsat verdiği, katılımcılar tarafından gözlenmiştir.

Özellikle psikososyal süreçlerin aile içi ilişkiler, tedavi uyumu ve yaşam kalitesiyle çok ilişkili olduğu kronik hastalıklarda (astım, diyabet, engellilik gibi) benzeri psikososyal yaklaşımlar kaçınılmazdır. Aynı şekilde aile merkezli sistemik model olumsuz sosyal süreçlerin (işsizlik, göç) ve salt medikal tanımın kapsayamadığı sorun alanlarının (aile içi şiddet, riskli davranış), eşlik ettiği başvuruların anlaşılmasını da kolaylaştırmaktadır. Temel sağlık hizmetlerinde böyle bir yaklaşımın getirilmesi ise, sorunların bu aşamada ele alınmasını sağlayarak, danışanların daha üst düzey kurumlara yönlendirilme sıklığını azaltacaktır.

Her ne kadar sistemik yaklaşım görece uzun ardışık görüşmelere gereksinme gösterse de, merkezimizdeki uygulamalarda tek görüşmelik müdahalelerin birçok konuda belirgin bir değişimi sağladığı saptanmıştır. Kısa süreli müdahale özelliğinin yanında, sistemik modelin uygulaması sırasında edinilen becerilerin (farklı düşünme, 'öteki'ni dinleme, hipotetik düşünme, farklı soru oluşturabilme) katılan temel sağlık hizmetleri çalışanları tarafından günlük başvurular sırasında kullanıldığı gözlemlenmiştir.

Modelin olası dezavantajları ve bu dezavantajlara yönelik çözüm önerileri şöyle özetlenebilir:

1. Temel sağlık hizmetlerindeki ekibin, psikososyal yaklaşımla ilgili bilgi ve beceri düzeyindeki yetersizlikten veya tutumlarından kaynaklanabilecek zorlanma oluşabilmektedir. Bu zorlanmanın aşılmasında, temel sağlık hizmetlerindeki ekibin eğitimlerle desteklenmesi gerekmektedir. Aynı zamanda alandaki destek ve gözlemlerde devamlılık oluşturulmalıdır. Sağlık sistemi içindeki genel motivasyon sorunları bu noktada yaşanmaktadır. Özellikle sık sık değişen çalış-

ma koşulları ve giderek yoğunlaşan başvuru trafiği bu noktada çalışanların katılım motivasyonunu olumsuz yönde etkilemektedir. Ancak sistemik model yalnız danışanı değil, aynı zamanda danışmanı (sağlık ekibi) da etkin role sokan ve özne kılan bir yöntemdir. Çalışmalarımızda aile merkezli sistemik psikososyal uygulamaların sağlık çalışanlarının da gündemini zenginleştirdiği ve onların da alandaki tükenmişlik duygusunu olumlu yönde etkilediği gözlenmiştir.

2. Psikososyal yaklaşım, hasta değerlendirmesine ek bir zaman getirecektir. Ancak uzun süreli kazançlar göz önüne alındığında (sorunların çözümünde daha başarılı olunması ve sorunun yineleme olasılığının azalması), modelin sağlık hizmetlerine zamansal ve ekonomik açılardan avantaj sağladığı görülecektir. Kısa süreli 'öneri' merkezli bir yaklaşımdan daha uzun süreli kalıcı ve 'ortak söyleşi' merkezli bir modele geçiş gerekmektedir. Sistemik model bu gereksinmeye denk gelmektedir. Bu noktada sistemik görüşmelerin bir örnek olarak algılandığı ve buradaki temel tutum ve yöntemlerin kısa görüşmeler sırasında uygulandığı gözlenmiştir. Bu anlamda sistemik aile görüşmeleri salt servis içinde bir model önerisi olarak değil, aynı zamanda bir eğitim alanı olarak da tanımlanabilir.

