



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

**ÇÖZÜM ODAKLI KISA TERAPİ YAKLAŞIMINA DAYALI SOSYAL  
HİZMET MÜDAHALESİNİN KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ  
HASTALARININ PSİKOSOSYAL UYUM DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

Oğuzhan ZENGİN

Doktora Tezi

Ankara, 2015



ÇÖZÜM ODAKLI KISA TERAPİ YAKLAŞIMINA DAYALI SOSYAL HİZMET  
MÜDAHALESİNİN KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ HASTALARININ PSİKOSOSYAL  
UYUM DÜZEYLERİNE ETKİSİ

Oğuzhan ZENGİN

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü  
Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

Doktora Tezi

Ankara, 2015



## KABUL VE ONAY

Oğuzhan Zengin tarafından hazırlanan "Çözüm Odaklı Kısa Terapi Yaklaşımına Dayalı Sosyal Hizmet Müdahalesinin Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Psikososyal Uyum Düzeylerine Etkisi" başlıklı bu çalışma, 11.06.2015 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından doktora tezi olarak kabul edilmiştir.



---

Prof. Dr. Veli DUYAN (Başkan)



---

Doç. Dr. Tarık TUNCAY (Danışman)



---

Prof. Dr. Vedat IŞIKHAN



---

Doç. Dr. Özlem CANKURTARAN ÖNTAŞ



---

Yrd. Doç. Dr. Melahat DEMİRBİLEK

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Yusuf ÇELİK

Enstitü Müdürü

## BİLDİRİM

Hazırladığım tezin/raporun tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin/raporumun kağıt ve elektronik kopyalarının Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

- Tezimin/Raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim/Raporum sadece Hacettepe Üniversitesi yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- Tezimin/Raporumun 3 yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

11.06.2015



Oğuzhan ZENGİN

## TEŞEKKÜR

Çözüm odaklı kısa terapiye dayalı sosyal hizmet müdahalesinin kronik böbrek yetmezliği hastalarının psikososyal uyum düzeylerine etkisini değerlendiren bu araştırma birçok değerli kişinin katkılarıyla gerçekleşmiştir. İlk olarak bu araştırmaya katılan ve hastalık deneyimlerini benimle içtenlikle paylaşan tüm hastalara teşekkür ederim.

Danışmanım Doç. Dr. Tarık Tuncay'a gerek araştırmam gerekse akademik gelişimim için harcadığı sonsuz çaba için en içten teşekkürlerimi borç bilirim. Tüm iş yoğunluğuna rağmen gerek çalışma saatleri içerisinde odasında gerekse çalışma saatleri dışında telefonda, araştırmanın her aşamasında danışmanlık rolünün gereğinin ötesine geçerek araştırmayı tamamlamam için bana zaman ve emek ayırdı, çalışmayı her boyutuyla sahiplendi.

Tez izleme komitesinde görev alarak desteklerini esirgemeyen başta Prof. Dr. Veli Duyan olmak üzere Prof. Dr. İbrahim Cılga ve Doç. Dr. Özlem Cankurtaran Öntaş'a teşekkür ederim. Kendilerinin gerek komite toplantılarında gerekse bu toplantıların dışında yaptıkları geliştirici eleştirilerle araştırmanın sonuçlanmasındaki önemleri büyüktür. Ayrıca çalışmamı titizlikle okuyarak katkılarını sunan Prof. Dr. Vedat Işıkhana'a ve Yrd. Doç. Dr. Melahat Demirbilek'e minnettarım. Bunun yanında araştırma sürecinin her aşamasında yanımda olan Doç. Dr. Kamil Alptekin'e, Arş. Gör. Buğra Yıldırım'a, Arş. Gör. Ercem Erkul'a, Arş. Gör. Engin Fırat'a, Arş. Gör. Özgür Altındağ'a, Arş. Gör. Dr. Aslıhan Aykara'ya, Dr. Bilal Acar'a ve sosyal hizmet uzmanı Hakan Şahin'e teşekkür ederim.

Araştırmanın Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesindeki uygulama aşamasında hastalarla bir araya gelmem konusunda destekleyici tavırları için Prof. Dr. Yunus Erdem, Prof. Dr. Bülent Altun, Prof. Dr. Mustafa Arıcı, Uzm. Dr. Ayman Abudalal ve sorumlu hemşire Peyman Hanım'a ve SFY Diyaliz Merkezinden Dr. Ömer Çelikten'e teşekkürlerimi sunarım.

Son olarak, çalışmalarımın her aşamasında desteğini gördüğüm, gece geç vakitlere kadar süren uzun çalışma saatlerim nedeniyle kimi zaman ihmal etmek durumunda kaldığım biricik eşim Gözde Zengin'e, beni bugünlere getiren, araştırma sürecinde dualarını eksik etmeyen sevgili anneme ve babama bana gösterdikleri sonsuz destek için teşekkür ederim.

Haziran, 2015

Ankara



## ÖZET

ZENGİN, Oğuzhan. *Çözüm Odaklı Kısa Terapi Yaklaşımına Dayalı Sosyal Hizmet Müdahalesinin Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Psikososyal Uyum Düzeylerine Etkisi*. Doktora Tezi, Ankara, 2015.

Hemodiyaliz tedavisi, kronik böbrek yetmezliği hasta ve ailelerini psikolojik, sosyal ve ekonomik yönlerden olumsuz olarak etkilemekte ve hastalarda psikososyal uyum sorunlarına neden olabilmektedir. Çözüm odaklı kısa terapi yaklaşımına dayalı sosyal hizmet müdahalesinin, hemodiyaliz tedavisi gören kronik böbrek yetmezliği hastalarının psikososyal uyum düzeylerine etkisinin olup olmadığının ortaya konulmasını amaçlayan bu araştırma, kontrol gruplu öntest-sontest modeline dayalı yarı deneysel bir çalışmadır. Altı müdahale grubunda, altı da kontrol grubunda olmak üzere toplam 12 hasta araştırma kapsamında değerlendirilmiştir. 07.03.2014-19.02.2015 tarihleri arasında müdahale grubunda yer alan her hastayla beş veya altı, toplam 33 görüşme gerçekleştirilmiş olup kontrol grubundaki hastalara herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır. Müdahale öncesi ve sonrası yapılan ölçümlere göre; müdahale grubunda bulunan hastalar, kontrol grubundaki hastalarla müdahale öncesi benzer bir psikososyal uyum düzeyinde yer almaktayken müdahale sonrasında bu hastalar kontrol grubunda yer alan hastalara göre sosyal çevre, meslek / iş çevresi, sağlık bakımına uyum ve genel psikososyal uyum düzeyi boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde daha yüksek uyum düzeyine erişmişlerdir. Bulgular, kronik böbrek yetmezliği hastalarının psikososyal uyum düzeylerinde çözüm odaklı kısa terapi yaklaşımına dayalı sosyal hizmet müdahalesinin etkili olduğunu ortaya çıkarmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Psikososyal uyum, çözüm odaklı kısa terapi, sosyal hizmet müdahalesi, tıbbi sosyal hizmet, kronik böbrek yetmezliği, diyaliz.

## ABSTRACT

ZENGİN, Oğuzhan. *The Effect of Solution Focused Brief Therapy Based Social Work Intervention on Psychosocial Adjustment Levels of Patients with Chronic Kidney Disease*, Ph. D. Dissertation, Ankara, 2015.

Hemodialysis treatment negatively affects patients with chronic kidney disease and their families from psychological, social and economic aspects and may lead to psychosocial adjustment problems in patients. This research which aims to determine the effects of solution focused brief therapy on chronic kidney disease patients' psychosocial adherence level is a quasi-experimental study based on pretest-posttest model with comparison group. Six patients in intervention group, whereas six patients in control group, a total of 12 patients were evaluated within the scope of the research. Five or six, a total of 33 sessions have been carried out to the patients in the intervention group between 07.03.2014-19.02.2015, whereas any intervention did not carry out to the patients in the control group. According to pretest-posttest measurements, patients both in the intervention and control group showed the same level of adjustment in the beginning whereas after interventions, patients in the intervention group had statistically higher levels of adjustment in the dimensions of health care orientation, environment, social environment and general psychological adjustment levels than patients in the control group. The findings indicated that solution focused brief therapy based social work intervention has positive effects on psychosocial adjustment levels of the patients with chronic kidney disease.

**Key Words:** Psychosocial adjustment, solution focused brief therapy, social work intervention, medical social work, chronic kidney disease, dialysis.

## İÇİNDEKİLER

<b>KABUL VE ONAY .....</b>	<b>İ</b>
<b>BİLDİRİM .....</b>	<b>ii</b>
<b>TEŞEKKÜR .....</b>	<b>iii</b>
<b>ÖZET.....</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>vi</b>
<b>İÇİNDEKİLER .....</b>	<b>vii</b>
<b>TABLolar DİZİNİ .....</b>	<b>xi</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ .....</b>	<b>viii</b>

### BÖLÜM 1

<b>GİRİŞ .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1. KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ VE HASTALARIN PSİKOSOSYAL SORUNLARI .....</b>	<b>2</b>
1.1.1. Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Psikolojik Alandaki Değişimler..3	
1.1.1.1. Duygusal Tepkiler .....	4
1.1.1.2. Psikiyatrik Sorunlar.....	8
1.1.1.3. Bilişsel Güçlükler .....	9
1.1.2. Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Sosyal Çevresinde Görülen Değişimler.....	9
1.1.3. Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Aile İlişkileri.....	11
1.1.3.1. Eşlerle İlgili Sorunlar .....	12
1.1.3.2. Başetme Stratejileri .....	13
1.1.4. Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının İş Yaşamı .....	14
1.1.5. Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarında Cinsellik.....	18
1.1.6. Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Sağlık Bakımına Uyumu .....	22
<b>1.2. KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİNDE SOSYAL HİZMET MÜDAHALESİ .....</b>	<b>24</b>
1.2.1. Tıbbi Sosyal Hizmet .....	24
1.2.1.1. Tarihçe.....	25
1.2.2. Nefrolojik Sosyal Hizmet .....	26
1.2.2.1. Yasal Çerçeve.....	30

1.2.2.2. Nefrolojik Sosyal Hizmet Uygulama Örnekleri.....	31
1.2.2.3 Nefrolojik Sosyal Hizmet Uzmanının Çalışma Koşulları.....	32
1.3. ÇÖZÜM ODAKLI KISA TERAPİ.....	33
1.3.1. Çözüm Odaklı Kısa Terapinin Gelişimi ve Kuramsal Arkapları.....	34
1.3.2. Çözüm Odaklı Kısa Terapinin İlkeleri.....	37
1.3.3. Çözüm Odaklı Kısa Terapinin Varsayımları.....	39
1.3.4. Çözüm Odaklı Kısa Terapi Teknikleri.....	40
1.3.4.1. Mucize Sorusu.....	41
1.3.4.2. Derecelendirme Soruları.....	43
1.3.4.3. İstisnalar.....	44
1.3.4.4. Çözüm Odaklı Amaçlar.....	45
1.3.4.5. Başetme soruları.....	47
1.3.4.6. Ara verme.....	48
1.3.4.7. Övgü.....	49
1.3.4.8. Ödevler.....	50
1.3.5. Çözüm Odaklı Kısa Terapinin Diğer Terapilerle İlişkisi.....	51
1.3.6. Çözüm Odaklı Kısa Terapi Uygulayıcısının Özellikleri.....	51
1.3.7. Çözüm Odaklı Kısa Terapi Uygulama Örnekleri.....	52
1.3.8. Sosyal Hizmet Uygulamasında Çözüm Odaklı Yaklaşım.....	55
1.3.8.1. Psikoanalitik (Teşhisçi) Ekol.....	56
1.3.8.2. Güçlendirme (İşlevselci) Ekolü.....	58
1.3.9. Sosyal Hizmette Müdahale Araştırması.....	61
1.4. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	63
1.5. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ.....	64
1.6. ARAŞTIRMANIN SAYILTILARI.....	64
1.7. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	64
1.8. TANIMLAR.....	65

## BÖLÜM 2

<b>YÖNTEM.....</b>	<b>66</b>
2.1. ARAŞTIRMA MODELİ.....	66
2.1.1. Müdahale Öncesi Hazırlık.....	66
2.1.2. Katılımcıların Belirlenmesi.....	69
2.1.3. Müdahale Süreci.....	71

2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI .....	72
2.3.1. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği .....	72
2.4. VERİLERİN ANALİZİ .....	73

### **BÖLÜM 3**

<b>BULGULAR VE YORUM .....</b>	<b>74</b>
3.1. MÜDAHALE ÖNCESİ ÖLÇÜMLERE İLİŞKİN BULGULAR .....	74
3.1.1. Psikolojik Alan .....	74
3.1.2. Sosyal Çevre .....	75
3.1.3. Meslek / İş Çevresi .....	76
3.1.4. Sağlık Bakımına Uyum .....	77
3.1.5. Aile Çevresi .....	78
3.1.6. Cinsel Yaşam .....	78
3.1.7. Geniş Aile Çevresi .....	79
3.1.8. Genel Psikososyal Uyum .....	80
3.2. MÜDAHALE SONRASI ÖLÇÜMLERE İLİŞKİN BULGULAR .....	80
3.2.1. Psikolojik Alan .....	81
3.2.2. Sosyal Çevre .....	82
3.2.3. Meslek / İş Çevresi .....	83
3.2.4. Sağlık Bakımına Uyum .....	85
3.2.5. Aile Çevresi .....	86
3.2.6. Cinsel İlişkiler .....	88
3.2.7. Geniş Aile İlişkileri .....	89
3.2.8. Genel Psikososyal Uyum .....	90

### **BÖLÜM 4**

<b>SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>93</b>
4.1. SONUÇ .....	93
4.2. ÖNERİLER .....	95
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>97</b>
<b>EK 1 .....</b>	<b>120</b>
<b>KATILIMCI BİLGİ FORMU .....</b>	<b>.....</b>
<b>EK 2 .....</b>	<b>123</b>
<b>HASTALIĞA PSİKOSOSYAL UYUM - ÖZ BİLDİRİM ÖLÇEĞİ .....</b>	<b>123</b>

<b>EK 3.....</b>	<b>133</b>
<b>GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU .....</b>	<b>133</b>
<b>EK 4.....</b>	<b>134</b>
<b>ÖRNEK ÇÖZÜM ODAKLI KISA TERAPİYE DAYALI SOSYAL HİZMET MÜDAHALESİ.....</b>	<b>134</b>
<b>EK 5.....</b>	<b>191</b>
<b>ÇÖZÜM ODAKLI KISA TERAPİYE DAYALI SOSYAL HİZMET MÜDAHALE SÜRECİ ÖZETLERİ.....</b>	<b>191</b>
<b>EK 6.....</b>	<b>220</b>
<b>ORJİNALLİK RAPORU .....</b>	<b>220</b>
<b>EK 7.....</b>	<b>222</b>
<b>ETİK KURUL İZİN MUAFİYETİ FORMU .....</b>	<b>222</b>

## TABLOLAR DİZİNİ

<b>Tablo 1: Psikoanalitik Yaklaşım Temelli Bireyle Çalışmayla Çözüm Odaklı Yaklaşımın Farkları.....</b>	<b>58</b>
<b>Tablo 2: Araştırma Gruplarına Uygulanan Deneysel İşlem.....</b>	<b>70</b>
<b>Tablo 3: Katılımcıların Demografik Özellikleri .....</b>	<b>70</b>
<b>Tablo 4: Hastaların Müdahale Öncesi Psikolojik Uyum Düzeyi.....</b>	<b>74</b>
<b>Tablo 5: Hastaların Müdahale Öncesi Sosyal Çevre Uyum Düzeyi.....</b>	<b>75</b>
<b>Tablo 6: Hastaların Müdahale Öncesi Meslek / İş Çevresi Uyum Düzeyi.....</b>	<b>76</b>
<b>Tablo 7: Hastaların Müdahale Öncesi Sağlık Bakımına Uyum Düzeyi.....</b>	<b>77</b>
<b>Tablo 8: Hastaların Müdahale Öncesi Aile Çevresi Uyum Düzeyi.....</b>	<b>78</b>
<b>Tablo 9: Hastaların Müdahale Öncesi Cinsel Yaşam Uyum Düzeyi.....</b>	<b>79</b>
<b>Tablo 10: Hastaların Müdahale Öncesi Geniş Aile Çevresi Uyum Düzeyi.....</b>	<b>79</b>
<b>Tablo 11: Hastaların Müdahale Öncesi Genel Psikososyal Uyum Düzeyi.....</b>	<b>80</b>
<b>Tablo 12: Hastaların Müdahale Sonrası Psikolojik Alan Uyum Düzeyi.....</b>	<b>81</b>
<b>Tablo 13: Müdahale Grubunda Bulunan Hastaların Müdahale Öncesi ve Sonrası Psikolojik Alan Uyum Düzeyinin Karşılaştırılması.....</b>	<b>81</b>
<b>Tablo 14: Kontrol Grubunda Bulunan Hastaların Müdahale Öncesi ve Sonrası Psikolojik Alan Uyum Düzeyinin Karşılaştırılması.....</b>	<b>82</b>
<b>Tablo 15: Hastaların Müdahale Sonrası Sosyal Çevre Uyum Düzeyi.....</b>	<b>82</b>
<b>Tablo 16: Müdahale Grubunda Bulunan Hastaların Müdahale Öncesi ve Sonrası Sosyal Çevre Uyum Düzeyinin Karşılaştırılması.....</b>	<b>83</b>
<b>Tablo 17: Kontrol Grubunda Bulunan Hastaların Müdahale Öncesi ve Sonrası Sosyal Çevre Uyum Düzeyinin Karşılaştırılması.....</b>	<b>83</b>
<b>Tablo 18: Hastaların Müdahale Sonrası Meslek / İş Çevresi Uyum Düzeyi.....</b>	<b>84</b>
<b>Tablo 19: Müdahale Grubunda Bulunan Hastaların Müdahale Öncesi ve Sonrası Meslek / İş Çevresi Uyum Düzeyinin Karşılaştırılması.....</b>	<b>84</b>
<b>Tablo 20: Kontrol Grubunda Bulunan Hastaların Müdahale Öncesi ve Sonrası Meslek / İş Çevresi Uyum Düzeyinin Karşılaştırılması.....</b>	<b>85</b>
<b>Tablo 21: Hastaların Müdahale Sonrası Sağlık Bakımı Uyum Düzeyi.....</b>	<b>85</b>
<b>Tablo 22: Müdahale Grubunda Bulunan Hastaların Müdahale Öncesi ve Sonrası Sağlık Bakımına Uyum Düzeyinin Karşılaştırılması.....</b>	<b>85</b>

<b>Tablo 23: Kontrol Grubunda Bulunan Hastaların Müdahale Öncesi ve Sonrası Sağlık Bakımına Uyum Düzeyinin Karşılaştırılması.....</b>	<b>86</b>
<b>Tablo 24: Hastaların Müdahale Sonrası Aile Çevresi Uyum Düzeyi.....</b>	<b>87</b>
<b>Tablo 25: Müdahale Grubunda Bulunan Hastaların Müdahale Öncesi ve Sonrası Aile Çevresi Uyum Düzeyinin Karşılaştırılması.....</b>	<b>87</b>
<b>Tablo 26: Kontrol Grubunda Bulunan Hastaların Müdahale Öncesi ve Sonrası Aile Çevresi Uyum Düzeyinin Karşılaştırılması.....</b>	<b>87</b>
<b>Tablo 27: Hastaların Müdahale Sonrası Cinsel İlişkiler Uyum Düzeyi.....</b>	<b>88</b>
<b>Tablo 28: Müdahale Grubunda Bulunan Hastaların Müdahale Öncesi ve Sonrası Cinsel İlişkiler Uyum Düzeyinin Karşılaştırılması.....</b>	<b>88</b>
<b>Tablo 29: Kontrol Grubunda Bulunan Hastaların Müdahale Öncesi ve Sonrası Cinsel İlişkiler Uyum Düzeyinin Karşılaştırılması.....</b>	<b>89</b>
<b>Tablo 30: Hastaların Müdahale Sonrası Geniş Aile İlişkileri Uyum Düzeyi.....</b>	<b>89</b>
<b>Tablo 31: Müdahale Grubunda Bulunan Hastaların Müdahale Öncesi ve Sonrası Geniş Aile İlişkileri Uyum Düzeyinin Karşılaştırılması.....</b>	<b>90</b>
<b>Tablo 32: Kontrol Grubunda Bulunan Hastaların Müdahale Öncesi ve Sonrası Geniş Aile İlişkileri Uyum Düzeyinin Karşılaştırılması.....</b>	<b>90</b>
<b>Tablo 33: Hastaların Müdahale Sonrası Genel Psikososyal Uyum Düzeyi.....</b>	<b>91</b>
<b>Tablo 34: Müdahale Grubunda Bulunan Hastaların Müdahale Öncesi ve Sonrası Genel Psikososyal Uyum Düzeyinin Karşılaştırılması.....</b>	<b>91</b>
<b>Tablo 35: Kontrol Grubunda Bulunan Hastaların Müdahale Öncesi ve Sonrası Genel Psikososyal Uyum Düzeyinin Karşılaştırılması.....</b>	<b>92</b>



**ŞEKİLLER DİZİNİ**

<b>Şekil 1: Çözüm Odaklı Kısa Terapide İlk Görüşme.....</b>	<b>67</b>
<b>Şekil 2: Çözüm Odaklı Kısa Terapide İkinci ve Diğer Görüşmeler.....</b>	<b>68</b>

## BÖLÜM 1

### 1. GİRİŞ

Kronik hastalıklar tedavisi ve takibi yaşam boyunca süren, fiziksel, ruhsal, sosyal ve ekonomik yönlerden birçok soruna neden olan, aynı zamanda ruhsal, sosyal ve ekonomik belirleyicilerin bir sonucu olarak ortaya çıkabilen hastalıklardır. Kronik bir hastalık olarak değerlendirilen kronik böbrek yetmezliği; Sağlık Bakanlığı verilerine (2014) göre Türkiye’de 58.822 bireyi ve bu bireylerin ailelerini etkileyen ve tedavisi zor olan bir hastalıktır<sup>1</sup>. Bu hastalığın üç farklı tedavi yöntemi vardır. Bunlar; hemodiyaliz, peritoneal diyaliz ve böbrek naklidir. Hasta için uygun böbreğin bulunması yıllar sürebilir ya da uygun böbrek hiç bulunamayabilir. Uygun böbreğin bulunmasına yönelik bekleyişte hasta hemodiyalize girmek zorundadır. Hemodiyaliz tedavisi ise hastanın haftada üç gün, dörder saat süreyle diyaliz makinesine bağlanmasını gerektiren bir süreçtir. Hastada idrara çıkamama, halsizlik, cinsel işlev kaybı, kendi öz bakımını sağlayamama, fiziksel değişim gibi fiziksel sorunlara; sosyal işlevsellikle ilgili sorunlar, ailevi ve iş/okul yaşamıyla ilgili problemler, ekonomik kayıplar, sosyal dışlanma gibi sosyal sorunlar ve stres, tükenmişlik, depresyon ve anksiyete gibi ruhsal sorunlar eşlik edebilir. Tüm bu bileşenler hastada psikososyal uyum sorunlarına neden olmakta ve bu durumun sonucunda ise söz konusu hastalar tedavi sürecinden yeterince faydalanamayarak hayatlarını dahi kaybedebilmektedir.

Kronik böbrek yetmezliği hastalarının bahsedilen sorunlarının çözümünde ve özellikle hastalığın beraberinde getirdiği yeni durum ve rollere karşı psikososyal uyumun artırılmasında psikososyal hizmetlerin önemi tartışılmaz derecede açıktır. Kronik hastalıklara yönelik psikososyal hizmetler kapsamında başvurulabilecek yöntemlerden biri de çözüm odaklı kısa terapidir.

İktisat disiplininin kavramları olan etkinlik ve verimlilik kavramları günümüz dünyasına damgasını vurmuş ve birçok alanı etkilediği gibi ruh sağlığı hizmetlerini de etkilemiştir. Emek, zaman ve para gibi kaynakların etkin kullanılması düşüncesiyle

---

<sup>1</sup> T.C. Sağlık Bakanlığı Resmi Web Sitesi, <https://organ.saglik.gov.tr/web/>, Erişim Tarihi: 18.12.2014.

geliştirilen kısa terapiler son zamanlarda uzun dönemli psikodinamik uygulamaların yerine tercih edilmeye başlamıştır. Bu gelişmeler sonucu geliştirilen psikososyal müdahale modellerinden biri de 1980’li yıllarda geliştirilen çözüm odaklı kısa terapidir.

Bu yaklaşım sosyal hizmet disiplininde de giderek artan bir biçimde ve tüm dünyada çeşitli sorunlara sahip nüfus gruplarına yönelik olarak kullanılmaktadır. Ancak çözüm odaklı kısa terapinin etkililiğine ilişkin araştırmalar henüz sınırlı sayıdadır. Bu nedenle söz konusu yaklaşımın etkilerinin anlaşılabilmesi için daha çok araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Bu ihtiyaçtan hareketle bu çalışmada; çözüm odaklı kısa terapiye dayalı sosyal hizmet müdahalesi yoluyla kronik böbrek yetmezliği gibi bireyin bedensel, sosyal ve ruhsal sağlığını ciddi bir biçimde etkileyen bir hastalığa sahip hastaların; hastalık sürecinde ortaya çıkan yeni sorunlarla baş etme kapasitelerinin artırılması, hastalık öncesi yaşam pratiklerini devam ettirmeleri ve dolayısıyla nihai olarak hastaların psikososyal uyumlarının sağlanması konularındaki etkileri ele alınmıştır.

### **1.1. KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ VE HASTALARIN PSİKOSOSYAL SORUNLARI**

Bugün birçok tedavi yönteminin başarı ile uygulandığı böbrek yetmezliği, 1960’lı yıllara kadar ölümün kaçınılmaz olduğu bir tıbbi durumdu. Kronik böbrek yetmezliği 1960’lı yıllardan itibaren her gün gelişen, tıbbi ve cerrahi yöntem ve teknikleri giderek artan başarı oranı ile tedavi edilmeye başlamıştır. Bugün gelinen noktada kronik böbrek yetmezliği tedavisi ölüm olasılığını önemli derecede düşürmüştür (Akpolat ve Utaş, 2001).

Kronik böbrek yetmezliği hastalarında ilerleyen yıllar içinde böbrek fonksiyonlarının giderek azalması ile sağlıklı bir fizyolojik denge sağlanamaz hale gelir, ağır bir klinik tablo ortaya çıkar. Kronik böbrek yetmezliği tedavilerinden herhangi birine başlanmazsa hasta kısa zamanda hayatını kaybedebilir. Hemodiyaliz, son dönem böbrek yetmezliğinin tedavisinde Türkiye’de en yaygın kullanılan yöntemdir (Türk Nefroloji Derneği, 2006). Bu yöntem genel olarak hastadan alınan kanın makine yardımı ile sıvı ve katı içeriğinin yeniden düzenlenmesidir. Böbrek yetmezliği

nedeniyle uygulanan tedavilerde temel ilke hastanın vücudunun dışında sıvı ve katıların kandan uzaklaştırılması ve/veya eklenmesidir. Bu işlem sırasında hastanın kanı yapay bir kan geçirmeyen membran içeren bir filtreden sürekli olarak geçirilir (Akpolat ve Utaş, 2001). Hemodiyaliz kısaca, bir makine yardımıyla hastanın birtakım nedenlerle kirlenen kanının temizlenmesi işlemi olarak tanımlanabilir. Başka bir ifadeyle, böbreğin kanı süzme işlevinin bir makineye devredilmesidir. Son safhada böbrek yetmezliği olan hastaların yaşamda kalabilmeleri, belirli aralıklarla yapılan ve ömür boyu sürecek olan bu işleme bağlıdır. Bu işlem “kronik hemodiyaliz”, hastalar da “kronik hemodiyaliz (böbrek yetmezliği) hastaları” olarak tanımlanır (Gökçakan, 1988). Ancak hemodiyaliz tedavisiyle birlikte kronik böbrek yetmezliği hastalarının yaşam süreleri uzamış olmakla birlikte birçok biyopsikososyal sorun da hemodiyaliz tedavisine bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (Okanlı, 2005, s. 575).

Lok (1996) 64 hemodiyaliz hastasıyla gerçekleştirdiği çalışmada, hastalar tarafından en çok ifade edilen üç fiziksel zorluğun fiziksel kısıtlılıklar, yorgunluk ve kas krampları olduğunu belirtmektedir. Hastalarda idrara çıkamama, halsizlik, cinsel işlev kaybı, kendi öz bakımını sağlayamama, uyku sorunu, fiziksel değişimler gibi fiziksel sorunlar yoğun olarak gözlenmektedir. Hemodiyaliz hastalarında uyku sorunu görülme sıklığının %50 ile %83 arasında olduğu tahmin edilmektedir (Uzun ve diğ., 2003). Diyaliz hastalarında bir yıllık ölüm oranı %15 ile %25 arasındadır ve halen bu hastaların ortalama ömür beklentisi 10 yıldan daha azdır. Ölümünün önde gelen nedenleri incelendiğinde; hastaların %50'sinde kalple ilgili, %15'inde ise bulaşıcı hastalıklar ölüm nedeni olarak saptanmıştır (Sever, 2001). Tüm bu fizyolojik sorunların yanında çok sayıda psikososyal stresör hastaların psikososyal işlevselliklerine zarar vermekte, hastalığa ve tedaviye uyumlarını etkilemektedir. Bu stresörlerin bazıları; rol kaybı, değişen vücut imajı, finansal kaygılar, iş ile ilgili kaygılar, sosyal ve evlilik ilişkilerindeki değişimlerdir (Leung, 2003).

### **1.1.1. Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Psikolojik Alandaki Değişimler**

Ölüm riski yüksek ve yoğun bir tıbbi bakım gerektiren bir hastalık tanısı almak birçok insan için yaşamsal bir krizdir (Okuyuz, 2003). İşlev kaybı, benlik imgesi, cinsel ilişkiler, başka insanlara bağımlı olma korkusu, ilaç kullanma, diyet düzenlemeleri,

günlük alışkanlıklarda ve ev ortamında zorunlu değişiklikler yapma zorunluluğu bu krize neden olan faktörler arasındadır (Duyan, 2003). Hastaların kronik bir hastalığa tepkisi; hastalığın olduğu organa, yaşına, sosyal destek sistemlerine ve inançlarına göre değişebilmektedir. Hasta, hastalık tanısının konulmasına dek sorunlarını çözmekte kullandığı başetme kaynaklarının karşılaşılan bu yeni kriz durumunda yetersiz olduğunu fark eder (Sayın ve Kanan, 2004). Bu nedenlerle hastalar duygusal, psikiyatrik ve bilişsel güçlükler yaşayabilirler.

#### **1.1.1.1. Duygusal Tepkiler**

Hastaların kronik bir hastalığa yönelik tepkileri genellikle; yas, depresyon, kaygı, inkar, kızgınlık, yansıtma, patolojik bağımlılık, agresif direnç, regresyon ve suçluluk duygusu şeklinde olmaktadır. Bu duygusal durumlar, davranışlara çevreye yönelik ilgisizlik, birçok şeyden aşırı korkma, bakımverenlere yönelik aşırı düzeyde bağımlılık ya da bağımsızlık, isyankârlık, kendilerine yasaklanan şeyleri yapma istek ve davranışı, utangaçlık ve yalnızlık, sağlıklı insanlara karşı öfkeli davranışlar şeklinde yansiyabilir (Mc Quellan ve Andrykowski, 2000).

Kronik bir hastalığa ve özellikle kansere verilen tepkiler üzerine çalışan Kubler-Ross'a (1997) göre; hastanın hastalığa yönelik tepkileri; inkâr, kabullenme, pazarlık, depresyon ve öfke şeklinde birbirini izlemektedir.

**a) İnkâr:** "Hayır, ben ölmem". Hastalık tanısı alan bireyin ilk birkaç gün boyunca süren ve bireyin karşılaştığı gerçekten kaçındığı ve yaşadığı kaygıyı gizlediği tepkidir. Kubler-Ross inkârın önemli ve gerekli olduğunu belirtmektedir. Hasta ölümün kaçınılmaz bir son olduğunun farkındalığına vardığında şokun etkisi azalmıştır. Bu savunmanın ilkel ve başarısız bir savunma yöntemi olduğu ileri sürülmektedir.

Birçok süreğen hastalıkta olduğu gibi bir savunma yöntemi olarak sıklıkla inkâra başvuran kronik böbrek yetmezliği hastalarının bu tepkisinin nedeni diyaliz tedavisini geçici bir süreç olarak düşünmeleridir. Söz konusu hastalar bir süre sonra iyileşeceğini düşünür. Böyle bir düşünsel arkaplana sahip olan inkâr mekanizmasını kolayca ortadan kaldırmak mümkün olmayabilir. İnkârın, hastanın başetme gücünü arttırdığı düşünülebilir ancak Devins ve arkadaşları inkâr mekanizmasına sıklıkla başvuran

hastalarda ortalama yaşam süresinin daha kısa olduğunu bulmuşlardır (Abram, 1979; akt. Cimilli, 1994). Psikolojik bir savunma olan inkâr, diyaliz hastaları için oldukça önemlidir. Sonraları bunun yerini sorun çözme, aktif olarak haber araştırma, dini yaşamını genişletme ve böbrek nakli umudunu içeren daha pozitif uğraş stratejileri bunun yerini alır (White ve Grenyer, 1999).

**b) Öfke:** Hasta tanının ardından ilk birkaç günden itibaren tedavi yönteminin belirlenmesi, hangi tedavi kuruluşundan hizmet alacağı ve hangi hekim tarafından tedavi edileceği gibi kararların alınması gerekmektedir. Kubler-Ross'a göre bu aşamada öfke en sık görülen tepki olup "Neden ben?" sorusu akıllara gelir. Çevresindeki insanların sağlıklı bir yaşam sürdüğü ve kendisinin öleceği düşüncesi karşısında içerebilir. Öfkesini Tanrıya yöneltebilir. Çünkü ölüm sürecinde Tanrının keyfi davrandığını düşünebilir. Hasta bu aşamada öfkesini ailesi, arkadaşları ya da tedavi ekibine de dahil olmak üzere çevresindeki sağlıklı insanlara da yöneltebilmektedir. Öfke bu insanlar için başa çıkılması zor durumlardan biridir.

**c) Pazarlık:** "Evet ama". Bu aşamada hasta iyi davranma karşılığında sağlığına kavuşacağı gibi düşüncelerle daha farklı başetme stratejileri için öfkeyi terkeder. Diğer bir ifadeyle hasta ölümün gerçekliğini kabul etse de daha uzun süre yaşamak amacıyla pazarlığa girebilir. Bir hafta, ay ya da yıl daha fazla yaşamak amacıyla iyi bir insan olmak için kendi kendine söz verebilir.

**d) Depresyon:** Hastalık durumunun adaletsizlikler barındırdığı, gösterilen çabaların durumu düzeltmek için yeterli olmadığı anlaşıldığında hastada depresyon gelişebilir. Bu aşama hastalığın gidişatı üzerinde denetimin yitirilmesi olarak da düşünülebilir. Kubler-Ross depresyon aşamasını "kedere hazırlanma" olarak tanımlamaktadır. Bu süreçte hastalar kendi ölümlerinin kederini yaşarlar. Bu süreç iki aşamayı kapsamaktadır. Birey ilk olarak daha önce yapamadıklarına, geçmişteki kayıplarına ve hatalarına hayıflanır. Daha sonraysa gelecekteki ölümüne hazırlanır.

**e) Kabullenme:** "Artık sonum çok yaklaştı. Herşey tamam". Kubler-Ross, bu aşamanın çok fazla duygu barındırmadığını ve bu durumun gerçek bir zafer olduğunu ifade etmektedir. Bu aşamadaki hasta artık öfkelenemeyecek kadar yorgun, güçsüz ve dindir. Ölüm olgusuna da artık alışmıştır.

Ancak bu aşamalar mutlak olmayıp her hastanın bu sıralamada tanımlanan sıraya göre her aşamadan geçmesi ve aşamaların sırayla ilerlemesi söz konusu olmayabilir. Örneğin bazı hastalar asla birinci ya da ikinci aşamadan ileri geçemezler ve bazı hastalar ise tanımlanan aşamalar arasında bocalamaktadır (Zastrow, 2010).

Tuncay (2009, s. 93-94)'ın kanser hastalarıyla gerçekleştirdiği araştırmada hastaların uyum sürecine yönelik elde ettiği bulgular aşağıdaki gibidir;

*“Bireylerin hastalık tanısının ardından hastalığa uyum sürecinde bir takım genel aşamaların kaydedildiği görülmüştür. Birinci aşama, kayıp aşaması olarak da nitelendirilebilecek olan kriz aşamasıdır. Hastalar, kişisel kapasitelerinin, bazı fiziksel işlevlerinin ve yaşam kalitelerinin kaybıyla yüzleşmişlerdir. Uyum sürecine giden yolda hastalar, ikinci aşamada, psikolojik baskılar ve duygusal karmaşa ile yüz yüze gelmişlerdir. Depresyonun yanı sıra korku, kaygı, düş kırıklığı ve kızgınlık gibi duygular bu aşamada yoğun olarak yaşanmaktadır. Bu süreçte, tedavinin yan etkileri bireyin psikolojik ve duygusal alanındaki baskıları artırarak sürekli bireyi güçsüzleştirme tehdidi yaratmıştır. Sonraki aşama bazı değişimlere işaret etmiştir. Yaşam tarzında, gündelik aktivitelerde, beslenme alışkanlıklarında ve nihayetinde hastalığa ve bir bütün olarak kişisel yaşama bakışta çeşitli değişiklikler yaşanmıştır. Birey ben imgesini yeni anlam zeminlerine taşımaktadır. Bu değişimler, hastalığın yönetildiğine ve bir uyum sürecinin başladığına işaret etmektedir. Son aşamada hastalar değişen yaşamlarını, umutları, iyileşmeye olan inançları, tinsel bağlılıkları ve pratikleri ile kontrol altına tutma çabasına girerlerken güçlendirme süreci daha çok belirginleşmiştir. Bu süreçte; aile ilişkileri, yakın çevre unsurlarıyla etkileşim, toplumsal alandaki bakış ve dinamiklerin yanı sıra tedavi sistemiyle ilişkiler önemli etkilere sahiptir.”*

Abram'ın (1979) diyaliz hastalarıyla gerçekleştirdiği çalışmada ise hastaların diyaliz tedavisi süreci dört dönemde değerlendirilmiştir. Birinci dönem, diyaliz öncesi dönem olup bu dönemdeki hastalar genellikle yoğun ölüm korkusu ve umutsuzluk içindedirler. Diyaliz tedavisine başlanan ikinci dönem anksiyete dönemi olarak adlandırılabilir. Bu dönemin en temel özelliği ölümden yaşama dönüşün beraberinde getirdiği coşku duygusudur. Sekiz ya da dokuz diyaliz seansı veya diyaliz tedavisine başladıktan üç hafta sonraya denk gelen üçüncü dönem hayata dönüş dönemidir. Bu dönemde hasta bir yandan diyalize alışırken diğer yandan diyaliz makinesine bağımlılıkla ilgili psikolojik sorunlar yaşayabilir. Bu dönem kısıtlanmışlık duygusu, uyum sorunları ve bağımsızlık çatışmalarını içerirken üç ile on iki ay devam edebilir. Dördüncü dönemse normale dönüş dönemidir. Bu dönemde hasta hastalığın ve tedavi

sürecinin izin verdiği ölçüde hayata ve eski ilgi alanlarına dönmüştür. Hastalık gerçekçi olarak kabul edilmiş ve böbrek nakli gibi geleceğe yönelik plan ve umutlar geliştirilmiştir (Akt. Cimilli, 1994, s. 89).

Kronik böbrek yetmezliğinde diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi, bireylerin tükenmişlikleri artmakta ve umut düzeyleri azalabilmektedir. Yaşamaya karşı umudu azalan hastalar, bu süreçte hastalık beraberinde getirdiği yeni durumlara ve tedaviye yönelik uyum sorunu yaşayabilir. Rosner (2006, s. 558), hastaların hastalık ve tedaviye uyumunu olumsuz olarak etkileyen faktörleri aşağıdaki şekilde sınıflamıştır;

#### **A. Hastayla İlgili Faktörler**

1. Tedavi rejimi hakkında bilgi eksikliği,
2. Motivasyon eksikliği,
3. Benlik saygısında eksiklik,
4. Tedavinin etkililiğiyle ilgili tutum ve inançlar, hastanın kültürel ve etnik kökeni,
5. Hasta - doktor ilişkisinin olumsuz olması.

#### **B. Tedaviyle ilgili faktörler**

1. Yaşam şeklinin etkilenme durumu,
2. Tedavinin süresi ve karmaşıklığı,
3. Hastanın tedaviye uyum becerisi,
4. Tedavi rejimiyle ilgili rahatsızlık,
5. Doktor- hasta uyumsuzluğu,

#### **C. Yaşam şekliyle ilgili faktörler**

1. Olumsuz barınma ortamları gibi çevresel kısıtlılıklar,
2. Kliniğe ulaşım sorunu gibi kaynak kısıtlılıkları,
3. Hanedeki sorumluluklarına ya da mesleğine dönme ihtiyacı gibi mesleki kısıtlılıklar,
4. Tedaviye uyumsuzluğun sonuçlarıyla ilişkili farkındalık eksikliği.

#### **D. Sosyodemografik faktörler**

1. Yaş, eğitim düzeyi, sigara, alkol ve yasal olmayan ilaç kullanımı,
2. Evlilik ve sosyoekonomik durum, sosyal destek eksikliği,

#### **E. Psikososyal faktörler**

1. Depresyon ve anksiyete,



2. Hastanın algı, inanç ve tutumları,
3. İlgi kaybı, tedavinin karmaşıklığı ve maliyeti, zaman sorunu,
4. Tedavinin yan etkileriyle ilgili endişe ve korkular,
5. Diğer insanlara bağımlılık ya da hastalığın inkarı,
6. Tedavi ile ilgili olumsuz deneyimler,
7. Kilo alma korkusu, unutkanlık, ilgisizlik,
8. Şüphe, kırılabilirlik ve yan etkiler.

Hasta tedavi sürecinde yaşamda kalmak için ailesine, sağlık personeline ve diyaliz makinesine bağımlıdır ve bağımlılık-bağımsızlık çatışması yaşar. Hastanın bu çatışması üç boyuttadır;

1) Bazı hastalar tedavi sırasında bağımlıyken tedavi dışında bağımsız olarak bu çatışmanın iki yönünü de deneyimleyebilirler.

2) Bazı hastalar ise aşırı düzeyde bir bağımlılığı seçebilir, hasta rolünü benimseyerek süreçteki sorumluluklarından uzaklaşabilirler.

3) Bağımlılıktan korkan hastalarsa hastalığa ve tedaviye isyan edebilirler. Genellikle kaygı düzeyi yüksek olan hastalar tedavi sürecinin gerektirdiği bağımlılığı kabul edemezler. Söz konusu hastalarda tedavi ekibinin tavsiyelerine uymama sıklıkla gözlenir. Özellikle diyet programına uymama ve alınması gereken ilaçları düzenli olarak kullanmama, olumsuzluk, regresyon, tedavi ekibine yönelik öfke ve pazarlık gibi tepkiler gösterebilirler. Genel olarak yaşlı ve çocuk kronik böbrek yetmezliği hastaları tedavi sürecine genç yetişkinlerden daha iyi uyum sağlarlar. Bunun nedeninin çocukların yaşamın böyle olduğuna ilişkin düşünceleriyle yaşlıların ise yaşamdan beklentilerinin düşük olması ve başka uğraşlarının olmaması düşünülebilir (Özkan, 1993).

#### **1.1.1.2. Psikiyatrik Sorunlar**

Stres, tükenmişlik, depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik sorunlar kronik böbrek yetmezliği hastalarının karşılaştıkları sorunlar arasında yer almaktadır. House (1987), bir yıl süreyle çalıştığı 80 kronik böbrek yetmezliği hastasında %30 oranında ruhsal bozukluk tespit etmiştir. Bu bozukluklar içerisinde sırasıyla %14 oranında uyum

bozukluğu, %12.5 oranında majör depresyon nöbeti, %2 oranında agarofobili panik bozukluğu ve %1.5 oranında yaygın anksiyete bozukluğu görülmüştür. Roberts ve Kjellstrand (1988), 1.766 hastanın %1,5'inin diyaliz tedavisinin beraberinde getirdiği strese maruz kalmaktansa ölmeyi tercih ettiğini tespit etmiştir. Abram, Moore ve Westvelt (1971), kronik böbrek yetmezliği hastalarının intihar oranlarının genel nüfusa göre 100 ile 400 kat daha fazla olduğunu iddia etmişlerdir. Kronik böbrek yetmezliği hastalarının %37.5'i diyaliz tedavisinin ilk yılında en az orta düzeyde anksiyete yaşadığı belirtilmiş olup (Nichols ve Springford, 1984) De-nour'un (1981) araştırmasına göre kronik böbrek yetmezliği hastalarının %30'u orta düzeyden ciddi bir düzeye kadar anksiyete yaşadıklarını belirtmişlerdir. Depresyonun hastalar üzerindeki olası etkileri; diyet programına ve ilaç kullanımına uyumun yitilmesi, bağışıklık sistemindeki değişimler, özbakımda azalma, alkol ve madde kullanımı ile kalp krizi gibi böbrek yetmezliğine eşlik eden hastalık riskinde artıştır (Kimmel ve diğ., 1998). Türkiye'de hemodiyaliz alan hastalarla gerçekleştirilen bir çalışmada hastaların %22,9'unda en az bir ruhsal bozukluğa sahip olduğu belirlenmiştir. %17,1 oranındaki majör depresyon nöbeti ve %8,7 oranındaki yaygın anksiyete bozukluğu en sık görülen tanılardır (Sağduyu ve Erten, 1998). Birçok araştırmacı depresyon belirtilerinin yüksek ölüm hızına ve hastaneye sık yatışa sebebiyet verdiğini saptamışlardır (Peterson ve diğ., 1991).

### **1.1.1.3. Bilişsel Güçlükler**

Hastalık durumu hastanın, iyi oluş durumunu etkileyerek yeti yitimine neden olabilir. Hatta bireyin yaşamını yitirebilecek düzeyde de olabilir. Bu etkileşim sürecinde bireyin başetme gücüne, kişilik yapısına, önceki deneyimlerine, tıbbi tanısına, etkilenen organa, hastalığın kişi için anlamına, hasta rolüne ilişkin tutumlarına ve ailenin hastalığı kabullenmesine göre değişebilen bazı tepkiler ortaya çıkar (Doğan ve Kelleci, 2004).

### **1.1.2. Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Sosyal Çevresinde Görülen Değişimler**

Kronik böbrek yetmezliği, hasta bireylerin sosyal çevresiyle olan ilişkilerinde önemli sorunlara yol açabilmektedir. Bir zamanlar birey kendisini işiyle, ilişkileriyle ve

hobileriyle tanımlarken şimdi kendisini hastalığıyla da tanımlayacaktır (Norman ve Ruescher, 2011). Hastalık teşhisiyle birlikte birey; eğitimsel, çalışma yaşamıyla ilgili, sosyal ve kültürel etkinliklere katılım konusunda sorunlar yaşayabilmektedir. Bu sorunlar nedeniyle hastalık teşhisiyle birlikte, bireyin yaşamında yeni bir dönem başlamakta; bu yeni dönem de beraberinde bireyin sosyal çevresine yönelik çeşitli uyum güçlüklerini getirmektedir.

Hastalık tanısı almak, bireyin biyopsikososyal durumunu olumsuz bir biçimde etkilemekte, sosyal çevresiyle olan ilişkilerini geriletmekte, günlük yaşamdaki rol ve sorumluluklarında değişiklikler yapmasını zorunlu hale getirmektedir (Duyan, 1997, s. 25). Mutlu'nun (2007) gerçekleştirdiği araştırmanın bulgularına göre; kronik böbrek yetmezliğine sahip hastaların %59'u arkadaş ve akrabalarıyla ilişkilerinin azaldığını, %12,8'i yaşamakta olduğu çevreyi değiştirmesi gerektiğini, %33,3'ü rol ve sorumluluklarını yeterince yerine getiremediğini, %1,7'si eş ve çocukları tarafından terk edildiğini, %38,5'i diğer insanlara karşı beklentilerinin arttığını belirtmektedir.

Kronik böbrek yetmezliğinin bireyin dış görünümünde değişiklikler oluşturması veya belirli bir tedavi ve beslenme rejimini gerektirmesi söz konusu bireylerin sosyal yaşama katılımını engelleyebilir. Hastalara yönelik dışlama, ayrımcılık ya da damgalama toplumlarda yaygın olarak görülmektedir. Kültüre, hastalığa ve bazı diğer değişkenlere bağlı olarak damgalamanın şiddeti değişmekle birlikte her toplumda hastaların sosyal yönden reddedildiği, dışlandığı ve ayrımcılığa maruz bırakıldığı bilinmektedir. Hastaların sosyal olarak yalıtılmasının bir diğer nedeni de hastaların algıladıkları damgalanmadır. Damgalanma algısı ya da bazen damgalanmışlığın farkındalığı, utanç ve farklılık duygusuna neden olur. Farklılık duygusu, birey için toplumda uygun yerde, doğru yerde olamadığı inancına neden olabilir. Birçok hasta, bazen bir ayrımcılığa maruz kalmasalar bile kendilerini bu açıdan yetersiz, değersiz ya da dışlanmış olarak hissetmektedir. Hatta bazı çalışmalarda hastaların bu nedenle toplumdaki önyargılara hak verdikleri bilinmektedir. Damgalanma algısı ile birlikte gelen utanma duygusu hastalarda tedaviyi etkin bir şekilde sürdürmemeye, dışlanma ve destek sistemlerini kullanamama sonucunu yaratır (Taşkın, 2007).

Sosyal işlevsellikle ilgili sorunlar, ailevi ve iş/okul yaşamıyla ilgili sorunlar, ekonomik kayıplar, sosyal dışlanma ve sosyal geri çekilme gibi sosyal sorunlar fiziksel sorunlara eşlik etmektedir. 102 hastayla çalışan De Nour (1982) sosyal yaşama dair ilgide ve boş zaman değerlendirme aktivitelerine katılmada ciddi bir azalma tespit etmiştir. Söz konusu araştırmaya göre hastaların %50'si sosyal yaşamının olmadığını ancak %38'inin ailesiyle boş zaman aktivitelerini sürdürdüğünü bildirmiştir.

Bordelon'un (2001) gerçekleştirdiği çalışma diyaliz merkezinde tedavi gören kronik böbrek yetmezliği hastalarının sosyal ilişkilerinin önemini araştırmaktadır. Bulunan bir fon aracılığıyla araştırmanın gerçekleştirildiği diyaliz merkezinde fiziksel değişimlere gidilmiştir. Örneğin girişteki bekleme odası; sadece hemşire masasından bütün hastaları göreceği şekilde yan yana bekleme koltuklarından oluşmaktadır. Yeni tasarımda bekleme odasının hasta ve ailelerinin destekleyici deneyimlerini paylaşabilecekleri en önemli sosyal alanlardan biri olması nedeniyle yuvarlak masa şeklinde kurgulanmıştır. Hastalarla yapılan görüşmelerde diyaliz merkezinde hasta iletişimlerinin çok etkili olduğu ve fiziksel mekân tasarımının hasta etkileşimi ve dolayısıyla psikososyal uyum üzerinde oldukça önemli olduğu savunulmuştur.

Gerçekleştirilen başka bir araştırmada kronik böbrek yetmezliği hastasının içinde yaşadığı sosyal çevrenin hastalığın gidişatı ve hastanın fiziksel iyilik hali üzerinde oldukça etkili olduğu saptanmıştır (Furr, 1998). Christensen ve arkadaşlarının (1994) 78 hemodiyaliz hastasıyla gerçekleştirdiği çalışmada; sosyal etkinliklerle, insanlardan yalıtılma duygusu, aileye yük olma duygusu, aile ile geçirilen vakit ve aile desteğinin olmayışı ölüm riskiyle ilişkili bulunmuştur. Cacioppo ve arkadaşları (2002) birçok sosyodemografik değişkenin ve özellikle de sosyal dışlanma ile yalnızlığın sağlık durumunun kötü olarak algılanmasına neden olan önemli faktörler olduğunu bildirmişlerdir.

### **1.1.3. Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Aile İlişkileri**

Kronik hastalıklar, uzun süreli tedavi ve yüksek ölüm oranı nedeniyle, yalnızca bireyde değil aynı zamanda ailesinde de duygusal, sosyal, ekonomik ve pratik sorunlara neden olan hastalıklardır (Carson ve diğ., 2012). Kronik hastalık tanısı almak aynı zamanda bir kriz durumudur ve bireyi etkilediği kadar içinde yer aldığı aileyi de

etkilemektedir. Fortier ve Wanlass (1984) hastalığa bağlı olarak meydana gelen bir krizin aileyi üç düzeyde etkileyebileceğini belirtmektedir.

- 1) Davranışsal düzeyde;
  - a) Acil bakım gereksiniminin karşılanması,
  - b) Tedavi için ulaşımın düzenlenmesi,
  - c) Zaman konusunda ayarlanmanın yapılması,
  - d) Yeni finans gereksiniminin karşılanması konularında zorluk çekebilirler.
- 2) Duygusal düzeyde;
  - a) Keder, kızgınlık, suçluluk ve soyutlanma duyguları yaşayabilirler.
  - b) Kriz döneminde meydana gelen stres sonucu ortaya çıkabilen somatik semptomlar oluşabilir.
- 3) Kişilerarası ilişkiler düzeyinde; aile damgalanma, başkalarından soyutlanma duygusu ile başetmek zorunda kalabilir.

Kronik hastaların ailelerinde meydana gelebilecek değişiklikler Özkan (1993, s. 19) tarafından şu şekilde sıralanmıştır;

- Aile içi rol değişimi,
- Yaşanan yoksunluklarla başetme,
- Bilinmezlik korkusu,
- Hastaya yetersiz veya aşırı ilgi şeklinde kendini gösterebilmektedir.

### **1.1.3.1. Eşlerle İlgili Sorunlar**

Eşler hastaların karşılaştıkları rol, yaşam tarzı ve eşle olan ilişkilerdeki değişiklikleri de içeren sorunların çoğunu paylaşırlar (Brunier ve McKeever, 1993). Öfke, depresyon ve umutsuzluk kronik böbrek yetmezliği hastalarında daha yaygınken, hastaların eşlerinde üzüntü, kızgınlık, suçluluk ve kayıp duyguları hâkimdir (White ve Grenyer, 1999). Birçok vakada eşler yeni roller üstlenmek zorundadır. Hastalık genellikle daha önce pasif bir rolde olan eşlerin aile içinde baskın rolleri üstlenmesini gerektirir ve hasta eşine bağımlı bir hale gelebilir (Lowry ve Atcherson, 1984, s. 293). Bu rollerden biri de eşin bakım veren olarak işlev görmesidir (Streltzer ve diğ., 1976). Hasta

yakınlarında hastaya karşı hastalığın bulaşıcı olduğu gibi yanlış bilgilerle hastadan uzaklaşma ya da eskiye oranla aşırı düzeyde yakınlık göstererek hastaya rahatsızlık verme gibi nedenlerle çelişkili davrandıkları görülmektedir (Turan, 2012). Hemodiyalize başlarken aile üyelerinin hastayla oldukça ilgili olduğu ancak daha sonra bu ilgiyi yitirdikleri, arkadaş ve akraba çevrelerinin de hastalar ile görüşmeyi kestikleri görülmektedir. Böylesi bir durum böbrek naklinde de sorun oluşturabilmektedir. Aile üyelerinin başlarda böbrek vermeye gönüllü oldukları fakat daha sonra vazgeçmeleri sıkça gözlenmektedir. Buna karşın, hastalarda da aile üyelerinin söylem ve davranışlarına karşı aşırıya varan düzeylerde duyarlılık ortaya çıkabilmektedir. Diyaliz alan hastalarının eşleriyle ilgili araştırmalar, eşlerin hastaya psikolojik yakınlıkla birlikte öfke de beslediklerini göstermiştir. Söz konusu hasta eşlerinde hastalara yönelik olarak gözlenen olumsuz duyguların önemli bir sebebi de hastalardaki cinsel işlev kayıpları olabilmektedir (Cimilli, 1994). Diyalize yeni başlayan hasta eşleriyle çalışan Lowry ve Atcherson (1984) depresif ruh hali ve uykusuzluk durumlarının hasta ve eşlerinde de eşit olarak görüldüğünü tespit etmiştir. Eşler, henüz evliliklerinde çok az sorun varken veya hiç sorun yokken dahi endişeli ve kolayca sinirlenen özellikler sergilemektedir. Rideout ve arkadaşları (1990) ise diyaliz hastalarının eşlerinin %20'sinin önemli derecede depresif belirtiler gösterdiklerini tespit etmiştir. Eşler hastalara yönelik depresif ya da düşmanca duygular besleyebileceği gibi hastaların olumsuz duygularının nesnesi haline de gelebilirler (Cukor ve diğ., 2007). Ayrıca cinsel işlevsizlik ilişkisinin dinamiklerini değiştirebilir. Kaye ve arkadaşları (1989) diyaliz tedavisinin aile çevresi üzerine etkilerini değerlendirdikleri çalışmasında hastaların daha çok kişisel gelişimleri üzerine durduklarını ancak aile üyelerinin aile yaşamında gerilemeler olduğunu bildirmiştir.

### **1.1.3.2. Başetme Stratejileri**

Aile sistemi içerisindeki rol ve sorumlulukların yerine getirilemeyişi ve aile üyelerinden uzaklaşmakla birlikte deneyimlenen yalnızlık korkusu hemodiyaliz hastaları için en temel stres kaynaklarından biridir. Aile üyelerinin hastalık nedeniyle yaşanan sorunlarla başetmede kullandıkları olumlu stratejiler; ağlama, duygularını aile üyeleri ve yakın arkadaş ve akrabalarıyla paylaşma, yaşananların olumlu yönlerini görme, tinsel pratikler ve kendi kendine telkinde bulunmaktır. Olumsuz stratejiler ise;

kendini ya da başka kişileri suçlama, hastaya aşırı anlayışlı davranma ve bu nedenle hastada regresyon davranışı geliştirme, umudunu yitirme ve öfkesini dışa yansıtma olarak sayılabilir (Yılmaz, 1998).

Hastanın yaşadığı sorunları birebir paylaşan aile üyeleri ve çevrelerinin hastalığı ancak bir yıl ve daha uzun sürede kabullendikleri görülmektedir. Fakat bazen, bazı hasta eşlerinin hastalık sonrası hastayı terk ettikleri görülmüştür. Aile desteği var olan hastaların, hastalığa yönelik uyumlarının daha çabuk olduğu, sosyal destekleri arttıkça, olumlu yönde iletişim ile kişiler arası ilişkilerde ait olma duygusu oluşturduğu, depresyonu azalttığı ve benlik saygısını da korudukları belirlenmiştir (Ünal, 2001). Ayrıca algılanan aile desteğinin yüksek düzeyde olması, hastaların diyaliz seansları arasında kilo alımını düşürmekte ve daha iyi bir düzeyde biyokimyasal uyuma neden olmaktadır (Christensen ve diğ., 1992). Leggat ve arkadaşları (1998), yalnız yaşamayan hastaların yalnız yaşayanlara göre, hemodiyaliz seansını daha az yarıda bıraktığını tespit etmiştir. Özetle; evlilik ilişkisi kronik böbrek yetmezliği hastalığı ve tedavisinin gidişatında önemli bir role sahiptir. Konuyla ilgili çalışmalar eşin hastalık durumuna uyumunun hastanın uyumuna olumlu olarak etkide bulunduğunu göstermektedir.

#### **1.1.4. Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının İş Yaşamı**

Diyaliz tedavisinin kronik böbrek yetmezliği hastalarının günlük yaşamları üzerinde büyük bir kısıtlayıcı etkisi vardır. Bu etkilerden biri de çalışma yaşamı üzerinedir. Kronik böbrek yetmezliği hastasının yaşamda kalabilmesi için hemodiyalizin kullanılması gerekmektedir. Bu tür bir tedavi makineye uzun süre bağlı olmayı gerektirdiğinden, saatlerce bazen de günlerce fiziksel yorgunluk söz konusu olabilmektedir. Dolayısıyla hastanın iş yerindeki sorumlulukları veya programı yeniden düzenlenmesi ve çalışma programının olabildiğince esnek olması gerekmektedir. Ancak bu talepleri karşılayabilecek çok az iş vardır. Bu nedenle hemodiyaliz tedavisi gören birçok hasta işine devam edememektedir (Royer, 1998, s. 67). Oysaki iş sahibi olmak, kronik böbrek yetmezliği hastaları için sosyal destek kaynağı olabilir ve yaşam kalitesini ve kendine güveni artırır (Rasgon ve diğ., 1997). Dolayısıyla iş yaşamında olmanın hastaların yaşam kalitesi ve psikososyal uyumları

üzerine olumlu etkileri vardır. Ayrıca hastaların çalışma yaşamında olması hem kendi ekonomilerine hem de ülke ekonomisine katkıda bulunmaları için önemlidir.

İş kaybının yalnız kronik böbrek yetmezliği hastaları üzerinde değil fiziksel açıdan sağlıklı bireyler üzerinde de birçok olumsuz etkisi vardır. İşsizlik sonucu ortaya çıkan tablo genellikle; iş ortamındaki sosyal ilişkilerin kaybı, ekonomik baskıdan ötürü sosyal etkinliklerin ve işsiz damgası nedeniyle sosyal etkileşimden çekilme yoluyla sosyal destek ağlarının sekteye uğramasıdır. Literatür sosyal ağların etkisini yitirmesi durumunda ölüm oranının arttığını göstermektedir (Watkins, 1992).

Bireylerin iş kaybı sonucu yaşayabilecekleri psikososyal sorunlar; işsiz kalan bireyin fizyolojik özellikleri, işsiz kalmadan önceki yaşamı, yaşadığı bölge, ekonominin genel durumu, bireyin sosyal statüsü ve aile durumu gibi çeşitli nedenlere bağlıdır (Wadsworth ve diğ., 1999). İş kaybı ve bu kayba bağlı diğer faktörler kronik bir hastalıkla birleşince birey ve aileleri için önemli bir stres kaynağına dönüşebilmektedir.

İş kaybı kaynaklı stres genellikle iki boyutta değerlendirilmektedir. Birinci boyut ekonomik baskıdır. Ekonomik baskı psikolojik sorunlarla kuvvetli bir ilişkiye sahiptir (Weich ve Lewis, 1998). İş kaybının beraberinde getirdiği gelir kaybı bireyler ve aileleri tarafından karşılaşılan büyük ekonomik sorunlara neden olur. Bu sorunlar ise bireyin aile ve sosyal çevresiyle olan ilişkilerini olumsuz olarak etkilemektedir. İkinci boyut ise bireyin benlik algısı üzerinedir. İşsizlik benlik kavramını iki yönde etkileyebilir. Birincisi bireyin daha önceden sahip olduğu meslek kimliğinin önemli bir parçasıysa işsiz kalma durumu bireyi doğrudan etkileyecektir. İkincisi ise; işsizlik bireyin kendine değer verme düşüncesi ya da duygusuna zarar verebilir (Turner, 1995). Kronik böbrek yetmezliği hastalığı hasta yaşamındaki bütün alanlara yönelik olumsuz etkileriyle işsizlik sorunu birleşince hastalığın hastanın psikososyal uyumu üzerine etkileri daha da artmaktadır. Ayrıca fiziksel gerilemeler ve tedavi nedeniyle zaten ailelerine bağımlı hale hastaların işsiz kalmaları dolayısıyla ailelerine yönelik bağımlılık düzeyleri daha da artabilmektedir.

Ayrıca bireylerin iş kaybından ne derece etkilendiklerini değerlendirirken bireylerin sosyoekonomik düzeyleri göz önünde bulundurulmalıdır. Dolayısıyla iş kaybının



sosyoekonomik durumu yetersiz düzeydeki hastaları daha çok etkileyeceği düşünülebilir. İşsizliğin sebep olduğu ekonomik sorunlar hastanın sağlık durumunu koruması ve geliştirmesi için yeterli düzeyde beslenme, ilaçların alımı, barınma ortamının sağlanmasını olumsuz olarak etkiler. Diğer taraftan, yapılan bazı çalışmalar iş kaybından sosyoekonomik seviyesi yüksek bireylerin daha çok zarar gördüğünü göstermektedir. Uzmanlaşmaya dayalı, masabaşı iş yapan ya da yönetici pozisyonunda çalışan kişiler bedensel kuvvet gerektiren ya da daha düşük statülü işlerde çalışan kişilere göre ekonomik bir kaygıları olmasa dahi iş yaşamına dönmeye daha isteklidirler. Bu kişiler meslek yaşamına duygusal bir yatırım yapmakta olduğundan benlik saygısı açısından iş kaybından diğerlerine göre daha olumsuz bir biçimde etkilenebilirler (Turner, 1995). Bu insanlar düşük statülü işlerde çalışanlara göre daha uzun süreyle eğitim aldığından iş yaşamlarını zorlu bir eğitim sürecinin ödülü olarak görebilirler. Çalışmaya başladıktan sonra işsiz kalma gibi durumlarda, o güne kadar elde etmiş oldukları birikimlerin değersiz olduğuna inanabilen bu insanlar için işsizlik, tam anlamıyla yaşamdan bir kopuş olabilmektedir (Kurt, 2006). Kaitelidou ve arkadaşlarının (2005) kronik böbrek yetmezliği hastalarıyla gerçekleştirdikleri araştırmaya göre; mavi yakalı işçilerin %6'sı işini korurken, beyaz yakalıların %55'i işlerini korumuşlardır. Ancak kronik böbrek yetmezliği hastaları arasında beyaz yakalı işçilerin işlerini daha yüksek bir oranda devam ettirmelerinin nedeni beyaz yakalı işçilerin çalıştıkları işin yoğun olarak fiziksel kuvvet gerektirmemesi olarak da düşünülebilir. Mavi yakalı işçi olarak tabir edilen mesleklere sahip kronik böbrek yetmezliği hastalarının istihdam durumlarıyla ilgili olarak gerçekleştirilen başka bir araştırmaya göre; 45 hasta kronik böbrek yetmezliği teşhisi sonrası diyaliz tedavisine başlamadan önce bir klinik sosyal hizmet uzmanının yürüttüğü, değerlendirme, hasta eğitimi ve danışmanlığı, diyaliz ünitesine uyum boyutlarını içeren bir çalışmaya tabi tutulmuş ve bu hastalar 6 ay boyunca takip edilmiştir. Müdahale sonrası hastaların önemli bir oranı (%46.7) işine devam ederken kontrol grubundaki hastalar için bu oran %23.5 olarak saptanmıştır (Rasgon ve diğ., 1993). Konuyla ilgili araştırmalar hastaların iş yaşamlarına devam etmeleri için psikososyal müdahalelerin önemini ortaya koymaktadır.

Türkiye gibi ataerkil aile yapısının hâkim olduğu toplumlarda, ailenin geliri toplumsal cinsiyetçi bakış açısı gereği genel olarak aile reisi olarak görülen erkek tarafından

sağlanmaktadır. Bu nedenle hane reisi rolündeki erkeğin hastalık nedeniyle işsiz kalması erkekte “otoritesini ve toplumsal rolünü yitirme” algısının yanında çaresizlik, şaşkınlık, güven kaybı ve içedönük ve isyankâr tutumlar yaratmaktadır (Yılmaz ve diğ., 2004). Söz konusu bireyler işsiz kalmaları ile ilgili kızgınlıklarını bu durumla herhangi bir ilişkisi olmayan çocukları, eşleri veya arkadaşları gibi üçüncü kişilere yöneltebilirler (Frey, 2003).

Diyaliz hastalarının istihdamı ile ilişkili faktörler genellikle; hastanın eğitimsel geçmişi, diyaliz öncesi mesleki durumu, tedavi şekli ve sağlık durumu ile ilgilidir. Yüksek eğitim düzeyi ve önceki mesleki durum hasta istihdamının hasta düzeyindeki en önemli belirleyicileri olarak tespit edilmiştir (Friedman ve Rogers, 1988; Julius ve diğ., 1989). Kutner ve arkadaşları (1991) yaşı 18-59 arası değişen 283 kronik böbrek yetmezliği hastasıyla, mevcut çalışma durumu ve istihdam edilmemiş durumda olanlarla da çalışabilme kapasitesi hakkında görüşmüştür. Araştırmanın bulgularına göre toplam örneklemin sadece %11'i çalışma yaşamı içerisinde yer almaktadır. İşsiz hastaların üçte biri çalışma kapasitesine sahip olduğunu ve istihdam edilmek için birtakım girişimlerde bulduklarını belirtmişlerdir. Araştırmanın bulgularına göre yaş, ırk, eğitim düzeyi, sağlık durumu ve işle ilgili görevleri gerçekleştirmek için fiziksel yetenek, son iş tecrübesi ve çalışmaya yönelik ilgi hastaların çalışma kapasitesi ile ilgilidir. İşine devam eden hastalar genellikle diyaliz tedavi ekibinin yardımları sayesinde bunu başardıklarını belirtmişlerdir. Bu veriler hastaların sağlık ekibi tarafından iş yaşamlarına devamı için desteklenmesi gerektiğini göstermektedir.

Hemodiyaliz tedavisine devam eden 72 hastayla çalışan Woods ve arkadaşları (1999) hemodiyaliz tedavisine başlamanın en yaygın sonucunun yaşam tarzında değişiklikler ve istihdam sorunu olduğunu belirtmişlerdir. Gerçekleştirilen uluslararası bir araştırmaya göreyse 4123 hemodiyaliz hastası değerlendirilmiş ve hastaların istihdam yüzdesi ABD'de %21, Avrupa'da %30 ve Japonya'da %55 olarak saptanmıştır (Dickinson ve diğ., 2000). Molsted ve arkadaşlarının (2004) araştırmasında ise çalışma çağındaki (18-60 yaş arası) kronik böbrek yetmezliği hastalarının sadece %22'sinin çalışma yaşamında olduğu tespit edilmiştir.

Çalışma durumunun sağlık bakımına uyumuna etkisi açısından; çalışan hastaların diyaliz seansını kaçırma oranları çalışmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Dobrof ve diğ., 2000). Ayrıca çalışan hastaların daha az depresif özellikler gösterdiği tespit edilmiştir (Chen ve diğ., 2003). Bir diğer çalışmada ise mesleki aktivitede bulunma diyalize daha iyi uyum sağlamayla ilişkili bulunmuştur (Wolcott ve diğ., 1988). Kronik böbrek yetmezliği hastalarında düşük aktivite seviyeleri yüksek ölüm oranıyla ilişkili bulunmuştur (Husebye ve diğ., 1987).

### **1.1.5. Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarında Cinsellik**

Literatürde kronik böbrek yetmezliği hastalığında, hastalığın evresi, süresi, tedavi şekline ve psikososyal sorunlara bağlı olarak cinsel işlev bozukluğunun sıklıkla görüldüğü belirtilmektedir. Cinsel işlev bozukluğu; dürtü, uyarılma, sertleşme/vajinal ıslanma, orgazma ulaşma ve cinsel tatmin konularındaki sorunları içermektedir (McGahuey ve diğ., 1999) ve kronik böbrek yetmezliği hastalarında yaygın olarak görülmektedir (Soykan ve diğ., 2005). Kronik böbrek yetmezliği hastalığında ikincil hastalıklar ve kullanılan ilaçlara bağlı nedenlerle cinsel işlevlerinde azalma görülebildiği ve bu durumun diyaliz hastaları için oldukça önemli kaygılara neden olduğu tespit edilmiştir (Wu ve diğ., 2001).

Kronik böbrek yetmezliğinin cinsel işlevsellik üzerinde kuvvetli bir etkisi vardır (Rozenman ve diğ., 1990). Kronik böbrek yetmezliği ve tedavisinden kaynaklanan stres, depresyon ve kaygı hastaların cinsel arzusunu ve cinsellikten zevk almasını etkileyebilir (Camsari ve diğ., 1999). Hastaların cinsel ilgilerini etkileyebilecek diğer faktörler; ilaçlar, diyet, kansızlık, uykusuzluk, yetersiz diyaliz, üremi ve hormonal dengedeki değişimleri içerir (Milde ve diğ., 1996; Palmer, 1999; Diemont ve diğ., 2000).

Literatür genel olarak kronik böbrek yetmezliğine sahip hem kadın hem de erkek hastaların cinsel yaşamlarının risk altında olduğunu göstermektedir (Arslan ve diğ., 2002; Peng ve diğ., 2005; Katz, 2006). 135 diyaliz hastasıyla gerçekleştirilen bir araştırmaya göre; cinsellik beşinci en önemli stres kaynağı olarak belirtilmektedir (Milde ve diğ., 1996). Burton ve arkadaşlarına göre diyaliz hastaları için evlilik ve cinsel ilişkilerde baskı yaratıcı durumlar aşağıdaki gibidir;

- a. Hastanın kendini eşinden çekmesi, izolasyonu, evlilik ilişkilerinde gerginlik, çatışma ve hostilite,
- b. İnfertilite, ereksiyonun olmayışı, prematür ejakülasyon, orgazma ulaşamama, emenare,
- c. Libidonun azalması ve kaybı, fistülün zedeleneceği korkusu ile cinsel ilişkiden kaçma, hastanın kendi cinsel kimliği konusundaki algılarındaki değişiklikler, cinsel ilişkiden rahatsız olma (Özdemir ve Balcıoğlu, 1989).

Levy (1973), 778 hasta üzerinde yaptığı anket çalışmasında onların cinsel fonksiyonlarını incelemiştir. Ölçü olarak cinsel ilişki sıklığı, erkeklerde impotans sıklığı ve kadınlarda ise orgazma erişememe sıklığı ele alınmıştır. 287 erkek hastanın 135'i ve 142 kadın hastadan 47'si hemodiyaliz periyodunda hiç cinsel ilişkide bulunmadıklarını ifade etmişlerdir. Erkeklerin 169 (%59)'unda tam veya kısmi iktidarsızlık görülmüş, kadın hastalarda ise orgazma varamama sıklığı yüksek bulunmuştur. Erkeklerin yaklaşık yarısında, kadınların ise dörtte birinde cinsel istek azalması ortaya çıktığı belirtilmektedir. Diyaliz tedavisini sürdüren kadın ve erkek hastaların %60-70'inde cinsel işlevsellik ile ilgili sorunların olduğu tahmin edilmektedir (Kettaş ve diğ., 2008). Fiziksel ve psikososyal faktörler hastaların cinsel işlevselliklerini önemli ölçüde etkilemektedir. Fiziksel faktörler; ağrı, yorgunluk, hormonal dengesizlik, üremi, anemi, bacak krampları, ilaç ve diğer tıbbi konuları içermektedir. Psikososyal faktörler ise kaygı, depresyon, uyku bozuklukları, beden görüntüsünün ve aile içerisindeki rolün ya da kimliğin değişimini içermektedir (Arslan ve diğ., 2002; Katz, 2006).

Erkek hastaların cinsel sorunları genel olarak yüksek oranda sertleşme sorunu, libido azalması, isteksizlik, sık mastürbasyon, testosteron düzeyinde ve orgazmda azalma ve infertilite olduğu yönündedir ve bu hastaların bazıları penisleri aracılığıyla idrar boşaltımı yapamayınca penisin cinsel işlevini de kaybettiğini düşünebilmekte ve bu nedenle endişelenebilmektedir (Cimilli, 1994; Arslan ve diğ., 2002; Katz, 2006). Erkekler genel olarak infertilite olgusundan kadınlara göre daha az etkilenmekte olup; bu durumdan kendine güven kaybı, sosyal dışlanma ve eşine karşı suçlu hissetme şeklinde etkilenebilmektedir. Buna karşın erkekler infertilite konusunu daha kolay kabullenerek tartışmaya başlayabilmektedir. Fakat infertilite sorunu yine de erkekte

önemli düzeyde bir strese neden olmakta ve bu stres erkeğe ilişkin kısırlık durumunda daha yoğun olmakta ve bazı hastalarda geçici olarak sertleşme sorununa neden olabilmektedir (Çorapçıoğlu Özdemir, 2006). Abram (1975) gerçekleştirdiği çalışmada erkek kronik böbrek yetmezliği hastalarında cinsel ilişki sıklığının %50 oranında azaldığını ortaya koymuştur. Bu hastaların %45'inde cinsel güçte azalma söz konusuken %35'inde ise diyalize başlandıktan sonra cinsel güçte azalma meydana gelmiştir. Buna karşılık hastaların %40'ı diyalize girmeye başladıktan sonra cinsel işlevselliğinde iyileşme olduğunu belirtmiştir. Bu bulgulardan hareketle cinsel işlevsellikteki kayıplar ve nedenleri hakkında herhangi bir netliğe varmak güçtür. Cinsel sorunların gelişiminin fiziksel ve psikolojik kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Bu nedenlerin ardında fiziksel durum, hormonal değişimler, kullanılmakta olan ilaçlar, depresyon ve aile sistemindeki değişimler sayılabilir (Levy, 1973). Türkiye'de gerçekleştirilen bir çalışmadaysa erkek diyaliz hastalarında cinsel işlev bozukluğu oranı %70 olarak tespit edilmiştir (Özkan, 1993). Erkek diyaliz hastalarında üremi, penise giden kan akımında azalma, hormonal bozukluklar, düşük kan hücresi düzeyi, ilaçlar, yorgunluk, depresyon, kaygı ve eş ile ilgili zorluklar gibi psikolojik sorunlar cinsel işlevsizliğe neden olabilir (Binik ve Mah, 1994; Calaluce, 1998; Diemont ve diğ., 2000). Erkek kronik böbrek yetmezliği hastalarının %50'sinden fazlasında libido, iktidarsızlık ve cinsel ilişki sıklığında belirgin bir azalmayla ilgili şikâyetler bildirilmiştir (Palmer, 1999). Erkek böbrek hastalarında gözlenen bir diğer sorun ise hastaların diyaliz seansı esnasında mastürbasyon yapmalarıdır. Bu davranış genellikle sıkıntıdan ya da cinsel gücünü kanıtlama amacından kaynaklanırken karşı cinsten personelde endişeye neden olabilir. Bu durum hasta ile sağlık personeli arasında karşılıklı düşmanca duygulara neden olabilir (Wellard, 1992). Kronik böbrek yetmezliği hastalarının cinsel sorunları konusunda sağlık ekibinin rolünün değerlendirildiği bir çalışmada hastaların yalnızca üçte birinin sağlık ekibinden cinsel konularda bilgilendirildiği tespit edilmiştir (Milde ve diğ., 1996). Literatür bilgilerine göre gerek hastalar gerekse sağlık ekibi farklı nedenlerle cinsel sorunlar hakkında konuşmaya pek açık değildir. Bu nedenler arasında kültürel, dinsel, bilgisel eksiklik ve gizlilik gibi faktörler söz konusudur (Milde ve diğ., 1996; Arslan ve diğ., 2002; Ho ve Fernandez, 2006).

Kadın hastalar ise libido ve ıslanmada azalma, orgazm olamama, cinsel birleşme esnasında acı ve tatmin olmada azalma konularında sorunlar yaşamaktadır (Katz, 2006). Üremi, kanda prolaktin yüksekliği, üreme organlarındaki çalışma bozukluğu, depresyon, görünümde değişiklikler, hipoparatiroidi ve çinko eksikliği kadın diyaliz hastalarının cinsel işlev bozukluğunun kökeni olarak öne sürülmüştür (Palmer, 1999). Kadın kronik böbrek yetmezliği hastaları, normal olmayan üreme salgıları nedeniyle daha düşük bir doğurganlık oranına ve birçok gebelik engeline sahiptir. Günlük ev tipi hemodiyalizi uygulamasında bulunan kadınlar başarılı gebelikler için daha uygun olabilir (Holley ve Reddy, 2003). Kronik böbrek yetmezliği hastası kadınlarda normal popülasyonun 1/8'i oranında gebelik görülebilir (Seyrek, 2001, s. 368). İnfertilite olgusu genel olarak erkeklere nazaran daha çok kadınlar üzerinde baskı yaratmaktadır. Çocuk sahibi olunamayışın nedeni erkeğe bağlı olsa dahi gebelik başarısının kadınlara ilgili görülmesi bu baskıyı artırabilmektedir. Gebe kalamayan kadınlarda kendini değersiz görme ve kendine güvende düşüşe neden olmaktadır (Çorapçıoğlu Özdemir, 2006).

Böbrek yetmezliği öncesi ve sonrası kadın hastaların cinsel işlevselliği karşılaştıran bir çalışmaya göre; cinsel ilişkiden tamamen kaçınan kadınların oranının %9'dan %40'a kadar arttığı bulunmuştur (Binik ve Mah, 1994). Cinsel aktivitelere devam eden diyaliz hastası kadınlarda ise orgazm olamama yüzdesi %9'dan %31'e yükselmiştir (Rozemann ve diğ., 1990). Bir başka çalışmada ise, hemodiyalize devam eden kadınların %100'ü, periton diyalize devam edenlerin %67'si ve böbrek nakli olanların %31'i üzerinde olanların cinsel arzu ve fantezide azalma olduğunu bildirmiştir (Toorians ve diğ., 1997). Dolayısıyla hemodiyaliz uygulamasının periton diyaliz uygulaması ve böbrek nakline oranla cinsel işlevsellik üzerinde çok daha fazla olumsuz etkisi olduğu düşünülebilir.

Kronik böbrek yetmezliği hastalarıyla (25 erkek ve 18 kadın) gerçekleştirilen bir çalışma kapsamında hastaların altı ay süre ile cinsel işlevleri takip edilmiştir. Araştırmanın bulgularına göre erkeklerin en sık şikâyeti sertleşme sorunu üzerine olmuştur. Kadın hastalarda ise uyarılma ve orgazm güçlükleri gözlenen en sık şikâyetler arasındadır. Diyaliz tedavisine devam eden hastaların cinsel fonksiyonlarında 6 aylık dönemde önemli bir değişiklik saptanmamıştır (Soykan ve

diğ., 2005). Diyaliz hastalarına yönelik olarak gerçekleştirilen başka bir araştırmaya göreyse; hastaların %65'i diyalize başladıktan sonra cinsel olarak tatmin olamamış, %40'ı cinsel ilişkiye girmeyi bırakmış, %27'si cinsellik için arzu duymamış, %23'ü ise orgazma ulaşmayı başaramamıştır (Calaluce, 1998). Peng ve arkadaşlarının (2005) araştırmasına göre 578 kadın kronik böbrek yetmezliği hastasıyla görüşülmüş ve yüksek düzeyde cinsel sorunu olan hastaların aynı zamanda fiziksel ve ruhsal sorunları da oldukça fazladır. Diğer bir çalışmaya göreyse hastalar cinsel etkinlikteki azalmanın yaşam kalitelerini düşürdüğünü düşünmektedir (Steele ve diğ., 1996). Alleyne ve arkadaşları (1989) ise hastaların hastalığa uyum düzeyi ile cinsel işlevsellik ve doyumları arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptamışlardır.

### **1.1.6. Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Sağlık Bakımına Uyumu**

Genelde kronik hastalıkların neden olduğu biyopsikososyal sorunlar hastaların hastalığa yönelik sağlık bakımına doğrudan ya da dolaylı olarak etkide bulunmaktadır. Yakın ilişkide bulunan hekim, hemşire, psikolog ve sosyal hizmet uzmanı gibi sağlık profesyonelleri ile ilişkilerin niteliği ve hastalık sürecine etkileri, tedavi sistemine ve sağlık politikalarına ilişkin görüşler, tedavi sürecinin nasıl ve hangi koşullarda gerçekleştiği, hastalık ve tedavi süreci hakkında bilgilenme gereksiniminin karşılanması ve tedavi süreci ve kararlarına katılma durumu gibi etkenler sağlık bakımına uyumda önemli bir işleve sahiptir (Tuncay, 2013). Ayrıca hastaneye yatış, hastalıkla ilgili sorunlara da katkıda bulunur. Gizlilik, bağımsızlık ve sosyal destek azalır ve hastanede ne olacağı konusunda belirsizlik vardır. Yüksek katlı binalar, asansörler ve uzun dar koridorlar hastalar için aşına değildir. Hastaların stresli tıbbi prosedürler ile karşı karşıya kalması muhtemeldir (Royal College of Physicians ve Royal College of Psychiatrists, 2003).

Olumsuz bir psikolojik durumda bulunan kronik böbrek yetmezliği hastaları, tedavi rejimine uyum sağlayamama eğilimindedir ve yüksek oranda hastaneye yatış ve mortalite oranına sahiptirler (DeOreo, 1997). Tedavinin gidişatı üzerinde daha çok kontrol sahibi olduğunu hisseden hastalar daha iyi başetme, uyum sağlama ve yaşam kalitesine sahip olma eğilimindedirler (Bremer, 1995). Psikososyal sorunlara sahip ve hastalık ve tedavi rejimi hakkında daha az bilgi sahibi kronik böbrek yetmezliği

hastaları diyalize bağı kilo alımı ve diyaliz seansını kaçırma eğilimindedirler. Hastanın psikososyal güçleri, temeli ve sorunları diyaliz tedavisinin çıktılarıyla ilişkilidir (Auslander ve diğ., 2001). Psikososyal konular (sosyal destek düzeyi, diyaliz rejimine uyum, başetme) tıbbi konular kadar önemli olup mortalitede artışla yakından ilgilidir (Kimmel ve diğ., 1998). Kronik böbrek yetmezliği hastasının işlevsel durumu, depresyonu, yaşam kalitesi ve aktivite düzeyi morbidite ve mortaliteyi de içeren tedavi rejimi çıktıları etkilemektedir (Gutman, 1983). Serum albümin mortalitenin bir belirleyicisi olarak kabul edilir (Lowrie ve Lew, 1990). Birçok psikososyal risk faktörü (sosyoekonomik durum, protez kullanma ihtiyacı, alışveriş yapma ihtiyacı, depresyon ya da anksiyetenin neden olduğu düşük iştah, düşük bilişsel kabiliyet, diyet yönetimi, eğitim, kültür, etnisite, kültür, evhalkı uyumu, güvence ve sosyal destek gibi) albümin yönetimini olumsuz olarak etkileyebilir (Vourlekis ve Rivera-Mizzoni, 1997).

Literatürde kronik böbrek yetmezliği hastalarının sağlık bakımına uyumları üzerine yapılmış araştırmalar önemli bir yere sahiptir. Sağlık bakımına uyumun ölçülmesi genel olarak; 1) diyet ve sıvı alımı kısıtlamaları, 2) ilaç tedavisi ve 3) tedavi randevu takvimine göredir (Furr, 1998). Aile ve sosyal destek (Kimmel ve diğ., 1998), demografik özellikler (Christensen ve diğ., 1994) ve psikolojik değişkenler (Brownbridge ve Fielding, 1994) hastaların sağlık bakımına uyumuna etki eden faktörler arasındadır. Sensky ve arkadaşları (1996) gerçekleştirdikleri çalışmada, hemodiyalize devam eden kronik böbrek yetmezliği hastalarının tedavi sürecine ilişkin uyumlarının yaş, cinsiyet, sosyal uyum ve geçmiş psikiyatrik öykü gibi birçok nedene bağı olduğunu belirtmişlerdir.

Dobrof ve arkadaşlarının (2000) gerçekleştirdiği araştırmada sağlık bakımına uyumu belirlemeye yönelik olarak 1) acil servise başvurular, 2) hastaneye yatırılma, 3) diyaliz seansına gelmeme, 4) diyaliz makinesinden erken çıkma ve 5) diyaliz seansları arası kilo alımı dikkate alınmıştır. Bu bağlamda düşük eğitim seviyesinin ve zayıf fizik durumunun acil servise başvuruyu artırdığı; yetişkin bir çocukla yaşamının hastaneye yatışı azalttığı; 40-65 yaş arası, sosyal güvenceden yararlanma ve ekonomik sorunu olan ve çalışanların daha çok diyaliz seansına gitmemezlik yaptığı; sosyal güvenceden yararlanma ve ekonomik sorunu olan daha sık (diyaliz makinesinden erken çıkmak



istediği ve etnik kökenin ve birden çok tıbbi sorunun) diyaliz seansları arası kilo alımının fazla olduğu bulunmuştur.

Diyaliz tedavi planına uyumsuzluk hastalarda önemli sorunlara neden olur. Diyaliz seansını kaçırma ve diyalize bağlı kilo alımı ile mortalitede artış arasında ilişki olduğu düşünülmektedir (Saran ve diğ., 2003). Yapılan bir çalışmaya göre hastaların %27-31'i diyaliz seansını ayda bir kez kaçırmakta, %35-41'i diyaliz seansından erken ayrılmakta, %76-85'i diyetle ilgili sorun yaşamakta, %50'si ise sıvı alımı sınırlılıklarına uyum sağlayamamaktadır (Dobrof ve diğ., 2000). Diğer bir çalışmaya göre ise hastaların %30 ile %60'ı tavsiye edilen diyetle ilaç ve sıvı tavsiyelerine uyum sağlayamamaktadır (Christensen ve Raichle, 2002).

## **1.2. KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİNDE SOSYAL HİZMET MÜDAHALESİ**

### **1.2.1. Tıbbi Sosyal Hizmet**

Sosyal hizmet bilim ve mesleğinin eski bir alanı olan tıbbi sosyal hizmet, sosyal hizmet bilgi, değer ve becerilerinin tıbbi bakım gören hastalara uyarlandığı bir sosyal hizmet alanıdır. Barker (2003)'a göre tıbbi sosyal hizmet; sağlık kuruluşlarında hasta ve ailelerinin hastalık kaynaklı psikososyal sorunlarını çözmeyi amaçlayan sosyal hizmet uygulamasıdır. Diğer bir tanıma göre tıbbi sosyal hizmet; sağlık alanında sosyal hizmetin görev alanına giren konularda verilen hizmetlerdir. Tıbbi tedavi hizmetleri, sosyal hizmetlerle desteklenmediği sürece etkili olamayacaktır tezinden hareketle sosyal hizmet önleyici, tedavi edici ve izleyici işlevleriyle tıpsal sağlık alanında kendisine yer bulmuştur (Tomanbay, 1999, s. 262-263; Atauz, 1991, s. 187). Bir diğer tanıma göreyse tıbbi sosyal hizmet; kişi, grup, aile ve toplumun sağlık hizmetlerinden etkili bir biçimde yararlanmaları için sosyal hizmet uzmanlarınca yürütülecek psikososyal ve eğitsel boyutlarda, destekleyici ve geliştirici hizmetlerin sosyal hizmet disiplini ve mesleğinin yöntem ve felsefesiyle birleştirilerek tıp ve koruyucu sağlık hizmetleri çerçevesinde verilen hizmetler bütünüdür (Duyan ve diğ., 2008, s. 183). Sağlık Bakanlığınca 2011 yılında yayınlanan Tıbbi Sosyal Hizmet Yönergesi'ne göre; ayakta ya da yatarak tedavi gören hastaların tıbbi tedaviden etkili bir şekilde yararlanması, sosyal sağlığının korunması ve geliştirilmesi, tedavi sürecinde hastanın

ailesi ve çevresiyle ilişkilerinin düzenlenmesi, tedavi sürecini etkileyen psikososyal ve sosyoekonomik sorunlarının zamanında çözümlenerek sosyal işlevselliğini yeniden kazanması amacıyla yürütülen sosyal hizmet uygulamaları tıbbi sosyal hizmet kavramsallaştırması altında yer almaktadır. Yukarıda verilen tanımlardan hareketle tıbbi sosyal hizmet; tıpsal sağlık hizmeti almakta olan hastaların, sunulan hizmetlerden etkili bir şekilde yararlanmalarını amaçlamaktadır. Aynı zamanda tedavi sürecinde karşılaştıkları psikososyal ve sosyoekonomik sorunların çözümüne yönelik profesyonel planlı müdahaleleri ve mikro, mezo ve makro düzeylerde uygulamaları içeren, multidisipliner ekiple işbirliği geliştirerek bütüncül bir bakış açısıyla hastaları çevresi içerisinde ele alan sosyal hizmet alanıdır.