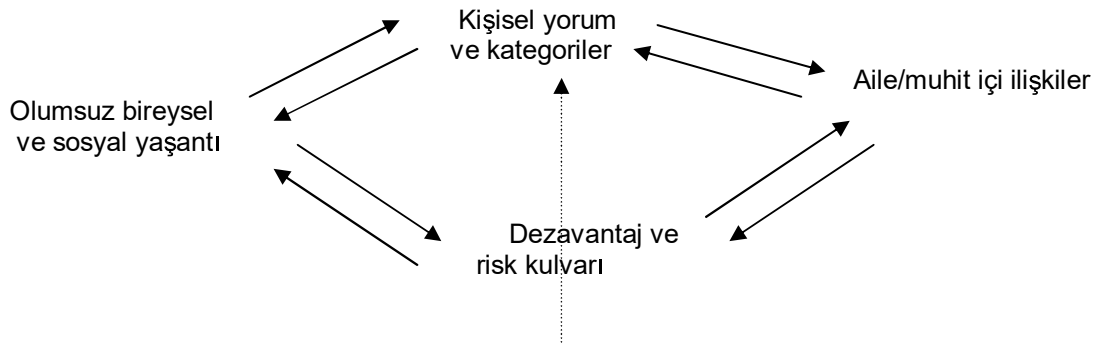
3. Çalışmalarda yansıtıcı ekiplere gereksinme vardır. Sistemik model, uygulamalarında çoğulcu bir yaklaşımı barındırmaktadır ve danışman dışında gözlem yapan ve fikir veren bir izleyici gruptan destek alınmaktadır. Yansıtıcı ekibin, temel sağlık hizmetlerindeki ekipten oluşabilmesi ve uzmanlık koşulunun aranmayışı, yansıtan ekiplerin oluşturulmasını kolaylaştırmaktadır.

Aile merkezli sistemik psikososyal uygulama, temel sağlık hizmetlerinde yalnız günlük gereksinmelere bir yanıt değil, aynı zamanda sorunların düşünülme ve ele alınmalarında bir dönüşümü önermektedir. Bu nedenle önümüzdeki dönemde hekimlik pratiğini tamamlayıcı psikososyal model önerisi olarak seçilmesi temel sağlık hizmetlerindeki servis içeriğini güçlendirecektir.

KAYNAKLAR

1. Kuşcu MK, Savur VS, Önen P, Budak S. Temel sağlık hizmetlerinde aile merkezli sistemik psikososyal yaklaşım I: Toplumsal süreçler ve riskler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007; 8:85-90.
2. Papadopoulos RK, Byng-Hall J (eds.). Multiple Voices: Narrative in Systemic Family Psychotherapy. Tavistock Clinic Series, London, Duckworth, 1997.

3. Lutha SS, Cicchetti D. The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Dev Psychopathol* 2000; 12:857-885.
4. Fergusson DM, Horwood LJ. Early onset cannabis use and psychosocial adjustment in young adults. *Addiction* 1997; 92:279-296.
5. Walsh F. The concept of family resilience: crisis and challenge. *Fam Process* 1996; 35:81-261.
6. Median-Walpole A, Heppard B, Clark NS, Markakis K, Tripler S, Quill TM. Casa, Assessing function and values at home. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53:336-342.
7. Anderson T. The Reflecting Team: Dialogues and Dialogues about the Dialogues. New York, W.W. Norton, 1991.
8. Wilkinson R, Marmot M. The Solid Facts: Social Determinants of Health. Second ed., Geneva, WHO, 2003.
9. Bowen E, Heron J, Waylen A, Wolke D. Domestic violence risk during and after pregnancy: findings from a British longitudinal study. *BJOG* 2005; 112:1083-1089.
10. Power C, Stansfeld SA, Matthews S, Manor O, Hope S. Childhood and adulthood risk factors for socio-economic differentials in psychological distress: evidence from the 1958 British birth cohort. *Soc Sci Med* 2002; 55:1989-2004.
11. Maughan B, McCarthy G. Childhood adversities and psychosocial disorders. *Br Med Bull* 1997; 53:169-169.
12. Bauer AM, Boyce WT. Prophecies of childhood: how children's social environments and biological propensities affect the health of populations. *Int J Behav Med* 2004; 11:164-175.
13. Yanicki S. Social support and family assess: the perception of low-income lone mother families about support from home visitation. *Can J Public Health* 2005; 96:46-49.

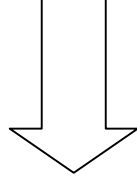


Şekil 1. Olumsuz sosyal yaşantı ile kişisel yorum ve muhit içi ilişkiler arasındaki ilişki

Farklı bakışları bir araya
getirmesi

Aile içi kalıpların ve ilişki
döngülerinin değerlendirilmesi

Ortak hikayenin
seslendirilmesi



AİLE GÖRÜŞMELERİ



Çare oluşturma
Farklı açıklamalarla yeni bağlantılar geliştirme
Destek ve kabulleri daha görünür duruma getirme
Olası izolasyon duygusunu ortadan kaldırma

Şekil 2. Aile merkezli müdahalenin hedef noktaları