### **1.2.1.1. Tarihçe**

Turan (1979; akt. Duyan, 1996, s. 8)'a göre; tıbbi sosyal hizmetin gelişiminin altında dört faktör bulunmaktadır. Bunlardan ilki; 19. yüzyılın sonlarında (1880) İngiltere’de akıl hastanelerinden taburcu olan hastaların hastalıklarının tekrarını engellemek için evlerinde takip edilmesi görüşünün benimsenmesidir. Evlere gönderilen “ziyaretçiler” aileye hastanın nasıl bakılması gerektiğini anlatmaktaydılar. İkinci olarak, muhtaç aileleri belirleyerek yardımda bulunmak üzere “Lady Almoner” adı verilen ve yoksulların evine giden gönüllü kadınların hastanelerde görev almalarıdır. İlk kez 1890’da Sir Charles tarafından Londra’da başlatılan bu sistem sayesinde ücretli veya ücretsiz yatacak hastaların hangi kaynaktan ne derecede yardım alacaklarına karar verildiği gibi sosyal durumları da inceleniyordu. Tıbbi sosyal hizmetin gelişmesinde önemli olan üçüncü faktör, aynı yıllarda (1893) ABD’de hastaneler ve toplum merkezlerince yoksul hastaları tedavi sonrasında takip için bu hastaların evlerine hemşirelerin gönderilmeye başlanmasıdır. Bu ziyaretler tedaviyi kolaylaştırdığı gibi hastalığın aile yaşamında yarattığı bireysel ve sosyal sorunları da tanımlamaya yardımcı olmaktadır. Dördüncü faktör ise tıp öğrencilerinin sosyal yardım kuruluşlarındaki çalışmalarıdır. ABD’de John Hopkins Üniversitesi hastalığa yol açan psikolojik ve sosyal sorunların tıp eğitimi içerisinde ele alınmasına ihtiyaç duyarak öğrencilerini söz konusu kurumlarda hastanın sosyal, ekonomik ve barınma sorunlarını incelemekle görevlendirmiştir (Duyan, 1996, s. 8). Ayrıca Massachusetts Genel Hastanesi başhekimisi Dr. Richard C. Cabot’un tıbbi tedavinin sosyal hizmetlerle

desteklenmesi gerektiğine dair düşünceleri sonucu, 1905 yılında bir hemşire olan Garnet I. Pelton'u ABD'deki ilk sosyal hizmet uzmanı kadrosuna atamıştır (Beder, 2006, s. 2). Duyan (2003) ise bu faktörlere beşinci olarak örgütlü olmayan hizmetleri eklemektedir. Bu hizmetler; hastanın sosyal çevresinin hastalık durumunda genellikle hastaya yardım etmesini içeren hizmetlerdir. Yeterince örgütlü olmayan ve profesyonel olmayıp sıradan insanlarca yerine getirilen tıbbi sosyal hizmet yardımları tıbbi sosyal hizmetin gelişiminde etkili olmuştur.

Türkiye'de ise ilk tıbbi sosyal hizmet uygulamaları; 1964'te Sosyal Hizmetler Akademisi öğrencilerinin stajları ile başlamış ve 1967'de Ankara Üniversitesi Hastanesi'ne bir sosyal hizmet uzmanının atanmasıyla resmîyet kazanmıştır (Akıncı ve diğ., 1986; akt. Duyan, 1996, s. 11). Diğer bir kaynağa göreyse ilk tıbbi sosyal hizmet uygulaması, 1964'te Violet Bemmels yönetiminde bir grup stajyer sosyal hizmet uzmanıyla Hacettepe Üniversitesi Hastanesi'nde başlatılmıştır (Çakmaklı, 1976; akt. Duyan 1996, s. 11). Bu bilgilerden hareketle Türkiye'de tıbbi sosyal hizmet alanındaki ilk uygulamaların 1964 yılında 3. sınıfa devam eden sosyal hizmet öğrencileri tarafından yürütüldüğü, 1967 yılında ise ilk profesyonel sosyal hizmet uzmanının tıbbi alanda resmi olarak göreve başladığı anlaşılmaktadır. Günümüzde (2013) Sağlık Bakanlığı yetkililerince 750 sosyal hizmet uzmanının sağlık alanında, bunların 650'sinin ise hastanelerde görev yaptığı ifade edilmektedir. Ancak bu sayı sosyal hizmet uzmanlarının hastanelerde tüm servislerden sorumlu olduğu düşünüldüğünde bu tezin odağı olan nefroloji hastalarına daha az vakit ayırabildiği gerçeğini gözler önüne sermektedir.

### **1.2.2. Nefrolojik Sosyal Hizmet**

Tıbbi sosyal hizmetin uygulama alanlarından biri de nefrolojik sosyal hizmettir. Amerikan Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği [National Association of Social Workers (NASW)] ve Amerikan Ulusal Böbrek Vakfı [National Kidney Foundation (NKF)] bünyesindeki Nefrolojik Sosyal Hizmet Uzmanları Kurulu [Council of Nephrology Social Workers (CNSW)] (2003)'nin nefrolojik sosyal hizmet uzmanları için hazırladığı rehberine göre nefrolojik sosyal hizmet; çoklu ihtiyaçların tespiti, kaynak temini, ekip planı, savunuculuk, havale, eğitim ve izleme uygulamalarını içermektedir.

Rehbere göre, klinik müdahale (danışmanlık) aile ya da bakımverenler talep ettiğinde ulaşılabilir olmak zorundadır. Nefrolojik Sosyal Hizmet Uzmanları Kurulu (CNSW, 2003, s. 8) nefrolojik sosyal hizmet uzmanının rolünü şu şekilde açıklamaktadır:

“Nefrolojik sosyal hizmet uygulamaları kronik böbrek yetmezliği hastalığını deneyimleyen hastaların ve ailelerinin psikososyal işlevselliklerini ve uyumlarını en üst düzeye çıkarır ve onları bu yönde destekler. Bu uygulamalar kronik böbrek yetmezliğinin psikolojik, sosyal ve fiziksel sonuçlarının etkileşiminden kaynaklanan sosyal ve duygusal stresleri iyileştirmeyi amaçlar. Bu stresler; kısalan yaşam beklentisi, sosyal, finansal, mesleksi ve cinsel işlevsellikteki değişikliklere paralel olarak değişen yaşam stili, çok katı, zaman alan ve karmaşık bir tedavi rejiminin gerekli olmasıdır. Multidisipliner bir ekibin parçası olan nefrolojik sosyal hizmet uzmanı, pozitif bir tedavi politikasını sahiplenir, hastalar ve ailelerinin kültürel, dini ve etnik farklılıklarıyla uyumlu çalışma yöntemleri izler, her hastanın seçimi, bağımsızlığı ve bireyselliğine saygı gösterir.”

Nefrolojik sosyal hizmet uzmanının rolleri aşağıdaki gibidir;

1. Kronik böbrek yetmezliği ve tedavi rejimiyle başetmede hastaların sosyal, psikolojik, finansal, kültürel ve çevresel engellerine yönelik ilk değerlendirme ve süreç içinde devam eden değerlendirmeler yapmak,
2. Hastalara ve hastaların destek ağlarına duygusal destek, cesaretlendirme ve destekleyici danışma sağlamak,
3. Hastaların kronik böbrek yetmezliğine uyum sağlamalarına ve kronik böbrek yetmezliği ile başetmelerine yardım etmek,
4. Hasta ve aile eğitimi; bilgi desteği ve toplum kaynaklarına havale etmek,
5. Hastalara kendi kaderini tayin hakkı konularında yardım etmek,
6. Destek gruplarını da içeren grup çalışmalarına olanak sağlamak,
7. Vaka yönetimi, hastaları maksimum düzeyde rehabilite durumuna getirmede yardım etmek (hastanın rehabilitasyon amaçlarına engel olan durumların devam eden değerlendirmesi, rehabilitasyona ilişkin hastaların eğitim ve cesaretlendirme yoluyla desteklenmesi),

8. Kronik böbrek yetmezliği hastalarının psikososyal sorunları hakkında personelin eğitimi, hasta, aile ve sağlık personeli arasındaki çatışmalarda arabuluculuk yapmak,
9. Disiplinlerarası bakım planlaması ve işbirliğine katılmak,
10. Hasta savunuculuğu yapmak olarak sıralanabilir (Kimmel ve diğ., 1998; McKinley ve Callahan, 1998; Beder, 1999; Dobrof ve diğ., 2000; Russo, 2002; Merighi ve Ehlebrach, 2004).

Nefrolojik Sosyal Hizmet Uzmanları Kurulu'na göre, sosyal hizmet uzmanı tarafından sağlanan hizmetler ve başlıca işlevler şunlardır;

- Psikososyal değerlendirme (tedavi planı için değerlendirme),
- Vaka çalışması (danışmanlık ve hastalar, aileleri ve destek ağlarıyla konferanslar, kriz müdahalesi, amaca yönelik danışmanlık, taburculuk planı),
- Grupla çalışma (eğitim, duygusal destek, kendine yardım),
- Bilgilendirme ve havale,
- Toplum kaynaklarına erişimi kolaylaştırma,
- Ekip içerisinde bakım planlaması ve işbirliği,
- Uygun yerel ve ulusal kuruluş ve programlar bazında hasta adına savunuculuk,
- Hasta ve aile eğitimidir (CNSW, 2003).

Nefrolojik sosyal hizmet müdahaleleri, hastaların kansızlık durumu dahil tedavi çıktılarını geliştirmede, diyaliz seansları arası kilo alımını azaltmada, sıvı tüketimine ve düzenli ilaç kullanımına uyumu sağlamada, hastaneye yatışlarının ve acil servise gitmelerinin azaltılmasında, depresif belirtilerinin ve kaygı düzeylerinin azaltılmasında, tedavi sürecine aktif katılımlarının sağlanmasında, aktivite düzeylerinin ve rehabilitasyon durumlarının geliştirilmesinde, hasta ve ailelerinin sosyal destek ağlarını güçlendirmede, işlerine devam etmeleri ya da geri dönmelerinde, diyaliz servisindeki çatışmaların çözümlenmesinde, yaşam kalitelerinin geliştirilmesinde, kronik böbrek yetmezliğine ve tedavi sürecine uyumsuzluklarının en aza indirgenmesinde, işlevselliklerinin geliştirilerek hastalık ve tedavi sürecinin beraberinde getirdiği değişimlerle başetmeleri ve bu değişimlere uyum sağlamalarında, sağlık sisteminin hasta ihtiyaçlarını karşılamasında ve tüm bunlar

aracılığıyla ölüm oranlarının azaltılmasında etkili olabilmektedir (McKinley ve Callahan, 1998; Beder, 1999; Brady ve Lawry, 2000; Dobrof ve diğ., 2001). Kronik böbrek yetmezliği hastalarının kapsamlı bir psikososyal değerlendirmeye tabi tutulması tedavinin etkilerini en üst düzeye çıkarabilir (Fox ve Swazey, 1979). Nefrolojik sosyal hizmet uzmanı hastaların kaynaklarını tanımlaması ve maksimize etmelerinde ve etkili başatme mekanizmaları geliştirmelerinde yardımcı olabilir (Moores, 1983).

Nefrolojik sosyal hizmet uzmanları diyaliz hastaları ve ailelerine yardım etmek için psikososyal değerlendirme, danışmanlık ve toplum kaynaklarına havale hizmetlerini sağlar (CNSW, 2003). Arthur ve arkadaşları (2000) diyalizde çalışmayan sağlık profesyonellerinin kronik böbrek yetmezliğine eşlik eden psikososyal sorunlara aşına olmadıklarını, örneğin hastanın çalışmak, seyahat etmek ve sosyal sigorta sisteminden yararlanmak için uygun olup olmadığını, tedaviye katılımlarında kendi kaderlerini tayin hakları ve cinsel sorunları hakkında bilgi sahibi olmadıklarını belirtmektedir. Bu nedenlerle nefrolojik sosyal hizmet uzmanları hasta ile sunulan hizmetlerin bir araya getirilmesinde ve savunuculuk konularında hastaya yardım sürecinde önemli bir role sahiptir.

Kronik böbrek yetmezliği hastalarını desteklemede çok disiplinli bir yaklaşım tedavinin gidişatı için tavsiye edilen yaklaşımdır (Goldstein ve diğ., 2004). Bu yaklaşım doğrultusunda kronik böbrek yetmezliği hastalarının sorun ve ihtiyaçları, en uygun hizmetin sunumu için nefrolog, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve diyetisyen gibi meslek elemanlarından oluşan disiplinlerarası bir ekip çalışmasını gerektirmektedir. Bu nedenle nefrolojik sosyal hizmet uzmanları ekip çalışması içerisinde işlev görme yetkinliğine sahip olmalıdır.

Ayrıca nefrolojik sosyal hizmet uzmanları tedavinin gidişatını hesaplarken psikososyal etkileri ve bu etkilerin ilişkilerini değerlendirebilecek bir yetenekte olmalı, kronik böbrek yetmezliği hastalarının başatme stratejilerini değiştirmeye yönelik planlı müdahaleler gerektiren ve zarar verici potansiyeli olan davranışlar ile normal uyum tepkilerini ayırt edebilmelidir (Christensen ve diğ., 1994). Nefrolojik sosyal hizmet uzmanı aynı zamanda hasta, aile, tedavi ekibi ve toplumdaki sistemlere yönelik

müdahaleleri tasarlama ve kronik böbrek yetmezliği tedavisinin etkililiğini en üst düzeye çıkarma yeteneklerine sahip olmalıdır. Nefrolojik sosyal hizmet uzmanı bakımı geliştirmek ve müdahalelerin sonuçlarını değerlendirebilmek için kanıta dayalı uygulama bilgi ve becerisine sahip olmalı ve SF36 (Yaşam Kalitesi Ölçeği), PAIS (Psikososyal Uyum Ölçeği) gibi karmaşık değişkenleri ölçen geçerli ölçme araçlarına hakim olmalıdır ve süreç içerisinde müdahalesini tekrar tekrar dizayn ederek geliştirmelidir (CNSW, 2003). Hastaların güçlerine ve ihtiyaçlarına yönelik biyopsikososyal bakış açısına sahip olmalı (Berkman ve diğ., 1996), yaşam kalitesi ölçeklerini ve yaptığı değerlendirmelerde çevresi içinde birey modelini kullanmalıdır (Monkman, 1991). Nefrolojik sosyal hizmet uzmanları aynı zamanda sonuç değerlendirme becerilerine sahip olmalı ve hasta ve ailelerini etkileyen bireysel sistemler, sosyal sistemler ve sağlık sistemleri arasındaki etkileşimleri anlayarak sorun durumlarında müdahalelerini bu temelde şekillendirmelidir.

#### **1.2.2.1. Yasal Çerçeve**

Nefrolojik sosyal hizmetin oldukça gelişmiş olduğu ABD’de yasalar 1976 yılından bu yana bütün diyaliz ünitelerinde yüksek lisans derecesine sahip bir sosyal hizmet uzmanının istihdamını zorunlu kılmaktadır (Beder ve diğ., 2003). Türkiye’deki nefrolojik sosyal hizmet ile ilgili düzenlemelere bakıldığında; 23.06.1995 tarihli Sağlık Bakanlığı Diyaliz Merkezleri Yönetmeliği’nin diyaliz merkezlerinde bulunması gereken personel ile ilgili olan başlığı altında “cihaz sayısı 10’dan fazla olan her merkezde bir sosyal hizmet uzmanının bulunması gerekir” ifadesi yer almaktayken, 08.05.2005 tarihli Diyaliz Merkezleri Yönetmeliği’nde; “hasta sayısı 100’ün üstündeki diyaliz merkezlerinde; ya da hasta sayısı 100’ün altında olup sorumlu hekimin gerek görmesi veya hasta talebinin olması halinde, ihtiyaç duyulduğunda merkezde bulunmak üzere kısmi zamanlı görev yapacak danışman bir sosyal hizmet uzmanı bulunması sağlanır.” ifadesine yer verilmiştir. Bu ifade ile birlikte diyaliz merkezlerinde sosyal hizmet uzmanı bulundurma zorunluluğu ortadan kalkmış olup söz konusu merkezlerde çalışmakta olan uzmanlar ile sözleşme yenilenmeyerek sosyal hizmet uzmanları diyaliz merkezlerinden uzaklaştırılmıştır. 18.08.2007 tarihinde yönetmelikte yapılan değişiklikle “sorumlu tabibin gerek görmesi halinde bir sosyal hizmet uzmanından danışmanlık hizmeti alınır” şeklinde

bir değişikliğe gidilmiş olup 18.06.2010 tarihli yönetmelikte ise sosyal hizmet uzmanına hiçbir şekilde yer verilmemiştir. Şuan yürürlükte olan 14.02.2012 tarihli yönetmelikte ise “diyaliz merkezleri, ihtiyaç duymaları halinde psikiyatri uzmanı, psikolog, sosyal hizmet uzmanı unvanına haiz personeli, mesleklerine uygun görevlerde istihdam edebilir veya bunlardan hizmet satın alabilir.” ifadesi yer almaktadır. Yürürlükte olan bu son yönetmelik ile birlikte özel diyaliz merkezlerinde sosyal hizmet uzmanının istihdamı, merkez sahiplerinin inisiyatifine bırakılmıştır.

### **1.2.2.2. Nefrolojik Sosyal Hizmet Uygulama Örnekleri**

Beder (1999) diyalize yeni başlayan hastalara yönelik sosyal hizmet müdahalesinin etkinliğini araştırdığı kontrol gruplu çalışmasında, hastaların depresyon ve psikososyal uyum düzeylerini öntest ve sontest (diyalize başlarken ve 3 ay sonrası) yöntemiyle karşılaştırmıştır. Araştırma bulgularına göre kontrol grubunda bulunan ve standart sosyal hizmet alan 23 hastaya göre deney grubunda bulunan ve beş sosyal hizmet uzmanından psikoeğitimsel, destekleyici ve klinik öğeleri içeren ek bir danışmanlık hizmeti alan 23 hasta istatistiksel olarak önemli değişiklikler göstermiştir. Bu hastalar daha düşük depresyon ve psikososyal uyumsuzluk seviyelerinde seyretmişlerdir. Araştırmaya göre; müdahale grubunun uyum seviyesi 17.5 puan artarken, kontrol grubununki 3.7 puan artmıştır.

Siegal ve arkadaşlarının (1994, s. 33) araştırmasına göre diyaliz hastalarının %91’i nefrolojik sosyal hizmet uzmanına erişimin önemli olduğuna inandıklarını belirtmişlerdir. Diyaliz hastaları, bakımlarının önemli bir boyutunun da nefrolog ya da hemşireyle birlikte sosyal hizmet uzmanından yardım almak olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca söz konusu hastaların %84’ünden fazlası rehabilitasyon, başetme ve uyum becerilerinin gelişmesinde klinik sosyal hizmet müdahalesini gerçekleştiren sosyal hizmet uzmanına güvendiklerini ifade etmişlerdir. Depresyonda olan diyaliz hastalarının %76’sı başka bir ruh sağlığı uzmanından yardım almaktansa nefrolojik sosyal hizmet uzmanından danışmanlık almak istediğini belirtmiştir (Johnstone ve LeSage, 1999; akt. Callahan, 2011, s. 445). Diğer bir araştırmaya göreyse hastaların %70’i tedavi seçeneklerine dair en yararlı bilgileri sosyal hizmet uzmanlarının verdiğini ve hemodiyaliz ya da peritoneal diyaliz arasındaki seçimde sosyal hizmet



uzmanının nefrolog kadar yardımcı olduğunu belirtmişlerdir (Holley ve diğ., 1991). Yaşamının son döneminde olan kronik böbrek yetmezliği hastalarının aileleri daha çok duygusal destek ve sosyal hizmet müdahalesi ve sosyal hizmet uzmanlarının kendileriyle ölüm sonrası da ilişki içerisinde olmasını istemektedirler (Woods ve diğ., 1999).

### **1.2.2.3 Nefrolojik Sosyal Hizmet Uzmanının Çalışma Koşulları**

İnsan Haklarının Karşılmasında Sosyal Hizmet Uygulaması Standartları Rehber Çalışmasına (2010, s. 20) göre; sosyal hizmet vaka yükü, her bir sosyal hizmet uzmanına 10-30 müracaatçı arasında değişen, ayda her bir müracaatçıya doğrudan sosyal hizmet uygulaması için en az 4 - 12 saat gerektiren bir yük olmalıdır. Daha ağır ve daha yoğun çalışma süreci, müracaatçıların gereksinim ve amaçlarının daha çok hizmet gerektirmesi, rehabilitasyon gereksinimlerinin ve durumlarının daha acil olması ve diğer danışma ve destek hizmetlerinin daha sınırlı olması, müracaatçıların minimum ve maksimum sayılara yakın olması durumlarında söz konusu olabilir.

Birçok diyaliz servisinde ağır işyükü nedeniyle hastalara yönelik yoğun bir klinik vaka çalışması gerçekleştirilememekte ancak kriz durumlarında bu hizmetler sağlanabilmektedir. Gerçekleştirilen bir araştırmaya göre sosyal hizmet uzmanları mesailerinin üçte birinden daha azını hasta danışmanlığına ayırabilmektedir (James-Rogers ve diğ., 1992). Russo'nun (2002) nefrolojik sosyal hizmet uzmanlarıyla gerçekleştirdiği çalışmaya göreyse; uzmanların tamamı ulaşım düzenlemelerinin kendilerinin işi olmadığını ancak %53'ünün hala bu işten sorumlu olduğunu belirtmiştir. Merighi ve Ehlebracht'in (2005) 809 nefrolojik sosyal hizmet uzmanıyla ABD'de gerçekleştirdiği kapsamlı bir araştırmaya göre; sosyal hizmet uzmanlarının %94'ü faks, fotokopi gibi sekreteryaya işi yaptığını ancak bu işlerin eğitimlerinin bir parçası olmadığını, %61'i hastaların ulaşım düzenlemelerinden yalnızca kendilerinin sorumlu olduğunu, ancak %34'ü hastaların psikososyal ihtiyaçları için yeterli zaman bulabildiğini, %26'sı hastaların sigorta işlemlerinden, %18'i hastalardan ücret toplamakla sorumlu olduğunu ve bunun hastayla olan terapötik ilişkilerine ve hastanın kendilerine duyduğu güvene zarar verdiğini, faturalama, ücret toplama gibi sorumlulukları olan sosyal hizmet uzmanlarının iş tatminlerinin düşük olduğu ve

duygusal olarak daha çok tükendiği, danışmanlık ve hasta eğitimine yeterince vakit ayırabilen sosyal hizmet uzmanlarının iş tatminlerinin yüksek olduğu ve daha az duygusal tükenmişliğe sahip oldukları belirlenmiştir.

CNSW (2003) diyaliz ünitesinde çalışan her tam zamanlı sosyal hizmet uzmanı için 75 hastanın uygun olduğunu ifade etmektedir. Merighi ve Ehlebracht'in (2004) gerçekleştirdiği araştırmaya göre; tam zamanlı olarak çalışan sosyal hizmet uzmanlarının sadece %13'ü 75 ve daha az vaka yüküne sahipken, %40'ı 76-100 hasta arasında vaka yüküne sahip, %47'si ise 100 hastadan fazla vaka yüküne sahiptir. Yüksek iş yükü düşük hasta tatmini ve daha az başarılı rehabilitasyon çıktılarını neden olmaktadır (McKinley ve Callahan, 1998). Gerçekleştirilen başka bir araştırmaya göre; araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanları arasında 170 gibi yüksek bir hasta sayısı ile çalışanlar olduğu gibi uzmanların %72'si 125 hastadan sorumludur. Söz konusu uzmanlar yoğun işyükü nedeniyle yeterince klinik müdahalelerde bulunamadıklarını belirtmişlerdir (Bogatz ve diğ., 2005). Merighi ve Ehlebracht (2005) daha az hasta vaka yüküne sahip olduklarında nefrolojik sosyal hizmet uzmanlarının hastalara daha çok danışmanlık hizmeti sağladıklarını tespit etmiştir.

Yukarıda ifade edildiği üzere sosyal hizmet uzmanları kronik böbrek yetmezliği hastalarıyla çalışırken hem Türkiye'de hem de nefrolojik sosyal hizmetin oldukça gelişmiş olduğu ABD'de aşırı bir iş yüküne sahip olmakla birlikte sekreteryası işleri, ulaşım düzenlemeleri, hastaların sosyal güvenlikle ilgili işlemleri gibi işlerle de ilgilenmek zorunda kalmakta ve hastalara yönelik psikososyal müdahale geliştirmek ve uygulamak için yeteri kadar zaman bulamamaktadır. Bu nedenlerle hastalarla çalışırken kısıtlı bir zamana sahip olan sosyal hizmet uzmanlarının çözüm odaklı kısa terapi gibi kısa süreli müdahale yöntem ve tekniklerinden yararlanmaları oldukça yararlı olacaktır.

### **1.3. ÇÖZÜM ODAKLI KISA TERAPİ**

Kısa süreli psikososyal müdahaleler son zamanlar daha tercih edilir bir hale gelmiştir. Bunun nedenleri arasında; 1) artan ekonomik ve etkinlikle ilgili kaygılar (sigortaların uzun dönemli terapileri karşılamaması), 2) psikoterapide değişen anlayışlar (örneğin psikanalizden davranışçı anlayışa yönelik), 3) psikososyal yardım sağlayan kurumların

geleneksel modellerden vazgeçmesi, 4) müracaatçıların sorun çözümlerinde spesifik modelleri tercih etmesi, 5) II. Dünya Savaşı sonrası krize müdahale programlarının gelişimi, 6) kısa süreli müdahalelerin etkinliğinin kanıtlanması sayılabilir (Osborn, 1996; Gingerich ve Eisengart, 2000, Zastrow, 2010). Çözüm odaklı kısa terapi de bu nedenlerle ortaya çıkmış bir terapidir denebilir. Hastanelerde yatış süresinin azalması, sosyal ve özel sigortaların uzun psikososyal terapileri karşılamaması, kronik hastalıklarda artış ve sağlık kuruluşlarında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının azlığı ve uzmanların işyükü çözüm odaklı kısa terapinin sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları için kullanışlı bir model olduğunu göstermektedir. Özellikle son 20 yılda giderek yaygınlaşan çözüm odaklı kısa terapi; aile hizmetlerinde, ruh sağlığı kuruluşlarında, sosyal hizmetlerde ve çocuk refahı alanında, hapisanelerde, okullarda, tedavi merkezleri ve hastanelerde kullanılmaktadır (Miller ve diğ., 1996).

### **1.3.1. Çözüm Odaklı Kısa Terapinin Gelişimi ve Kuramsal Arkaplanı**

Çözüm odaklı kısa terapi (solution focused brief therapy) 1980’li yılların başında her ikisi de sosyal hizmet yüksek lisans eğitimi almış olan ve aile hizmetleri alanında çalışan Steve de Shazer, Insoo Kim Berg ve Wisconsin/Milwaukee’de bulunan Kısa Süreli Aile Terapisi Merkezi’ndeki (Brief Family Therapy Center) ekibin çabalarıyla geliştirilmiştir (Gingerich ve Eisengart, 2000, s. 477; Pichot, 2014). Müdahalenin amacı, müracaatçının sahip olduğu sorunla ilgili geçerli ve etkin çözüm yöntemi olarak gördüğü eylemleri keşfetmek ve keşfedilen bu eylemleri geliştirerek, müracaatçıların işlevselliklerini artırmak ve böylelikle istenilen değişimi sağlamaktır (Sheafor ve Horejsi, 2002, s. 104).

Çözüm odaklı kısa terapinin gelişimi temel olarak Stratejik Kısa Terapiye dayanmaktadır. Stratejik Kısa Terapi Palo Alto, California’daki 1959 yılında multidisipliner bir ekiple kurulan Ruhsal Araştırmalar Enstitüsü’nde (Mental Research Institute) geliştirilmiş bir terapi yaklaşımıdır. Ekibin önde gelen üyeleri Virginia Satir, Don Jackson ve Paul Watzlawick idi. Ekip üyeleri psikoanalitik kurama dayalı bir aile terapisi ve sistem kuramını benimsemiştir. Ruhsal Araştırmalar Enstitüsü terapistleri aynı zamanda Psikiyatrist Milton Erickson’un çalışmalarından da etkilenmiştir (Quick, 2008, s. 9). Erickson aynı zamanda çözüm odaklı kısa terapinin de gelişimine katkıda

bulunanlar arasındadır. Çözüm odaklı kısa terapiyi büyük ölçüde geliştiren Steve de Shazer'ı etkileyen görüşlere sahip olan Erickson müracaatçıların sorun çözme kapasitelerinin yeterli düzeyde olduğunu vurgulamış ve terapinin müracaatçıların sorunu algılayış biçimi ve sorun çözme kapasiteleri doğrultusunda şekillendirilmesi gerektiğini vurgulamıştır (Rossi, 1980; akt. Bannink, 2007, s. 88). Çözüm odaklı model başlarda insanların sorun çözmeye dair birtakım özkaynaklara sahip olduğunu iddia eden Eriksonyan görüşün geçerliliğini sınırlarken, postmodernizm sonrası bu yaklaşımdan uzaklaşarak müracaatçının kullandığı dili değiştirmeye doğru yönelmiştir. Böylelikle sorun yerine çözüm üzerine konuşmanın bir gereği olarak birtakım yeni tekniklerin geliştirilmesi ve kullanılması gündeme gelmiştir (Nichols ve Schwartz, 1998).

Çözüm odaklı kısa terapi genellikle geçmişteki ve günümüzdeki yaklaşımlardan çok farklı varsayımlara dayandığı için postmodern bir müdahale olarak tanımlanmaktadır (Macdonald, 2011, s. 3). Esnek doğası, kısa süreli oluşu, sosyal yapılandırmacı bakış açısı, müracaatçıyla terapistin eşit bir uzmanlık düzeyinde olduğu bir ilişki, sorunu ve çözümü müracaatçının öznel değerleri üzerinden ele alması, müracaatçının yüksek yararı için tek bir doğrunun söz konusu olmaması gibi özelliklerinden dolayı çözüm odaklı kısa terapi postmodern bir müdahale olarak kabul görmektedir.

Çözüm odaklı kısa terapi aslında Ruhsal Araştırmalar Enstitüsü'nün sahip olduğu yaklaşımın bir türevidir. Milwaukee/Wisconsin'deki Kısa Süreli Aile Terapisi Merkezi'ndeki çalışmalar; sorunu keşfetme sürecini kısaltmış, bazen sorunun ve daha önce denenilen ancak başarısız olunan girişimlerin tamamen tanımlanmasını atlamıştır. Ancak sorunun hissedilmediği zamanlara daha çok vurgu yaparak müracaatçıyı sorun durumunun yokluğunda nelerin farklı olduğunu düşünmeye davet etmişlerdir (Molnar ve de Shazer, 1987).

Steve de Shazer ve Insoo Kim Berg'in öncülük ettiği ekip, Kısa Süreli Aile Terapisi Merkezi'nde, sorunun nedenini anlamının her zaman gerekli olmadığını ve sorun odaklı bir yaklaşımın söz konusu sorunu sürdüreceğini iddia eden Watzlawick, Weakland ve Fisch (1974)'in bulgularını genişleterek ve aile terapisi, hipnoz, Bilişsel Davranışçı Terapi, Psikanaliz, Geştalt terapisi, Varoluşçu ve Eriksonyan yaklaşımlar,

Budizm ve Wittgenstein gibi birbirinden bağımsız konuları eklektik bir şekilde bir araya getirerek geleneksel paradigmayı değiştiren yeni bir sorun çözme yaklaşımı geliştirmiş ve 1986 yılında Milwaukee’de yeni ve devrimci bir çalışma yönteminin ana hatlarını ortaya koyan bir makale yayınlamışlardır (Bannink, 2007, s. 87; Quick, 2008, s.1, Ratner ve diğ., 2012).

De Shazer çözüm odaklı kısa terapi yaklaşımını kullanmaya başladığı ilk çalışmalarında müracaatçılarından seanslar arasında yaşamlarında nelerin daha iyi olduğunu fark etmelerini istemiş, müracaatçıların üçte ikisi bir sonraki seansta sorununda ilerlemeler olduğunu ifade etmiş ve kalan üçte birlik kısmın yarısı daha sonra ilk seferde göremedikleri ilerlemeler olduğunu keşfetmişlerdir. Daha sonra randevu almak için kendisini ilk kez arayan müracaatçılara ilk görüşmeye kadar yaşamlarında iyi giden şeyleri düşünmelerini istemiş ve müracaatçılar bu bekleme sürecinde kendilerini daha iyi hissettiklerini ifade etmişlerdir. Bu da de Shazer ve ekibine ilk görüşme başlamadan önce olumlu değişimin meydana gelebileceğini düşündürmüştür (Sklare, 2013, s. 4). Kısa Süreli Aile Terapisi Merkezi’nde ayrıca (a) yaşamlarında neyi değiştirmek istediklerini tanımlayabilen; (b) uygulamacıların yardımıyla sorunlarının detayları yerine neyi değiştirmek istediklerini sorgulayan; (c) uygulamacıların çözüm üretmesi durumunda ve kendilerine sorunu deneyimlemedikleri istisnai zamanları (örneğin geçmiş başarıları) sormaları durumlarda direnç göstermeyen; (d) sorunlar yerine çözümlerden sorumlu tutulan müracaatçılar daha büyük ve daha hızlı bir şekilde yol kat etmişlerdir (De Jong ve Berg, 2008).

Milwaukee’deki Aile Terapisi Merkezi’nde gerçekleştirilen çalışmada vakaların %72’sinin (1978-1983 arası gelen 1600 vakanın rastgele seçilen %25’i) müracaatçı başına ortalama altı oturum sonrasında olumlu sonuç alındığı görülmüştür (De Shazer, 1985). Aslında birey ve çiftlerle mikro düzey bir uygulama olarak geliştirilen çözüm odaklı kısa terapi günümüzde tedavi ve görev gruplarıyla, örgütlerle ve topluluklarla çalışırken de kullanılmaktadır (De Jong ve Berg, 2008). Çözüm odaklı kısa terapinin çeşitli düzeylerdeki kullanımı ise (birey, aile, küçük grup ve makro uygulamalarda) sosyal hizmet uzmanları için çözüm odaklı sosyal hizmet yaklaşımını esnek ve güçlü bir model haline getirmektedir (Kelly, Kim ve Franklin, 2008).

### 1.3.2. Çözüm Odaklı Kısa Terapinin İlkeleri

Berg ve Miller (1992) çözüm odaklı kısa terapi ile ilgili sekiz temel ilke tanımlamış olup Davis ve Osborn (2000) bu ilkelere beş ilke daha eklemişlerdir (Akt. Burwell ve Chen, 2006, s. 192). Çözüm odaklı kısa terapinin felsefesini, amaçlarını ve yöntemlerini anlamak adına bu ilkelerin kısaca tartışılması önem kazanmaktadır.

**Olumlu Değişime Odaklanma:** Çözüm odaklı kısa terapi olumlu değişimin mümkün olduğuna vurgu yapar. Çözüm odaklı sosyal hizmet uzmanları sorunun nedenini aramazlar. Bunun yerine müracaatçıda bulunan çözümleri anlamaya odaklanırlar.

**Kaynaklara Odaklanma:** Çözüm odaklı kısa terapi müracaatçının kısıtlılık ve eksiklikleri yerine kaynak ve güçlerine odaklanır. Böylelikle çözüm odaklı sosyal hizmet uzmanları müracaatçılarına sorunları hakkında düşünmemeleri aksine güç ve olası çözümleri düşünmeleri için yardımcı olurlar. Var olan sorunların çözümleri müracaatçının kendi kaynakları kullanılarak yapılandırılır. Bu kaynaklar; (a) işlevsel olmayan ya da başarısız davranışları geride bırakma (b) önceki başarılar (c) müracaatçının sorunun var olmadığı bir geleceği hayal etme yeteneğidir.

**Sosyal Hizmet Uzmanı Yerine Müracaatçının Uzman Olması:** Sosyal hizmet uzmanı yerine müracaatçı kendi olanakları ve olası çözümler konusunda uzmandır. Diğer bir deyişle sosyal hizmet uzmanı müracaatçının ihtiyaçları konusunda uzman değildir. Müracaatçı ve sosyal hizmet uzmanı, daha çok müracaatçının terapideki amacını tanımlamada ve müracaatçının tedavide uzman olması konusunda bir işbirliği içerisinde çalışırlar.

**En Uygun Müdahale Yöntemini Seçme:** Müdahale süreci zamansal ve parasal kaynakların en etkili bir biçimde kullanılmasını gerektiren bir süreçtir. Bu nedenlerle en uygun müdahale yöntemi seçilerek en kısa sürede uygulanır. Basitlik çözüm odaklı kısa terapinin önemli bir kuralıdır.

**Değişimin Kaçınılmazlığı:** Değişim, özellikle de olumlu değişim kaçınılmazdır. Sorunlar süregelen olmak yerine kısa süreli olarak kategorize edilebilir.

**Geleceğe Odaklanma:** Müracaatçılara yaşamlarındaki sorunlara yönelik anlamlı çözümler bulmak için yardım etme, şimdiki zaman ve gelecek zaman odaklı olmalıdır. Bu çözüm odaklı uzmanlar, müracaatçıların geçmişte nasıl biri olduklarını değil şuan ve gelecek için nasıl biri olmak istediklerini referans alırlar.

**İşbirliğine dayalı bir ilişki kurma:** Çözüm odaklı kısa terapi, sosyal hizmet uzmanı ve müracaatçının işbirliğine dayanan bir ilişkiyi savunur. Müracaatçı ve sosyal hizmet uzmanı arasında iyi bir birlikte çalışma ve terapötik birliktelik ilişkisi kurmak büyük ölçüde ilk buluşmaya bağlıdır. Bu nedenle müracaatçıyla tanışma çözüm odaklı kısa terapide en kritik aşamadır.

**Faydacı ve Esnek Olma:** Çözüm odaklı kısa terapinin sorun çözmede temel felsefesi faydacı ve esnek olmaktır. Müdahale sürecinde işe yaramayan şeylerdense neyin işe yaradığına odaklanır. Bu nedenle şu sayıtlara sahiptir; (a) bozulmamışsa tamir etme, (b) daha önce işe yaramışsa daha fazla dene, (c) çalışmıyorsa bir daha deneme, değişik bir şey yap.

**Çözüme Odaklanma:** Çözüm odaklı kısa terapi sorun çözmek yerine çözümler inşa eder. Çözümler sorunların karşıtı ve olumlu değişimin nesnesi olarak görülür. Çözümler müracaatçı ve sosyal hizmet uzmanının işbirliğiyle keşfedilir.

**Sorunun Yaşanmadığı İstisnai Durumları Belirleme:** Müracaatçının yaşamında var olan sorunun yaşanmadığı veya daha az yaşandığı zamanlar vardır ve bu zamanlar çözüme giden yolda bir başlangıç noktasıdır.

**Amaç Yönelimlilik:** Çözüm odaklı kısa terapi amaç yönelimlidir. Çözüm odaklı sosyal hizmet uzmanları müracaatçılarıyla birlikte amaçları yapılandırır ancak sosyal hizmet uzmanlarının müracaatçının amacını değiştirmek gibi bir güçleri yoktur.

**Yapılandırmacı Eğilim:** Çözüm odaklı kısa terapi yapısalcı ve postyapısalcı kuramlardan etkilenmiştir. Bu nedenle çözüm odaklı kısa terapide kullanılan kavramların ve dilin oldukça önemli bir rolü vardır. Sorun yerine çözüm konuşmak yine bu anlayıştan gelmektedir.

**Kısa Müdahale:** Çözüm odaklı terapi, kısa süreli bir müdahale yöntemidir. Bu nedenle hem zamansal ve parasal kaynaklar açısından ekonomiktir. Hem de yoğun bir iş yüküne sahip sosyal hizmet uzmanları için kısa süreli oluşu çözüm odaklı kısa terapinin güçlü bir yönüdür.

### 1.3.3. Çözüm Odaklı Kısa Terapinin Varsayımları

Her terapötik yaklaşımın temel bir felsefesi ve varsayımları vardır. Başarılı bir terapistin kullandığı kuram, yöntem ya da teknikliklerle ilgili temel varsayımları bilmesi ve uygulamasını bu temelde geliştirmesi beklenmektedir. Çözüm odaklı kısa terapi ile ilgili varsayımlar Walter ve Peller'e (1992) göre aşağıdaki gibidir;

1. Başarılar odaklanıldığında yararlı değişimler meydana gelecektir. Örneğin Hosford, Moss ve Morelli (1976) kekemelerle gerçekleştirilen mülakatları kaydetmiş ve daha sonra mülakatta kekelenen kısımları kayıttan silerek kaseti kekemelere seyrettirmiştir. Kendilerini kekelemeden konuşurken seyretmek müracaatçıları mutlu etmiş ve kekeleme oranları önemli bir oranda azalmıştır. Benzer bir deneme basketbol oyuncularını ile gerçekleştirilmiştir. Antremanlarda kaydedilen en iyi atışları kendilerine izlettirilmiş ve her maçtan önce gözlerini kapatarak kendilerini videokasette nasıl gördülerse öyle hayal etmeleri istenerek olumlu sonuçlar elde edilmiştir (Akt. Dölek ve Kurter, 2014).
2. Her sorunun çözümünü sağlayacak istisnalar vardır. Bu istisnalar çözüm için kullanılabilir. Örneğin hastanın ilaçlarını düzenli kullandığı zamanlar hangi zamanlar? Bu zamanlarda iyi giden şeyler neler? Soruları hastalarla çalışırken istisnaları tespit etmek ve çözümü inşa etmek adına önemli sorulardır.
3. Küçük değişiklikler büyük değişikliklere yol açar. Buna kartopu ya da kelebek etkisi de denir. İlk değişime yönelik zincirleme reaksiyonların gelişeceği ve değişimin döngüsel bir şekilde gelişmeye devam edeceği varsayılmaktadır.
4. Bütün müracaatçıların kendi sorunlarını çözebilecek potansiyelleri vardır. Bu nedenle müracaatçıların güçlü yanları ve kaynakları ortaya çıkarılmalıdır.



5. Müracaatçıların amaçları neleri yapmak istemediklerini içeren olumsuz cümleler yerine neleri yapmak istediklerini içeren olumlu cümleler ile ifade edilmelidir.

Ratner ve arkadaşları (2012) ise çözüm odaklı kısa terapinin varsayımlarını aşağıdaki şekilde özetlemiştir;

1. Sorunun nedenini anlamaya çalışmak gerekli değildir.
2. Başarılı bir müdahale müracaatçının nereye varmak istediğini bilmeye dayanır.
3. Müracaatçının sorun durumuna karşı çözüm inşa edeceği zamanlar daima mevcuttur.
4. Sorun bireydeki herhangi bir patolojinin ya da eksikliğin göstergesi değildir.
5. Sorunun çözümü için bazen en küçük bir değişim bile yeterlidir.
6. Sosyal hizmet uzmanının görevi müracaatçının terapide işbirliği yapacağı yolları keşfetmektir. Direnç kavramı müdahale sürecine yardımcı olamaz.

#### **1.3.4. Çözüm Odaklı Kısa Terapi Teknikleri**

Yıllar süren çalışmaları sonucunda de Shazer, Berg ve çalışma arkadaşları birçok çözüm odaklı yöntem ve teknik geliştirmişlerdir. Gingerich ve Eisengart'e (2000) göre çözüm odaklı kısa terapinin başlıca teknikleri;

1. Mucize sorusunun kullanımı,
2. Derecelendirme sorularının kullanımı,
3. Konsültasyon amaçlı ara verme ve müracaatçıya övgüde bulunma,
4. Ödev verme,
5. Çözüm için müracaatçının güçlerine odaklanma,
6. Amaç belirleme,
7. Sorunun görülmediği istisnai durumlara bakma olarak belirtilmektedir.

Ayrıca dinleme, müracaatçının kullandığı dili kullanma, empatik tepki verme, açık uçlu sorular sorma, destekleme, pekiştirme, hedeflerin belirgin, somut ve ölçülebilir bir biçimde tanımlanması çözüm odaklı kısa terapi yaklaşımını benimseyen sosyal

hizmet uzmanlarının ve diğer ruh sağlığı alanlarında çalışan diğer uzmanların ortaklaşa olarak kullandığı teknikler arasındadır (Sklare, 2013, s. 6).

#### **1.3.4.1. Mucize Sorusu**

Müracaatçı ile tanıştıktan ve var olan sorun hakkında kısa bir bilgi aldıktan sonra mucize soruyu sorma çözümü konuşmaya başlamanın işaretidir (Walter ve Peller, 1992). Bu soru ve bu soruyla ilgili diğer sorular müracaatçıya amaçlarını tanımlaması için uygulamacıya ise süreci başarıyla sürdürmesi için yardımcı olur (Greenberg ve diğ., 2001). İstenmeyen davranışın yokluğundansa istenen davranışın varlığı açısından müracaatçıyı mucizeyi tanımlaması için cesaretlendirmek önemlidir (Bannink, 2007, s. 91).

Çözüm odaklı kısa terapinin en bilinen tekniği olan mucize sorusu tekniği kullanılarak müracaatçıdan bir mucizenin olduğunu varsaymasını ve soruna dair bir çözümü hayal etmesi istenir (De Jong ve Berg, 2008). Bir mucize olmasına dair düşünce terapinin amacına ulaşmasını sağlamak için kullanışlı bir yoldur ve farklı bir gelecek üzerine düşünmenin önündeki psikolojik engelleri ortadan kaldırır (Iveson, 2002, s. 153). Bazen “mucize sorusu” şu şekilde sorulabilir; “Bu gece sen uyurken bir mucize olduğunu ve seni buraya getiren sorunun çözüldüğünü hayal et. Ancak sen uyuduğun için bu durumun farkında değilsin. Sabah mucizenin olduğunu nasıl hissedersin? Farklı olan ne olurdu? Neyi farklı yapardın? Başka ne? Mucizenin gerçekleştiğini senden sonra ilk anlayan kim olurdu? Bu kişi bunu nasıl anlardı? Nasıl bir tepki verirdi?” müracaatçıya mucize gerçekleştikten bir sonraki günü tarif etmesi ve mucize sonrası duruma yoğunlaşması için yukarıdaki gibi birçok türde soru sorulabilir (Bannink, 2007, s. 91).

Mucize sorusunun amacı, müracaatçıya detaylı bir biçimde, mucize durumunun gerçekleşmesi durumunda yaşamında nelerin farklı olacağını formüle etmesi için yardımda bulunmaktır. Müracaatçı arzu edilen farklılıkları tanımlamaya çalışırken aynı zamanda değişim beklentisini ve çabalarını belirleyen amaçlarda gelişim göstermektedir (Şahin, 2001). Berg ve Shazer (1993), sorun çevresindeki bu konuşmaları ‘çözüm sohbeti’ olarak nitelendirmektedirler.

Berg (1994), mucize sorusuna yanıt olarak müracaatçının hayal ettiği mucize ve sonrasında gelen değişimleri olabildiğince ayrıntılı bir şekilde betimlemenin, yararlı olacağını ileri sürmektedir. Bu teknikte ilk iş, müracaatçının tanımladığı mucizenin gerçekleşebileceğine dair ihtimali görebilmesi amacıyla bu tanımlamayı yapmasını sağlamaktır. İkinci iş ise, kendisini hayal ettiği mucizeye götürecek davranışları ortaya koyması amacıyla hangi adımları atabileceği konusunda müracaatçıya yardımda bulunmaktır. Dolayısıyla mucize soru, müracaatçıya geleceği üzerinde kontrol sahibi olduğu duygusunu verir ve daha farklı bir gelecek konusunda müracaatçıyı umutlandırır.

Mucize sorusunun dört bölümü bulunmaktadır. Bunlar;

1. Bir mucize olur.
2. Mucize sorunları çözer ya da hedefleri gerçekleştirir.
3. Müracaatçı uyuduğu için mucizeden haberi yoktur.
4. Mucizenin ne olduğu adım adım keşfedilir.

Burada en çok üzerinde durulması gerektiği halde ihmal edilen mucizenin sonucunu belirleyen ve müracaatçının niçin gelmiş olduğuyla ilgili olan ikinci bölümdür. Bu bölüm olmadan soru terapiyle ilgili olmamakta ve bu durumda mucize sorusunun yanıtı gereksiz bir soruya verilmiş anlamsız bir cevap olmaktan öteye gidememektedir (Ratner ve diğ., 2012, s. 6). Ayrıca müracaatçı bazen mucize soru karşısında belirgin olmayan, gerçekleşmesi mümkün olmayan ya da “başkalarının farklı olmasını istiyorum” mucizelerini ifade edebilirler. Müracaatçıların mucize sorusuna cevap olarak belirgin olmayan mucize durumları tanımlamaları durumunda davranışsal olarak belirgin olmayan bu soruların netleştirilmesi gerekir. Gerçekleşmesi mümkün olmayan mucizeler durumunda ise müracaatçılar kronik bir hastalığın iyileşmesini, kesilen bir organının geri gelmesini ya da ölen bir akrabasının yeniden yaşama dönmesini isteyebilirler. Bu tür durumlarda gerçekleşmesi mümkün olmayan mucize yoluyla uzman altta yatan ihtiyaçların keşfedilmesine ve müracaatçının bu yolla gerçekçi amaçlar belirlemesine yardım eder. Müracaatçıların sorunuyla ilgili olarak başkalarını değiştirmeye yönelik mucizelerinin olması durumunda uzman, müracaatçının ilişki sürecinde bir döngüsellik bulunduğunu ve bir kişinin

davranışlarındaki değişimin diğer kişilerin davranışlarında da değişime yol açacağını anlamasına yardımcı olur (Sklare, 2013, s. 28).

#### **1.3.4.2. Derecelendirme Soruları**

Çözüm odaklı kısa terapide en kullanışlı tekniklerden biri de derecelendirme sorularıdır. 0'dan 10'a kadar yapılan bir derecelendirmede 10 amacın en iyi şekilde gerçekleştirilmesini ifade ederken 0 olası en kötü senaryoya takabül etmektedir. Bu teknikte müracaatçıdan şuanki durumunu ve yeteri düzeyde tatmin sağlayacağı puanı 10 üzerinden rakamsal olarak ifade etmesi istenir. Müracaatçının ifade ettiği derece; şu anda, bu amaca ulaşma ile ilgili olarak kat edilmesi gereken mesafeyi gösterir (Iveson, 2002:150). Bu teknik, müracaatçının içinde bulunduğu durumu nasıl gördüğü konusunda terapistin bir fikir sahibi olmasını sağlar. Sosyal hizmet uzmanı tarafından kullanılacak takip soruları müracaatçının bir derece daha yukarı çıkmak için neler yapabileceği konusunu sorgular ve müracaatçının gelişimini, motivasyonunu ve kendine güvenini ölçer (O'Hanlon ve Weiner-Davis, 2003, s. 150; De Jong ve Cronkright, 2011, s. 23).

Bu tekniğin üç ana bileşeni vardır. Bunlar; 1) İlk olarak bir değerlendirme aracıdır. Derecelendirme tekniği her oturumda kullanıldığı takdirde, sosyal hizmet uzmanı ve müracaatçı, müracaatçının sürecini sürekli olarak değerlendirebileceklerdir. 2) Bu teknik müracaatçının değerlendirmesini sosyal hizmet uzmanının değerlendirmesinden daha önemli bir hale getirmektedir. 3) Daha önceki çözüm ve istisnaların ve gerçekleşen değişimlerin değerlendirilmesi adına güçlü bir müdahale aracıdır. İlk görüşmeden sonraki her görüşmede uygulanması a) düzelen şeyler, b) aynı kalan şeyler, c) kötüye giden şeylerin tespitine yardımcı olur. Düzelen şeyler görüldüğünde sosyal hizmet uzmanı bu durumu desteklemeli ve müracaatçıyı övmelidir. Eğer aynı kalan şeyler gözlenirse müracaatçı derecelendirmede daha geriye gitmediği için övülebilir. Bu durumda sosyal hizmet uzmanı “bu şartlarda nasıl gerilemeden buraya gelmeyi başardın?” gibi sorular sorabilir ve müracaatçı desteklenerek değişim için cesaretlendirilebilir (Solution Focused Brief Therapy Association [SFBTA], 2013).

“Bir 1’den 10’a kadar olan bir ölçekte; 10 sorunun çözüldüğü noktayı, 1 ise en kötü şeyin olduğunu gösterirken sen bugün neredesin?” sorusu örnek bir derecelendirme sorusudur. Bu soruya verilen cevaba göre; “Puanlamada 3’ten 3,5’e ulaşman için ne yapman gerekiyor?” sorusu sorulabilir. Bu soru müracaatçının bir sonraki aşamayı tanımlamasını ve sorunu çözmeye başlamasını gerektirir (Greenberg ve diğ., 2001, s. 2293).

Derecelendirme tekniği sosyal hizmette planlama ve müdahale süreçlerinde müracaatçının bulunduğu yerden başlama ilkesi adına önemli bir tekniktir.

### 1.3.4.3. İstisnalar

Hemen hemen her sorun durumunda söz konusu sorunun yaşanmadığı ya da daha az yaşandığı zamanlar yani istisna durumları vardır (Cade ve O’Hanlon, 1993, s. 96). Müracaatçılar istisna durumlarının farkında olabilir ya da olmayabilir. Sorunun yaşanmadığı ve müracaatçının farkında olmadığı bu istisna durumlarına gizli başarılar da denebilir. Bu durumda müracaatçıya derhal bu gizli başarılar hakkında farkındalık kazandırılmalıdır ve bu gizli başarının açığa çıkarılarak adeta bir kartopu şeklinde giderek büyümesi sağlanmalıdır (Bannink, 2007, s. 88). İstisnalar müracaatçıların kendi çözümlerinin tohumları ya da çözümlerin ipuçları olarak da nitelendirilebilirler (De Shazer ve diğ., 1986; Iveson, 2002, s. 149).

Müracaatçılara sorunun yaşandığı zamanları sormak yerine yaşanmadığı istisnai zamanları sormak daha faydalıdır. Çünkü bozuk olanı onarmaktansa hâlihazırda doğru ve iyi bir şekilde ilerlemekte olan üzerinde durmak daha kolaydır (Sharry ve diğ., 2003). Dolayısıyla istisna durumlarına müracaatçıyla birlikte yakından bakmak faydalı olacak çözümler üretilmesinde önemli bir araçtır. Bunun için müracaatçıya “Bu sorunu ne zaman hissetmiyorsun? Ne zaman sorun daha az hissedilir oluyor? Bu durumda (sorunu hissetmediğin zaman) neler farklı oluyor?” soruları sorulabilir (de Shazer, 1985). Bu soruları aşağıdaki sorular takip edebilir.

- Kaygılı olmadığınız zamanlardan bahseder misiniz?
- Daha az kaygılı olduğunuz zamanlardan bahseder misiniz?
- Sorunu hiç deneyimlemediğiniz zamanlar oluyor mu?

- Sorunu yaşarken sorunla başa çıktığınız zamanlardan bahseder misiniz?
- Alışkanlıklarınızın sizi kontrol etmesini reddettiğiniz zamanlarda neler oluyor?
- Bugün rüzgâr farklı yönden esebilir dediğiniz günleri anlatabilir misiniz? O günlerde farklı olan nedir?
- Ufak da olsa umut ve iyimserlik hissettiğiniz zamanlarda neler oluyor? Bu zamanları farklı kılan nedir?
- Böyle zor zamanlarda bazen nasıl sakin kalabiliyorsunuz? (Ratner ve diğ., 2012, s. 9).

İstisna durumlarının tespiti daha önceki başarıları vurgulayarak sorun karşısında müracaatçıyı güçlendirdiği için müracaatçı üzerinde motivasyon kazandırıcı bir etkisi de mevcuttur. Bu nedenle bu teknik motivasyonel görüşme tekniklerine benzemektedir (Miller ve Rollnick, 1991; akt. Iveson, 2002).

#### **1.3.4.4. Çözüm Odaklı Amaçlar**

Amaçların ilk görüşmede belirlenmesi ve belirlenen amaçların somut ve davranışsal öğeleri içermesi önemlidir. Amaçlar müracaatçıların yapmaya başlayacakları küçük adımlar olarak ifade edilebilecekken müracaatçıların yapmaması gereken şeyler olarak ifade edilmemesi gerekmektedir. Çözüm odaklı kısa terapinin müracaatçılara kendileri için olası olan şeyleri göstermenin bir yolu da istenilen davranışlarla ilgili hipotetik amaçlar oluşturmaktır.

Shazer'ın (1985, s. 112) tanımlamasına göre çözüm odaklı yaklaşımda amaçlar;

- 1) Küçük, net ve hissedilir,
- 2) Ayrıntıları içeren,
- 3) Eylemsel olarak tanımlanan,
- 4) Müracaatçı için gerçekçi görünen,
- 5) Bir şeyin eksikliğini/yokluğunun yerine varlığını/gelişimini tanımlayan,
- 6) Müracaatçı için yararlı ve müracaatçı tarafından başarılabilir nitelikte,
- 7) Müracaatçılar tarafından “ağır çalışma” gerektiren ve ulaşılması zor biçimde algılanmakta olmalıdır.

Amaçların belirlenmesi için müracaatçılara genel olarak “Beni görmeye gelme nedenin nedir?, Buraya gelmenin sonucunda neler olacak ve beni görmene gerek kalmayacak?, Benimle daha fazla görüşmeye ihtiyacının kalmadığını nasıl anlayacaksın?” gibi sorular sorulabilir. Amaçlar “pozitif amaçlar, negatif amaçlar, zarar verici amaçlar ve bilinmeyen amaçlar” şeklinde sınıflandırılabilir (Sklare, 2013, s. 17);

**Pozitif amaçlar:** Gözlenebilir ve ölçülebilir davranışları ifade eden amaçlardır. Örneğin pozitif amaçlarından bahseden bir hasta “Kilomu korumak istiyorum ve bu konuda bana yardım etmenizi istiyorum” diyebilir. Bu durumda danışman amacı somutlaştırmak adına “Peki, ne yaparsan kilonu koruyabileceğini düşünüyorsun?” gibi sorular sormalıdır.

**Negatif amaçlar:** Müracaatçılar amaçlarını genellikle negatif amaç cümleleriyle yani bir şeyin olmamasını isteme şeklinde açıklarlar. Negatif amaçlar iki şekilde olabilir; a) bir şeyi yapmayı durdurmayı isteme, b) diğerlerinin bir şeyi yapmaktan vazgeçmesini isteme. Negatif amaçlar imkansız olmasa bile ulaşılması zordur. Bu nedenle negatif amaç cümlelerini pozitif amaç cümlelerine dönüştürmek gerekmektedir. Örneğin böbrek yetmezliğine bağlı olarak kilo almak istemeyen bir hastaya “Peki, kilo almamak için ne yapman gerekir?” gibi sorular sorulabilir. Sağlık personelinin kendisine yönelik olumsuz davranışlarından şikayet eden ve personelin kendisine kötü davranmamasını amaç olarak ifade eden hastaya “Peki ne yaparsan sağlık personeli ile ilişkilerinin düzeleceğini düşünüyorsun?” gibi sorularla hastanın pozitif amaç cümleleri kurması sağlanır.

**Zarar verici amaçlar:** Bazen müracaatçılar kendilerine zarar vermek ya da kendileri için önemli olan şeylerden vazgeçmek niyetinde olabilirler. Bu durumda uzman, söz konusu amaçları desteklemek yerine müracaatçının yıkıcı amaçlarının altında yatan nedenleri belirleyerek müracaatçının altta yatan gereksinimlerini karşılayacak sağlıklı amaçlar belirlemesine yardımcı olur. Aşağıdaki örnek yıkıcı amaçların pozitif amaçlar olarak nasıl değiştirilebileceğini göstermektedir.

**Uzman:** Amacınız nedir?

**Müracaatçı:** Artık tedaviye devam etmek istemiyorum.

**Uzman:** Tedaviye devam etmek istememenizin sebebi nedir?

**Müracaatçı:** Hastalığım tüm tedavilere rağmen kötüye gitti ve artık yorulдум.

**Uzman:** O zaman hastalıkla ilgili olarak eğer diyet programına uymaya ve ilaçlarını düzenli kullanmaya daha çok dikkat etseydiniz bundan daha fazla memnuniyet duyabileceğinizi söylüyorsunuz.

**Müracaatçı:** Muhtemelen evet.

**Uzman:** Sorununu çözmek için diyet programına uymaya ve ilaçlarını düzenli kullanmaya daha çok dikkat etmeniz hastalıkla daha iyi başatmanızda bir amaç olabilir mi?

**Müracaatçı:** Evet, sanırım olabilir.

**Bilinmeyen amaçlar:** Sağlık kuruluşlarında hastalar sosyal hizmet uzmanlarına genellikle hemşire, doktor ya da hastane yönetimi tarafından yönlendirilirler. Bu tür müracaatçılar genel olarak yardım arayışında değildirler ve uzmanla görüşme amaçları sorulduğunda “bilmiyorum” yanıtı yaygındır. Bu durumda uzman kendini çaresiz hissedebilir. “Eğer...” ile başlayan soruların sorulması müracaatçıların amaçlarını belirlemelerine yardımcı olabilir. Örneğin amacı sorulduğunda “bilmiyorum” yanıtı veren bir müracaatçıya yönelik “Eğer bilseydin? Eğer bir fikrin olsaydı? Eğer bir tahminin olsaydı?” gibi sorular sorulabilir. “Beni buraya hemşire gönderdi” gibi bir ifade karşındaysa “hemşirenin seni buraya neden gönderdiğine dair bir fikrin var mı?” soruları sorulabilir.

#### 1.3.4.5. Başatme soruları

Müracaatçının güç ve kaynaklarını keşfetmek ve bunu değerlendirmek çözüm odaklı kısa terapinin önemli bir parçasıdır (Iveson, 2002, s. 150). Başatme soruları aynı zamanda sorunu deneyimlemedikleri istisnai durumları fark edemeyen ya da sorunu baş edilemez olarak gören müracaatçılara sorun süresince sorunla başatmeyi nasıl yönettiklerine dair konuşmak için sorulur (Berg, 1994). “Nasıl oldu da işler daha kötüye gitmedi? Sorunun daha kötüye gitmesini nasıl engelledin? Sorun bu aşamaya gelene kadar sorunla bu sorunla başatmeyi nasıl becerdin? Bu görüşmede 4 puandan 5 puana geldiğini söylüyorsun. Bunu nasıl başardın” gibi sorularla sorun durumuna dair kontrol hissi olmayan ve tamamen çaresiz olan müracaatçının anlam dünyası dolaylı



olarak yeniden şekillendirilir (Metcalf ve Connie, 2009, s. 18; Lee, 2011, s. 5; SFBTA, 2013). Başetme soruları “her şey yoluna girecek” gibi müracaatçıları teselli etmeye yönelik sorulara göre daha kullanışlıdır. Çünkü teselli ifadeleri müracaatçıların sorunlarını çözmeye yönelik değildir (Quick, 2008). Başetme soruları, müracaatçının aynı ya da benzer bir sorunla daha önce karşılaştığında ya da şüana kadar sahip olduğu sorunla ilgili olarak başetme stratejilerini, güç ve kaynaklarını tespit etmek ve dolayısıyla çözümü inşa etmek adına önemlidir (Selekman, 2005).

Başetme soruları kronik hastalar için oldukça değerli ve anlamlı olabilir. Shutty ve Sheras (1991) kronik ağrısı olan hastalarla çalışırken hastaların bu koşullarda nasıl yürüdüğüne hayret ettiklerini ifade ederek onları yüreklendirmiştir. Kronik böbrek yetmezliği hastalığına sahip hastalarla çalışırken de “Haftada üç gün diyalize girerek bunca yıldır yaşamayı nasıl başardınız? Diyalize bağlı kilo almamanız oldukça etkileyici. Bunu nasıl başardınız?” gibi sorular sorularak hastaların hastalıkla şimdiye dek nasıl baş ettiğini dair ipuçları elde edilebilir ve hasta tedaviye uyum konusunda güdülenebilir.

#### **1.3.4.6. Ara Verme**

Çözüm odaklı kısa terapide görüşme seansı esnasında ara verme müracaatçıya verilecek geribildirim düzenlenmesi adına kullanışlı bir yöntemdir. Görüşme odasından ayrılmak ve meslektaşlar ile müracaatçının durumunu tartışmak, uzmana müracaatçı için hangi geribildirim ve yorumların daha yararlı olacağını düşünmek için bilişsel bir boşluk yaratır (Macdonald, 2011, s. 25) Ancak her uzman için ara verilen zaman diliminde meslektaşları ile müracaatçı üzerine konuşmak mümkün olmayabilir. Bu durumda ara, uzmana düşüncelerini ve müracaatçıya vereceği mesajları toplama olanağı sağlar.

Ara vermeden önce “bugünkü görüşmemiz hakkında düşüncelerimi düzenleyebilmek için birkaç dakikalığına dışarı çıkıp mesajımla birlikte geri döneceğim ama bundan önce, bilmem gereken ya da bahsetmek istediğin başka bir şey var mı?”, müracaatçıya ara vermenin amacını anlatmak için yerinde bir sorudur (Sklare, 2013, s. 60).

Ara hem uzman hem de müracaatçı için kullanışlı olabilir. Uzman bu sayede kendini müracaatçı ile girdiği karşılıklı etkileşim ortamından bir süreliğine uzaklaşarak daha net ve rahat düşünme olanağına kavuşurken müracaatçı için ara verme, uzmanın kendisini ciddiye aldığı ve durum hakkında tüm dikkatini toplayarak bir yorum yapacağı anlamına gelir. Ara aynı zamanda müracaatçıda arayı neyin takip edeceğine dair bir beklenti oluşturur (Quick, 2008, s. 84).

#### 1.3.4.7. Övgü

Çözüm odaklı kısa terapi tekniklerinden biri de övgüdür. Sosyal hizmet uzmanı ara verdiği zaman diliminde hangi konuda müracaatçıya övgüde bulunacağına karar verir. Övgü tekniği müracaatçının çözüme dair gösterdiği en ufak gelişmeyi vurgulamak, ön plana çıkarmak ve çözümü inşa etmek adına kullanışlı bir tekniktir. Terapist bunun için müracaatçıya “az önce ifade ettiğin “mucize”den oldukça etkilendim” ya da “Bir önceki görüşmemize göre 3 puandan 4 puana çıktığını söylüyorsun. Bu harika! Bunu nasıl başardın?” şeklinde saygı ve motivasyon içeren ifadelerde bulunabilir ve sonrasında müracaatçının ifade ettiği çözümün spesifik öğelerini tanımlayarak devam edebilir. Müracaatçılar bu soruyu bazen “çocuklarım için ya da eşim için” olarak cevaplarlar. Bu durumda “çocuklarını ya da eşine oldukça önem veriyorsun” gibi cümleler kurularak övgü durumu sürdürülebilir (Quick, 2008, s. 89). Bu tür yorumlar, başarılı girişimleri pekiştirir ve bu davranışların devamı için müracaatçıyı cesaretlendirir (de Shazer, 1985, s. 15).

Müracaatçılarla birlikte neleri doğru yaptıklarını keşfetmek ve bunları onlara fark ettirmek müracaatçıların kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlar ve benlik saygılarını artırır (Henden, 2008, s. 90). Uzman aşağıdaki amaçlar için müracaatçılarla övgü dolu ve destekleyici bir biçimde konuşabilir (Sklare, 2013, s. 42);

1. Müracaatçının kendi çabası ile nasıl ilerlediğini göstermek için,
2. Yeni davranış kalıpları denendiğinde yaşanan heyecanı açıklamak için,
3. Diğer insanların müracaatçının düşünce ve davranışlarındaki olgunluktan ne kadar etkilendiklerini göstermek için,
4. Müracaatçının yaratıcı düşünceleri ve karar vermesi ile ilgili şaşkınlığını açıklamak için,

5. Müracaatçının yeni davranışından vazgeçmeme ve denemeye devam etme sorumluluğuna hayran kaldığını göstermek için.

#### 1.3.4.8. Ödevler

Ödev verme tekniği müracaatçının çözüm inşa etme sürecinin bir ögesi olarak oldukça önemlidir. Watzlawick'e (1987) göre ödev söz yerine eylem içermeli, müracaatçı için zararlı olmamalı, müracaatçının amaçlarıyla tutarlı olmalı ve müracaatçı için küçük bir adım olmalıdır. Ödev bir eylemde bulunmaktan ibaret olabileceği gibi, bir şeyi fark etmek ya da bir şey hakkında düşünmek de olabilir. Ya da bunların bir kombinasyonu şeklinde olabilir (Akt. Henden, 2008, s. 102). Bazı uzmanlar "ödev" kavramı yerine "gelişimsel görev" kavramının sosyal yapılandırmacı bakış açısıyla daha doğru olduğunu ve özellikle okul deneyimi olumsuz olan müracaatçıların bu kavramdan rahatsızlık duyabileceğini belirtmektedir (Macdonald, 2011, s. 27). Henden'e (2008, s. 102) göre ödevler müracaatçıya aşağıdaki şekillerde ifade edilebilir;

- "Sizden bir sonraki görüşmemize kadar haftada en az iki gün enerjik bir yürüyüşe çıkmanızı istiyorum."
- "Sizden bugün tartıştığımız konulara dair dört seçenek hakkında düşünmenizi istiyorum. Bir sonraki görüşmemize bunlardan birini seçerek gelerseniz getirdiğiniz seçenek konusunda konuşabiliriz."
- "Sizden depresyon karşıtı stratejinizi uygulamaya koyduğunuz zamanları ve bunu uyguladığımızda size olan faydalarını fark etmenizi istiyorum."
- "Sizden önümüzdeki iki hafta boyunca partnerinize söyleyebileceğiniz ilişkiniz için yararlı şeyleri sıkı bir biçimde düşünmenizi istiyorum. Sonrasında, uygun zamanlar bularak ona bunları bir ya da iki kez söylemenizi istiyorum. Son olarak, ilişkinizde ne tür değişiklikler yapmak istediğinizi fark etmenizi istiyorum."

Verilen ödevin değerlendirilmesinde; ödev işe yaradıysa; müracaatçıdan yaptığı şeyi daha çok yapması ve bunu nasıl yaptığını fark etmesi istenir. Verilen ödev işe yaramamış ise; müracaatçıdan yaptığı şeyi yapmayı durdurması, farklı bir şey yapması, sorunu nasıl giderebileceğine dikkat etmesi, sorunla şimdiye kadar nasıl baş

ettiğine dikkat etmesi istenir ve uzman müracaatçıya daha çok duymak istediği şeyleri farklı bir dille ve bağlamda ifade etmelidir (Quick, 2008, s. 13).

### **1.3.5. Çözüm Odaklı Kısa Terapinin Diğer Terapilerle İlişkisi**

Daha önce bahsedildiği üzere çözüm odaklı kısa terapi birçok terapiden etkilenmiştir. Örneğin motivasyonel görüşme gibi davranış değişikliği yaratmak amacıyla müracaatçı odaklı modellerle birçok ortak noktaya sahiptir (Miller ve Rollnick, 2002). Bunun yanında anlatı terapisi ile de patolojik olmayan bakış açısı, müracaatçı odaklı olması ve yeni gerçeklikler yaratma çabası açısından ortak yönleri sahiptir (SFBTA, 2013). Ayrıca çözüm odaklı kısa terapi, bilişsel davranışçı terapiyle bazı benzerliklere sahipken bir takım belli başlı farklar da söz konusudur. Bilişsel davranışçı terapi, terapistin müracaatçıya rehberlik eden ve onu yönlendiren bir uzman rolüne büründüğü sorun ve geçmiş odaklı bir terapiyken çözüm odaklı kısa terapide terapist “not knowing (bilmeme)” bakış açısına sahiptir ve müracaatçıyı kendi yaşamının uzmanı olarak görerek müracaatçının amaç ve hedeflerine göre onunla birlikte değişim ve ödev planları yapar (Bannink, 2007).

### **1.3.6. Çözüm Odaklı Kısa Terapi Uygulayıcısının Özellikleri**

İyi bir çözüm odaklı kısa terapi uygulayıcısı olabilmek öncelikle için bir ruh sağlığı disiplini ve çözüm odaklı kısa terapi ile ilgili eğitim görmüş olmak gerekmektedir. İdeal bir uygulayıcı 1) sosyal hizmet, psikolojik danışmanlık, psikoloji veya psikiyatri alanlarından minimum yüksek lisans derecesi, 2) klinik bir alandan lisans ya da sertifika, 3) üniversitelerdeki dersler ya da çalıştay veya konuyla ilgili eğitim düzenleyen kuruluşlar aracılığıyla çözüm odaklı kısa terapi eğitimi ya da süpervizyonu almış olmalıdır. Ayrıca çözüm odaklı kısa terapi uygulayıcısı; 1) sıcak ve arkadaşça, 2) pozitif ve destekleyici, 3) açık görüşlü ve yeni fikirler konusunda esnek, 4) özellikle “sorun konuşmasında” saklı müracaatçının geçmişteki çözümlerini bulmak için dinlerken mükemmel bir dinleyici, 5) kararlı ve sabırlı olmalıdır (SFBTA, 2013, s. 13). Dölek ve Kurter’e (2014) göre ise uygulamacı çözüm odaklı kısa terapiye dair iyi bir eğitim almış, zaman konusunda amaca yönelik, birikimli ve pragmatist, olabirliklerle meşgul, istisnai durumları keşfeden, olumlu ve yapıcı, övgülerde gerçekçi ve işbirliği geliştirici özelliklerde olmalıdır.

### 1.3.7. Çözüm Odaklı Kısa Terapi Uygulama Örnekleri

Her ne kadar psikoterapi kuram, model ve tekniklerinin müracaatçıların psikososyal sağlıkları üzerinde etkili olduğu literatürde ele alınmış olsa da bu tür müdahalelerin etkileri sınırlıdır. Lambert (1992, s. 97) psikoterapide, müracaatçının gelişiminin %40 oranında müracaatçıya bağlı değişkenlere ve terapidisı etkilere, %30'unun uzman ve müracaatçı arasında kurulan terapötik ilişkiye, %15'inin umut ya da plasebo etkisine, %15'inin ise kullanılan tekniklere bağlı olduğunu belirtmektedir. Bu nedenle çözüm odaklı kısa terapinin etkilerinin psikososyal açıdan değerlendirilmesi aşamasında bu faktörleri de göz ardı etmemek gerekmektedir.

Seagram (1997) suça sürüklenen gençlerle (12-17 yaş) gerçekleştirdiği kontrol gruplu çalışmasında çözüm odaklı kısa terapi uygulanan gençlerin kontrol grubuna oranla daha az madde kullanma ve antisosyallik eğilimi gösterdiğini ortaya koymuştur. Ayrıca müdahale grubundaki gençlerde diğer gençlere empati göstermede, suçluluk duygusunda ve geleceğe ilişkin beslenen umutta, yaşamlarını kontrol edebildikleri ve sorunlarını çözebildikleri hissinde artış tespit etmiştir. Gensterblum (2001), 7-18 yaş arası ruhsal ve duygusal açıdan örselenmiş çocuklara yönelik bir yatılı rehabilitasyon merkezinde kalan 39 çocuğa çözüm odaklı kısa terapi uygulamış ve çocukların kuruluşa uyum davranışlarında artış, uyumsuzluk davranışlarında da istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş gözlemlemiştir. Taylor (2013), kaygı bozukluğuna sahip bireylere yönelik olarak uyguladığı çözüm odaklı grup çalışması sonucunda, bireylerdeki kaygı bozukluğu düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde azaldığını ortaya koymuştur. BienAime (2011), bir üniversitenin müzik bölümünden dört öğrenciye gerçekleştirecekleri müzikal performans öncesi ve sırasında yaşadıkları sosyal kaygıyı gidermek için üç seans çözüm odaklı kısa terapi uygulamış ve öğrencilerin kendine güvenlerinde ve sahne performanslarının kalitesinde artış gözlemlemiştir. Bozeman (1999), depresif semptomlara sahip müracaatçılara çözüm odaklı kısa terapi tekniklerini uygulayarak müracaatçıların umut düzeylerini artırmaya çalıştığı kontrol gruplu çalışmasında kontrol grubuna geleneksel geçmiş odaklı bir müdahale uygulanmıştır. Çalışma sonunda müdahale grubu kontrol grubuna oranla daha yüksek bir umut düzeyine erişmiştir.

Türkiye’deki araştırmalara bakıldığındaysa; Çimetel, (2014) kontrol gruplu çalışmasında altı öğrenciden oluşan deney grubuna altı hafta süreye çözüm odaklı kısa süreli grup çalışması uygulamış, öğrencileri akran zorbalığı açısından değerlendirmiş ve çalışmanın müdahale grubundaki katılımcıların akran zorbalığı düzeylerini düşürdüğünü, kontrol grubunda ise herhangi bir anlamlı değişiklik gözlenmediğini tespit etmiştir. Uysal (2014) gerçekleştirdiği çalışmada çözüm odaklı kısa terapinin ergenlerin risk alma davranışına etkisini, deney-kontrol gruplu, ön-test, son-test ve izleme ölçümlü deneysel bir desen kullanarak incelemiş ve uygulanan müdahalenin deney grubundaki katılımcıların risk alma düzeylerini düşürdüğünü ortaya koymuştur. Sarıçam (2014) gerçekleştirdiği araştırmada çözüm odaklı kısa terapinin üniversite öğrencilerinde görülen ruminasyon (belirli bir konu etrafında dönen, düşünmeyi gerektirecek koşullar ve ortam olmadığında dahi bazı aralıklarla sürekli tekrarlayan bilinçli düşünce biçimi) üzerindeki etkisini incelemiş ve terapinin deney grubundaki katılımcıların ruminasyon düzeylerini azalttığı ve bu durumun kalıcılık ölçümlerinde de korunduğunu ortaya koymuştur. İlbay (2014), çözüm odaklı kısa terapinin üniversite öğrencilerinin tükenmişliği düzeyleri üzerindeki etkisini incelediği çalışmasında; deney grubunda yer alan öğrencilere altı oturumluk müdahale çalışması sonucunda, müdahalenin öğrenci tükenmişliği düzeylerini düşürdüğünü ve bu durumun izleme ölçümlerinde de korunduğunu ortaya koymuştur.

Çözüm odaklı kısa terapi, kronik hastalığa sahip bireylerde kullanımı çok az araştırılmış bir alan olarak kalmıştır (Viner ve diğ., 2003). Ancak çözüm odaklı kısa terapi gibi kısa süreli terapötik müdahaleler uzun süreli kronik hastalar için tavsiye edilmektedir (The National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE], 2009). Ayrıca çözüm odaklı kısa terapinin psikiyatrik ve tıbbi sorunları olan hastalar ve tıbbi, psikolojik ve sosyal hizmetlere ihtiyaç duyan bireyler için kullanışlı bir model olduğu düşünülmektedir (SFBTA, 2013). Psikososyal uyumun karmaşık doğası nedeniyle, uygulanan psikolojik müdahale modelleri sorunların sürekliliğini ve yaygınlığını güçlendiren ya da bireylerin amaçlarını dışlayan özelliklerden kaçınmalıdır (de Shazer, 1991). Hastaları sorun yerine çözüm üzerinde düşünmeye ve konuşmaya davet etmesi ve psikososyal sorun ve çözümleri hastanın deneyim ve güçleriyle ele alışı çözüm odaklı kısa terapiyi psikososyal soruna sahip hastalar için kullanışlı kılmaktadır.

Literatürde çözüm odaklı kısa terapinin çeşitli hasta gruplarına uygulandığı araştırmalar sınırlı sayıdadır. Bu araştırmalardan biri Cockburn ve arkadaşları (1997) çözüm odaklı kısa terapinin ortopedi hastalarının psikososyal uyumuna ve iş yaşamlarına dönmelerine olan etkilerini değerlendirdikleri öntest sontest karşılaştırmalı ve kontrol gruplu araştırmasıdır. Araştırma kapsamında PAIS-SR ve F-COPES ölçeklerini kullanılarak 48 hasta ve eşini (25 tedavi grubu- 23 kontrol grubu) değerlendirilmiştir. Araştırma bulgularında çözüm odaklı kısa terapi uygulanan gruptaki hasta ve eşlerinin kontrol grubundaki hasta ve eşlerine göre PAIS-SR'nin bir alt ölçeği olan sağlık bakım ölçeğindeki puanları 4, ev çevresi 4, psikolojik alan 9, sosyal alan 5 puan yüksek olarak saptanmıştır. Grupların meslek/iş çevresiyle ilişkiler alt ölçeğinde herhangi bir fark gözlenmemiştir. Çözüm odaklı kısa terapi uygulanan hasta grubunun %68'i terapi sonrasındaki yedi gün içerisinde iş yaşamına dönmüş olup kontrol grubundaki hastaların ancak %4'ü bu süre içerisinde iş yaşamına dönebilmiştir. Müdahaleden bir ay sonra ise deney grubunun %92'si iş yaşamına dönerken bu oran kontrol grubunda %47 olarak tespit edilmiştir. Araştırmacılar çözüm odaklı kısa terapinin uygulandığı hastaların kontrol grubuna oranla daha iyi bir psikososyal uyum ve sosyal destek düzeyine ulaştığını söylemektedirler.

Nystuen ve Hagen'in (2006) Norveç'te uzun süreli hastalık sebebiyle iş yaşamına devam edemeyen psikolojik ve kas-iskelet ağrısı sorunları bulunan hastalara yönelik olarak gerçekleştirdiği kontrol gruplu araştırmada çözüm odaklı kısa terapi uygulanmış ve sonuçlar SF36 adlı yaşam kalitesi ölçeği ile değerlendirilmiştir. Araştırmanın bulgularına göre çözüm odaklı kısa terapi sonucunda hastalarda istatistiksel olarak anlamlı bir gelişme gözlenmemiştir. Klingenstierna (2001) İsveç'te gerçekleştirdiği araştırmasında çözüm odaklı kısa terapi uygulanan katılımcıların, müdahale sonrasındaki altı ay içerisinde iş yaşamlarına müdahale uygulanmayan kişilere oranla daha yüksek bir oranda dönebildiğini tespit etmiştir (Akt. Nystuen ve Hagen, 2006).

Carr ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında; parkinson, kanser, kronik ağrı, akciğer hastalıkları gibi kronik hastalıklara sahip 11 hastaya çözüm odaklı kısa terapi uygulanmış ve sonuçlar nitel araştırma deseniyle değerlendirilmiştir. Müdahale sonucunda hastaların güçlenme, kontrol ve kendine güven duygularında, karşılaştıkları

güçlükler karşısında kendi çözümlerini bulma ve hastalığını daha iyi yönetebilme hislerinde artış gözlenmiştir.

Viner ve arkadaşları (2003) çözüm odaklı kısa terapiyi 11-17 yaş arası diyabetli çocuklara yönelik bir grup müdahalesi yöntemi olarak kullanmış ve gruba katılan ve katılmayan çocukların HbA1c (kan şekeri testi), psikolojik stres (SDQ) ve özyeterlilik (SED) düzeylerini müdahale öncesi ve sonrası ölçmüşlerdir. Araştırma sonucunda müdahale grubunda yer alan çocukların psikolojik stres düzeylerinde kontrol grubuna göre anlamlı bir değişim gözlenmezken özyeterlilik ve HbA1c (%1.5 azalma) düzeylerinde olumlu değişimler gözlenmiştir.

Panayotov ve arkadaşları (2011) yaş aralığı 19-65 arasında değişen 28 erkek ve 23 kadın olmak üzere 51 şizofreni hastasına tedavi gereği kullanması gereken ilaçları düzenli almaları için en az bir seanstan oluşan çözüm odaklı kısa terapi uygulamıştır. Araştırma sonuçlarına göre hastalar ilaçlarını müdahale öncesi ortalama 244 gün boyunca düzenli olarak kullanırken müdahale sonrası bu oran 827 gün olarak bulunmuştur. Ayrıca veri toplama aşamasında hastaların %76'sının (39 hasta) ilaçlarını düzenli olarak kullanmaya devam ettiği belirlenmiştir.

### **1.3.8. Sosyal Hizmet Uygulamasında Çözüm Odaklı Yaklaşım**

Sosyal hizmet mesleği, sosyal refah alanı içerisinde görev alan bazı meslek, disiplin ve kurumların yaşam ve insan sorunlarının değişip farklılaşmasıyla yetersiz kalması sonucunda ortaya çıkmış bir meslektir. İnsan ihtiyaçlarını bir bütün olarak gören sosyal hizmet, meslekleşme sürecinde kimi zorluklar ile karşılaşmıştır. Bu güçlüklerin temelinde ise, sosyal yardımlaşma ve dayanışmanın insanlık tarihi kadar eski geleneksel bir uygulama oluşu gelmektedir. Böyle bir uygulamaya bilimsel içerikli mesleki bir oryantasyon kazandırmak kolay olmamıştır (Kut, 1988). 19. yüzyılın son yarısında ortaya çıkan sosyal hizmet, bu nedenle Sanayi Devrimi ve Fransız İhtilali ile yoğunlaşan, bireysel ve toplumsal sorunların çözümü için harekete geçen bir hayırseverlik anlayışından kısa sürede farklı sosyal bilim disiplinlerinden yararlanan sistematik bir anlayışa doğru ilerlemiştir (Tufan ve diğ., 2001, s. 93-94). 20. yüzyılın başlarında sosyal hizmetin en çok yararlandığı kuramlar psikoanalitik kuramlar olurken, 1940'larda davranışçı kuramlar ve 1970 ve 1980'lerde ise sistem kuramı,



çevresi içinde birey yaklaşımı, krize müdahale yaklaşımları, görev merkezli yaklaşım ve çözüm odaklı yaklaşımlar sosyal hizmetin bilgi gövdesinde yer almaya başlamıştır.

Bu tezin temel yaklaşımı olan çözüm odaklı kısa terapinin sosyal hizmetteki yeri ve kullanımını ele almak için mesleğin tarihsel gelişimini ve eklektik bir anlayışla içselleştirdiği kuramları karşılaştırmalı olarak ele almak gerekmektedir. Çünkü sosyal hizmet mesleğinin kurumsallaştığı ilk yıllarda yoğun olarak etkilendiği psikoanalitik kuram ve daha sonraları sıklıkla başvurduğu ve psikoanalitik kuramla oldukça farklı görüşler içeren güçlendirme yaklaşımının ele alınması, güçlendirme yaklaşımının bir tür uygulama modeli ya da pratiği olarak görülen çözüm odaklı kısa terapinin sosyal hizmetteki kullanımını anlamak adına önem arz etmektedir.

### **1.3.8.1. Psikoanalitik (Teşhisçi) Ekol**

Eklektik bir bilgi temeline sahip olan sosyal hizmet mesleği 20. yüzyılın başlarında psikoanalitik ve sorun çözme kuramlarından etkilenmiştir. Mary Richmond'un 1917 tarihli "Sosyal Teşhis (Social Diagnose)" adlı kitabında tıp ve psikiyatri biliminin kavramları olan teşhis, tanı ve tedavi kavramları sosyal sorunlar için kullanılmış ve sorunların kaynağı ve çözümünde bireyin ön planda olduğu belirtilmiştir (Tufan ve diğ., 2001). Sosyal hizmette bu görüş Şikago Üniversitesi'nden (Chicago University) Hellen Harris Perlman tarafından 1957'de çıkarılan "Sosyal Vaka Çalışması: Bir Sorun Çözme Süreci (Social Casework: A problem-solving process)" adlı kitapla daha da güçlenmiştir. Bu kitapta bireyle çalışmada sorun çözmenin öğeleri, kaynakları ve süreçleri sistematize edilmiştir. 1979 yılında Compton ve Galaway sosyal hizmet uygulaması için bir sorun çözme modeli geliştirmiş ve sosyal hizmetin odağını sorun çözme yaklaşımı olarak belirtmişlerdir. Perlman'ın kitabı sadece müracaatçı, sorun, zaman, mekan ve sorun çözme aşamalarıyla ilgiliyken Compton ve Galaway insan ilişkilerinde sorun çözmenin dinamik ve değişken olması gerektiğini ve sorun çözme uygulamasının eş, aile üyeleri, iş arkadaşları ve ırk, dil, din ve cinsiyet gibi öğeleri gözetenek mikrodan makroya çeşitlenen bir yelpazede gerçekleşmesi gerektiğini vurgulamışlardır (Jarvis, 2006).

Sorun çözme kuramı sosyal hizmet uzmanını müracaatçıyla çalışırken müdahalenin kaynağı ve uzmanı, sorunları insan ve grup ilişkileri bağlamında tanımlayan, analiz

eden ve çözen bir meslek elemanı olarak görmektedir (Sheppard, 1991). Payne (2005) bilimsel geleneğin ve pozitivist mantığın güçlü bir etkisinde olan sorun çözme yaklaşımının ampirik ve rasyonel olduğunu ve sosyal hizmet eğitiminde hala en temel yaklaşım olduğunu belirtmektedir. Ancak bu yaklaşım bir takım eleştirilere maruz kalmıştır. Cowger'e (1994) göre; tıpkı çözüm odaklı kısa terapinin de iddia ettiği gibi sorun üzerinde odaklanma, müracaatçının bireysel ve sosyal güçlerini kullanmasını kısıtlarken, müracaatçıyı kurban haline getiren ve eşit olmayan güç ilişkilerini üreten ve düzenleyen sosyal yapıyı sağlamlaştırmaktadır. Sorun çözme yaklaşımına alternatif bir yaklaşım olarak geliştirilen güçler perspektifi ise; sorun çözme yaklaşımının insanları semptomlara göre kategorize ederken çevresel durumun önemli faktörlerini gözardı ettiğini ve sorun durumlarında müracaatçıyı suçlayıcı bir tutuma sahip olduğunu iddia etmektedir (Weick ve diğ., 1989). Saleebey'e (2001, s. 103) göre;

- 1) Sorunlara odaklanmak genellikle daha çok sorun yaratır.
- 2) İnsanların sorunları hakkında karmaşık teşhisler; insanların deneyimlerindeki küçük zaferler gibi potansiyel güç alanlarını gölgeleyebilir.
- 3) Sorun odaklı yönelim müracaatçıların gereksinimlerinden çok uzmanların gereksinimlerini karşılamaya yönelik görünmektedir.

Şahin'e göre (2001) sorunlar üzerinde odaklanma sosyal hizmet literatüründe iki bakımdan eleştirilmektedir. Öncelikle, sosyal hizmet müracaatçının değer ve onuruna, kendi kaderini tayin hakkına büyük önem verilen, değişme ve gelişme kapasitesine, eşsizliğine inanılan insanları; sorun, patoloji, eksiklik kavramları ile tanımlamak mesleğin özü ile uyuşmamaktadır. Yine, uygulama düzeyinde, soruna ilgi, uygulamacıyı - mesleki terminolojinin de etkisi ile - otorite pozisyonuna koymakta ve müracaatçıların yaşamlarını nasıl geliştireceklerine ilişkin olarak kendi duygularına güvenmelerini zorlaştırmaktadır. Bununla beraber, sosyal hizmetin değerleri, mesleki yardımın temelinde insanın güçlerinin gelişimini görmektedir. Bu nedenlerle güçler perspektifi ve bu perspektife paralel görüşler içeren çözüm odaklı yaklaşım sosyal hizmetin uygulama modeli olarak belirmeye başlamaktadır.

**Tablo 1: Psikoanalitik Yaklaşım Temelli Bireyle Çalışmayla Çözüm Odaklı Yaklaşımın Farkları**

Psikoanalitik Yaklaşım Temelli Bireyle Çalışma	Çözüm Odaklı Yaklaşım
Doğru bir açıklama getirmek için yapılan konuşmalar	Müracaatçıların deneyimlerini kabul eden konuşmalar
Sorunu anlamaya çalışma	Çözüm arama çalışmaları
Nedenleri araştırma	Sorundan ziyade güçleri araştırma
Geçmişe odaklanma	Müracaatçının konuşmak istediklerine odaklanma
Duygulara odaklanma	Davranışa odaklanma
Tanı, kategorizasyon	Farklılıkları araştırma
Patolojize etme	Biricikliği tanımlama
Eksiklikleri onarma	Güçleri geliştirme
İçgörü ve çıkarsama	Doğruyu bilmeme
Suçlama	Yeri geldiğinde sorumluluk alma
Reddetme ve direnç	Eşsiz bir işbirliğini tesis etme çabası
Sosyal hizmet uzmanı uzmandır	Müracaatçı uzman, sosyal hizmet uzmanı etkilidir.

(Milner, 2001)

### 1.3.8.2. Güçlendirme (İşlevselci) Ekolü

Sosyal hizmet mesleğinin öncüleri arasında gösterilen Jane Addams ise sosyal sorunlardan bireyin sorumlu tutulamayacağını ve sorunların sosyal reformlarla ve bireylerin güçlendirilmeleriyle çözümlenebileceğini iddia etmiştir. Sosyal hizmetin gelişiminin ilk yıllarında bireyle çalışma yönüne vurgu yapan Mary Richmond'un aksine ismi Settlement House ile özdeşleşen Jane Addams 1890-1915 yılları arasında sosyal reformların sağlanmasında önemli roller oynamış ve yoksulluk, adaletsizlik gibi kavramları toplumun gündemine getiren sosyal hareketlere öncü olmuş ve sosyal hizmet mesleğinin gelişiminde önemli roller oynamıştır (Lundblad, 1995, s. 661; akt. Şahin, 2009, s. 675). Addams kurduğu Settlement House'larda sosyal hizmet için yeni

birçok bireyle çalışma tekniği geliştirmiş ve böylelikle işlevselci ekolün temelleri atılmıştır.

Jane Addams'ın söylem ve çalışmaları sonucu sosyal hizmet mesleğinde bir ikilik meydana gelmiş ve meslek elemanları psikoanalitik kurama bağlı teşhisçi ekol ve bireyleri güçlendirmeye dayalı işlevselci ekol olmak üzere ikiye bölünmüştür (Jarvis, 2006). Perlman'ın (1957) “Sosyal Vaka Çalışması: Bir Sorun Çözme Süreci” adlı kitabı bu ikiliği körüklemiş ve tartışmaları daha şiddetli bir hale getirmiştir (McMillen, Morris ve Sherraden, 2004). Günümüzde hala bu tartışmaların izlerini görmek mümkündür. Heinonen ve Spearman (2001) sosyal hizmet uzmanlarının genellikle müracaatçı için bir şey yapmakla müracaatçının kendisi için bir şey yapmasını desteklemek arasında kaldığını belirtmektedir.

Sosyal hizmet disiplininde güçlendirme yaklaşımının ilk kez kullanımı Barbara Solomon'un, “Black Empowerment: Social Work in Oppressed Communities” (1976) başlıklı kitabında görülmektedir. Solomon çalışmasında güçlendirmeyi, ırkçılıkla mücadele eden siyahî gruplar, diğer azınlıklar ve “onlar adına” değil “onlarla birlikte” hareket eden sosyal hizmet uzmanları için kuramsal ve felsefi bir bakış olarak yapılandırmaktadır. Solomon güçlendirmeyi, tüm yaşamları boyunca damgalanmış toplumsal sınıfa ait kişilerin değerli sosyal rollerin başarısı ve kişiler arası etkileşimin kullanımında becerilerini artırma ve geliştirmelerine destek olma olarak tanımlamıştır. Bu çalışmanın ardından güçlendirme ve sosyal hizmet uygulaması arasındaki ilişkide yeni ufuklar açılmıştır (Tuncay, 2009, s. 17; Hardina ve diğ., 2007). İşlevselci ekolü temel alan ve 1980'lerde yapısalcı kuramın da etkisiyle iyice gelişen, müracaatçının kendi yaşamının uzmanı olarak görüldüğü ve müracaatçının güçlerine odaklanan, değişim, gelişim ve müracaatçıyla işbirliği, teşhis yerine keşif gibi yeni anlayışları içeren güçlendirme yaklaşımı ilk olarak ABD'de toplum ruh sağlığı merkezlerinde kullanılmaya başlanmıştır (Early ve GlenMaye, 2000; Brun ve Rapp, 2001).

Saleebey'e (1997) göre gerçek güçlendirme insanların keşfetme, gelişme ve kendilerinin içindeki gücü kullanmalarını olanaklı kılan yetkinleştirilmiş gelişme sürecidir. Bu süreçte; müracaatçının sorun çözme becerilerini, bireysel özgüven, potansiyel ve kapasitelerini güçlendirme, soruna ilişkin kişisel algılarında değişiklik

yapma, hedeflere yönelik beceriler kazandırma ve müracaatçının kendi yaşamı üzerinde karar verme ve eylem gücünü artırmak amaçlanmaktadır (Lee, 2011). Miley ve arkadaşlarına (2004, s. 81) göre güçler perspektifinin uygulaması sosyal hizmet uzmanlarının sorun durumundan meydan okumaya, patolojiden güçlere ve geçmiş zamandan gelecek yönelimine doğru üç önemli geçişi sağlaması için oldukça uygundur.

Duyan'a (2010, s. 176) göre güçlendirme müracaatçıların var olan güçlerini ve olumlu özelliklerini vurgulama, bunları artırma, geliştirme, destekleme ve kendi kararlarını kendileri vererek yaşamları üzerindeki güç ve denetimlerini artırma olarak tanımlanabilmektedir. Bu yaklaşımı benimseyen sosyal hizmet uzmanları her düzeydeki müracaatçı sistemi ile sosyal hizmet uygulamalarını geliştirirken müracaatçı sistemlerinde neyin doğru neyin yanlış olduğuyla ilgilenmez. Tam tersine güçlendirme bu sistemde var olanlarla ilgilenir ve müracaatçı sistemlerinin yaşadığı sorunları ve bu sorunların çözümünde kullanabileceği kaynakları fark etmesine ve sahip olduğu güçleri ortaya çıkarabilmesine yardımcı olur. Çözüm odaklı yaklaşımla paralel olarak güçler kuramının temel varsayımları aşağıdaki gibidir (Saleebey, 1997; Sheafor ve Horejhi, 2002; Zastrow, 2010);

- Bireylerin sorun ve işlevsel olmayan yönlerini yok etmeye çalışmak yerine değişimi güçlü yanlarını temel alarak inşa etmek çok daha pozitif ve uzun hedefli değişimlerin yaratılmasına olanak sağlar.
- İnsanların gelişim potansiyelinin limiti bilinemezdir.
- Her birey, aile, grup ve topluluğun güçlü yönleri vardır.
- Travma, hastalık ve kazalar gibi bireyleri zorlayan çeşitli durumlar, bireyler için yeni fırsat ve kaynaklar yaratabilirler.
- Müracaatçıların güçlü yönlerini ortaya koymak ve bu yönleri geliştirmek sosyal hizmet uzmanının görevidir.
- Müracaatçılara sağlanabilecek en iyi hizmet onlarla işbirliği sağlanarak verilen hizmettir.

Saleebey'e göre (1997) güçlendirme sürecinde sosyal hizmet uzmanlarının yerine getirmeleri gereken beş temel görev vardır. Bunlar; 1) müracaatçılara yönelik olumsuz

görüş ve tutumları ortadan kaldırma, 2) bireylerin, aile, kurum ve toplum odaklı kaynakların farkında olmasını sağlama, 3) müracaatçıların kendilerini güçlü ve değişimi gerçekleştirebilir olarak görmelerine yardımcı olacak zihin yapısı oluşturmalarını sağlamak, 4) insanların sahip oldukları güç, kaynak, beceri ve düşüncelere inanmak, 5) müracaatçıların kendi içsel güçlerini ortaya çıkarma adına çalışmalar yaparak müracaatçıları kendi küçük odalarının dışına çıkartmaktır.

Staudt ve arkadaşları (2001) güçler temelli yaklaşımı; literatürde zayıf bir şekilde tanımlanması, diğer yaklaşımlardan çok farklı olmaması ve etkililiğine dair henüz herhangi bir kanıtın olmaması nedenleriyle eleştirmektedir. De Jong ve Miller (1995) ise, sosyal hizmet tarihinin güçler perspektifi ilkelerine dayandığını ancak güçler temelli uygulamanın eyleme dökülmesine yönelik araç ve tekniklerin zayıf olduğunu, çözüm odaklı kısa terapinin sosyal hizmetle benzer felsefik varsayımlara dayalı spesifik müdahale becerileri ve değişime yönelik tekniklerinin sosyal hizmet müdahalesindeki güçler temelli uygulamaları geliştireceğini belirtmektedir. Şahin'e (2001) göre bütün çözüm odaklı kısa terapi yöntem ve teknikleri (istisnaları bulma, mucize, övgü, derecelendirme ve başatma soruları) sosyal hizmet uygulamaları için vazgeçilmez önemdedir. Çünkü bu ele alış ve çözüm odaklı mülakat insana en üst düzeyde önem atfeden ve odağında insan bulunan sosyal hizmet meslek ve disiplininin temellerinde yatan insan anlayışı ile son derece uyumludur. Sosyal hizmetin değer ve felsefesi ile benzer bir felsefeye sahip olması nedeniyle çözüm odaklı kısa terapi, sosyal hizmet uzmanları ve diğer danışmanlık meslekleri için geçtiğimiz son 20 yılda popüler bir terapötik model haline gelmiştir. Özellikle sosyal hizmet olmak üzere birçok disiplininin uygulamacısı esnekliği, işbirlikçi doğası ve müracaatçının güçlerine yönelik vurgusu sebebiyle çözüm odaklı kısa terapiyi sahiplenmektedir (Kim, 2007, s. 107).

### **1.3.9. Sosyal Hizmette Müdahale Araştırması**

Günümüz dünyasına geçerli paradigmlar sosyal hizmetlerle ilgili olarak kuşkucu bir yaklaşım izlemekte ve sosyal hizmetlerin etkinliğine sorgulayıcı bir biçimde yaklaşmaktadır. Bu nedenle sosyal hizmet disiplin ve mesleğinin varlığını devam ettirebilmesi için kanıta dayalı, bilimsel yöntemlere uygun müdahale ve hizmet

modelleri üretmesi ve uygulaması zorunlu hale gelmiştir. Bunun yanında sosyal hizmet bir değişim mesleği ve uygulamalı bir disiplindir ve sosyal bilimlerin birçoğundan bu yönüyle farklılaşmaktadır. Bu nedenlerle sosyal hizmetin betimsel araştırmalara ek olarak müdahale araştırmalarına yönelmesi bir zorunluluktur (Fraser, 2004, s. 210). Müdahale araştırması ise arzulan olumlu değişimin sağlanması için bir dizi eylem ve etkinliklerin formüle edilerek gerçekleştirilmesi, bilimsel yöntem aracılığıyla gerçekleştirilen uygulamaların değerlendirilmesi ve alandaki uygulamacılara yardım etmek için müdahaleyle ilgili bilgi üretilmesi sürecidir (Proctor ve Rosen, 2008, s. 286-287). Müdahale araştırmaları, diğer araştırma türleri gibi bir takım gelişimsel basamakları takip etmektedir. Thomas ve Rothman (2013) sosyal hizmet müdahalelerinin gelişimi açısından müdahale araştırmasının basamaklarını şu şekilde tanımlamışlardır;

- 1) Sorun analizi ve proje planlaması,
- 2) Bilgi toplama ve sentez,
- 3) Müdahalenin tasarımı,
- 4) Erken gelişim ve pilot deneme,
- 5) Değerlendirme ve ileri düzeyde geliştirme,
- 6) Raporlama ya da bilgiyi yayınlama.

Bir müdahale disiplini ve mesleği olan sosyal hizmette, meslek elemanlarının ve bilim çevrelerinin müdahale araştırmalarını yoğun bir şekilde gerçekleştirmedikleri gözlenmektedir. Rosen ve arkadaşları (1999), 1993 ve 1997 yılları arasında yayınlanan 13 uygulama odaklı sosyal hizmet dergisinde yer alan araştırma makalelerini (863 makale) incelemiş ve bu makalelerden yalnızca %15'inde bir müdahalenin gerçekleştirilerek bu müdahalenin etkilerinin değerlendirildiğini tespit etmişlerdir. Bu durumun nedeni muhtemelen müdahale araştırmalarının klinik beceriler ve yöntem yönünden önemli bir bilgi birikimi gerektirmesi, zaman alıcı ve maliyetli olmasıdır (Fraser, 2004, s. 212). Ayrıca sosyal hizmet uzmanlarının çalışmalarına yönveren yasal düzenlemelerdeki yetersizlikler, meslek elemanı olmayan yöneticilerle çalışmak, süpervizyon eksikliği, kuruluşlarda yeterli sayıda meslek elemanı olmayışı, kaynak yetersizliği, aşırı bürokratik yapı, aşırı bürokratik görevlerle yüklenmek, mesleki deneyim eksikliği, çalışılan bölgenin sosyokültürel özellikleri ve mesleğin gerekleri

ile yöneticilerin beklentilerinin uyuşmaması da bu nedenler arasında sayılabilir (Karataş ve diğ., 2001).

#### **1.4. ARAŞTIRMANIN AMACI**

Bu araştırmada, Türkiye’de henüz yeterince tanınmayan, çağımızın gereklilikleri nedeniyle süre ve maliyet açısından daha çok tercih edilir hale gelen ve sosyal hizmet müdahale yaklaşımları arasında giderek daha fazla yer edinmekte olan bir müdahale modeli olarak çözüm odaklı kısa terapinin sosyal hizmet mesleği bağlamında ele alınarak sağlık alanında psikososyal hizmetlere gereksiniminin yoğun olduğu bir müracaatçı grubu olan diyaliz hastalarında uygulanması ve etkilerinin test edilmesi gerektiği düşünülmüştür.

Bu doğrultuda araştırmanın temel amacı çözüm odaklı kısa terapi yaklaşımına dayalı bireyle sosyal müdahalesinin hemodiyaliz tedavisi gören kronik böbrek yetmezliği hastalarının psikososyal uyum düzeyleri üzerindeki etkisinin incelenmesidir. Bu amaçla bağlantılı olarak aşağıda verilen sorulara yanıt aranmıştır.

1. Çözüm odaklı kısa terapinin diyalize giren kronik böbrek yetmezliği hastalarının psikososyal uyum düzeylerine etkisi nedir?

1.1. Çözüm odaklı kısa terapinin diyalize giren kronik böbrek yetmezliği hastalarının psikolojik alanına yönelik uyumdaki etkisi nedir?

1.2. Çözüm odaklı kısa terapinin diyalize giren kronik böbrek yetmezliği hastalarının sosyal çevresine yönelik uyumuna etkisi nedir?

1.3. Çözüm odaklı kısa terapinin diyalize giren kronik böbrek yetmezliği hastalarının meslek/iş çevresine yönelik uyumuna etkisi nedir?

1.4. Çözüm odaklı kısa terapinin diyalize giren kronik böbrek yetmezliği hastalarının sağlık bakımına yönelik uyumuna etkisi nedir?

1.5. Çözüm odaklı kısa terapinin diyalize giren kronik böbrek yetmezliği hastalarının aile çevresine yönelik uyumuna etkisi nedir?



1.6. Çözüm odaklı kısa terapinin diyalize giren kronik böbrek yetmezliği hastalarının cinsel yaşamına yönelik uyumuna etkisi nedir?

1.7. Çözüm odaklı kısa terapinin diyalize giren kronik böbrek yetmezliği hastalarının geniş aile ilişkilerine yönelik uyumuna etkisi nedir?

### **1.5. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ**

Bu araştırma, diyaliz servisinde sağlık hizmeti almakta olan kronik böbrek yetmezliği hastalarının hastalığa uyum sağlamalarında çözüm odaklı kısa terapi yaklaşımına dayalı sosyal hizmet müdahalesinin etkili olup olmadığını saptayarak, sosyal hizmet mesleği açısından söz konusu hastaların hastalığa uyumunda ne tür mesleki uygulamaların gerekli olduğunun bilinmesine yardımcı olmasından ve kronik böbrek yetmezliği hastalığıyla ilgili sınırlı olan sosyal hizmet literatürüne katkıda bulunacağından dolayı önemlidir. Bu çalışma aynı zamanda Türkiye’de sosyal hizmet disiplininde çözüm odaklı kısa terapinin ilk kez bir araştırma kapsamında ele alınması ve evrensel boyutta sosyal hizmet disiplini içerisinde müdahale araştırmalarının sınırlı sayıda olması nedeniyle önem arz etmektedir.

### **1.6. ARAŞTIRMANIN SAYILTILARI**

1. Araştırmada kullanılan veri toplama aracının (PAIS-SR) kronik böbrek yetmezliği hastalarının psikososyal uyum düzeylerini ölçebilecek yeterlikte ve nitelikte bir araç olduğu,

2. Hastaların veri toplama araçlarını içtenlikle ve gerçekçi cevapladıkları,

3. Hastalara uygulanan sosyal hizmet müdahalesinin dışında hastaların psikososyal uyum düzeylerini arttıran herhangi bir etkileme olmadığı varsayılmaktadır.

### **1.7. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI**

Araştırmadan elde edilen bulgular, bu araştırmaya katılan hastalarla sınırlıdır ve genelleme özelliği taşımamaktadır.

## 1.8. TANIMLAR

Hasta: Kronik böbrek yetmezliği hastalığına sahip ve hemodiyalize girmekte olan hastayı,

Sosyal hizmet müdahalesi: Müdahale grubundaki kronik böbrek yetmezliği hastalarına yönelik olarak uygulanan çözüm odaklı kısa terapiye dayalı bireyle sosyal hizmet müdahalesini,

Psikososyal uyum: Kronik böbrek yetmezliği hastalarının hastalık durumuna yönelik olarak PAIS-SR aracılığıyla ölçülen uyum düzeyini,

Psikolojik alan uyumu: Kronik böbrek yetmezliği hastalarının PAIS-SR'nin psikolojik alan alt ölçeği aracılığıyla ölçülen uyum düzeyini,

Sosyal çevre uyumu: Kronik böbrek yetmezliği hastalarının PAIS-SR'nin sosyal çevre alt ölçeği aracılığıyla ölçülen uyum düzeyini,

Meslek/iş çevresi uyumu: Kronik böbrek yetmezliği hastalarının PAIS-SR'nin meslek/iş çevresi alt ölçeği aracılığıyla ölçülen uyum düzeyini,

Sağlık bakımına uyum: Kronik böbrek yetmezliği hastalarının PAIS-SR'nin sağlık bakımına uyum alt ölçeği aracılığıyla ölçülen uyum düzeyini,

Aile çevresi uyumu: Kronik böbrek yetmezliği hastalarının PAIS-SR'nin aile çevresi alt ölçeği aracılığıyla ölçülen uyum düzeyini,

Cinsel yaşam uyumu: Kronik böbrek yetmezliği hastalarının PAIS-SR'nin cinsel ilişkiler alt ölçeği aracılığıyla ölçülen uyum düzeyini,

Geniş aile ilişkileri uyumu: Kronik böbrek yetmezliği hastalarının PAIS-SR'nin geniş aile ilişkileri alt ölçeği aracılığıyla ölçülen uyum düzeyini ifade etmektedir.

## BÖLÜM 2

### YÖNTEM

#### 2.1. ARAŞTIRMA MODELİ

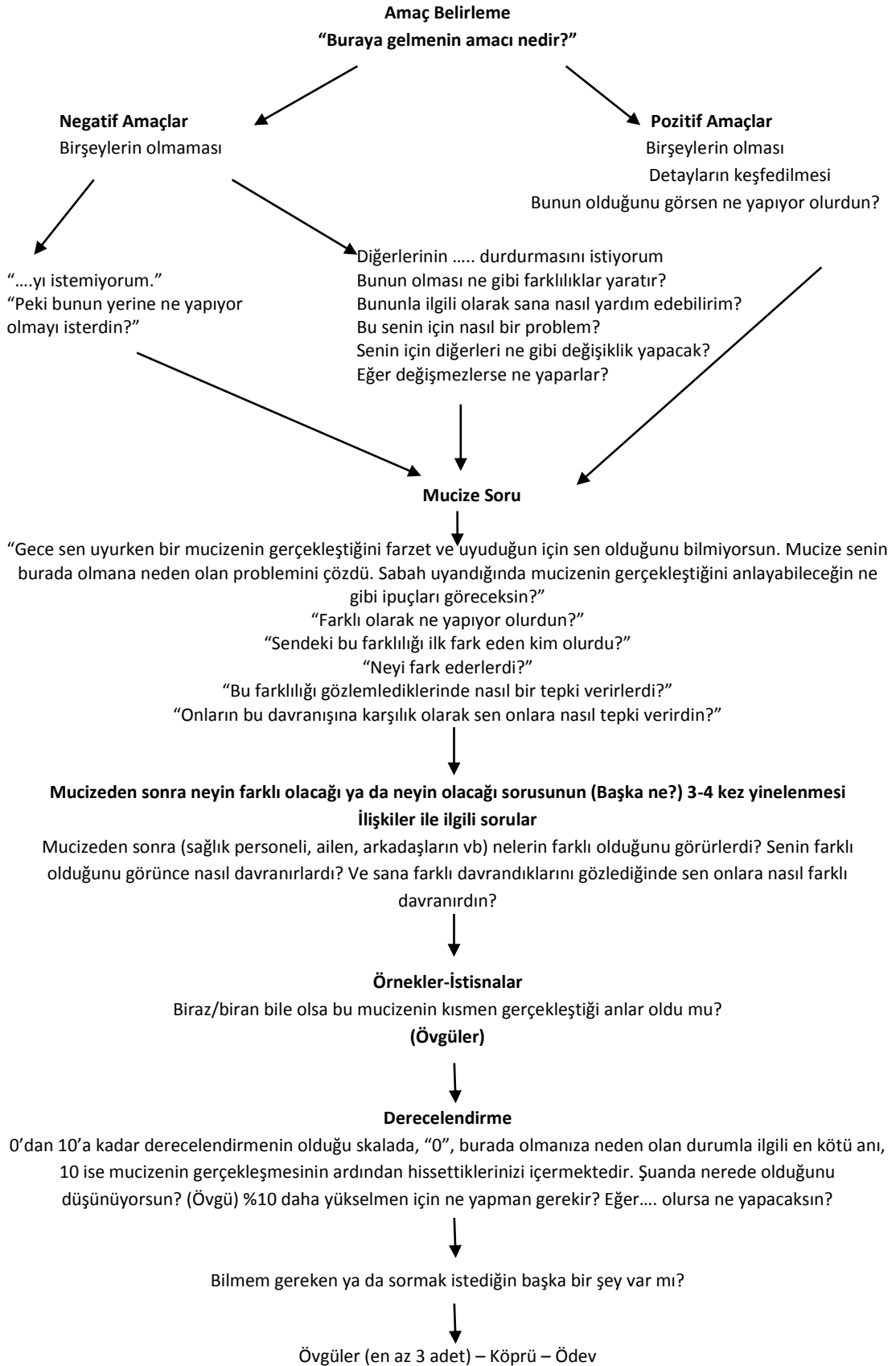
Bu araştırma; kronik böbrek yetmezliği hastalarına yönelik olarak uygulanan çözüm odaklı sosyal hizmet müdahalesinin etkisini ortaya koymayı amaçlayan öntest sontest modeline dayalı kontrol gruplu yarı deneysel bir çalışmadır. Araştırmanın bağımsız değişkeni; hastaların psikososyal uyum düzeyini artırmayı amaçlayan çözüm odaklı kısa terapiye dayalı sosyal hizmet müdahalesi, bağımlı değişkeni ise hastaların psikososyal uyum düzeyidir.

##### 2.1.1. Müdahale Öncesi Hazırlık

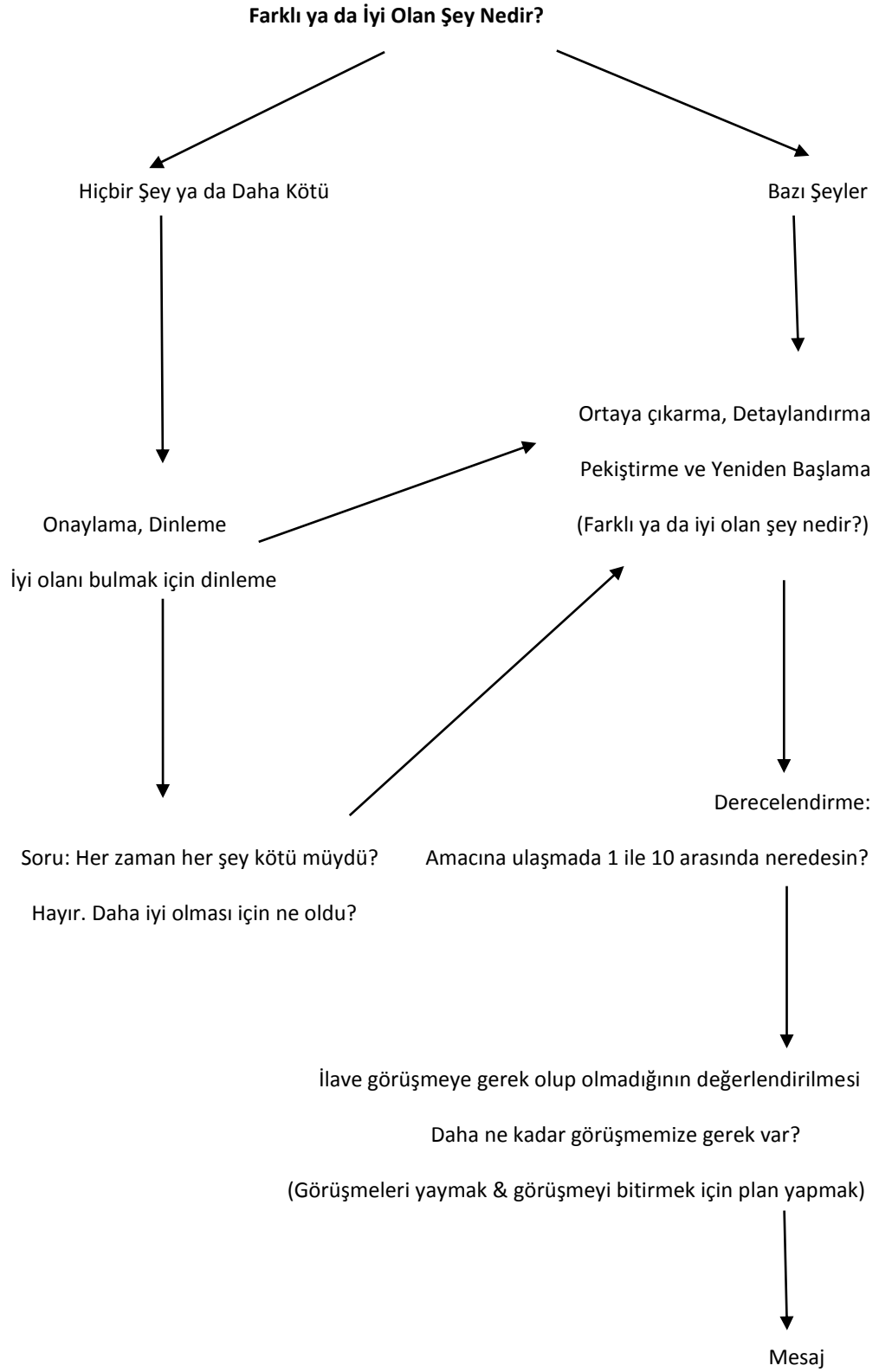
Müdahale öncesinde ilk olarak kronik böbrek yetmezliği hastalarının psikososyal özellik ve sorunları ve bu hastalara yönelik psikososyal hizmetler hakkında literatür taraması yapılmıştır. Sonrasında Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Nefroloji Bilim Dalı öğretim üyeleri ile iletişime geçilmiş ve söz konusu Bilim Dalının akademik kurulunda konuyla ilgili sunum yapılmıştır. Konunun sunulmasından sonra öğretim üyeleriyle karşılıklı görüş alışverişinde bulunulmuştur.

Çözüm odaklı kısa terapinin felsefesi ve sosyal hizmetin müracaatçının bulunduğu yerden başlama ilkesi gereği müracaatçının belirleyeceği odaklar üzerinde durulacağı için müdahale konuları önceden saptanmamıştır. Uygulanan müdahale planı yönergesi aşağıda verilmiştir.

## Şekil 1: Çözüm Odaklı Kısa Terapide İlk Görüşme



**Şekil 2: Çözüm Odaklı Kısa Terapide İkinci ve Diğer Görüşmeler**



**Kaynak:** Sklare (2013).

Daha sonra görüşme yönergesi ve Psikososyal Uyum Ölçeği Nefroloji Anabilim Dalı Başkanlığıyla paylaşılarak uygulama için gerekli izin alınmış ve müdahale sürecine başlanmıştır.

### 2.1.2. Katılımcıların Belirlenmesi

Araştırma gruplarına dâhil edilen hastaların belirlenmesinde;

1. Kronik böbrek yetmezliği hastalığına sahip olup düzenli olarak en az üç ay süre ile diyalize girmek,
2. PAIS-SR aracılığıyla yapılan ölçümden kötü psikososyal uyum puanı (51 ve üzeri) almak,
3. Herhangi bir psikiyatrik tanı almamış olmak,
4. En az 18 yaşında olmak,
5. En az ilköğretim okulu düzeyinde mezuniyet derecesine sahip olmak,
6. Evlilik, nişanlılık ya da flört gibi devam eden bir ilişkiye sahip olmak ve
7. Çalışmaya katılmada gönüllü olmak ölçüt olarak belirlenmiştir.

Araştırma kapsamında müdahale ve kontrol grubunda yer alacak üyelerin belirlenmesi amacıyla Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesinde diyalize girmekte olan 48 hastaya çalışmanın amacı ve içeriği anlatılmış ve bu hastalardan gönüllü olan ve araştırmanın içerme kriterlerini karşılayan 18 hastaya psikososyal uyum ölçeği uygulanmıştır. Ölçüm sonucunda kötü psikososyal uyum düzeyinde bulunan ve uygulamayı kabul eden üç hasta müdahale grubuna, iki hasta ise kontrol grubuna alınmıştır. Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesinde ulaşılan hastaların çalışma için yeterli sayıda olmaması nedeniyle özel bir diyaliz merkezi ile iletişime geçilerek bu merkezin hastaları için de aynı süreç işletilmiştir. Bu hastalardan üçü müdahale grubuna alınırken dördü ise kontrol grubunda değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılmak isteyen hastaların kararlarında doktor ve hemşirelerin teşviki önemli bir rol oynamıştır. Müdahale grubunda yer alan hastaların bir kısmı böyle bir müdahaleye ihtiyaç duyduklarını belirtmiş olup çalışmaya ilgi göstermeyen hastalar kontrol grubunda değerlendirilmiştir. Araştırmanın içerme kriterlerini sağlayan iki kadın hasta çalışmaya katılmayı çok istediklerini ancak gerek evdeki sorumlulukları gereği gerekse araştırmacının erkek olması nedeniyle böyle bir çalışmaya katılmaları

için eşlerinin izin vermeyeceğini düşündüklerinden çalışmaya katılamayacaklarını ifade etmişlerdir. Müdahale grubunda yer almayı kabul eden bir kadın hasta olması nedeniyle kontrol grubunda da bir kadın hastaya yer verilmiştir. Çalışma kapsamında müdahale ve kontrol grupları için izlenen süreç aşağıda yer almaktadır.

**Tablo 2: Araştırma Gruplarına Uygulanan Deneysel İşlem**

Gruplar	Öntest	İşlem	Sontest
Müdahale Grubu	PAIS-SR Uygulaması	Beş ya da altı hafta süreyle çözüm odaklı kısa terapiye dayalı sosyal hizmet müdahalesi	Son görüşmeden sonra PAIS-SR Uygulaması
Kontrol Grubu	PAIS-SR Uygulaması	İşlem Yok	PAIS-SR Uygulaması

Müdahale ve kontrol gruplarının oluşturulmasında iki grup arasında demografik özellikler ve psikososyal uyum puanları açısından belirgin farkların olmamasına dikkat edilmiştir. Tablo 3'te her iki grupta yer alan hastaların demografik özellikleri görülmekteyken hastaların psikososyal uyum ölçeği puanları bulgular ve yorum bölümünde verilmiştir.

**Tablo 3: Katılımcıların Demografik Özellikleri**

Müdahale Grubu						Kontrol Grubu				
No	Yaş	Cns	E. D	M. D	Meslek	Yaş	Cns	E.D.	M.D.	Meslek
1	53	E	Üni.	Evli	Memur	53	E	Lise	Evli	Emekli
2	38	E	Lise	Evli	Memur	38	E	Lise	Evli	Emekli
3	42	E	Lise	Evli	Çalışmıyor	44	E	Lise	Evli	İşçi
4	43	K	Orta	Boşan.	Çalışmıyor	33	E	Lise	Evli	Serbest
5	39	E	Lise	Evli	Emekli	64	E	Orta	Evli	Emekli
6	53	E	Orta	Evli	Emekli	42	K	Orta	Evli	Çalışmıyor

Tablo 3'te görülebileceği gibi müdahale grubunda yer alan hastaların yaşları 38 ile 53 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 44.6'dır. Kontrol grubunda yer alan hastaların yaşları ise 33 ile 64 arasında değişmekte ve yaş ortalaması 45.6'dır. Eğitim durumu açısından müdahale grubunda yer alan hastalardan biri üniversite, üçü lise ve ikisi ortaokul mezunudur. Kontrol grubunda yer alan hastaların dördü lise ve ikisi ortaokul

mezunudur. Hastaların medeni durumu incelendiğinde yalnızca müdahale grubunda yer alan hastalardan biri boşanmış olup diğer bütün hastalar evlidir.

Müdahale ve kontrol gruplarında bulunan hastaların tamamı kent merkezinde yaşamakta olup haftada üç gün, dörder saat süreyle diyalize girmektedir. Her iki grubun ortalama hanehalkı sayısı 4 olup her iki grupta da bir geniş aile ve beş çekirdek aile yer almaktadır. Müdahale grubunda yer alan hastaların sahip oldukları ortalama çocuk sayısı 1.6 iken kontrol grubundaki hastalarinki 2.6'dır. Her iki gruptaki hastaların beşi 801-1600 TL, biri ise 2401-3200 TL gelir aralığındadır.

Müdahale grubundaki hastaların diyalize girme süresi ortalama 89 ay olup hastalardan biri bazen diyaliz seanslarını kaçırdığını ve diyet programına özen göstermediğini, ikisi diyaliz merkezine giderken refakatçisi olduğunu, ikisi ise böbrek nakli için başvuruda bulunduğunu belirtmiştir.

Kontrol grubundaki hastaların diyalize girme süre ortalaması 53 aydır. Bu gruptaki hastalardan biri bazen diyaliz seanslarını kaçırdığını, biri bazen ilaçlarını düzenli kullanmadığını, biri ise diyet programına nadiren uyduğunu belirtmektedir. Kontrol grubundaki hastalardan biri böbrek nakli için başvurmuştur. Bu grupta refakatçi eşliğinde diyalize giren üç hasta bulunmaktadır.

### **2.1.3. Müdahale Süreci**

Kronik böbrek yetmezliği hastalarına yönelik olarak uygulanan çözüm odaklı kısa terapi müdahalesi için Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesinde fiziksel bir mekân sağlanamamıştır. Gerçekleştirilen bir takım görüşmeler sonucu Hacettepe Üniversitesi Sağlık Kültür ve Spor Dairesine bağlı Rehberlik ve Psikolojik Danışma Birimi Görüşme mekânı olarak ayarlanmıştır. Bazı hastalar ile randevulaşmış ancak randevu saatinde birime gelmemişlerdir. Bu durumun sebebi sorulduğunda hastalar hastalığın beraberinde getirdiği halsizlik ve yorgunluk gibi nedenlerden dolayı birime gelmenin kendileri için oldukça zor olduğunu ifade etmiştir. Bunun üzerine araştırmacı hastaları evlerinde ziyaret etmiş ve görüşmeler bu şekilde gerçekleştirilmiştir.



Müdahale sürecine 07.03.2014 tarihinde başlanmış, son görüşme ise 19.02.2015 tarihinde gerçekleştirilerek süreç sona erdirilmiştir. Görüşme günleri hastaların diyalize girmedikleri günler olarak tespit edilmiş olup üç hasta ile beşer görüşme, üç hasta ile altışar görüşme olmak üzere toplam 33 görüşme gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler ortalama 21 dakika sürmüş ve bir ses kayıt cihazı aracılığıyla kaydedilmiştir. Görüşmelere ait bilgiler ve görüşme özetleri ekte verilmiştir. Ekte görüşme döküm ve özetleri verilen katılımcıların gerçek isimleri etik hassasiyetler nedeniyle saklı tutulmuş ve katılımcılara araştırmacı tarafından özgün rumuzlar verilmiştir.

## **2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

Bu çalışmada veri toplamak için katılımcı bilgi formu ve Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği [Psychosocial Adjustment to Illness Scale-Self Report (PAIS-SR)] kullanılmıştır. Araştırmacı tarafından geliştirilen katılımcı bilgi formunda sosyo-demografik özellikler (yaş, cinsiyet, yaşanılan yer, medeni durum, hane halkı sayısı, aile yapısı, çocuk sayısı, eğitim durumu, meslek, gelir durumu ve çalışma durumu) ve hastalığa yönelik (kronik böbrek yetmezliği tanısının konulma tarihi, haftalık diyalize giriş sayısı, diyaliz süresi, diyaliz seansını kaçırma sıklığı, düzenli ilaç kullanımı, diyet programına uyma, seanslar esnasında refakatçi bulundurma ve böbrek nakli düşüncesi) sorular bulunmaktadır.

### **2.3.1. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği**

Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR), Derogatis ve Lopez tarafından 1983 yılında geliştirilen, hastalığa psikososyal uyumu ölçen, 46 madde ve 7 alt ölçekten oluşan dördümlü likert tipi bir ölçektir. Bu ölçeklerde yer alan toplam 46 madde 0'dan 3'e kadar değişen puanlar üzerinden puanlanır. PAIS-SR'nin alt ölçekleri ve bu ölçeklerden alınabilecek maksimum puanlar sırasıyla; Sağlık Bakımına Oryantasyon (24), Meslek/İş Çevresi (18), Aile Çevresi (24), Cinsel İlişkiler (18), Geniş Aile İlişkileri (15), Sosyal Çevre (18) ve Psikolojik Alan (21)'dir (Derogatis, 1986). Hastalık sonrası olumsuz değişimler 3 puanla, herhangi bir değişiklik olmaması ya da değişimin olumlu yönde olması halinde 0 puanla değerlendirilmektedir. Ölçekten elde edilen minimum puan 0 (sıfır), maksimum puan ise 138'dir. Ölçekten

elde edilen düşük puanlar hastalığa “iyi psikososyal uyuma”, yüksek puanlar ise “kötü psikososyal uyuma” işaret eder. PAIS-SR’den elde edilen 35’in altındaki puanlar iyi, 35-51 arası puanlar orta derecede iyi ve 51’in üstündeki puanlar kötü psikososyal uyum olarak tanımlanır (Derogatis, 1986; Adaylar, 1995). Hastaların ölçeği daha kolay yanıtlamaları için bazı maddelerde “son 30 gün içerisinde” ya da “son zamanlarda” gibi ifadeler yer almaktadır. Hastaların ölçeği doldurma süresi yaklaşık olarak 20-30 dakika sürmektedir. Bu süre hastaların okuma ve anlama hızına göre değişebilmektedir.

PAIS-SR’nin Türk kültürüne uyarlama çalışması Adaylar tarafından (1995) “Akut ve Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Hastalıktaki Uyum, Adaptasyon, Algı ve Öz Bakım Yönelimleri” isimli doktora araştırmasıyla gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada alt ölçekler için güvenilirlik katsayısı sırayla .87, .85, .80, .95, .89, .93, .83 olarak bulunurken PAIS-SR geneli için ise .94 olarak saptanmıştır.

#### **2.4. VERİLERİN ANALİZİ**

Bu çalışmada elde edilen veriler SPSS 15.00 Paket Programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde, katılımcı sayısının parametrik test ölçütlerini karşılamamasından dolayı parametrik olmayan ve iki grup karşılaştırmalarında kullanılan bağımsız örneklem t-testinin non-parametrik alternatifi olan Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Çalışmada hata payı .05 olarak belirlenmiştir.

## BÖLÜM 3

### BULGULAR VE YORUM

Bu bölümde müdahale ve kontrol grubunda bulunan kronik böbrek yetmezliği hastalarının psikososyal uyum düzeylerine ilişkin müdahale öncesi ve sonrası elde edilen bulgulara ve bu bulgulara ilişkin yorumlara yer verilmiştir.

#### 3.1. MÜDAHALE ÖNCESİ ÖLÇÜMLERE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde müdahale ve kontrol grubunda bulunan kronik böbrek yetmezliği hastalarının müdahale öncesi psikolojik alanı, sosyal çevresi, meslek/iş çevresi, sağlık bakımı, aile çevresi, cinsel ilişkiler, geniş aile ilişkileri ve genel psikososyal uyumuna ilişkin bulgular ele alınmıştır.

##### 3.1.1. Psikolojik Alan

Araştırma kapsamında değerlendirilen hastaların son zamanlarda korku, gerginlik, sinirlilik, huzursuzluk hissedip hissetmediği, üzgün, sıkıntılı, ilgisiz ve mutsuz olup olmadığı, heyecanını kontrol etmede güçlük yaşayıp yaşamadığı, hastalık nedeniyle kendini aşağılayıp aşağılamadığı, suçlu hissedip hissetmediği, diğer insanları kendinden küçük ve kendini çirkin ya da daha az çekici olarak görüp görmediği gibi boyutları ele alan psikolojik alan alt ölçeği ölçümleri aşağıdaki tabloda verilmiştir.

**Tablo 4: Hastaların Müdahale Öncesi Psikolojik Uyum Düzeyi**

Grup	Ortanca	Ort	SS	SH	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Müdahale Grubu Öntest	12.50	13.00	5.10	2.09	15.50	-.403	.687
Kontrol Grubu Öntest	12.00	13.50	4.13	1.69			

Araştırma kapsamındaki hastaların PAIS-SR'nin alt ölçeklerinden psikolojik alan ölçeğinin müdahale öncesi ölçümlerine göre müdahale grubu ile kontrol grubunun psikolojik alan puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemektedir ( $p > .05$ ).

Mathers'in (2002) diyaliz hastalarıyla gerçekleştirdiği çalışmada PAIS-SR psikolojik alan alt ölçeğinden elde edilen puanlara göre; 40-64 yaş arası 121 hastanın ortalaması 6.47, 65 yaş üstü 102 hastanın ortalaması ise 4.60 olarak bulunmuştur. Mathers'in elde ettiği psikolojik alan puan ortalaması katılımcıların seçkisiz olarak araştırmaya dâhil edilmesi nedeniyle düşükken, bu araştırmada ortalamanın yüksek oluşunun nedeni yalnızca kötü psikososyal uyum puanına sahip olan hastaların araştırma kapsamında değerlendirilmesidir.

### 3.1.2. Sosyal Çevre

Hastaların boş zaman uğraşları, sosyal etkinliklere ilgi ve katılım düzeylerini ölçen sosyal çevre alt ölçeğinin müdahale öncesi sonuçları aşağıdaki gibidir;

**Tablo 5: Hastaların Müdahale Öncesi Sosyal Çevre Uyum Düzeyi**

Grup	Ortanca	Ort	SS	SH	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Müdahale Grubu Öntest	16.00	14.16	4.119	1.681	16.000	-.324	.746
Kontrol Grubu Öntest	13.50	14.00	3.741	1.527			

Tablo 5'e göre müdahale öncesi ölçümlere göre müdahale grubu ile kontrol grubu arasında sosyal çevreye uyum açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p > .05$ ).

Sosyal çevre alt ölçeğinden alınabilecek en yüksek puanın 18 olduğu göz önünde bulundurulduğunda, müdahale ve kontrol grubunun puan ortalamaları ileri düzeyde (kötü) bir sosyal çevreye uyum düzeyinde olduklarını göstermiştir.

Tanyi ve Werner (2003) 65 kadın hemodiyaliz hastasıyla gerçekleştirdiği araştırmada hastaların sosyal çevre alt ölçeğinden aldığı puan ortalaması 6.66 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada sosyal çevre alt ölçeğinden elde edilen puanların Tanyi ve Werner'in elde ettiği puanlara göre yüksek olmasının nedeni araştırmanın içerme kriterleridir. Bu araştırma kapsamında yalnızca kötü psikososyal uyum düzeyindeki hastalar değerlendirilmiştir.

De Nour (1982) kronik böbrek yetmezliği hastalarında sosyal yaşama yönelik ilgide ve boş zaman değerlendirme aktivitelerine katılmada ciddi bir azalma tespit etmiştir. Söz konusu araştırmaya göre hastaların %50'si herhangi bir sosyal yaşamlarının olmadığını, söz konusu hastalardan ancak %38'inin ailesiyle boş zaman aktivitelerini sürdürdüğünü bildirmiştir.

### 3.1.3. Meslek / İş Çevresi

Hastalığın hastanın meslek yaşamını ya da ev işlerini etkileyip etkilemediği, çalışmak için fiziksel performansın ne düzeyde olduğu, son bir ay içerisindeki iş gücü kaybına uğrayıp uğramadığı, çalışma hayatının eskisi kadar önemli ve işle ilgili amaçlarda değişiklik olup olmadığı gibi boyutları ele alan meslek / iş çevresi alt ölçeği sonuçları tablo 6'da gösterilmektedir.

**Tablo 6: Hastaların Müdahale Öncesi Meslek / İş Çevresi Uyum Düzeyi**

Grup	Ortanca	Ort	SS	SH	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Müdahale Grubu Öntest	13.00	13.16	2.136	.872	11.500	-1.058	.290
Kontrol Grubu Öntest	12.00	11.66	2.658	1.085			

Tablo 6'ya bakıldığı zaman araştırma kapsamına alınan hasta grupları arasında müdahale öncesinde meslek / iş çevresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görülmektedir ( $p > .05$ ).

Müdahale ve kontrol gruplarının meslek/iş çevresi ortalama puanları değerlendirildiğinde bu ölçekten alınabilecek en yüksek puanın 18 olması nedeniyle söz konusu hastaların ileri düzeyde düşük meslek/iş çevresine yönelik uyuma sahip olduğu görülmektedir.

Kaitelidou ve arkadaşlarına (2005) göre mavi yakalı olarak nitelenen işlerde çalışan kronik böbrek yetmezliği hastalarının %6'sı işini korurken, beyaz yakalıların %55'i işlerini korumuşlardır. Kutner ve arkadaşlarının (1991) 283 kronik böbrek yetmezliği hastasıyla gerçekleştirdiği araştırmanın bulgularına göre toplam örneklemin sadece %11'i çalışma yaşamı içerisinde yer almaktadır. İşsiz hastaların üçte biri çalışma

kapasitesine sahip olduğunu ve istihdam edilmek için birtakım girişimlerde bulduklarını belirtmişlerdir. Gerçekleştirilen diğer bir araştırmaya göre ise 4123 hemodiyaliz hastası istihdam boyutuyla değerlendirilmiş ve hastaların istihdam yüzdesi ABD'de %21, Avrupa'da %30 ve Japonya'da %55 olarak saptanmıştır (Dickinson ve diğ., 2000). Molsted ve arkadaşlarının (2004) araştırmasında ise çalışma çağındaki kronik böbrek yetmezliği hastalarının ancak %22'sinin çalışma yaşamında olduğu tespit edilmiştir.

### 3.1.4. Sağlık Bakımına Uyum

Hastanın sağlığına dikkat etmesi konusundaki tutumları, görmekte olduğu tıbbi bakımın kalitesi ve bu hizmeti veren hekimler ve diğer sağlık personeli hakkındaki düşünceleri, hastalık hakkındaki bilgi düzeyi, kendisine uygulanmakta olan tedaviden beklentileri ve sağlık personelinin hastayı hastalık ve tedavi konusunda bilgilendirip bilgilendirmediği gibi boyutları ele alan sağlık bakımına uyum alt ölçeği sonuçları tablo 7'de gösterilmektedir.

**Tablo 7: Hastaların Müdahale Öncesi Sağlık Bakımına Uyum Düzeyi**

Grup	Ortanca	Ort	SS	SH	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Müdahale Grubu Öntest	13.50	12.16	4.167	1.701	16.000	-.324	.746
Kontrol Grubu Öntest	11.50	11.16	4.070	1.661			

Araştırma kapsamındaki hastaların PAIS-SR'nin alt ölçeklerinden sağlık bakımı uyumu ölçeğinin müdahale öncesi ölçümlerine göre müdahale grubu ile kontrol grubunun sağlık bakımına uyum puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemektedir ( $p > .05$ ).

Dobrof ve arkadaşlarının (2000) gerçekleştirdiği araştırmaya göre diyalize giren kronik böbrek yetmezliği hastalarının %27-31'i diyaliz seansını ayda bir kez kaçırmakta, %35-41'i diyaliz seansından erken ayrılmakta, %76-85'i diyetle ilgili sorun yaşamakta, %50'si ise sıvı alımı sınırlılıklarına uyum sağlayamamaktadır. Diğer bir çalışmaya göre ise hastaların %30 ile %60'ı sağlık personeli tarafından önerilen

diyet, ilaç ve sıvı alım programına uyum sağlayamamaktadır (Christensen ve Raichle, 2002).

### 3.1.5. Aile Çevresi

Hastanın evliyse eşiyle, evli değilse birlikte olduğu kişiyle ve diğer aile üyeleriyle ilişkileri, hastalığın hastanın evle ilgili iş ve sorumluluklarını etkileyip etkilemediği, etkilediyse ailesinin bu konuda nasıl yardımcı olduğu, hastalığın aile bütçesinde sorunlara yol açıp açmadığı gibi boyutları içeren aile çevresi alt ölçeği ilk ölçüm sonuçları tablo 8’de gösterilmektedir.

**Tablo 8: Hastaların Müdahale Öncesi Aile Çevresi Uyum Düzeyi**

Grup	Ortanca	Ort	SS	SH	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Müdahale Grubu Öntest	15.50	14.00	4.049	1.653	16.500	-.241	.809
Kontrol Grubu Öntest	13.00	13.33	4.179	1.706			

Tablo 8’e göre müdahale grubunda yer alan hastalar ile kontrol grubunda yer alan hastalar arasında aile çevresi alt ölçeği ölçümünden alınan sonuçları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemektedir ( $p > .05$ ).

### 3.1.6. Cinsel Yaşam

Hastalığın hastanın partneriyle olan cinsel ilişkilerinde soruna yol açıp açmadığı, cinsel ilgi ve isteğinde bir azalmaya neden olup olmadığı, cinsellikten genel olarak duyulan tatmin ya da zevk açısından herhangi bir değişim olup olmadığı, cinsel yaşamında aksama ve düzensizlikler görülüp görülmediği, eğer yaşıyorsa cinsel sorunun partnerler arasında farklı görüş ve duygulara neden olup olmadığı gibi boyutları içeren cinsel ilişkiler alt ölçeği ilk ölçüm sonuçları aşağıdaki tabloda verilmiştir.

**Tablo 9: Hastaların Müdahale Öncesi Cinsel Yaşam Uyum Düzeyi**

Grup	Ortanca	Ort	SS	SH	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Müdahale Grubu Öntest	9.00	9.66	4.718	1.926	11.500	-1.044	.296
Kontrol Grubu Öntest	12.50	12.00	2.607	1.064			

Tablo 9’da görüldüğü üzere ilk ölçüm sonuçlarına göre müdahale ve kontrol grupları arasında cinsel ilişkiler alt ölçeği bağlamında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark görülmemektedir ( $p > .05$ ).

Cinsel ilişkiler alt ölçeğinden alınabilecek en yüksek puanın 18 olduğu göz önünde bulundurulduğunda, müdahale ve kontrol grubunun puan ortalamaları ileri düzeyde (kötü) bir cinsel uyum düzeyinde olduklarını göstermiştir.

### 3.1.7. Geniş Aile Çevresi

Hastanın hane dışında yaşayan aile üyeleri ve akrabaları ile temas içerisinde olup olmadığı, bu kişilerle yakınlaşma isteği, görüşme sıklığı ve bu kişilere yönelik ilgisinin düzeyi ve bu kişilerden gördüğü destek ve genel olarak bu kişilerle ilişkilerini nasıl değerlendirdiği gibi boyutları içeren geniş aile çevresi alt ölçeği ilk ölçüm sonuçları tablo 10’da gösterilmektedir.

**Tablo 10: Hastaların Müdahale Öncesi Geniş Aile Çevresi Uyum Düzeyi**

Grup	Ortanca	Ort	SS	SH	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Müdahale Grubu Öntest	9.00	8.00	3.794	1.549	15.000	-.483	.629
Kontrol Grubu Öntest	6.50	6.83	4.070	1.661			

Tablo 10’da görüldüğü üzere geniş aile çevresi alt ölçeği aracılığıyla gerçekleştirilen ilk ölçümler sonucunda söz konusu gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark görülmemektedir ( $p > .05$ ).

Mutlu’nun (2007) gerçekleştirdiği araştırmaya göre; kronik böbrek yetmezliğine sahip hastaların %59’u arkadaş ve akrabalarıyla ilişkilerinin azaldığını, %12,8’i yaşamakta olduğu çevreyi değiştirmesi gerektiğini, %1,7’si eş ve çocukları tarafından terk



edildiğini, %38,5'i diğer insanlara karşı beklentilerinin arttığını belirtmektedir. Gerek literatürdeki bulgularda gerekse bu araştırma kapsamında gerçekleştirilen çözüm odaklı kısa terapi uygulamasında hastaların aile ilişkilerinin hastalık teşhisi sonrası olumsuz olarak etkilendiği gözlenmiştir.

### 3.1.8. Genel Psikososyal Uyum

Müdahale ve kontrol gruplarının psikolojik alan, sosyal çevre, meslek/iş çevresi, sağlık bakımına uyum, aile çevresi, cinsel ilişkiler, geniş aile ilişkileri olmak üzere yedi alt ölçeğin toplamından oluşan genel psikososyal uyum puanları aşağıdaki tabloda belirtilmektedir.

**Tablo 11: Hastaların Müdahale Öncesi Genel Psikososyal Uyum Düzeyi**

Grup	Ortanca	Ort	SS	SH	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Müdahale Grubu Öntest	86.50	84.16	22.604	9.228	17.500	-.080	.936
Kontrol Grubu Öntest	78.50	82.50	20.285	8.281			

Tablo 11'de görülebileceği gibi psikososyal uyum ölçeğinin genel puanına göre ilk ölçümler sonucunda müdahale grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark görülmemektedir ( $p > .05$ ). Hastalar sahip oldukları genel psikososyal uyum puanları itibariyle kötü (51 ve üzeri) bir psikososyal uyum düzeyine sahiptir.

### 3.2. MÜDAHALE SONRASI ÖLÇÜMLERE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde ilk olarak müdahale ve kontrol grubunda bulunan kronik böbrek yetmezliği hastalarının müdahale sonrası psikolojik alanı, sosyal çevresi, meslek/iş çevresi, sağlık bakımı, aile çevresi, cinsel ilişkiler, geniş aile ilişkileri ve genel psikososyal uyumuna ilişkin bulgular ele alınmıştır. Daha sonra ise aynı hastaların müdahale öncesi ve sonrası ölçümlerden aldıkları puanlar arasındaki farkların anlamlılık düzeyi incelenerek müdahalenin belirtilen alanlarda etkili olup olmadığına ilişkin bilgiler verilmiştir.

### 3.2.1. Psikolojik Alan

Bu bölümde müdahale grubu ile kontrol grubunun psikolojik alan alt ölçeğinin son ölçümleri ve bu grupların kendi içlerinde nasıl bir değişim gösterdiğinin anlaşılması için her grubun ilk ve son ölçümleri karşılaştırılmalı olarak ele alınmıştır. Müdahale grubu ile kontrol grubunun son ölçümlerinde gözlenen değişimler tablo 12’de verilmiştir.

**Tablo 12: Hastaların Müdahale Sonrası Psikolojik Alan Uyum Düzeyi**

Grup	Ortanca	Ort	SS	SH	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Müdahale Grubu Sontest	3.50	4.33	2.732	1.115	6.000	-1.928	.054
Kontrol Grubu Sontest	13.50	12.33	6.592	2.691			

Tablo 12’ye bakıldığı zaman; müdahale grubu kapsamına alınan hastalar ile alınmayan hastalar arasında psikolojik alan uyum düzeyi açısından önemli bir puan farkı olsa da *p* değerindeki çok küçük bir fark nedeniyle ( $p = .054$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görülmektedir ( $p > .05$ ). Ne var ki, müdahale grubunun psikolojik alan uyumunda, müdahale sonrasında kontrol grubuna göre gözle görülür bir fark oluşmuştur (4.33 -12.33).

**Tablo 13: Müdahale Grubunda Bulunan Hastaların Müdahale Öncesi ve Sonrası Psikolojik Alan Uyum Düzeyinin Karşılaştırılması**

Müdahale Grubu	Ortanca	Ort	SS	SH	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Öntest	12.50	13.00	5.099	2.081	1.500	-2.651	.008*
Sontest	3.50	4.33	2.732	1.115			

Tablo 13’den de görüleceği üzere müdahale grubunda yer alan hastaların müdahale sonrası psikolojik alan uyum düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir gelişme söz konusudur ( $p < .01$ ).

Carr, Smith ve Simm (2014)’in çalışmasında çeşitli kronik hastalıklara sahip 11 hastaya çözüm odaklı kısa terapi uygulanmış ve müdahale sonucunda hastaların

güçlenme, kontrol ve kendine güven duygularında, karşılaştıkları güçlükler karşısında kendi çözümlerini bulma ve hastalığını daha iyi yönetebilme hislerinde artış gözlenmiştir. Gerek Carr, Smith ve Simm (2014)'in çalışması gerekse kronik böbrek yetmezliği hastalarına yönelik olarak gerçekleştirilen bu çalışma çözüm odaklı kısa terapinin hastaların psikolojik alanında olumlu değişimlere yol açtığını göstermektedir.

**Tablo 14: Kontrol Grubunda Bulunan Hastaların Müdahale Öncesi ve Sonrası Psikolojik Alan Uyum Düzeyinin Karşılaştırılması**

Kontrol Grubu	Ortanca	Ort	SS	SH	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Öntest	12.00	13.50	4.135	1.688	17,000	-.163	.871
Sontest	13.50	12.33	6.592	2.691			

Kontrol grubunda yer alan hastaların ilk ve son ölçümleri karşılaştırıldığında psikolojik alan uyum düzeyinde puan olarak küçük bir azalma söz konusu olsa da bu azalma istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > .05$ ).

### 3.2.2. Sosyal Çevre

Bu bölümde müdahale grubu ile kontrol grubunun sosyal çevre alt ölçeğinin son ölçümleri ve bu grupların kendi içlerinde nasıl bir değişim gösterdiğinin anlaşılması için her grubun ilk ve son ölçümleri karşılaştırılmalı olarak ele alınmıştır. Müdahale grubu ile kontrol grubunun son ölçümlerinde gözlenen değişimler tablo 15'te verilmiştir.

**Tablo 15: Hastaların Müdahale Sonrası Sosyal Çevre Uyum Düzeyi**

Grup	Ortanca	Ort	SS	SH	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Müdahale Grubu Sontest	5.50	6.00	2.366	.966	2.000	-2.580	.010*
Kontrol Grubu Sontest	12.00	12.33	3.723	1.520			

Tablo 15'e bakıldığında müdahale grubunda yer alan hastaların müdahale sonrası sosyal çevre uyum düzeyleri kontrol grubunda yer alan hastalara göre istatistiksel açıdan anlamlı bir biçimde daha iyiye gitmiştir ( $p < .01$ ).

**Tablo 16: Müdahale Grubunda Bulunan Hastaların Müdahale Öncesi ve Sonrası Sosyal Çevre Uyum Düzeyinin Karşılaştırılması**

Müdahale Grubu	Ortanca	Ort	SS	SH	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Öntest	16.00	14.16	4.119	1.681	2.000	-2.576	.010*
Sontest	5.50	6.00	2.366	.966			

Tablo 16'ya bakıldığı zaman; müdahale grubunda yer alan hastaların müdahale sonrası sosyal çevre uyum düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir gelişme söz konusu olduğu görülmektedir ( $p < .01$ ).

**Tablo 17: Kontrol Grubunda Bulunan Hastaların Müdahale Öncesi ve Sonrası Sosyal Çevre Uyum Düzeyinin Karşılaştırılması**

Kontrol Grubu	Ortanca	Ort	SS	SH	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Öntest	13.50	14.00	3.741	1.527	14.000	-.646	.518
Sontest	12.00	12.33	3.723	1.520			

Kontrol grubunda yer alan hastaların ilk ve son ölçümleri karşılaştırıldığında sosyal çevre uyum düzeyinde puan olarak bir azalma söz konusu olsa da bu azalma istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > .05$ ).

### 3.2.3. Meslek / İş Çevresi

Bu bölümde müdahale grubu ile kontrol grubunun meslek/iş çevresi alt ölçeğinin son ölçümleri ve bu grupların kendi içlerinde nasıl bir değişim gösterdiğinin anlaşılması için her grubun ilk ve son ölçümleri karşılaştırılmalı olarak ele alınmıştır. Müdahale grubu ile kontrol grubunun son ölçümlerinde gözlenen değişimler tablo 18'de verilmiştir.

**Tablo 18: Hastaların Müdahale Sonrası Meslek / İş Çevresi Uyum Düzeyi**

Grup	Ortanca	Ort	SS	SH	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Müdahale Grubu Sontest	6.50	6.16	2.228	.909	1.000	-2.746	.006*
Kontrol Grubu Sontest	14.00	13.33	3.386	1.382			

Tablo 18'e bakıldığında müdahale grubunda yer alan hastaların müdahale sonrası sosyal çevre uyum düzeyleri kontrol grubunda yer alan hastalara göre istatistiksel açıdan anlamlı bir biçimde daha iyiye gitmiştir ( $p < .01$ ).

**Tablo 19: Müdahale Grubunda Bulunan Hastaların Müdahale Öncesi ve Sonrası Meslek / İş Çevresi Uyum Düzeyinin Karşılaştırılması**

Müdahale Grubu	Ortanca	Ort	SS	SH	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Öntest	13.00	13.16	2.136	.872	.000	-2.898	.004*
Sontest	6.50	6.16	2.228	.909			

Tablo 19'dan da görüleceği üzere müdahale grubunda yer alan hastaların müdahale sonrası meslek/iş çevresi uyum düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişim söz konusudur ( $p < .01$ ).

Beden gücüne dayalı işlerde çalışan 45 kronik böbrek yetmezliği hastası teşhis sonrası (diyaliz tedavisine başlamalarından önce) değerlendirme, hasta eğitimi ve danışmanlığı, diyaliz ünitesine uyum boyutlarını içeren bir sosyal hizmet müdahale programına tabi tutulmuş ve söz konusu hastalar altı ay süreyle takip edilmiştir. Müdahale sonrası hastaların önemli bir oranı (%46.7) işine devam ederken kontrol grubundaki hastaların ancak %23.5'i sahip oldukları işte çalışmayı sürdürebilmiştir. (Rasgon ve diğ., 1993). Klingenstierna (2001) ise gerçekleştirdiği araştırmada çözüm odaklı kısa terapi uygulanan katılımcıların, müdahale sonrasındaki altı ay içerisinde iş yaşamlarına müdahale uygulanmayan kişilere oranla daha yüksek bir oranda dönebildiğini tespit etmiştir (Akt. Nystuen ve Hagen, 2006). Konuyla ilgili araştırmalar hastaların iş yaşamlarına devam etmeleri için psikososyal müdahalelerin önemini ortaya koymaktadır.

**Tablo 20: Kontrol Grubunda Bulunan Hastaların Müdahale Öncesi ve Sonrası Meslek/İş Çevresi Uyum Düzeyinin Karşılaştırılması**

Kontrol Grubu	Ortanca	Ort	SS	SH	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Öntest	12.00	11.66	2.658	1.085	11.500	-1.048	.759
Sontest	14.00	13.33	3.386	1.382			

Kontrol grubunda yer alan hastaların ilk ve son ölçümleri karşılaştırıldığında psikolojik alan uyum düzeyinde puan olarak bir artış söz konusu olsa da bu artış istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > .05$ ).

### 3.2.4. Sağlık Bakımına Uyum

Bu bölümde müdahale grubu ile kontrol grubunun sağlık bakımına uyum alt ölçeğinin son ölçümleri ve bu grupların kendi içlerinde nasıl bir değişim gösterdiğinin anlaşılması için her grubun ilk ve son ölçümleri karşılaştırılmalı olarak ele alınmıştır. Müdahale grubu ile kontrol grubunun son ölçümlerinde gözlenen değişimler tablo 21’de verilmiştir.

**Tablo 21: Hastaların Müdahale Sonrası Sağlık Bakımı Uyum Düzeyi**

Grup	Ortanca	Ort	SS	SH	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Müdahale Grubu Sontest	8.00	7.83	1.722	.703	5.000	-2.100	.036*
Kontrol Grubu Sontest	11.50	11.83	3.188	1.301			

Tablo 21’e bakıldığında müdahale grubunda yer alan hastaların müdahale sonrası sağlık bakımına uyum düzeyleri kontrol grubunda yer alan hastalara göre istatistiksel açıdan anlamlı bir biçimde daha iyiye gitmiştir ( $p < .05$ ).

**Tablo 22: Müdahale Grubunda Bulunan Hastaların Müdahale Öncesi ve Sonrası Sağlık Bakımına Uyum Düzeyinin Karşılaştırılması**

Müdahale Grubu	Ortanca	Ort	SS	SH	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Öntest	13.50	12.16	4.167	1.701	6.500	-1.854	.064
Sontest	8.00	7.83	1.722	.703			

Müdahale grubunda yer alan hastaların ilk ve son ölçümleri karşılaştırıldığında sağlık bakımına uyum düzeyinde puan olarak bir azalma söz konusu olsa da bu artış istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > .05$ ).

Viner ve arkadaşları (2003) 11-17 yaş arası diyabetli çocuklara yönelik olarak çözüm odaklı kısa terapiye dayalı bir grup çalışması düzenlemiş ve grup çalışması öncesi ve sonrası ölçümlerde bulunarak bu ölçümleri düzenledikleri kontrol grubunun ölçümleri ile karşılaştırmışlardır. Araştırma bulgularına göre müdahale grubunda yer alan hastalar kontrol grubunda yer alan hastalara göre özyeterlilik ve HbA1c (%1.5 azalmıştır) boyutlarında olumlu değişimler göstermişlerdir. Panayotov, Strahilov ve Anichkina (2011) ise düzenli ilaç kullanımlarını sağlamak için 51 şizofreni hastasına çözüm odaklı kısa terapi uygulamıştır. Bu araştırmanın bulgularına göre hastalar müdahale öncesi 244 gün düzenli olarak ilaç kullanırken müdahale sonrası bu süre 827 gün olarak hesaplanmıştır. Ayrıca veri toplama aşamasında hastaların %76'sının (39 hasta) ilaçlarını düzenli olarak kullanmaya devam ettiği belirlenmiştir. Söz konusu iki araştırma dışında literatürde çözüm odaklı kısa terapinin kronik hastaların sağlık bakımına uyumlarına yönelik olarak uygulandığı diğer bir araştırmaya rastlanmamış olup bu alanda daha çok araştırma yapılmasına ihtiyaç vardır.

**Tablo 23: Kontrol Grubunda Bulunan Hastaların Müdahale Öncesi ve Sonrası Sağlık Bakımına Uyum Düzeyinin Karşılaştırılması**

Kontrol Grubu	Ortanca	Ort	SS	SH	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Öntest	11.50	11.16	4.070	1.661	16.000	-.323	.747
Sontest	11.50	11.83	3.188	1.301			

Kontrol grubunda yer alan hastaların ilk ve son ölçümleri karşılaştırıldığında sağlık bakımına uyum düzeyinde puan olarak bir artış söz konusu olsa da bu artış istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > .05$ ).

### 3.2.5. Aile Çevresi

Bu bölümde müdahale grubu ile kontrol grubunun aile çevresi alt ölçeğinin son ölçümleri ve bu grupların kendi içlerinde nasıl bir değişim gösterdiğinin anlaşılması

için her grubun ilk ve son ölçümleri karşılaştırılmalı olarak ele alınmıştır. Müdahale grubu ile kontrol grubunun son ölçümlerinde gözlenen değişimler Tablo 23'te verilmiştir.

**Tablo 24: Hastaların Müdahale Sonrası Aile Çevresi Uyum Düzeyi**

Grup	Ortanca	Ort	SS	SH	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Müdahale Grubu Sontest	6.00	8.16	3.816	1.558	7.000	-1.774	.076
Kontrol Grubu Sontest	12.00	13.16	4.535	1.851			

Tablo 24'e bakıldığı zaman; araştırma kapsamına alınan hastalar ile alınmayan hastalar arasında aile çevresi uyum düzeyi açısından önemli bir puan farkı olsa da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görülmektedir ( $p > .05$ ).

**Tablo 25: Müdahale Grubunda Bulunan Hastaların Müdahale Öncesi ve Sonrası Aile Çevresi Uyum Düzeyinin Karşılaştırılması**

Müdahale Grubu	Ortanca	Ort	SS	SH	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Öntest	15.50	14.00	4.049	1.653	4.000	-2.258	.024*
Sontest	6.00	8.16	3.816	1.558			

Tablo 25'ten de görüleceği üzere müdahale grubunda yer alan hastaların müdahale sonrası aile çevresi uyum düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir gelişme söz konusudur ( $p < .05$ ).

**Tablo 26: Kontrol Grubunda Bulunan Hastaların Müdahale Öncesi ve Sonrası Aile Çevresi Uyum Düzeyinin Karşılaştırılması**

Kontrol Grubu	Ortanca	Ort	SS	SH	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Öntest	13.00	13.33	4.179	1.706	17.500	-.080	.936
Sontest	12.00	13.16	4.535	1.851			



Kontrol grubunda yer alan hastaların ilk ve son ölçümleri karşılaştırıldığında aile çevresi uyum düzeyinde puan olarak bir artış söz konusu olsa da bu artış istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > .05$ ).

### 3.2.6. Cinsel İlişkiler

Bu bölümde müdahale grubu ile kontrol grubunun cinsel ilişkiler alt ölçeğinin son ölçümleri ve bu grupların kendi içlerinde nasıl bir değişim gösterdiğinin anlaşılması için her grubun ilk ve son ölçümleri karşılaştırılmalı olarak ele alınmıştır. Müdahale grubu ile kontrol grubunun son ölçümlerinde gözlenen değişimler Tablo 25'te verilmiştir.

**Tablo 27: Hastaların Müdahale Sonrası Cinsel İlişkiler Uyum Düzeyi**

Grup	Ortanca	Ort	SS	SH	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Müdahale Grubu Sontest	8.00	8.00	5.099	2.081	9.500	-1.376	.169
Kontrol Grubu Sontest	12.00	12.50	3.728	1.522			

Tablo 27'ye bakıldığı zaman; araştırma kapsamına alınan hastalar ile alınmayan hastalar arasında cinsel ilişkiler uyum düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görülmektedir ( $p > .05$ ).

**Tablo 28: Müdahale Grubunda Bulunan Hastaların Müdahale Öncesi ve Sonrası Cinsel İlişkiler Uyum Düzeyinin Karşılaştırılması**

Müdahale Grubu	Ortanca	Ort	SS	SH	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Öntest	9.00	9.66	4.718	1.926	13.500	-.724	.469
Sontest	8.00	8.00	5.099	2.081			

Tablo 28'den görüleceği üzere müdahale grubunda yer alan hastaların ilk ve son ölçümleri ele alındığında cinsel ilişkiler uyum düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p > .05$ ).

**Tablo 29: Kontrol Grubunda Bulunan Hastaların Müdahale Öncesi ve Sonrası Cinsel İlişkiler Uyum Düzeyinin Karşılaştırılması**

Kontrol Grubu	Ortanca	Ort	SS	SH	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Öntest	12.50	12.00	2.607	1.064	17.500	-.081	.936
Sontest	12.00	12.50	3.728	1.522			

Tablo 29'dan görüldüğü gibi kontrol grubunda yer alan hastaların ilk ve son ölçümleri ele alındığında cinsel ilişkiler uyum düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p > .05$ ).

### 3.2.7. Geniş Aile İlişkileri

Bu bölümde müdahale grubu ile kontrol grubunun geniş aile ilişkileri alt ölçeğinin son ölçümleri ve bu grupların kendi içlerinde nasıl bir değişim gösterdiğinin anlaşılması için her grubun ilk ve son ölçümleri karşılaştırılmalı olarak ele alınmıştır. Müdahale grubu ile kontrol grubunun son ölçümlerinde gözlenen değişimler tablo 30'da verilmiştir.

**Tablo 30: Hastaların Müdahale Sonrası Geniş Aile İlişkileri Uyum Düzeyi**

Grup	Ortanca	Ort	SS	SH	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Müdahale Grubu Sontest	4.50	4.33	1.751	.714	13.500	-.735	.462
Kontrol Grubu Sontest	5.00	5.83	4.070	1.661			

Tablo 30'a bakıldığı zaman; araştırma kapsamına alınan hastalar ile alınmayan hastalar arasında geniş aile ilişkileri uyum düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görülmektedir ( $p > .05$ ).

**Tablo 31: Müdahale Grubunda Bulunan Hastaların Müdahale Öncesi ve Sonrası Geniş Aile İlişkileri Uyum Düzeyinin Karşılaştırılması**

Müdahale Grubu	Ortanca	Ort	SS	SH	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Öntest	9.00	8.00	3.794	1.549	6.500	-1.851	.064
Sontest	4.50	4.33	1.751	.714			

Tablo 31'den görüleceği üzere müdahale grubunda yer alan hastaların ilk ve son ölçümleri ele alındığında geniş aile ilişkileri uyum düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p > .05$ ).

**Tablo 32: Kontrol Grubunda Bulunan Hastaların Müdahale Öncesi ve Sonrası Geniş Aile İlişkileri Uyum Düzeyinin Karşılaştırılması**

Kontrol Grubu	Ortanca	Ort	SS	SH	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Öntest	6.50	6.83	4.070	1.661	14.500	-.562	.574
Sontest	5.00	5.83	4.070	1.661			

Kontrol grubunda yer alan hastaların ilk ve son ölçümleri karşılaştırıldığında geniş aile ilişkileri uyum düzeyinde puan olarak bir azalma söz konusu olsa da bu azalma istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > .05$ ).

### 3.2.8. Genel Psikososyal Uyum

Bu bölümde müdahale grubu ile kontrol grubunun psikososyal uyum ölçeğinin son ölçümleri ve bu grupların kendi içlerinde nasıl bir değişim gösterdiğinin anlaşılması için her grubun ilk ve son ölçümleri karşılaştırılmalı olarak ele alınmıştır. Müdahale grubu ile kontrol grubunun son ölçümlerinde gözlenen değişimler tablo 31'de verilmiştir.

**Tablo 33: Hastaların Müdahale Sonrası Genel Psikososyal Uyum Düzeyi**

Grup	Ortanca	Ort	SS	SH	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Müdahale Grubu	42.00	44.83	13.934	5.688	1.500	-2.647	.008*
Sontest							
Kontrol Grubu Sontest	76.00	81.33	17.477	7.135			

Tablo 33'e bakıldığı zaman; araştırma kapsamına alınan hastalar ile alınmayan hastalar arasında genel psikososyal uyum düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu görülmektedir ( $p < .01$ ).

Cockburn, Thomas ve Cockburn (1997) çözüm odaklı kısa terapinin ortopedi hasta ve eşlerinin psikososyal uyumuna etkisini kontrol gruplu bir araştırma kapsamında PAIS-SR adlı ölçeği kullanarak değerlendirmiştir. Araştırma bulgularına göre çözüm odaklı kısa terapi uygulanan gruptaki hasta ve eşlerinin kontrol grubundaki hasta ve eşlerine göre PAIS-SR'nin alt ölçeklerinden sağlık bakımına uyumda 4, aile çevresinde 4, psikolojik alanda 9, sosyal alanda 5 puan yüksek olarak saptanmıştır. Grupların meslek/iş çevresi alt ölçeğinde herhangi bir fark gözlenmemiştir. Araştırmacılar çözüm odaklı kısa terapinin uygulandığı hastaların kontrol grubuna oranla daha iyi bir psikososyal uyum ve sosyal destek düzeyine ulaştığını söylemektedirler. Bu bağlamda gerek literatürdeki sınırlı sayıdaki araştırmadan hareketle gerekse bu araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda çözüm odaklı kısa terapinin hastalığa psikososyal uyumda etkili olduğu görülmektedir.

**Tablo 34: Müdahale Grubunda Bulunan Hastaların Müdahale Öncesi ve Sonrası Genel Psikososyal Uyum Düzeyinin Karşılaştırılması**

Müdahale Grubu	Ortanca	Ort	SS	SH	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Öntest	86.50	84.16	22.604	9.228	2.500	-2.486	.013*
Sontest	42.00	44.83	13.934	5.688			

Tablo 34'e bakıldığı zaman; araştırma kapsamına alınan hastaların genel psikososyal uyum düzeyi açısından ilk ve son ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu görülmektedir ( $p < .05$ ).

Court ve Vacc (1994) hemodiyalize giren altı kronik böbrek yetmezliği hastasına stresle başetme eğitimi vermiş depresyon, anksiyete, hastalığa psikososyal uyum konularında danışmanlık sağlamıştır. PAIS-SR aracılığıyla öntest ve sontest yöntemli olarak gerçekleştirdikleri araştırmanın sonucuna göre dört hasta sırasıyla 42 puandan 34 puana, 25 puandan 9 puana, 81 puandan 47 puana ve 59 puandan 34 puana gerileyerek olumlu yönde gelişim göstermişlerdir. Olumlu gelişme göstermeyen iki hastanın puanları ise 35'ten 44'e ve 37'den 38'e doğru artmıştır. Araştırmacılar bu iki hastanın müdahale sürecinde inkâr mekanizmasına başvurduğunu gözlemlemiştir. Gerek Court ve Vacc'ın çalışmasından gerekse bu araştırmadan hareketle hastalara yönelik psikososyal destek hizmetlerinin hastaların psikososyal uyumlarında etkili olduğu sonucuna varmak mümkündür.

**Tablo 35: Kontrol Grubunda Bulunan Hastaların Müdahale Öncesi ve Sonrası Genel Psikososyal Uyum Düzeyinin Karşılaştırılması**

Kontrol Grubu	Ortanca	Ort	SS	SH	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Öntest	78.50	82.50	20.285	8.281	17.500	-.080	.936
Sontest	76.00	81.33	17.477	7.135			

Tablo 35'te görüldüğü üzere araştırma kontrol grubunda değerlendirilen hastaların genel psikososyal uyum düzeyi açısından ilk ve son ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p > .05$ ).

## BÖLÜM 4

### SONUÇ VE ÖNERİLER

#### 4.1. SONUÇ

Çözüm odaklı kısa terapi yaklaşımına dayalı bireyle sosyal müdahalesinin, hemodiyaliz tedavisi gören ve literatürde de değinilen birçok biyopsikososyal soruna sahip kronik böbrek yetmezliği hastalarının psikososyal uyum düzeylerine etkisinin olup olmadığının ortaya konulmasını amaçlayan bu araştırma kapsamında ilk olarak hemodiyalize girmekte olan hastalarla tanışılmış ve PAIS-SR psikososyal uyum ölçeği ilgili hastalara uygulanarak kötü psikososyal uyuma sahip hastalar araştırmanın içerme kriterlerinde belirtildiği gibi ve belirgin demografik farklılıklar olmamasına özen gösterilerek seçilmiştir.

Müdahale grubunda yer alan altı hastayla çözüm odaklı kısa terapinin yöntem ve tekniklerine bağlı kalınarak 07.03.2014 - 19.02.2015 tarihleri arasında beş ya da altı seans görüşülmüşken kontrol grubuna herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır. Bu görüşmeler esnasında gizlilik içeren ve müracaatçıyı zor durumda bırakabilecek paylaşımlardan dolayı çalışmaya katılan hastaların isimleri değiştirilmiştir.

Hastalara yönelik olarak gerçekleştirilen müdahale, çözüm odaklı kısa terapinin felsefesi ve sosyal hizmetin müracaatçının bulunduğu yerden başlama ilkesi gereği müracaatçıların belirlediği farklı amaçlar üzerine kurgulanmıştır. Bu nedenle hastaların ihtiyaçlarına göre ele alınan konular sosyal çevre ilişkileri, öfke kontrolü, cinsel sorunlar, aile içi çatışmalar, sağlık personeliyle yaşanan sorunlar, beden algısı, sigara tüketimi, boş zaman değerlendirme faaliyetleri ve sosyal izolasyon gibi alanlarda değişkenlik göstermiştir. Müdahale sonrası elde edilen sonuçlara aşağıda yer verilmiştir.

1. Müdahale ve kontrol grupları arasında psikososyal uyum ölçeği ve alt bileşenleri bağlamında ilk ölçümler sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir.

2. Müdahale öncesi ve sonrası yapılan ölçümlere göre; müdahale grubunda bulunan hastalar, kontrol grubundaki hastalarla müdahale öncesi benzer bir psikososyal uyum düzeyinde yer almaktayken müdahale sonrası kontrol grubunda yer alan hastalara göre sosyal çevre, meslek / iş çevresi, sağlık bakımına uyum ve genel psikososyal uyum düzeyi boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde daha yüksek uyum düzeyine erişmişlerdir.
3. Müdahale grubunun ilk ve son ölçümleri karşılaştırıldığında ise; psikolojik alan, sosyal çevre, meslek / iş çevresi, aile çevresi ve genel psikososyal uyum düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir gelişme söz konusudur.
4. Kontrol grubunun ilk ve son ölçümleri karşılaştırıldığında ise; istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir değişim görülmemektedir.
5. Bu temel sonuçlardan yola çıkarak, çözüm odaklı kısa terapi yaklaşımına dayalı sosyal hizmet müdahalesinin diyaliz hastalarının psikososyal uyum düzeylerini yükseltmede etkili bir yaklaşım olduğunu belirtmek olanaklıdır.
6. Çözüm odaklı kısa terapi uygulamasından elde edilen en önemli fayda hastaların beş ya da altı hafta gibi kısa bir sürede arzu ettikleri değişime büyük ölçüde ulaşmalarınıdır.
7. Müdahale grubuna alınan hastaların psikososyal alandaki sorun ve ihtiyaçlarına önem verdikleri ve bu alanda kendilerini geliştirmek için istekli oldukları gözlenmiştir. Hastalar genellikle profesyonel anlamda psikososyal yardım ihtiyacı içerisinde olduklarını belirtmişlerdir.
8. Hastaların terapi sürecine aktif bir biçimde katıldıkları ve her seans sonunda hastalar ile birlikte belirlenen ödevleri layıkıyla yerine getirmeye çalıştıkları gözlenmiştir.
9. Çözüm odaklı kısa terapinin tekniklerinden derecelendirme sorusu, müracaatçıya övgüde bulunma, ödev verme ve sorunun görülmediği istisnai durumların tespiti gibi teknikler kronik böbrek hastalarıyla gerçekleştirilen bu çalışmada işlemlenmişken mucize sorusu genellikle hastalar tarafından anlaşılammıştır. Hastalar bu soruya yanıt olarak hastalıklarından kurtulmayı mucize olarak gördüklerini belirtmiş olup amacın

belirlenmesi için etkin bir araç olan mucize sorusu tekniği bu müracaatçı grubunda işlevsel olmamıştır.

10. Hastaların psikososyal uyumunu ölçmede kullanılan Psikososyal Uyum Ölçeği gerek hastaların psikososyal uyum düzeyini belirleme açısından gerekse bu alandaki değişimlerin tespiti açısından uygun bir ölçektir.

11. Bu çalışmanın başlangıç ve yürütülmesi aşamalarında gerek hekim gerekse hemşirelerin desteği oldukça etkili olmuştur. Bu bağlamda bu tür çalışmaların sürdürülmesi için çalışmanın yapılacağı servisteki sağlık personeliyle işbirliğine gidilmesi önemlidir.

#### **4.2. ÖNERİLER**

Araştırma bulguları ve müdahale sürecinde gerçekleştirilen gözlemler doğrultusunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir.

1. Sosyal hizmet uzmanlarının niceliksel olarak yetersizliği ve müracaatçılarla kısa süreler ile çalışmaları nedeniyle az sürede daha çok sayıda müracaatçıya etkili sosyal hizmet uygulamaları sunmaları açısından çözüm odaklı kısa terapi sosyal hizmet uzmanları için uygun bir terapi modelidir.

2. Bu çalışma sınırlı sayıdaki diyalize giren kronik böbrek yetmezliği hastalarıyla gerçekleştirilmiştir. Çözüm odaklı kısa terapinin bundan sonraki çalışmalarda farklı müracaatçı gruplarıyla uygulanması söz konusu terapinin etkililiği açısından aydınlatıcı olacaktır.

3. Müracaatçılara yönelik gerçekleştirilen mesleki müdahalelerin etkililiğinin saptanması için gerekli ölçme araçlarının kullanımı önemli olup alanda çalışan sosyal hizmet uzmanları için kanıta dayalı uygulama açısından söz konusu ölçme araçlarının kullanılması tavsiye edilmektedir.

4. Hastanın yaşadığı hastalık durumu ve psikososyal sorunlar aynı zamanda hastaların eş ve çocuklarını, akraba ve arkadaşlarını ve hatta sağlık personelini dahi etkileyebilmektedir. Bütüncül bir bakış açısıyla hastalıktan etkilenen tüm bireylerin gerekli eğitim ve terapilerden yararlanması gerekmektedir.



5. Diyalize giren hastaların önemli bir bölümü başta öfke kontrol sorunu ve depresyon olmak üzere psikolojik sorunlar, sahip olduğu sosyal ilişkileri yitirme, ailevi ve cinsel sorunlar, iş yaşamından kopma, hastalık öncesi hobi ve boş zaman değerlendirme faaliyetlerini yerine getirememesi gibi sorunlara sahiptir. Gelecek çalışmaların bu odaklara yönelmesi yararlı olabilir.

6. Çözüm odaklı terapi seansları hastaların diyalize girmediği günlerde yapılmış ve kadın hastalar genellikle haftada üç gün diyalize girmekle birlikte geriye kalan günlerde ev işleri, çocuk bakımı vb işlerle meşgul olduklarını ifade ettiklerinden dolayı yalnızca bir kadın çalışmaya katılmıştır. Psikososyal hizmet programlarının kadın hastaların bu durumları göz önünde bulundurularak yapılandırılması gerekmektedir.

7. Özel diyaliz merkezlerinde hasta ve ailelerinin eğitim, danışmanlık ve psikoterapi hizmetlerinden faydalanabileceği meslek elemanları bulunmamaktadır. Bu nedenle daha önce özel diyaliz merkezleri için zorunlu olan ancak artık merkez sahiplerinin insiyatifine bırakılan sosyal hizmet uzmanı istihdamı tekrar zorunlu hale getirilmelidir.

8. Gerek özel diyaliz merkezlerinde gerekse hastanelerin hemodiyaliz ünitelerinde hastalara psikososyal destek ve müdahalelerin gerçekleştirilebileceği uygun alanlar bulunmamaktadır. Hastanın fiziksel sağlığına önemli bir etkisi olan psikososyal sağlık boyutu da tedavi sistemi ile bütünleştirilmeli ve sağlık kuruluşlarında hastaların bu ihtiyaçlarının karşılanabileceği fiziksel mekânlara da yer verilmelidir.

9. Hastaların psikososyal sorunlarının çözümünde etkililiği gözlenen çözüm odaklı kısa terapinin gerek hizmet içi eğitimler aracılığı ile gerekse farklı mekanizmalar kullanılarak sağlık kuruluşlarında çalışan sosyal hizmet uzmanı ve psikolog gibi meslek elemanlarına öğretilmesi ve uygulamalarında bu terapiyi de kullanmaları hem zamansal hem de ekonomik açıdan verimliliği artıracaktır.

10. Gerek evrensel boyutta gerekse ulusal düzeydeki sosyal hizmet eğitim programları hala sorun odaklı olup söz konusu programlar içerisinde çözüm odaklı kısa terapinin öğretilmesine daha fazla yer verilmelidir.

## KAYNAKÇA

- Abram H. S., Moore G. L. ve Westervelt F. B. (1971). Suicidal behavior in chronic dialysis patients. *The American Journal of Psychiatry*, 127(9), s. 1199-1204.
- Abram, H. S., Hester, L. R., Sheridan, W. F. ve Epstein, G. M. (1975). Sexual functioning in patients with chronic renal failure. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 160(3), s. 220-226.
- Adaylar, M. (1995). *Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Hastalığıdaki Tutum, Adaptasyon, Algı ve Öz-Bakım Yönelimleri*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Akpolat, T., ve Utaş, C. (2001). Böbrek yetmezliği: Genel bilgiler. T. Akpolat ve C. Utaş (Ed.). *Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı* (s. 1-80). Kayseri: Anadolu Yayıncılık.
- Alleyne, S., Dillard, P., McGregor, C. ve Hosten, A. (1989). Sexual function and mental distress status of patients with end-stage renal disease on hemodialysis. *Transplantation Proceedings*, 21(6), s. 3895-3898.
- Arslan, D., Aslan, G., Sifil, A., Cavdar, C., Celebi, I., Gamsari, T. ve Esen, A. A. (2002). Sexual dysfunction in male patients on hemodialysis: assessment with the International Index of Erectile Function (IIEF). *International Journal of Impotence Research*, 14(6), s. 539-542.
- Arthur, T., Zalemski, S., Giermek, D., ve Lamb, C. (2000). Educating community providers changes beliefs towards caring for the ESRD patient. *Advances in Renal Replacement Therapy*, 7(1), s. 85-91.
- Atauz, S. (1991). Tıbbi ve Psikiyatrik Sosyal Hizmetler. R. Keleş, J. Nowak ve İ. Tomanbay (Ed.). *Türkiye'de ve Almanya'da Sosyal Hizmetler: Ansiklopedik Sözlük* (s. 187-188). Selvi Yayınları.

- Auslander, G., Dobrof, J. ve Epstein, I. (2001). Comparing social work's role in renal dialysis in Israel and the United States: The practice-based research potential of available clinical information. *Social Work in Health Care*, 37(4), s. 19-37.
- Aydın, Z. (2000). Sürekli ayaktan periton diyalizi.. T. Akpolat, ve C. Utaş (Ed.). *Hemodiyaliz Hemşiresi El Kitabı*. İstanbul: Güzel Sanatlar Matbaası A.Ş.
- Bannink, F. P. (2007). Solution-focused brief therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37(2), s. 87-94.
- Barker, R. L. (2003). *The Social Work Dictionary* (5th ed.). Washington: NASW Press.
- Beder, J. (1999). Evaluation research on the effectiveness of social work intervention on dialysis patients: The first three months. *Social Work in Health Care*, 30(1), s. 15-30.
- Beder, J. (2006). *Hospital Social Work: The Interface of Medicine and Caring*. New York: Roudledge.
- Beder, J., Mason, S., Johnstone, S., Callahan, M. B., LeSage, L. (2003). Effectiveness of a social work psychoeducational program in improving adherence behavior associated with risk of CVD in ESRD patients. *The Journal of Nephrology Social Work*, 23, s. 12-22.
- Berkman, B., Gardner, D., Zodikoff, B. ve Harootyan, L. (1996). The emerging health care world: Implications for social work practice and education. *Journal of Gerontological Social Work*, 48(1-2), s. 203-217.
- Berg, I. K. ve De Shazer, S. (1993). Making numbers talk: Language in therapy. S.Friedman (Ed.). *The New Language of Change: Constructive Collaboration in Psychotherapy* (s. 5-24). New York: Guilford.
- Berg, I. K. (1994). *Family Based Services: A Solution-Focused Approach*. New York: Norton.

- BienAime, J. K. (2011). *Managing Performance Anxiety in Music Students: Using a Solution Focused Approach*. PhD thesis. Nova Southeastern University, Florida.
- Binik, Y. M. ve Mah, K. (1994). Sexuality and end- stage renal disease: research and clinical recommendations. *Advances in Renal Replacement Therapy*, 1, s. 198-209.
- Bogatz, S., Colasanto, R. ve Sweeney, L. (2005). Defining the impact of high patient/staff ratios on dialysis social workers. *Nephrology News & Issues*, 19(2), s. 55-60.
- Bordelon, T. D. (2001). Supportive relationships among hemodialysis recipients at a remodeled kidney center. *Social Work in Health Care*, 33(2), s. 53-65.
- Bozeman, B. N. (1999). *The Efficacy of Solution-Focused Therapy Techniques on Perceptions of Hope in Clients with Depressive Symptoms*. PhD thesis, New Orleans Baptist Theological Seminary, New Orleans, LA.
- Brady, D. K. ve Lawry, K. (2000). Infants, families and end stage renal disease: strategies for addressing psychosocial needs in the first two years of life. *Journal of Nephrology Social Work*, 20, s. 17-20.
- Bremer, B. A. (1995). Absence of control over health and the psychological adjustment to end-stage renal disease. *Annals of Behavioral Medicine*, 17(3), s. 227-233.
- Brownbridge, G. ve Fielding, D.M. (1994). Psychosocial adjustment and adherence to dialysis treatment regimes. *Pediatric Nephrology*, 8, s. 744-749.
- Brun, C., ve Rapp, R. C. (2001). Strengths-based case management: Individuals' perspectives on strengths and the case manager relationship. *Social Work*, 46(3), s. 278-288.

- Brunier, G. M. ve McKeever, P. T. (1993). The impact of home dialysis on the family: literature review. *American Nephrology Nurses' Association Journal*, 20(6), s. 653-659.
- Burwell, R., ve Chen, C. P. (2006). Applying the principles and techniques of solution-focused therapy to career counselling. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(2), s. 189-203.
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Crawford, L. E., Ernst, J. M., Burleson, M. H., Kowalewski, R. B., ... ve Berntson, G. G. (2002). Loneliness and health: Potential mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, 64(3), s. 407-417.
- Cade, B. ve O'Hanlon, W. H. (1993). *A Brief Guide to Brief Therapy*. New York: Norton.
- Calaluce M. (1998). Better education and care of sexual health of ESRD patients may positively affect quality of life. *PD Today*, 4, s. 17-21.
- Callahan, M. B. (2011). The role of the nephrology social worker in optimizing treatment outcomes for end-stage renal disease patients. *Dialysis & Transplantation*, 40(10), s. 444-450.
- Camsari, T., Cavdar, C., Yemez, B., Ozkahya, M., Atabay, G., Alkin, T. ve Akcicek, F. (1999). Psychosexual function in CAPD and hemodialysis patients. *Peritoneal Dialysis International*, 19(6), s. 585-588.
- Carr, S. M., Smith, I. C. ve Simm, R. (2014). Solution-focused brief therapy from the perspective of clients with long-term physical health conditions. *Psychology, Health & Medicine*, 19(4), s. 384-391.
- Carson, S. S., Vu, M., Danis, M., Camhi, S. L., Scheunemann, L. P., Cox, C. E. ve diğ. (2012). Development and validation of a printed information brochure for families of chronically critically ill patients. *Critical Care Medicine*, 40(1), s. 73-78.

- Christensen, A. J., Smith, T. W., Turner, C. W., Holman, J. M., Gregory, M. C. ve Rich, M. A. (1992). Family support, physical impairment and adherence in hemodialysis: An investigation of main and buffering effects. *Journal of Behavioral Medicine*, 15, s. 313–325.
- Christensen, A. J., Wiebe, J. S., Smith, T. W. ve Turner, C. W. (1994). Predictors of survival among hemodialysis patients: Effect of perceived family support. *Health Psychology*, 13(6), s. 521-525.
- Christensen, A. J. ve Raichle, K. (2002). End-Stage Renal Disease. A. J. Christensen ve M. H. Antoni (Ed.). *Chronic Physical Disorders: Behavioral Medicine's Perspective* (s. 221-243). Oxford: Blackwell Publishers Ltd.
- Cimilli, C. (1994). Hemodiyalizin psikiyatrik yönleri. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 3(3), s. 88-92.
- Cockburn, J. T., Thomas, F. N. ve Cockburn, O. J. (1997). Solution-focused therapy and psychosocial adjustment to orthopedic rehabilitation in a work hardening program. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 7(2), s. 97-106.
- Courts, N. F., ve Vacc, N. A. (1994). Stress inoculation education and counseling with patients on hemodialysis. *American Nephrology Nurses' Association Journal*, 21(1), s. 47-54.
- CNSW, (2003). *Standards of Practice for Nephrology Social Work* (5th ed.). New York: National Kidney Foundation.
- Cowger, C. D. (1994). Assessing client strengths: Clinical assessment for client empowerment. *Social Work*, 39(3), s. 262-268.
- Cukor, D., Cohen, S. D., Peterson, R. A., ve Kimmel, P. L. (2007). Psychosocial aspects of chronic disease: ESRD as a paradigmatic illness. *Journal of the American Society of Nephrology*, 18(12), s. 3042-3055.

- Çimetel, N. (2014). *Çözüm Odaklı Kısa Süreli Grupla Psikolojik Danışmanın Lise Öğrencilerinin Akran Zorbalığına Etkisi*. Doktora Tezi, Sakarya Üniversitesi, Sakarya.
- Çorapçioğlu Özdemir, A. (2006). İnfertilitenin Ruhsal İzdüşümleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*, 2(47), s. 34-40.
- De Jong, P. ve Miller, S. D. (1995). How to interview for client strengths. *Social Work*, 40(6), s. 729-736.
- De Jong, P. ve Berg, I. K. (2008). *Interviewing for Solutions* (3rd ed.). Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole.
- De Jong, P. ve Cronkright, A. (2011). Learning Solution-Focused Interviewing Skills: BSW Student Voices. *Journal of Teaching in Social Work*, 31(1), s. 21-37.
- De Nour, A. K. (1981). Prediction of Adjustment To Chronic Hemodialysis. N. B. Levy (Ed.). *Psychonephrology 1* (s. 117-132). Plenum Medical Book Company.
- De Nour, A. K. (1982). Psychological adjustment to illness scale (PAIS): A study of chronic hemodialysis patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 26(1), s. 11-22.
- De Ore, P. B. (1997). Hemodialysis patient-assessed functional health status predicts continued survival, hospitalization and dialysis-attendance compliance. *American Journal of Kidney Diseases*, 30(2), s. 204-212.
- De Shazer, S. (1985). *Keys to Solution in Brief Therapy*. New York: W. W. Norton.
- De Shazer, S., Berg, I. K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W. ve Weiner-Davis, M. (1986). Brief therapy: Focused solution development. *Family Process*, 25(2), s. 207-221.
- De Shazer, S. (1991). *Putting Difference to Work*. New York: W. W. Norton.

- DeOreo, P. B. (1997). Hemodialysis patient-assessed functional health status predicts continued survival, hospitalization, and dialysis-attendance compliance. *American Journal of Kidney Diseases*, 30(2), s. 204-212.
- Derogatis, L. R. (1986). The psychosocial adjustment to illness scale (PAIS). *Journal of Psychosomatic Research*, 30(1), s. 77-91.
- Dickinson, D. M., Bodfish, L. J., Pisoni, R. L., Akizawa, T., Locatelli, F. ve Akiba, T. (2000). International variation in the employment status of hemodialysis (HD) patients: results from the DOPPS. *Journal of the American Society of Nephrology*, 11, 229A.
- Diemont, W. L., Vrugink, P. A., Meuleman, E. J., Doesburg, W. H., Lemmens, W. A. ve Berden, J. H. (2000). Sexual dysfunction after renal replacement therapy. *American Journal of Kidney Diseases*, 35(5), s. 845-851.
- Dobrof, J., Dolinko, A., Lichtiger, E., Uribarri, J. ve Epstein, I. (2000). The complexity of social work practice with dialysis patients: Risk and resilience factors, interventions and health related outcomes. *The Journal of Nephrology Social Work*, 20, s. 21-37.
- Doğan, S. ve Kelleci, M. (2004). Fiziksel Hastalık Nedeni İle Hastanede Yatan Bireylerin Bazı Tanı Gruplarına Göre Umutsuzluk Düzeyleri, *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 13(52), s. 23-37.
- Dölek, N. ve Kurter, F. (2014). Çözüm Odaklı Kısa Danışmanlık Yaklaşımı, *Seminer Notları*. İstanbul: Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği Yayınları.
- Duyan, V. (1996). *Sağlıkta Psikososyal Boyut (Tıbbi sosyal hizmet)*. Ankara: 72TDF0 Ltd.
- Duyan, V. (1997). *Sosyal Grup Çalışması Uygulamasının Ortopedi Hastalarının Kişisel ve Sosyal Uyum Düzeylerine Etkisi*. Ankara: Aydınlar Matbaacılık.



- Duyan, V. (2003). Hastaların karşılaştığı sorunlar ve çözümleri odağında tıbbi sosyal hizmet. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(4), s. 39-44.
- Duyan, V., Sayar, Ö. Ö. ve Özbulut, M. (2008). *Sosyal Hizmeti Tanımak ve Anlamak*. Ankara: Öncü Basımevi.
- Duyan, V. (2010). *Sosyal Hizmet: Temelleri-Yaklaşımları-Müdahale Yöntemleri*. Ankara: Aydınlar Matbaacılık.
- Early, T. J., ve GlenMaye, L. F. (2000). Valuing families: Social work practice with families from a strengths perspective. *Social Work*, 45(2), s. 118-130.
- Fortier, L. M. ve Wanlass, R. L. (1984). Family crisis following the diagnosis of a handicapped child. *Family Relations*, 33, s. 13-24.
- Fox, R. C. ve Swazey, J. P. (1979). Kidney Dialysis and Transplantation. E. Fox (Ed.). *Essays in Medical Sociology* (s. 105-145). NY: Wiley & Sons.
- Fraser, M. W. (2004). Intervention research in social work: Recent advances and continuing challenges. *Research on Social Work Practice*, 14(3), s. 210-222.
- Frey, M. (2003). Avoid Psychological Risks Inherent in Job Search. The Milwaukee Journal Sentinel, Mayıs 2014, (Çevrimiçi), [http://www.findarticles.com/p/articles/miqr4196/is\\_200305/ai\\_n10871069](http://www.findarticles.com/p/articles/miqr4196/is_200305/ai_n10871069), 21.
- Friedman, N. ve Rogers, T. (1988). Dialysis and the world of work. *Contemporary Dialysis and Nephrology*, 9(16), s. 18-19.
- Furr, L. A. (1998). Psycho-social aspects of serious renal disease and dialysis: a review of the literature. *Social Work in Health Care*, 27(3), s. 97-118.
- Gensterblum, A. E. (2001). *Solution-Focused Therapy in Residential Treatment*. PhD thesis, Union Institute Graduate College, Cincinnati, Ohio.
- Gingerich, W. J. ve Eisengart, S. (2000). Solution-Focused Brief Therapy: A Review of the Outcome Research. *Family Process*, 39(4), s. 477-498.

- Goldstein, M., Yassa, T., Dacouris, N. ve McFarlane, P. (2004). Multidisciplinary predialysis care and morbidity and mortality of patients on dialysis. *American Journal of Kidney Diseases*, 44(4), s. 706-714.
- Gökçakan, Z. (1988). Türkiye’de tıbbi sosyal hizmet uygulamaları için yeni bir alan olarak hemodiyaliz üniteleri. *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Dergisi*, 1(1-2-3), s. 67-76.
- Greenberg, G., Ganshorn, K. ve Danilkewich, A. (2001). Solution-focused therapy. Counseling model for busy family physicians. *Canadian Family Physician*, 47(11), s. 2289-2295.
- Gutman, R. A. (1983). Characteristics of long-term (14 years) survivors of maintenance dialysis. *Nephron*, 33(2), s. 111-115.
- Hardina, D., Middleton, J., Montana, S. ve Simpson, R. (2007). *An Empowering Approach to Managing Social Services*. New York: Springer Publishing Ltd.
- Heinonen, T., ve Spearman, L. (2001). *Social Work Practice: Problem Solving and Beyond* (3rd ed.). Nelson Education Ltd.
- Henden, J. (2008). *Preventing Suicide: The Solution Focused Approach*. Chichester: Wiley.
- Ho, T. M. ve Fernández, M. (2006). Patient's sexual health: do we care enough?. *Journal of Renal Care*, 32(4), s. 183-186.
- Holley, J. L. ve Reddy, S. S. (2003). Pregnancy in Dialysis Patients: A Review of Outcomes, Complications, and Management. *Seminars in Dialysis*, 16(5), s. 384-388.
- Holley, J. L., Barrington, K., Kohn, J., ve Hayes, I. (1991). Patient factors and the influence of nephrologists, social workers, and nurses on patient decisions to choose continuous peritoneal dialysis. *Advances in Peritoneal Dialysis*, 7, s. 108-110.

- House, A. (1987). Psychosocial problems of patients on the renal unit and their relation to treatment outcome. *Journal of Psychosomatic Research*, 31(4), s. 441-452.
- Husebye, D. G., Westlie, L., Styrvoky, T. J. ve Kjellstrand, C. M. (1987). Psychological, Social, and Somatic Prognostic Indicators in Old Patients Undergoing Long-term Dialysis. *Archives of Internal Medicine*, 147(11), s. 1921-1924.
- Iveson, C. (2002). Solution-focused brief therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, s. 149-156.
- İlbay, A. B. (2014). *Çözüm Odaklı Kısa Süreli Grupla Psikolojik Danışmanın Üniversite Öğrencilerinin Tükenmişlik Düzeyleri Üzerindeki Etkisi*. Doktora tezi, Sakarya Üniversitesi, Sakarya.
- İnsan Haklarının Karşılanmasında Sosyal Hizmet Uygulaması Standartları. (2010). (V. Duyan ve E. Çalık, Çev.) Ankara: Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Genel Merkezi Yayınları.
- James-Rogers, A., Widrow, L., Schwankovsky, L. ve Rasgon, S. (1992). Analysis of nephrology social worker tasks and functions. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 21, s. 293–297.
- Jarvis, C. (2006). Function versus cause: Moving beyond debate. *PRAXIS*, 6, s. 44-49.
- Julius, M., Kneisley, J. D., Carpentier–Alting P., Hawthorne, V. M., Wolfe, R. A. ve Port, F. K. (1989). A comparison of employment rates of patients treated with continuous ambulatory peritoneal dialysis vs in-center hemodialysis (Michigan End-Stage Renal Disease Study). *Archives of Internal Medicine*, 149, s. 839-842.
- Kaitelidou, D., Ziroyanis, P. N., Maniadakis, N. ve Liaropoulos, L. L. (2005). Economic evaluation of hemodialysis: Implications for technology

assessment in Greece. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 21(1), s. 40-46.

Karataş, K. ve Gökçearslan Çiftçi E. (2010). Türkiye’de engelli kadın olmak: deneyimler ve çözüm önerileri. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3(13), s. 147-153.

Karataş, K., Demiröz, F., ve İçağasıoğlu, A. (2001). Sosyal Hizmet Uzmanlarının Türkiye’deki Sosyal Hizmet Eğitime İlişkin Değerlendirmeleri. K. Karataş, S. İl (Ed.). *Sosyal Hizmet Eğitiminde Yeniden Yapılanma I* (s. 59-79). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayınları.

Katz, A. (2006). What Have My Kidneys Got to Do with My Sex Life?: The impact of late-stage chronic kidney disease on sexual function. *American Journal of Nursing Issue*, 106(9), s. 81-83.

Kaye, J., Bray, S., Gracely, E. J. ve Levison, S. (1989). Psychosocial adjustment to illness and family environment in dialysis patients. *Family Systems Medicine*, 7(1), s. 77-89.

Kelly, M. S., Kim, J. S. ve Franklin, C. (2008). *Solution-Focused Brief Therapy in Schools: A 360-Degree View of the Research and Practice Principles*. New York: Oxford University Press.

Kettaş, E., Cayan, F., Akbay, E., Kıyıkım, A., ve Cayan, S. (2008). Sexual dysfunction and associated risk factors in women with end-stage renal disease. *Journal of Sexual Medicine*, 5, s. 872-877.

Kim, J. S. (2007). Examining the effectiveness of solution-focused brief therapy: A meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, 18(2), s. 107-116.

Kimmel, P. L., Peterson, R. A., Weihs, K. L., Simmens, S. J., Alleyne, S., Cruz, I. ve Veis, J. H. (1998). Psychosocial factors, behavioral compliance and survival in urban hemodialysis patients. *Kidney International*, 54, s. 245–254.

- Kurt, Ş. (2006). İşsizliğin Psiko-Sosyal Sonuçları ve Türkiye Üzerine Muhtemel Etkileri, *Sosyal Siyaset Konferansları*, 51, s. 358-379.
- Kut, S. (1988) *Sosyal Hizmet Mesleği, Nitelikleri, Temel, Unsurları, Müdahale Yöntemleri*. Ankara.
- Kutner, N.G., Brogan, D. ve Fielding, B. (1991). Employment status and ability to work among working-age chronic dialysis patients. *American Journal of Nephrology*, 11, s. 334-340.
- Lambert, M. J. (1992). Implications of Outcome Research for Psychotherapy Integration. J. C. Norcross ve M. R. Goldstein (Ed.). *Handbook of Psychotherapy Integration* (s. 94-129). New York: Basic Books.
- Lee, M. Y. (2011). Solution-Focused Theory. F. J. Turner, (Ed.). *Social Work Treatment: Interlocking Theoretical Approaches* (s. 460-476). Oxford Press.
- Leggat, J. E., Orzol, S.M, Hulbert-Shearon, T.E., Golper, T.A., Jones, C.A., Held, P.J. ve Port, F.K. (1998). Noncompliance in hemodialysis: Predictors and survival analysis. *American Journal of Kidney Diseases*, 32(1), s. 139-145.
- Leung, D. K. C. (2003). Psychosocial aspects in renal patients. *Peritoneal Dialysis International*, 23(2), s. 90-94.
- Levy, N.B. (1973). Sexual adjustment to maintenance hemodialysis and renal transplantation National survey by questionnaire: preliminary report. *American Society for Artificial Internal Organs Journal*, 19, s. 138-143.
- Lok, P. (1996). Stressors, coping mechanism and quality of life among dialysis patients in Australia. *Journal of Advanced Nursing*, 23, s. 873-881.

- Lowrie, E. G. ve Lew, N. L. (1990). Death risk in hemodialysis patients: the predictive value of commonly measured variables and an evaluation of death rate differences between facilities. *American Journal of Kidney Diseases*, 15(5), s. 458-482.
- Lowry, M. R. ve Atcherson, E. (1984). Spouse-assistants' adjustment to home hemodialysis. *Journal of chronic diseases*, 37(4), s. 293-300.
- Macdonald, A. (2011). *Solution-Focused Therapy: Theory, Research & Practice*. Los Angeles, CA: Sage.
- Mc Quellon, R. ve Andrykowski, M. (2000). Psychological Complications of Hematopoeitine Stemcell Transplantation. K. Atkinson, (Ed.). *Clinical Bone Marrow and Blood Stem Cell Transplantation* (s. 1045-1057). Cambridge Univ. Press.
- McGahuey, C. A., Delgado L. P. ve Geleberg, A. J. (1999). Assessment of SD using the Arizona Sexual Experience Scale (ASEX) and implications for the treatment of depression. *Psychiatric Annals*, 29, s. 39-45.
- McKinley, M. ve Callahan, M. B. (1998). Utilizing the case management skills of the nephrology social worker in a managed care environment. *Journal of Nephrology Social Work*, 18, s. 32-36.
- McMillen, J. C., Morris, L. ve Sherraden, M. (2004). Ending social work's grudge match: Problems versus strengths. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 85(3), s. 317-325.
- Merighi, J. R. ve Ehlebracht, K. (2005). Emotional exhaustion and workload demands in renal social work practice. *Journal of Nephrology Social Work*, 24, s. 14-20.
- Merighi, J. R., ve Ehlebracht, K. (2004). Workplace resources, patient caseloads, and job satisfaction of renal social workers in the United States. *Nephrology News & Issues*, 18(5), s. 58-68.

- Metcalf, L. ve Connie, E. (2009). *The Art of Solution Focused Therapy*. Springer.
- Miley, K. K., O'Melia, M. ve DuBois, B. (2004). *Generalist Social Work Practice: An Empowering Approach*. Boston: Allyn and Bacon.
- Milde F. K., Hart L. K. ve Fearing M. O. (1996). Sexuality and fertility concerns of dialysis patients. *American Nephrology Nurses' Association Journal*, 23, s. 307-315.
- Miller, S. D., Hubble, M. A. ve Duncan, B. L. (1996). *Handbook of Solution-Focused Brief Therapy*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Milner, J. (2001). *Women and Social Work: Narrative Approaches*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Molnar, A. ve de Shazer S. (1987). Solution-focused therapy: Toward the identification of therapeutic tasks. *Journal of Marital and Family Therapy*, 13, s. 349-358.
- Molsted, S., Aadahl, M., Schou, L. ve Eidemark, I. (2004). Self-Rated Health and Employment Status in Chronic Haemodialysis Patients. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 38, s. 174-178.
- Monkman, M. (1991). Outcome objectives in social work practice: Person and environment. *Social Work*, 36(3), s. 253-258.
- Moore, E. (1983). Social Work with Renal Failure Patients: Roles of the Social Worker. W. J., Stone ve P. L. Rabin (Ed.). *End Stage Renal Disease: An integrated approach* (s. 149-164). Academic Press.
- Mutlu, E. (2007). *Hemodiyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri, Sosyal Destek Kaynakları ve Hastalık Sürecinin Benlik Saygısına Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- National Association of Social Workers and the National Kidney Foundation. (1994). *Clinical indicators for social work and psychosocial service in nephrology*

*settings*. Nisan 2014, (Çevrimiçi),  
[http://www.socialworkers.org/practice/standards/nephrology\\_settings.asp](http://www.socialworkers.org/practice/standards/nephrology_settings.asp).

NICE. (2009). *Depression in Adults with a Chronic Physical Health Problem: Treatment and Management*. London: British Psychological Society.

Nichols, K. ve Springford, V. (1984). Psychosocial difficulties associated with survival by dialysis. *Behaviour Research and Therapy*, 22, s. 563-574.

Nichols, M. P. ve Schwartz, R. C. (1998). *Family Therapy: Concepts and Methods*. Boston: Allyn & Bacon.

Norman, R. A. ve Ruescher, L. (2011). *100 Questions & Answers About Chronic Illness*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett.

Nystuen, P. ve Hagen, K. B. (2006). Solution-focused intervention for sick listed employees with psychological problems or muscle skeletal pain: a randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 6(1), s. 69-77

O'Hanlon, W. H. ve Weiner-Davis, M. (2003). *Solution Oriented Therapy for Chronic and Severe Mental Illness*. New York: Norton.

Okanlı, A. (2005). Hemodiyaliz Hastalarında Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu. S. Özkan (Ed.). *Konsültasyon-liyezon psikiyatrisi psikiyatrik tıp 2002-2004*. İstanbul.

Okyayuz, Ü. H. (2003). Ölümcül hastalık tanısı almak: Bir yaşam krizi. Kötü haber verilmeli mi? *Kriz*, 11(3), s. 29-35.

Osborn, C. J. (1996). *Solution-Focused Brief Therapy in Alcoholism Treatment: The Impact of Clinicians' Views of Alcoholism*. PhD thesis, Ohio University, Athens, Ohio.

Özdemir, İ. ve Balcıoğlu, İ. (1989). Kronik Böbrek Yetmezliğinin Tedavisinin Psikososyal Yönü. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 9(5), s. 358-363.



- Özkan, S. (1993). *Psikiyatrik tıp: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi*. İstanbul.
- Palmer, B. F. (1999). SD in uremia. *Journal of the American Society of Nephrology*, 10, s. 1381-1388.
- Panayotov, P., Strahilov, B. ve Anichkina, A. (2011). Solution-Focused Brief Therapy and Medication Adherence with Schizophrenic Patients. C. Franklin, T. S. Trepper, W. J. Gingerich ve E. E. Mccollum (Ed.). *Solution-focused Brief Therapy: A Handbook of Evidence-Based Practice* (s. 196-202). New York: Oxford University Press.
- Peng, Y.S., Chiang, C.K., Kao, T.W., Hung, K.Y., ... ve Chen W. Y.(2005). Sexual dysfunction in female hemodialysis patients: A multicenter study. *Kidney International*, 68, s. 760-765.
- Peterson, R. A., Kimmel, P. L., Sacks, C. R., Mesquita, M. L., Simmens, S. J. ve Reiss, D. (1991). Depression, Perception of Illness and Mortality in Patients with End-Stage Renal Disease. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 21(4), s. 343-354.
- Pichot, T. (2014). Steve de Shazer. C. G. Franklin (Ed.). *Encyclopedia of Social Work*. New York: NASW and Oxford University Press.
- Proctor, E. K. ve Rosen, A. (2008). From knowledge production to implementation: Research challenges and imperatives. *Research on Social Work Practice*, 18(4), s. 285-291.
- Royal College of Physicians and Royal College of Psychiatrists. (2003). *The Psychological Care of Medical Patients: A Practical Guide*. London: Royal College of Physicians and Royal College of Psychiatrists.
- Quick, E. K. (2008). *Doing What Works in Brief Therapy: A Strategic Solution Focused Approach (2nd ed.)*. San Diego: Academic Press.

- Rasgon, S., James–Rogers, A., Chemleski, B., Ledezma, M., Mercado, L., ... ve Yeoh, H. (1997). Maintenance of employment on dialysis. *Advances in Renal Replacement Therapy*, 4(2), s. 152-159.
- Rasgon, S., Schwankovsky, L., James-Rogers, A., Widrow, L., Glick, J., ve Butts, E. (1993). An intervention for employment maintainence among blue-collar workers with End Stage Renal Disease. *American Journal of Kidney Diseases*, 22(3), s. 403-412.
- Ratner, H., George, E. ve Iveson, C. (2012). *Solution Focused Brief Therapy: 100 Key Ideas and Techniques*. London: Routledge.
- Rideout, E. M., Rodin, G. M. ve Littlefield, C. H. (1990). Stress, social support and symptoms of depression in spouses of the medically ill. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 20, s. 37-48.
- Roberts, J. C. ve Kjellstrand, C. M. (1988). Withdrawal from Chronic Dialysis without Medical Reason. *Acta Medica Scandinavica*, 223(2), s. 181-186.
- Rosen, A., Proctor, E. K., ve Staudt, M. M. (1999). Social work research and the quest for effective practice. *Social Work Research*, 23(1), s. 4-14.
- Rosner, F. (2006). Patient Noncompliance. *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 73(2), s. 553-559.
- Ross, E. K. (1997). *Ölüm ve Ölmek Üzerine* (A. Büyükkal, Çev.). İstanbul: Boyner Yayıncılık.
- Royer, A. (1998). *Life with Chronic Illness: Social and Psychological Dimensions*. Westport, CT: Praeger Publishers.
- Rozeman, D., Gurewicz, S., Blickstein, I., Shoham, Z. ve Bar-Khayım, Y. (1990). Sexual function of women on dialysis. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 19(12), s. 640-644.

- Russo, R. (2002). The role of the renal social worker in the 21st century. *Nephrology News & Issues*, 16(3), s. 38-40.
- Sağduyu, A. ve Erten, Y. (1998). Hemodiyalize giren kronik böbrek hastalarında ruhsal bozukluklar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 9(1), s. 13-22.
- Saleebey, D. (1997). Introduction: Power in the people. *The Strengths Perspective in Social Work Practice*, 2, s. 3-20.
- Saleebey, D. (2001). The diagnostic strengths manual?. *Social work*, 46(2), s. 183-187.
- Saran, R., Bragg-Gresham, J. L., Rayner H.C., Goodkin, D.A., Keen, M.L., van Dijk, P.C. ve diğ. (2003). Nonadherence in hemodialysis: Associations with mortality, hospitalization, and practice patterns in the DOPPS. *Kidney International*, 64(1), s. 254-262.
- Sarıçam, H. (2014). *Çözüm Odaklı Kısa Süreli Yaklaşımına Dayalı Bir Müdahale Programının Ruminasyon Üzerinde Etkisi*. Doktora Tezi, Sakarya Üniversitesi, Sakarya.
- Sayın, Y. ve Kanan, N. (2004). Kanserde psikososyal yaklaşım. *Hemşirelik Dergisi*, 13(53), s. 127-137.
- Seagram, B. C. (1997). *The Efficacy of Solution-Focused Therapy with Young Offenders*. PhD thesis, York University, North York, Ontario.
- Selçuk, N. Y. (1999). Renal replasman tedavileri için hasta seçim kriterleri. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 2, s. 51-55.
- Selekman, M. D. (2005). *Pathways to Change: Brief Therapy with Difficult Adolescents (2nd ed.)*. New York: Guilford Press.
- Sensky, T., Leger, C. ve Gilmour, S. (1996). Psychosocial and cognitive factors associated with adherence to dietary and fluid restriction regimens by people on chronic haemodialysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65(1), s. 36-42.

- Sever, M. Ş. (2001). Kronik Böbrek Yetersizliğine Yeni Bakış Açısı. 3. *Ulusal İç Hastalıkları Kongresi: 26-30 Eylül 2001 – Antalya: Bildiriler* (s. 14-18).
- Seyrek, N. (2001). Gebelik ve Diyaliz Tedavisi. T. Akpolat ve C. Utaş (Ed.). *Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı* (s. 368-371). Kayseri: Anadolu Yayıncılık.
- SFBTA. (2013). *Solution Focused Treatment Manual for Working with Individuals*. Erişim: 15 Ocak 2014, <http://www.sfbta.org/researchdownloads.html>
- Sharry, J., Madden, B. ve Darmody, M. (2003). *Becoming A Solution Detective: Identifying Your Clients' Strengths in Practical Brief Therapy*. Haworth Press.
- Sheafor, B.W. ve Horejsi, C.R (2002). *Techniques and Guidelines for Social Work Practice* (6th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Sheppard, M. (1991). General practice, social work, and mental health sections: The social control of women. *British Journal of Social Work*, 21(6), s. 663-683.
- Shutty, M. S. ve Sheras, P. (1991). Brief strategic psychotherapy with chronic pain patients: Reframing and problem resolution. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 28(4), s. 636-642.
- Siegal, B. R., Witten, B. ve Lundin, A. P. (1994). Patient access and expectations of nephrology social workers. *Nephrology News & Issues*, 8(4), s. 32-33.
- Sklare, G. B. (2013). *Çözüm Odaklı Kısa Süreli Psikolojik Danışma* (4th ed.). (A. Kaya, Çev. Ed.). Ankara: Pegem Akademi.
- Smeltzer, S. C. ve Bare, B. (1996). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing* (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sonneck, G. (2000). Suicide and suicide prevention in Austria. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 112(22), s. 943-946.
- Soykan, A., Boztaş, H., Kutlay, S., Ince, E., Nergizoglu, G., Dileköz, A. Y. ve Berksun, O. (2005). Do sexual dysfunctions get better during dialysis?

Results of a six-month prospective follow-up study from Turkey. *International Journal of Impotence Research*, 17, s. 359–363.

Staudt, M., Howard, M. O., ve Drake, B. (2001). The Operationalization, Implementation, and Effectiveness of the Strengths Perspective: A Review of Empirical Studies. *Journal of Social Work Research*, 27(3), s. 1-21.

Steele, T. E., Wuerth, D., Finkelstein, S., Juergensen, D., Juergensen, P., Kliger, A. S. ve Finkelstein, F. O. (1996). Sexual experience of the chronic peritoneal dialysis patient. *Journal of the American Society of Nephrology*, 7(8), s. 1165-1168.

Streltzer, J., Finkelstein, F., Feigenbaum, H., Kitsen, J. ve Cohn, G. L. (1976). The Spouse's Role in Home Hemodialysis. *Archives of General Psychiatry*, 33(1), s. 55-58.

Şahin, F. (2001). Sosyal hizmette güçler perspektifi ve çözüm odaklı mülakat. *Aile ve Toplum*, (Eylül-Aralık), s. 59-71.

Şahin, F. (2009). Laura Jane Addams: Nobel Barış Ödüllü Bir Sosyal Hizmet Uzmanının Portresi. *Sosyal Dışlanma ve Sosyal Hizmet Sempozyumu: 12-14 Kasım 2009 – Ankara: Bildiriler* (s. 675-682). Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayınları.

Tanyi, R. A. ve Werner, J. S. (2008). Women's experience of spirituality within end-stage renal disease and hemodialysis. *Clinical Nursing Research*, 17(1), s. 32-49.

Taşkın, E. O. (2007). *Stigma, Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama*. İzmir: Meta Yayınları.

Taylor, W. F. (2013). *Effects of Solution-Focused Brief Therapy Group Counseling on Generalized Anxiety Disorder*. PhD thesis, Walden University, Minneapolis, Minnesota.

- Thomas, E. J., ve Rothman, J. (2013). *Intervention Research: Design and Development for Human Service*. Routledge.
- Tomanbay, İ. (1999). *Sosyal Çalışma Sözlüğü: Toplum Bilim, Ruhbilim, Eğitim, Yöntembilim, Nüfus Bilim, Hukuk ve Ekonomi Boyutlarıyla*. Ankara: Selvi Yayınevi.
- Toorians, A. W., Giltay, E. J., Donker, A. J. M. ve Gooren, L. J. G. (1997). Sexual functioning in chronic renal failure. *Seminars in Dialysis*, 10, s. 176–181.
- Tufan, B., Cankurtaran Öntaş, Ö. ve Baykara Acar, Y. (2001). Türkiye’de sosyal hizmet ve sosyal bilim ilişkisine yönelik bir alıntı analizi çalışması. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 12(3), s. 93-102.
- Tuncay, T. (2009). *Genç Kansere Hastalarının Hastalık Deneyimlerinin Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi: Bir Model Önerisi*. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Turan, N. (2012). *Birey ve Ailelerle Sosyal Hizmet*. Ankara: Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Genel Merkezi Yayınları.
- Turner, J. B. (1995). Economic Context and the Health Effects of Unemployment, *Journal of Health and Social Behavior*, 36(3), s. 213-229.
- Sağlık Bakanlığı. (2014). *Diyaliz Kayıt Sistemi İstatistikleri*. Erişim: 18 Aralık 2014, <https://organ.saglik.gov.tr/web/>
- Uysal, R. (2014). *Çözüm Odaklı Kısa Süreli Yaklaşım Dayalı Bir Müdahale Programının Ergenlerde Risk Alma Davranışına Etkisi*. Doktora Tezi, Sakarya Üniversitesi, Sakarya.
- Uzun, Ş., Kara, B. ve İşcan, B. (2003). Hemodiyalize giren kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda uyku sorunları. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 12(1), s. 61-66.

- Ünal, B. (2001). Periton diyalizinde hasta ve ailesinin tedaviye uyumu. *Çınar Dergisi*, 7(2), s. 40-46.
- Viner, R. M., Christie, D., Taylor, V. ve Hey, S. (2003). Motivational/solution-focused intervention improves HbA1c in adolescents with Type 1 diabetes: a pilot study. *Diabetic Medicine*, 20(9), s. 739-742.
- Vourlekis, B. S. ve Rivera-Mizzoni, R. A. (1997). Psychosocial problem assessment and end-stage renal disease patient outcomes. *Advances in Renal Replacement Therapy*, 4(2), s. 136-144.
- Wadsworth, M. E., Montgomery, S. M., ve Bartley, M. J. (1999). The persisting effect of unemployment on health and social well-being in men early in working life. *Social Science & Medicine*, 48(10), s. 1491-1499.
- Walter, J. ve Peller, J. (1992). *Becoming Solution-Focused in Brief Therapy*. New York: Brunner/Mazel, Inc.
- Watkins, S. J. (1992). Unemployment and Health. *World Health*, Nov-Dec, s. 18-19.
- Weich, S. ve Lewis, G. (1998). Poverty, unemployment, and common mental disorders: population based cohort study. *British Medical Journal*, 317(7151), s. 115-119.
- Weick, A., Rapp, C., Sullivan, W.P. ve Kisthardt, W. (1989) A strengths perspective for social work practice, *Social Work*, 34(4), s. 350-354.
- Wellard, S. (1992). The nature of dilemmas in dialysis nurse practice. *Journal of Advanced Nursing*, 17(8), s. 951-958.
- White, Y. ve Grenyer, B. F. (1999). The biopsychosocial impact of end-stage renal disease: the experience of dialysis patients and their partners. *Journal of Advanced Nursing*, 30(6), s. 1312-1320.
- Wolcott, D. I. (1991). Psychiatric aspects of renal dialysis and organ transplantation. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 9(4), s. 623-640.

Woods, A., Berzoff, J., Cohen, L. M., Cait, C. A., Pekow, P., German, M., ve Poppel, D. (1999). The family perspective of end-of life care in End Stage Renal Disease: The role of the social worker. *Journal of Nephrology Social Work*, 19, s. 9-21.

Woods, J. D., Port, F. K., Orzo, S., Buoncrisiani, U., Young, E., Wolfe, R.A. ve Held, P. J. (1999). Clinical and biochemical correlates of starting “daily” hemodialysis. *Kidney International*, 55, s. 2467-2476.

Yılmaz, T., Fidan, F. ve Karataş, V. (2004). İşsizliğin-Sosyo-Psikolojik Sonuçları. *İstanbul Üniversitesi Sosyal Siyaset Konferansları*, 48, s. 163-183.

Zastrow, C. (2010). *Introduction to Social Work and Social Welfare: Empowering People* (10th ed.). Brooks/Cole Cengage Learning.



## EK 1

## KATILIMCI BİLGİ FORMU

Bu araştırma Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı'nda gerçekleştirilmekte olan Doktora çalışması kapsamında yürütülmektedir. Araştırmaya katılmak zorunluluğu olmamakla birlikte, araştırmaya destek vermeniz kronik böbrek yetmezliğine sahip bireylerin psikososyal uyumlarının sağaltımına katkı sağlayacaktır. Lütfen size en uygun gelen seçeneğe **X** işareti koyunuz. Sorulara çekinmeden ve içtenlikle yanıt veriniz. Vereceğiniz bilgiler sadece bilimsel amaçlı kullanılacaktır.

Arş. Gör. Oğuzhan Zengin

**Ad Soyad:**

**Tarih:**

## BÖLÜM 1: KİŞİSEL BİLGİLER

## 1. Cinsiyetiniz nedir?

Erkek	Kadın

## 2. Yaşınız nedir?.....

## 3. Yaşadığınız yer aşağıdakilerden hangisidir?

Köy	Kasaba-İlçe	Kent Merkezi

## 4. Eğitim durumunuz nedir?

Okuryazar değil	
Diplomasız okuryazar	
İlkokul-Ortaokul Mezunu	
Lise Mezunu	
Üniversite ve üstü	

## 5. Ailenizin yapısı nasıldır?

Geniş Aile [Büyükanne, büyükbaba, anne, baba ve çocuklar]	
Çekirdek Aile [Anne, baba ve çocuklar]	
Tek Ebeveynli Aile [Anne veya baba ve çocuklar]	

6. Hanenizde siz dahil kaç kişi yaşamaktadır?.....

7. Kaç çocuğunuz var?.....

8. Mesleğiniz nedir?

Herhangi bir işte çalışmıyor	
Serbest Meslek	
İşçi	
Memur	
Emekli	
Diğer (Belirtiniz...).....	

9. Evinize giren aylık toplam gelir ne kadardır?

0-800 arası	802-1600 arası	1601-2400 arası	2401-3200 arası	3201 ve üstü

10. İkamet edilen konutun türü nedir?

Gecekondu	
Müstakil	
Apartman dairesi	
Apt. Görevlisi	
Diğer (Belirtiniz...).....	

## BÖLÜM 2: DİYALİZ ÖZELLİKLERİ

11. Böbrek yetmezliği dışında aşağıdaki hastalıklardan birine sahip misiniz?

( )Hiçbiri ( )Hipertansiyon ( )Diyabet ( )Tüberküloz

( )Kanser ( )Kalp/damar ( )Diğer.....

12. Ne kadar süredir diyalize giriyorsunuz?.....

13. Haftada kaç kez diyalize giriyorsunuz?

( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5

14. Bir diyaliz seansınız kaç saat sürüyor?.....

15. Diyaliz seansına gitmediğiniz oluyor mu?

Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman

**16. İlaçlarınızı düzenli bir şekilde kullanıyor musunuz?**

Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman

**17. Diyet programınıza dikkat ediyor musunuz?**

Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman

**18. Diyaliz seansına giderken refakatçiniz oluyor mu?**

Evet     Hayır

**19. Böbrek nakli yaptırmayı düşünüyor musunuz?**

Düşünüyorum

Düşünmüyorum

Daha önce başvurduğum

## EK 2

## HASTALIĞA PSİKOSOSYAL UYUM - ÖZ BİLDİRİM ÖLÇEĞİ (PAIS-SR)

## BÖLÜM –I SAĞLIK BAKIMINA UYUM

**1. Aşağıdakilerden hangisi sağlığınıza dikkat etmek konusundaki genel tutumunuzu en iyi tanımlar?**

Sağlığımla çok ilgiliyim ve kendi sağlığıma çok dikkat ederim.	
Sağlığımla korumam için gerekenlere çoğu zaman dikkat ederim.	
Genellikle sağlığımla ilgili konulara dikkat etmeye çalışırım, fakat bazen ilgilenmeye fırsatım olmuyor.	
Sağlığıma dikkat etmek pek fazla üzerinde durduğum bir konu değildir.	

**2. Şu anda mevcut hastalığınız muhtemelen kendinize özel bir bakım ve dikkat gerektiriyor olabilir. Bu konudaki tutumunuzu en iyi belirten seçeneği işaretleyiniz.**

Her zaman yaptığım şeyleri yeterince yapıyorum ve hastalığım ile ilgili özellikle bir kaygı duymuyorum.	
Kendimi korumak için doğru olduğuna inandığım her şeyi yapmaya çalışırım, fakat çoğu zaman ya unutuyorum, ya da yorgun veya meşgul oluyorum.	
Şimdiki hastalığım ile ilgilenecek çok iyi bir iş yapıyorum.	
Hastalığım için gereken her şeye büyük özen gösteriyorum ve kendimi koruyabilmem için gereken her şeyi yapıyorum.	

**3. Genel olarak şu anki tıbbi bakımın kalitesi ve bu hizmeti veren hekimler hakkında neler düşünüyorsunuz?**

Tıbbi bakım hiç bu kadar iyi olmamıştı ve görevli doktorlar işlerini mükemmel yapıyorlar.	
Şu andaki tıbbi bakımın kalitesi çok iyi, fakat geliştirilmesi gereken bazı alanlar vardır.	
Doktorlar ve tıbbi bakım kesinlikle daha öncekiler ile aynı kalitede değil.	
Bugünkü doktor ve tıbbi bakıma fazla güvenim yok.	

**4. Şu andaki hastalığınız esnasında hem doktorlar, hem de diğer tıbbi personel tarafından size bir tedavi uygulandı. Doktorlar ve diğer personel hakkındaki görüşleriniz nedir? Size uyguladıkları tedaviyi nasıl buluyorsunuz?**

Tedaviden hiç memnun değilim, personelin benim için yapılması gereken her şeyi yaptıklarını düşünmüyorum.	
---	--

Uygulanan tedaviyi beğenmedim, ama sanırım bu onların yapabileceklerinin en iyisi.	
Bazı problemler olmasına rağmen bir bütün olarak, uygulanan tedavi oldukça iyi idi.	
Uygulanan tedavi ve tıbbi personel mükemmeldi.	

**5. Hastalık durumunda her insan hastalığı ile ilgili olarak farklı şeyler bekler ve farklı tutum ve davranışlar gösterir. Sizin hissettiklerinize en uygun olan seçeneği işaretleyiniz?**

Bu hastalığın üstesinden gelebileceğimden eminim ve yarattığı tüm sorunları en kısa zamanda halledip tekrar eskisi gibi olacağım.	
Hastalığım bende bazı sorunlara yol açtı, ancak bunları çok kısa sürede halledeceğimi ve tekrar eski haline döneceğimi düşünüyorum.	
Hastalığım hem ruhsal, hem de fiziksel olarak beni altüst etti, fakat bunun üstesinden gelmek için çok çaba harcıyorum, bir gün eski günlerdeki halime kavuşacağıma eminim.	
Hastalığım yüzünden çok yıprandım ve güçsüz kaldım, gerçekten bu, işin üstesinden gelip gelemeyeceğimi bilemediğim zamanlar oluyor.	

**6. Hastalanmak insanı karmakarışık bir duruma sokan bir deneyimdir ve bazı hastalar, hastalıkları hakkında doktor ve diğer tıbbi personelden yeterli bilgi alamadıklarını düşünürler. Bu konuda sizin hissettiklerinizi en iyi açıklayan seçeneği işaretleyiniz.**

Onlara defalarca sormama rağmen doktorum ve diğer tıbbi personel hastalığım hakkında bana çok az şey açıkladılar.	
Hastalığım hakkında bazı şeyler biliyorum, ama daha fazlasını bilmek isterdim.	
Hastalığım hakkında genel bir kaniya sahibim ve daha fazlasını bilmek istersem her zaman bilgi alabileceğimi biliyorum.	
Hastalığım bana bir bütün olarak anlatıldı, doktorum ve diğer tıbbi personel bilmeyi istediğim her şeyi tüm detayları ile açıkladılar.	

**7. Sizin hastalığınız gibi hastalığı olan insanların kendilerine uygulanan tedaviden ve bu tedaviden beklentileri hakkında farklı düşünceleri olabilir. Size uygulanan tedaviden bekledikleriniz hakkında aşağıdaki seçeneklerden size en uygun olanı seçiniz.**

Doktorumun ve tıbbi personeli tedavinin yönlendirilmesi konusunda çok başarılı olduklarına inanıyorum ve bu tedavi şimdiye kadar bana uygulanan tedavilerin en iyisi.	
Uyguladıkları tedavi yöntemi açısından doktoruma güvenmekle birlikte bazen bu konuda şüphelerim olabiliyor.	
Tedavimin çok tatsız olan bazı bölümlerinden memnun değilim, fakat doktorlarım bir süre daha bu şekilde devam etmem gerektiğini söylüyorlar.	

Pek çok kez tedavimin hastalıktan daha beter olduğunu düşünüyorum, bu şekilde devam etmeye degeceğine emin değilim.	
---	--

**8. Sizin hastalığınız gibi hastalığı olan hastalara tedavileri konusunda farklı oranda bilgi verilmektedir. Aşağıdaki seçenekler içinden tedaviniz hakkında size verilen açıklama ve bilgilerin derecesini en iyi ifade edeni seçiniz.**

Tedavim hakkında neredeyse hiç bir açıklamaya yapılmadı ve bunun ile ilgili kendi halime bırakıldığımı hissediyorum	
Tedavim hakkında biraz bilgim var, ama bilmeyi istediğim kadar değil.	
Tedavim hakkında bildiklerim oldukça yeterli, fakat hala bilmek istediğim bir iki şey var.	
Tedavimle ilgili bilgimin tam ve güncel olduğunu düşünüyorum.	

## **BÖLÜM II MESLEK/İŞ ÇEVRESİ**

**1. Hastalığınız mesleğinizi/ okulunuzu/ ev işlerinizi vb. yapmanızı engelledi mi?**

Mesleğimi vb. şeyleri yapmamla ilgili bir sorun yok.	
Bazı sorunlar ama bunlar ufak şeyler.	
Bazı ciddi sorunlar var.	
Hastalığım mesleğimi vb. uygulamamı tamamen engelliyor.	

**2. Şu an mesleğiniz / çalışmalarınız / ev işlerinizi yapabilmek açısından fiziksel performansınız ne kadar iyi?**

Kötü durumda	
Pek iyi değil	
Yeterli	
Çok iyi	

**3. Son 30 gün içerisinde hastalığınıza bağlı olarak hiç iş günü kaybınız oldu mu?**

Üç gün ve daha az	
Bir hafta	
İki Hafta	
İki haftadan daha çok	

**4. Şu an sizin için işiniz (okulunuz) hastalanmadan önceki kadar önemli mi?**

Şu an az önemli veya hiç önemi yok	
Oldukça az bir öneme sahip	
Eskiye göre biraz önemini yitirdi	
Aynı veya daha önemli	

**5. Yaşadığınız hastalığın bir sonucu olarak mesleğiniz / işleriniz vb. ile ilgili amaçlarınızda bir değişiklik oldu mu?**

Amaçlarımda değişiklik yok.	
Amaçlarımda çok az bir değişiklik oldu.	
Amaçlarım önemli ölçüde değişti.	
Amaçlarımı tamamen değiştirdim.	

**6. Hasta olmanızdan bu yana arkadaşlarınız, komşularınızla olan sorunlarda bir artış fark ettiniz mi?**

Sorunlarda büyük artış var	
Sorunlarda orta derecede bir artış var	
Sorunlarda az ölçüde bir artış var	
Herhangi bir sorun yok veya mevcut sorunlarda artış yok	

**BÖLÜM III AİLE ÇEVRESİ**

**1. Hastalanmanızdan bu yana eşinizle (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişi ile) olan ilişkilerinizi nasıl tanımlarsınız?**

İyi	
Fena değil	
Kötü	
Çok kötü	

**2. Yaşamınızdaki, çevrenizdeki diğer insanlarla olan ilişkilerinizi genel olarak nasıl tanımlarsınız (çocuklar, akrabalar vb.)?**

Çok kötü	
Kötü	
Fena değil	
İyi	

**3. Hastalığınız evle ilgili iş ve sorumluluklarınızı ne ölçüde engelledi?**

Bir engelleme olmadı.	
Bazı problemler var üstesinden kolayca gelinebilir.	
Orta derecede bazı problemler var, bazıları hallolabilecek gibi değil	
Evle ilgili sorumluluklarımla ilgili son derece ciddi problemler var.	

**4. Hastalığınız nedeniyle ev işleri ve diğer sorumluluklarınızda yaşadığınız sorunlarda aileniz size nasıl yardımcı oldu?**

Ailem bu sorunların halledilmesi konusunda başarılı olamadı	
Ailem bu sorunların halledilmesi için çaba gösterdi, ama bazı sorunları halledemediler	
Ailem genelde yardımcı oldu, yapamadıkları bir iki ufak şey kaldı	
Bu konuda bir sorun yok	

**5. Hastalığınız aile üyeleri ile sizin aranızdaki iletişimin azalmasına neden oldu mu?**

İletişimde bir azalma yok	
Çok az ölçüde azalma oldu.	
İletişimde bir azalma oldu, onlardan biraz uzaklaştığımı düşünüyorum.	
İletişimimiz önemli ölçüde azaldı, kendimi çok yalnız hissediyorum	

**6. Sizin gibi hastalığı olan bazı insanlar günlük sorunların çözülmesi konusunda çevresindeki insanlardan (arkadaşlar, komşular, aile vb.) bazı yardımlar beklerler. Böyle bir yardıma ihtiyacınız olduğunu düşünüyor musunuz, böyle bir yardım desteği sağlayan birileri var mı?**

Yardıma gerçekten ihtiyacım var, ama etrafımda bana yardım edecek insanı nadiren bulabiliyorum.	
Biraz yardımcı oluyorlar her zaman güvenilebilecek ölçüde değil.	
Her zaman olamamakla birlikte çoğunlukla gereken yardımı görüyorum.	
Yardıma ihtiyacım olduğumu sanmıyorum, olsa da yardımcı olacak ailem ve dostlarım var.	

**7. Hastalığınız sizde fiziksel bir yetersizliğe yol açtı mı?**

Herhangi bir fiziksel yetersizliğe yol açmadı	
Az ölçüde fiziksel yetersizliğe yol açtı	
Orta ölçüde fiziksel yetersizliğe yol açtı	
Önemli ölçüde fiziksel yetersizliğe yol açtı	

**8. Sizininki gibi bir hastalık aile bütçesinde bazı sarsıntılara yol açabilir. Hastalığınız için gereken maddi kaynakları temin etmede zorluk çekiyor musunuz?**



Önemli ölçüde maddi sıkıntılarım var	
Orta derecede maddi problemlerim var	
Çok az maddi problemim var	
Para ile ilgili bir problemlerim yok	

## BÖLÜM IV CİNSEL İLİŞKİLER

**1. Bir hastalığa yakalanmak kimi zaman yaşanan bir ilişkiyi zedeleyebilir. Hastalığınız eşinizle olan ilişkilerinizde (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişi ile olan ilişkilerinizde) herhangi bir probleme yol açtı mı?**

İlişkimizde herhangi bir değişiklik olmadı.	
Hastalanmamdan bu yana birbirimize olan yakınlığımız biraz azaldı.	
Hastalanmamdan bu yana yakınlığımız kesinlikle daha azaldı.	
Hastalanmamdan bu yana ilişkimizde ciddi problemler hatta kesilmeler oldu.	

**2. Hastalığa yakalanan insanlar cinsel aktivitelere olan ilgilerinde bir azalma olduğunu belirtirler. Hastalığınız süresince cinsel ilgi ve isteğinizde bir azalma oldu mu?**

Hasta olmamdan bu yana kesinlikle hiç bir cinsel istek duymuyorum.	
Cinsel istekte belirgin azalma var.	
Cinsel istekte hafif bir azalma var.	
Cinsel istekte hiç bir azalma yok.	

**3. Hastalıklar bazen cinsel aktivitelere bir azalmaya yol açar. Bu konuda bir azalma oldu mu?**

Cinsel aktivitede bir azalma yok.	
Cinsel aktivitelerde çok az ölçüde bir azalma var.	
Cinsel aktivitelerde önemli ölçüde bir azalma var.	
Cinsel aktiviteler tamamen durdu.	

**4. Cinsellikten normal olarak duyduğunuz tatmin ya da zevk açısından herhangi bir değişiklik var mı?**

Cinsel zevk ve tatmin tamamen kayboldu.	
Cinsel zevk ve tatminde önemli ölçüde bir kayıp var.	
Cinsel zevk ve tatminde çok az ölçüde bir kayıp var.	
Cinsel tatminde bir değişiklik yok	

**5. Bazen hastalıklar sebebiyle her ne kadar cinsel istek duymada bir değişiklik olmasa da kimi aksama ve düzensizlikler oluşabilir. Sizin başınıza böyle bir durum geldi mi, geldiyse hangi ölçüde?**

Cinsel performansında bir değişiklik yok.	
Cinsel performansıyla ilgili ufak problemler var.	
Önemli cinsel problemlerim var.	
Cinsellikten tamamen koştum.	

**6. Hastalıklar eşler (partner) arasındaki cinsel ilişkileri engelleyebilmektedir, ya da bu konuda bazı fikir ve duygu ayrılıkları yaratabilmektedir. Bu konuda eşinizle (partnerinizle) aranızda farklı görüş ve duygular var mı ve ne derecede?**

Sürekli görüş ayrılıkları mevcut.	
Bu konuda yoğun farklılıklar var.	
Bazı farklılıklar var.	
Bu konuda hiç bir görüş ve farklılık yok	

## **BÖLÜM V GENİŞ AİLE İLİŞKİLERİ**

**1. Hastalığınız süresince hane dışında yaşayan aile üyeleri ve akrabalarınız ile kişisel olarak ya da telefon ile temas kurup konuştunuz mu?**

Görüşmeler aynı biçimde yada biraz daha yoğun oldu	
Görüşmeler biraz azaldı.	
Görüşmeler belirgin olarak azaldı	
Hastalık süresince hiç görüşmedik	

**2. Hastalığınız süresince aile üyeleri ve akrabalarınızla yakınlaşma isteğiniz onlara olan ilginiz ne ölçüde, ne düzeyde?**

Onlarla bir araya gelme konusunda bir isteğim olmadı, ya da çok az bir istek oldu.	
Öncekine oranla onlara olan ilgi ve isteğim çok azaldı	
İlgim biraz azaldı	
İlgi ve isteğim aynı yada hastalığım süresince daha arttı	

**3. İnsanlar hastalandığında aile üyeleri ve akrabalarının desteğine sığınma ihtiyacı hissederler. Siz onların fiziki yardıma ihtiyaç duyduğunuzda onlarda destek görebiliyor musunuz, onlar bu desteği size gösterebiliyorlar mı?**

Yardıma ihtiyacım yok, istediğim yardımı zaten veriyorlar.	
Bazı küçük şeyler hariç yeterince yardımcı oluyorlar.	

Yardım ediyorlar ama yeterince değil.	
Çok ihtiyacım olmasına rağmen çok az yardımcı oluyorlar, ya da hiç yardım etmiyorlar.	

**4. Bazı insanlar hane dışında yaşayan aile üyeleri ve akrabaları ile çok sık görüşürler. Görüşmeleriniz ne ölçüdedir, hastalığınız görüşme sıklığında bir azalmaya yol açtı mı?**

Görüşmeler önemli ölçüde yok oldu.	
Görüşmeler önemli ölçüde azaldı.	
Görüşmeler biraz azaldı.	
Görüşmelerimiz hastalıktan az etkilendi veya hiç etkilenmedi.	

**5. Genel olarak bu insanlarla aranız nasıl?**

İyi	
Fena değil	
Kötü	
Çok kötü	

## BÖLÜM VI SOSYAL ÇEVRE

**1. Bu hastalık öncesine göre boş zaman uğraşlarınız ve hobilerinizle eskisi gibi ilgilenbiliyor musunuz?**

İlgim tıpkı eskisi gibi	
Eskisine göre biraz daha az	
Eskisine göre önemli ölçüde az	
Az yada hiç ilgim kalmadı	

**2. Bu tür etkinliklere katılımınız nasıl? Hala eskisi gibi uğraşlarınıza devam edebiliyor musunuz?**

Katılımım çok az, yada hiç yok.	
Katılımım önemli derecede azaldı.	
Katılımım ölçüde bir azalma gösterdi.	
Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı.	

**3. Ailenizle birlikte boş zaman etkinliklerine (iskambil oyunları, küçük seyahatler, piknikler vb.) hasta olmadan önce olduğu kadar ilgi duyuyor musunuz?**

İlgim eskisi kadar	
Eskisine göre biraz daha az	
Eskisine göre önemli ölçüde düşük	

İlgim çok az, ya da ilgim kalmadı	
-----------------------------------	--

**4. Bu etkinliklere eskiden olduğu gibi aynı ölçüde katılabiliyor musunuz?**

Katılımım çok az, yada şu anda hiç bir katılımım yok.	
Katılımım önemli ölçüde azaldı.	
Katılımım biraz azaldı.	
Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı.	

**5. Hastalığınız süresince sosyal faaliyetlere olan ilginizi devam ettirebildiniz mi? (sosyal kulüpler, dini faaliyetler, sinema)**

İlgim tıpkı eskisi gibi	
Eskisine göre daha az	
Eskisine göre önemli ölçüde az	
İlgim çok az, yada ilgim kalmadı	

**6. Bu faaliyetlere olan katılımınız nasıl, arkadaşlarınızla hala dışarı çıkabiliyor ve bu etkinlikleri yapabiliyor musunuz?**

Katılımım çok az, ya da yok	
Katılımım önemli derecede azaldı	
Katılımım biraz azaldı	
Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı	

**BÖLÜM VII PSİKOLOJİK ALAN**

**1. Son zamanlarda korku, gerginlik, sinirlilik ya da huzursuzluk hissettiğiniz oldu mu?**

Olmadı	
Çok az	
Oldukça fazla	
Aşırı derecede	

**2. Son zamanlarda kendinizi üzgün, sıkıntılı, ilgisiz ve mutsuz hissettiğiniz oldu mu?**

Aşırı derecede	
Oldukça fazla	
Çok az	
Olmadı	

**3. Son zamanlarda öfkeli, sinirli olma, heyecanınızı kontrol etmede güçlü çekme gibi şeyler hissettiğiniz oldu mu?**

Olmadı	
Çok az	
Oldukça fazla	
Aşırı derecede	

**4. Son zamanlarda kendinizi çok suçladığınız, suçlu hissettiğiniz ya da insanları kendinizden küçük gördüğünüz oldu mu?**

Aşırı derecede	
Oldukça fazla	
Çok az	
Olmadı	

**5. Son zamanlarda hastalığınız ya da başka sorunlar hakkında çok endişe duyduğunuz oldu mu?**

Olmadı	
Çok az	
Oldukça fazla	
Aşırı derecede	

**6. Son zamanlarda kendinizi aşağıladığınız ya da daha az değerli bulduğunuz oldu mu?**

Aşırı derecede	
Oldukça fazla	
Çok az	
Olmadı	

**7. Son zamanlarda hastalığınızın sizi çirkinleştirdiğini, çok daha az çekici hale getirdiğini hissettiğiniz oldu mu?**

Olmadı	
Çok az	
Oldukça fazla	
Aşırı derecede	

### EK 3

#### GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU

“Çözüm Odaklı Kısa Terapiye Dayalı Sosyal Hizmet Müdahalesinin Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Psikososyal Uyum Düzeylerine Etkisi” adlı çalışmayı yürütmekteyim. Araştırmanın amacı, sosyal hizmet müdahalesi aracılığıyla Kronik Böbrek Yetmezliği hastalarının psikososyal uyum düzeylerini artırmaktır. Bu konu bağlamında bu durumu bizzat deneyimleyen bir birey olarak sizinle çalışmak istemekteyiz. Sizinle gerçekleştireceğimiz çalışmanın bulguları Kronik Böbrek Yetmezliği hastalığının tedavisine psikososyal boyutta önemli bir katkı sağlayacaktır. Bununla birlikte araştırmaya katılıp katılmamakta özgürsünüz.

Görüşmelerimiz, 4 ile 6 kez yaklaşık 1'er saat olmak üzere yaklaşık 4 - 6 saat sürecektir. Ayrıca görüşmemiz söylediklerinizin unutulmaması ve görüşmenin akıcılığının bozulmaması amacıyla ses kayıt cihazıyla kaydedilecektir. Sizden kimlik bilgileriniz istenmemektedir. Kişisel bilgileriniz araştırma raporunda yer almayacaktır. Sizlere takma bir isim verilecek ve görüşleriniz bu isimle çalışmada sunulacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Tüm bu bilgilerin ardından araştırmaya kendi isteğinizle katılmak istiyorsanız, aşağıda sizinle ilgili yerleri doldurup imzalayınız.

Tarih:

**Katılımcı:**

Adı, soyadı:

İmza:

**Araştırmacı:**

Adı, soyadı:

İmza:

## EK 4

### ÖRNEK ÇÖZÜM ODAKLI KISA TERAPİYE DAYALI SOSYAL HİZMET MÜDAHALESİ

**Müracaatçının Rumuzu:** Eren Bey

**Görüşme No:** 1

**Tarih:** 07.08.2014

**Seans Süresi:** 20 dakika

#### **Müracaatçı Hakkında Kısa Bilgi**

Eren Bey 42 yaşında, erkek, evli ve bir çocuk sahibidir. Eren Bey, babası, bir erkek ve bir de kız kardeşiyle aynı evi paylaşmaktadır. Herhangi bir gelir getirici faaliyette bulunmamakta olan Eren Beye müdahale öncesi PAIS-SR uygulanmış ve müracaatçı bu ölçekten 99 puan (kötü psikososyal uyum) almıştır. Ölçeğin detaylı puanlaması aşağıdaki gibidir.

Hasta adı	Sağlık Bakımı	Meslek /İş Çevresi	Aile Çevresi	Cinsel İlişkiler	Geniş Aile İlişkileri	Sosyal Çevre	Psikolojik Alan	PAIS Genel
Eren (42)	15	12	17	13	10	17	15	99

#### **PLAN**

Çözüm odaklı kısa terapinin en çok önem atfettiği aşama olan ilk görüşmede;

1. Eren Beyin sorununu kısa bir biçimde ifade etmesi,
2. Ardından müracaatçının terapideki amacının belirlenmesi için mucize sorusunun kullanılması,
3. Sorunun gözlemlenmediği ve de hissedilmediği zamanlar olan istisnaların tespit edilmesi,

4. Müracaatçının ilgi alanlarının, güçlerinin ve başatme mekanizmalarının keşfi
5. Müracaatçıya derecelendirme sorusu sorularak hâlihazırda bulunduğu durumu kendisinin nasıl gördüğünün ve müdahale sonunda ulaşmak istediği noktanın belirlenmesi,
6. Seans esnasında ve sonunda müracaatçıya birkaç övgüde bulunulması,
7. Bir sonraki seans için ulaşılmak istenen hedefler doğrultusunda birkaç küçük ödev verilmesi planlanmaktadır.

SÜREÇ	TEKNİK
<p><b>Uzman:</b> Sizce ben neden sizinle görüşmek istedim?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Psikolojik, ruhsal sonuçlar açısından.</p> <p><b>Uzman:</b> Peki görüşmelerimizden nasıl bir sonuç almak istiyorsunuz?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> İyi bir sonuç çıkarsa sevinirim. Çünkü artık ben de mutlu olmak istiyorum yani.</p> <p><b>Uzman:</b> Peki sizin için iyi bir sonuç nedir?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Yani benim mutlu olmamı, hayata tutunmamı sağlamak.</p> <p><b>Uzman:</b> Peki mutlu olmanız için sizce ne olmalı? Ne yaparsanız mutlu olursunuz?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Yani hayatta böyle arkadaşlarla normal bir insan gibi gezmek, dolaşmak, aktivitelere katılmak...</p> <p><b>Uzman:</b> Evet.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Yani onların yaptığı şeyler gibi. Öyle günümün diyalizde geçmemesi. Hayatımın yarısı diyalizde geçiyor işte bir şey yapamıyorsun. İş yapamıyorsun.</p> <p><b>Uzman:</b> Peki diyaliz seanslarını esnasında ne yapıyorsunuz? Nasıl geçiriyorsunuz seansları?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Seansı genelde uyuyarak geçiriyorum yoksa çok zor. Geçmiyor zaman.</p> <p><b>Uzman:</b> Haftada üç gün mü giriyorsunuz diyalize?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Haftada üç gün.</p> <p><b>Uzman:</b> Dörder saat?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Dörder saat.</p>	<p>Görüşme amacının belirlenmesi- ne yönelik sorular</p>





<p><b>Müracaatçı:</b> İyi olan 10 mu yoksa?</p> <p><b>Uzman:</b> 10 en iyi. 0 en kötü</p> <p><b>Müracaatçı:</b> 2 diyelim. Şuan yeni başladık.</p> <p><b>Uzman:</b> Şuan 10 üzerinden 2'deyiz o halde. 10 da sizin en mutlu olduğunuz nokta. Terapi sonucunda kaç puanda olmayı istersiniz?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> 7-8'e ulaşırsam iyi olur.</p> <p><b>Uzman:</b> Peki en son ne zaman dışarı çıktınız, gezdiniz bu anlattığınız tarzda?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Bayramdan önce.</p> <p><b>Uzman:</b> Kiminle çıktınız?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Eşimle bayram için şeker meker almaya ulusa 1-2 saatliğine dışarı çıkmıştık.</p> <p><b>Uzman:</b> Dışarı çıktığınızda kendinizi nasıl hissetmiştiniz?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> İyi yani. Dışarıda kalabalığın içinde insanları görmek, onların yaşayışını görüp onlarla beraber böyle gezmek iyi oluyor. Alışveriş yapmak iyi oluyor.</p> <p><b>Uzman:</b> Alışveriş yapmayı seviyorsunuz.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Evet.</p> <p><b>Uzman:</b> Peki kendinizi iyi hissettiğiniz, bu sorunlarınızı hiç hissetmediğiniz başka hangi zamanlar var? Örneğin ne yaparken, nerde, nasıl bu sorunları, her şeyi unutuyorsunuz?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Mesela eniştem var onlarla bazen haftasonu pikniğe gideriz, mangal yaparız. O zaman mutlu olurum hiçbir sorun aklıma gelmez, unuturum. Sevdiğim komik bir dizi izlerken, eşimle oğlumla AVM'lere gidince alışveriş yapıp yemek yiyince...</p> <p><b>Uzman:</b> Peki bu çıkışlarınız, en son bayramdan önce dışarı çıkmıştım demiştiniz. Ayda kaç kez dışarı çıkıyorsunuz? Ya da haftada?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Yani haftada bir çıkardım da şimdi işte üç haftadır ameliyat oldum parmaklarım alındı.</p> <p><b>Uzman:</b> Geçmiş olsun.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> O yüzden üç haftadır bir bayramda çıktım sadece.</p> <p><b>Uzman:</b> Bu sizin yürüyüşünüzü engelledi o zaman.</p>	<p>İstisnaların tespit edilmesine yönelik sorular</p>
--	---

<p><b>Müracaatçı:</b> Engelledi çünkü ağrı yapıyor basınca. O yüzden şimdi iyileşmesini bekliyoruz. Daha yara açık yani. Normalde hafta bir iki defa çıkardım.</p> <p><b>Uzman:</b> Normalde haftada bir iki.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Evet.</p> <p><b>Uzman:</b> Şuan biraz dinlenme sürecine girdiniz</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Şuanda çıkamıyorum işte. Evde kaldım.</p> <p><b>Uzman:</b> O halde sizin bu çalışmadaki amacınız mutlu olmak için daha fazla sosyal olmak anladığım kadarıyla.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Evet. Daha sosyal.</p> <p><b>Uzman:</b> Sosyal olmaktan mutluluk duyuyorsunuz insanlarla vakit geçirmek size iyi geliyor.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Çevremdeki eş dost arkadaş akrabaların eskisi gibi ilgilenmelerini, gelip gitmelerini istiyorum. Hastalıkla birlikte herkesle koptum.</p> <p><b>Uzman:</b> Peki bu kopukluğu gidermek için ne yapmanız gerekir?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Sağlığımın biraz düzelmesi gerekir, şuanda ben onlar gibi aktif değilim, pasifim yani çok pasif durumdayım. Onlara ayak uyduramıyorum. Ayak uydurursam düzeler gibi geliyor.</p> <p><b>Uzman:</b> Sağlığınızın düzelmesi için...</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Sağlık işte. Sağlık durumum el vermiyor.</p> <p><b>Uzman:</b> Sağlığınızın düzelmesi için doktorunuzun tavsiyelerini uyguluyor musunuz?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Pek uygulamıyorum yani. Yok hiç uygulamıyorum. Zaten olduğumuz bölümdeki doktorlar çok ilgilenmiyor hastalarla. Ayda bir gelip kan sonuçlarına bakıp gidiyorlar.</p> <p><b>Uzman:</b> Ama siz, size neyin iyi geldiğini, neyin kötü geldiğini biliyorsunuz. Siz aslında sağlığınızın, kendi kendinizin bir tür doktorunuz.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Yani dikkat etmeye çalışıyorum. Fazla sıvı almamaya...</p> <p><b>Uzman:</b> Evet.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Yasak yiyecekleri yememeye...</p> <p><b>Uzman:</b> Balık, muz vesaire yemiyorsunuz.</p>	<p>Amacın olumlu bir biçimde ifade edilmesi</p> <p>Müracaatçının kendi çözümlerini üretmesine yönelik sorular</p>
---	---

**Müracaatçı:** Bulgur, muz, kavun, kayısı bu gibi yiyecekler yasak zaten. Bunları yememeye, zaten yemiyorum hiç.

**Uzman:** Evet.

**Müracaatçı:** Bunlara dikkat ediyom. Diyetime dikkat ediyom da. Yasak olan yiyecekleri yemiyom. Bi de normalde iştahım hiç yok. Hiç yemek de yiyemiyom.

**Uzman:** Evet.

**Müracaatçı:** Bir kahvaltı ederim günlük akşama kadar onla, ya bi tas çorba içerim ya içmem.

**Uzman:** Peki doktorların dediklerini çok hatta hiç yapmıyorum dediniz. Bunlar ne? Yapmadıklarınız?

**Müracaatçı:** Yani kola içiyorum içme diyor. Asitli içecekler içme diyor, soda moda filan ben içiyorum. İçme dedikleri halde ben içiyorum.

**Uzman:** Sigara var mı?

**Müracaatçı:** Sigara var.

**Uzman:** Ne kadar sıklıkla?

**Müracaatçı:** Günde bir paket içiyorum.

**Uzman:** Günde bir paket... Bayağı da çokmuş.

**Müracaatçı:** İşte bunları yapma diyorlar ben yapıyorum. Ondan sonra başka yapma dedikleri... Başka bişe demiyolar işte. Pek doktor gelip yani bizi şey yapmıyor. Ayda bir gelip kan sonuçlarına bakıyor. Fosforun yüksekse şunu yeme bunu yeme deyip gidiyor, Potasyumun yüksekse şunu yeme bunu yeme deyip gidiyor. Yani çok ilgi gösterilmiyor hastalara.

**Uzman:** Peki aile içi ilişkileriniz, yani eşiniz, çocuklarınız, kardeşleriniz, babanızla aranız nasıl?

**Müracaatçı:** İyi yani eşim ve oğlumla devamlı sohbet ederim, konuşurum. Kardeşlerimle pek konuşamıyorum. İçine kapanığım ben, asosyal biriyim. Pek konuşamıyorum.

**Uzman:** Aslında pek öyle görünmüyorsunuz. Şuan bana kendinizi o kadar iyi ifade ediyorsunuz ki. Size hiç yakıştıramıyorum asosyalliği.

**Müracaatçı:** Siz benimle özel olarak görüşmek için gelmeseydiniz sizinle de konuşamazdım. Normalde şöyle oturalım şurada tek kelime konuşmam.

Övgü

Ne yapıyorsunuz ne ediyorsunuz diyemem. Öyle bir insanım. Birisi bir misafirlige gelsin. Nasılsın, iyi misin bitti işte.

**Uzman:** Peki konuşmak ister misiniz?

**Müracaatçı:** İsterim de işte cesaret bulamıyorum kendimde. Ne konuşacağım ben diyorum içimden. Ne söyleyeyim? Ne yapayım? Ortaya ne atsam? Aklıma bir şey gelmiyor.

**Uzman:** Siz anladığım kadarıyla kitap okuyorsunuz, film izliyorsunuz. Diğer insanların yaptığı birçok şeyi yapıyorsunuz. Neden cesaret bulamadığınızı düşünüyorsunuz?

**Müracaatçı:** Küçüklükten beri öyle. Küçükken babamız sertti.

**Uzman:** Evet.

**Müracaatçı:** Onun yanında konuşamazdık. Onun dışında amcalarımız da öyleydi. Bize sert davrandılar, dövdüler.

**Uzman:** Hıhı.

**Müracaatçı:** Onların korkusu yüzünden böyle dış dünyada korku içinde yaşadık.

**Uzman:** Ben de aynı süreçlerden geçmiş bir insanım. Daha yeni yeni açılmış biriyim aslında.

**Müracaatçı:** Anladım.

**Uzman:** Bunun üzerine çok gittim. Biraz üzerine gitmek gerekiyor.

**Müracaatçı:** Ben aşamadım hala. Kardeşim Cemal içeri geliyor. Gidip odasını açıp da Cemal ne yapıyorsun ne ediyorsun diyemiyorum. Kardeşlerimin hepsiyle bu şekil. Onlar gelip bana diyor ne yapıyon abi. İyiyim bitti...

**Uzman:** Cemal ne yapıyorsun, günün nasıl geçti deseniz nasıl olur?

**Müracaatçı:** İşte diyemiyorum sorun o. Niye diyemiyorum onu da bilmiyorum. Kız kardeşimle bazen yanıma gelirse konuşuyorum. O da böyle sağlık durumumla ilgili. İlacım bitti, şu oldu, bu oldu...

**Uzman:** Anladım. Eşinizle paylaşımlarınız nasıl?

**Müracaatçı:** Eşimle iyi. Onunla herşeyimi konuşuyorum. O da benimle konuşuyor. Ailemle konuşamıyorum işte. Babamla da konuşamam. Bir annemle konuşuyordum. Babadan korkuyoruz.

<p><b>Uzman:</b> Babayla iletişimimiz hala iyi değil diyorsunuz</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Hala iyi değil.</p> <p><b>Uzman:</b> Aslında çocukken böyle bir ilişki kuruluyor ama şuan bu ilişkilerin tümü geçersiz. O korku ortamı, biliyorsunuz siz artık çocuk değilsiniz.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Biliyorum geçti onlar. Hepsi bitti.</p> <p><b>Uzman:</b> Bunları farklı bakarak aşabilirsiniz bir miktar.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Nasıl yani? Ne gibi?</p> <p><b>Uzman:</b> Mesela bugün Cemal geldiğinde ne yaptın? Nasıl geçti günün diyebilirsiniz. Çok zor gelebilir en başta.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Zor değil de işte...</p> <p><b>Uzman:</b> Anlıyorum. Ben her görüşmenin sonunda size birkaç küçük ödev vereceğim. Bir sonraki hafta yine görüştüğümüzde de bu ödevlerle ilgili ne yaptığınızı soracağım. Bunu sakın zorunlu bir şey olarak algılamayın. Yaparsanız amacınızı gerçekleştirmeye giden süreç kolaylaşır sadece. Burada küçük bir oyun oynuyoruz aslında.</p> <p><b>Uzman:</b> Gelecek hafta sosyalleşmek adına ne yapabilirsiniz?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Ben mi?</p> <p><b>Uzman:</b> Siz seçeceksiniz bunu. Siz kararlaştıracaksınız. Mesela ne demiştiniz. Arkadaşlarımla akrabalarımla, eniştemle görüşünce mutlu oluyorum demiştiniz.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> O zaman eniştemi arar, boş olursa pikniğe gidebiliriz.</p> <p><b>Uzman:</b> O halde ilk olarak eniştenizle bu haftasonu piknik için arayacaksınız. İkinci olarak ne yapabilirsiniz? Bu da ev içinde olsun.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Kardeşlerimle sohbet etmemi isteyeceksiniz sanırım.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> O çok zor işte, ama yine de bir bakalım.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet, ikinci ödeviniz de bu olsun. Örneğin bu gün ne yaptın Cemal. Bu bile bir ilişkide inanılmaz kapılar açabilecek bir soru. Herşey küçük adımlarla başlar biliyorsunuz.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Peki. O kadar psikologlara gittik bir sonuç alamadık. Bir de böyle deneyelim.</p>	<p>Ödev</p>
--	-------------

Son olarak müracaatçıdan bir süre izin istenerek not kağıdı hazırlanmıştır. Bu kağıtta müracaatçıya sorunlarıyla başatme isteğinden dolayı övgüde bulunulmuş ve kağıda ödevleri yazılmıştır.	
--	--

## DEĞERLENDİRME

İlk görüşme kapsamında, görüşmenin ana teması/odağı müracaatçının sosyalleşmeye karşı olan direnci olarak belirlenmiş ve çözüm odaklı kısa terapi model ve tekniklerine bağlı kalınarak gerçekleştirilmiştir.

Görüşme kapsamında müracaatçıya yöneltilen mucize soru aracılığıyla müdahalenin amacı, diyaliz nedeniyle kısıtlanan sosyal yaşamına tekrar dönme arzusu olarak belirlenmiştir. Destekleyici sorularla müracaatçının sosyal destek mekanizmaları tespit edilmeye çalışılmış ve hastalık sürecinde en büyük desteği annesinden gördüğü ve onu kaybetmenin hüznünü yaşadığı görülmüştür.

Süreçte kaybettiği annesinden sonra en çok destek aldığı bir diğer aile bireyi müracaatçının eşidir. Geniş bir aile içerisinde yaşayan hastanın babası ve kardeşleriyle olan ilişkileri oldukça zayıftır. Ayrıca müracaatçının “Mesela eniştem var onlarla bazen haftasonu pikniğe gideriz, mangal yaparız. O zaman mutlu olurum aklıma hiçbir sorun gelmez, sevdiğim komik bir dizi izlerken, eşimle oğlumla AVM’ye gidince alışveriş yapıp yemek yiyince mutlu oluyorum.” ifadeleri başatme mekanizmaları hakkında bilgi vermektedir.

Bir değerlendirme aracı işlevi gören derecelendirme tekniği müracaatçının kendini değerlendirmesini sosyal hizmet uzmanının değerlendirmesinden daha önemli bir hale getirmektedir ve ilk görüşmeden sonraki görüşmeler için de daha önceki çözüm ve istisnaların ve gerçekleşen değişimlerin değerlendirilmesi adına güçlü bir müdahale aracıdır (SFBTA, 2013). Bu görüşmedeyse, müracaatçıya yöneltilen derecelendirme sorusu aracılığıyla müracaatçının kendisini psikososyal işlevsellik açısından 10 üzerinden 2’de gördüğü öğrenilmiştir. Müracaatçı ayrıca gidişatını oldukça olumsuz bir biçimde gördüğünü ifade etmiştir. Müracaatçının müdahale sonucundaki beklentisi ise 7-8 puan dolaylarındadır.

Müracaatçının “içine kapanık, asosyal biriyim.” gibi olumsuz ifadeleri, “Aslında pek öyle görünmüyorsunuz. Şuan bana kendinizi o kadar iyi ifade ediyorsunuz ki.” gibi övgülerle yeniden şekillendirilmeye çalışılmıştır. Müracaatçıya yöneltilen sorularla kendine özgü çözüm önerileri geliştirmesi sağlanmıştır. Ayrıca çözüm odaklı kısa terapinin felsefesi gereği müracaatçının belirttiği sorunların nedenleri sorgulanmamış ve müracaatçının görüşmeye getirdiği konuların dışına çıkılmamıştır. Çünkü çözüm odaklı kısa terapide terapist “not knowing (bilmeme)” bakış açısına sahiptir ve müracaatçıyı kendi yaşamının uzmanı olarak görerek müracaatçının amaç ve hedeflerine göre onunla birlikte değişim ve ödev planları yapar (Bannink, 2007).

Ödev verme Bilişsel Davranışçı Terapinin de kullandığı bir teknik olup terapistin müracaatçıya rehberlik eden ve onu yönlendiren bir uzman rolüne büründüğü sorun ve geçmiş odaklı bir terapi olan Bilişsel Davranışçı Terapinin aksine çözüm odaklı kısa terapide verilen ödevler uzmandan çok müracaatçının uzmanın yönlendirmesiyle kendisi için yararlı olacağını düşünerek belirlediği/keşfettiği ödevlerdir. Bu bağlamda sorunlarından uzaklaştığı zamanları çevresindeki insanlarla dışarıda birlikte olduğu zamanlar olarak tanımlayan müracaatçıdan kendi çözümü olan haftasonu akrabalarıyla pikniğe gitmesi istenmiştir. Yine kendisinin ifade ettiği gibi kardeşleriyle ilişkisini geliştirmesi kendisine gelecek haftaya kadar verilen ödevler arasındadır.

### **Yararlanılan Kaynaklar**

Bannink, F. P. (2007). Solution-focused brief therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37(2), 87-94.

SFBTA (2013). *Solution Focused Therapy Treatment Manual for Working with Individuals*. 2nd Version. <http://www.sfbta.org/researchdownloads.html>.



**Görüşme No: 2**

**Tarih: 14.08.2014**

**Seans Süresi: 22 dakika**

## PLAN

Bir önceki görüşmede verilen ödevlerin gerçekleştirilip gerçekleştirilmediğinin sorularak bir önceki görüşmeye göre nelerin farklı olduğunun tespit edilmesi ve yaşanan olumlu bir gelişme varsa bunun önplana çıkarılarak müracaatçının yaşamındaki küçük değişimlerin övülmesi ve bu değişimlerin büyük değişimlere yol açabileceğinin hissettirilmesi, derecelendirme sorusunun sorulması, arzu edilen değişime ulaşılması için müracaatçının çözümler üretmesinin sağlanması ve bu çözümlerin ödev olarak müracaatçıya verilmesi bu görüşmenin planıdır.

## SÜREÇ

SÜREÇ	TEKNİK
<p><b>Uzman:</b> Evet Eren Bey. Bir haftalık aradan sonra tekrar bir araya geldik. Haftanız nasıl geçti?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Aynı, değişen fazla bir şey yok.</p> <p><b>Uzman:</b> Neler yaptınız?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Diyalize gidip geliyoruz, evde oturuyoruz.</p> <p><b>Uzman:</b> Hani...</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Pikniğe gittik.</p> <p><b>Uzman:</b> Hıh. Onları soracaktım. Sizin böyle küçük ödevleriniz vardı. Pikniğe gittiniz. Nasıl geçti?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Güzeldi.</p> <p><b>Uzman:</b> Nereye gittiniz?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Hasanoğlan'a. Lalahan'ın arkası yani.</p> <p><b>Uzman:</b> O gününüz nasıldı peki? Nasıl geçti sizin açınızdan?</p>	<p>Arzu edilen değişimin tespit edilmesine yönelik sorular</p>

<p><b>Müracaatçı:</b> Yani eğlenceliydi de haftasonu olduğu için sıkıştım fazla yiyip içemedim. O yüzden yeme içme konusunda biraz sıkıntılı geçti. Ama eğlence konusunda iyiydi.</p> <p><b>Uzman:</b> Eğlendiniz, neler yaptınız?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Ne yaptım? Çekirdek çitledik. Çay içtik. Konuştuk ordan burdan.</p> <p><b>Uzman:</b> Kim kim gittiniz?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Kardeşlerimle işte. Bi de eniştem geldi. Bir de Cemal'in bir arkadaşı geldi.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Bu kadar.</p> <p><b>Uzman:</b> Haftasonunuz güzel geçti. Dışarı çıkmış oldunuz. Bayağıdır dışarı çıkamıyordunuz. Peki bunun dışında dışarı çıktığınız oldu mu?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Oldu. Oğlanla Kızılay'a gittik.</p> <p><b>Uzman:</b> Öyle mi? Ne güzel. Ne yaptınız Kızılay'da?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Boş gezdik. Bi kitap aldım.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Yemek yedik, geldik.</p> <p><b>Uzman:</b> Çok iyi şeyler yapmışsınız bu arada. Hani bayağıdır çıkamıyorum edemiyorum, hapsoldüm diyordunuz. Çok iyi bir hafta geçirmişsiniz.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Evet. Benim pek isteğim yoktu. Oğlan ısrar etti. Bugün de çıktık.</p> <p><b>Uzman:</b> Bugün nereye gittiniz?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Bugün de meclis parkına gittik.</p> <p><b>Uzman:</b> Bugün kiminle çıktınız?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Yine oğlanla.</p> <p><b>Uzman:</b> Ulaşımı nasıl sağlıyorsunuz?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Taksiyle.</p> <p><b>Uzman:</b> Parkta ne yaptınız?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Resim çektiydi oğlan. Orada bir fotoğrafçı varmış. Resim çekiliyormuş. Ben de çektireyim dedi. Gittik geldik.</p> <p><b>Uzman:</b> Siz de mi çektirdiniz?</p>	<p>Övgü</p> <p>Övgü</p>
---	-------------------------

<p><b>Müracaatçı:</b> Yok o çekti.</p> <p><b>Uzman:</b> Peki. Bugün nasıldı dışarı çıkmak, fotoğraf çekirmek? Hem dışarı çıkmışsınız hem de sorumluluk üstlenmişsiniz. Bunlar çok olumlu şeyler. Aslında yapmanız gereken şeyler bunlar.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> İyiydi yani. Gittik, oturduk, geldik.</p> <p><b>Uzman:</b> Nasıl hissettiniz? Daha ferahlamış hissettiniz mi?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Rahattı yani. Rahat oturduk.</p> <p><b>Uzman:</b> Biraz daha rahatladınız.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Evet.</p> <p><b>Uzman:</b> Peki, bir de son küçük görev vardı o ne oldu?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Kardeşim Cemalle sohbet.</p> <p><b>Uzman:</b> O nasıl geçti?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Pikniğe giderken yolda sohbet edeyim dedim. Konuştum, hiç yanaşmadı ben de bir daha hiç konuşmadım. Olmadı yani.</p> <p><b>Uzman:</b> Olsun denemek de önemli bir adım. Bundan dolayı da sizi takdir ediyorum.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Konuşmaya çalıştım ama...</p> <p><b>Uzman:</b> Evet.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Bir iki cevap verdi ama konuşmadı. Başka konu da açılmadı. Öyle kaldı.</p> <p><b>Uzman:</b> Anladım. Bunu bu hafta bir kez daha deneyelim.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Hangisini? Hepsini mi?</p> <p><b>Uzman:</b> Ona geçmeden bir de şunu sorayım ben size. Geçen haftaki görüşmemizde kendinize 10 üzerinden 2 puan vermişsiniz. 7'ye, 8'e doğru çikalım dedik. Bu hafta kaç puandasınız? Var mı bir gelişme, değişme? Neredeyiz 10 üzerinden?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Biraz daha iyiyim yani. Karamsarlığım biraz gitti.</p> <p><b>Uzman:</b> Peki 10 üzerinden 2'den bu hafta nereye geldik? Hala 2'de miyiz? 2,5, 3 ya da 4 oldu mu? Nerdeyiz sizce?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> 4 olmuş olabilir. Çünkü o kadar karamsarlığım, ağlama hislerim gitti.</p>	<p>Övgü</p> <p>Övgü</p> <p>Derecelendirme sorusu</p>
--	--

<p><b>Uzman:</b> Çok iyi, çok iyi. Gerçekten çok iyi gidiyorsunuz. Çok takdir ediyorum. Bir haftada programa uyum sağladınız ve çok iyi bir gelişim gösterdiniz. Gelecek hafta 4 puandan kaçta çıkalım?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> ... (sessizlik)</p> <p><b>Uzman:</b> 10 üzerinden kaçta çıkabiliriz diyorsunuz? Gelecek haftaki hedefiniz nedir?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> 5 olsa benim için iyidir.</p> <p><b>Uzman:</b> Gelecek hafta 5 benim için iyi diyorsunuz.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Aniden o kadar artış zannetmiyorum.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet. Biraz yavaş gidelim. Belki yine 4'te kalabiliriz. 4 de iyi bir yer 2'ye göre. Gelecek hafta için 4-5 diyelim o halde.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Peki.</p> <p><b>Uzman:</b> Gelecek hafta 5'e çıkmanız için sizin ne yapmanız lazım?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Ne yapmam lazım? (Sessizlik)</p> <p><b>Uzman:</b> Size kendinizi 5'te hissettirecek ne yapabilirsiniz?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Aklıma bir şey gelmiyor.</p> <p><b>Uzman:</b> Biraz düşünün. Vaktimiz var. Bir de şöyle bir şey yapabilir miyiz? Görmeniz nasıl şuan?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Görmem bozuk.</p> <p><b>Uzman:</b> Ne kadar görüyorsunuz?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Yani yazıları hiç göremiyorum.</p> <p><b>Uzman:</b> Yazıları göremiyorsunuz ama şu masa görebiliyorsunuz değil mi?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Masayı görüyorum evet. Objeleri görüyorum ama net olarak yazıları mazıları, detayları net göremiyorum.</p> <p><b>Uzman:</b> O halde sizden ricam; zor gelecekse yapmayabilirsiniz, benimle konuşurken göz kontağı kuralım. Göz göze bakışırsak konuşurken. Bunu yapabilir misiniz?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Onu da zor yapıyorum. Genelde kişilerin gözüne bakamıyorum.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet. Yavaş yavaş, çok şey yapmadan bana bakarsanız çok daha iyi bir iletişimimiz olur. Bunları da deneyelim süreç içerisinde.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Ne yapabilirim?</p>	<p>Övgü</p> <p>Bir sonraki görüşme için hedef belirleme</p> <p>Müracaatçının kendi çözümlerini üretmesine yönelik sorular</p>
--	---

<p><b>Uzman:</b> Evet. Ne yapabilirsiniz?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Ne bileyim hiç yapacak bir şey yok aklımda. Boş evde oturup kitap okumak...</p> <p><b>Uzman:</b> Hani geçen hafta arkadaşlarla görüşebilirim demiştiniz. Bu hafta onu yapabilir miyiz?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Olur da arkadaşlar çok yoğun. İnşallah olur.</p> <p><b>Uzman:</b> Tamam. İçeride veya dışarıda. Siz de gidebilirsiniz. Arkadaşlarla görüşmeyi yapalım.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Başka ne olabilir? Bir sosyal etkinlik olabilir aslında. Çoiktandır ne tiyatro ne sinema gittiğim yok. Bir sinemaya gideyim. Hiç gidesim yok çoiktandır sinemaya.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet. Bu hafta sıraya koyalım diyorsunuz.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Koyalım.</p> <p><b>Uzman:</b> Eren Bey sizi yönlendirmek için söylemiyorum ama gerçekten çok iyi gidiyorsunuz. Bu peki daha farklı neler hissettiniz geçen haftaya göre? Karamsarlığım biraz azaldı dediniz. Başka ne gibi şeyler oldu?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Aslında kötü şeyler de oldu.</p> <p><b>Uzman:</b> Ne gibi?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Mesela kardeşimin eşiyle kız kardeşim tartıştılar. Kardeşim bir haftadır gelmiyor eve. Eşi gelmiyor. Yeğenim gelmiyor.</p> <p><b>Uzman:</b> Ama tüm bu olumsuzluklara rağmen siz kendinizi daha iyi hissettiniz bu çok önemli. Bu sizin başatme stratejilerinizin güçlü olduğunu gösteriyor. Aslında siz mücadeleci birisiniz. Öyle hemen pes edecek bir insan değilsiniz.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Yok aslında hiç öyle biri değilim. Şuanda pes etmiş durumdayım. Benim için hayat bitmiş durumda.</p> <p><b>Uzman:</b> Ama hiç öyle görünmüyorsunuz.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Böbrek çalışmıyor. Şeker var. Dışarı çıkamıyorsun. Tek başına bir yere gidip gelemiyorsun. Artık sonu bekler gibi yaşıyorum.</p> <p><b>Uzman:</b> Böyle düşünmek yerine bu şartlarda en iyi nasıl yaşarımı düşünmeliyiz aslında değil mi?</p>	<p>Ödev</p> <p>Övgü</p> <p>Övgü</p>
--	-------------------------------------

**Müracaatçı:** İşte böyle düşünemiyorum. Aklımda hep öteki şeyler. Bişeye yaramıyorsun. Evde öyle boş bekliyorsun. Ne kadar destek olsalar, sen bizim abimizsin böyle düşünme deseler de insan aklından çıkaramıyor.

**Uzman:** Bu çok önemli bir söylem. Sizi böyle sevenlerin olması, size destek olmaları çok önemli.

**Müracaatçı:** Evet kardeşlerim bana çok destek oluyor.

**Uzman:** Bunların kıymetini bilmek lazım. Onlarla daha çok iletişim kurmak lazım.

**Müracaatçı:** İstersem aslında mutluluğu direkmen iki haftada 10'a da çıkarabilirim. İstek yok ama.

**Uzman:** Şöyle söyleyeyim; birden 10'a çıkmak yerine aşama aşama gidersek istek de gelecektir peşinden.

**Müracaatçı:** İnşallah. Böbrek nakline de başvurduğum hiç çıkmayacak gibi umutsuzum.

**Uzman:** Umutsuzluk var yani.

**Müracaatçı:** Umutsuzluk var.

**Uzman:** O hiç belli olmaz. Biraz şans işi. Bu anlamda hiç gelmeyecekmiş gibi düşünebilirsiniz ama bir anda da çıkabilir. Beklemeye devam. Umudumuzu yitirmemek lazım. Geçen haftaki programa dikkat etmeniz çok önemli. Peki yiyecek anlamında diyetinize dikkat ettiniz mi?

**Müracaatçı:** Yiyecek anlamda pek bir şey yemiyorum. İştahım yok yani. Bir Pazar günü biraz zorladım. Kız kardeşim evdeydi zorladı. Yedim biraz. Ondan sonra yine aynı. Diyalize gittiğim gün diyalizde sabah kahvaltı ediyorum. İyi bir kahvaltı ediyorum orda. Orda iştahım oluyor nedense.

**Uzman:** Belki de diyalize gideceğiniz gün erken kalkıyorsunuz. Acıkıyorsunuzdur. O yüzden de olabilir.

**Müracaatçı:** Yoo, öteki günler de erken kalkıyorum. Evde yiyemiyorum. Neden niye yiyemiyorum anlamıyorum. Lokma ağzımda büyüyo. Diyalizde yiyorum.

**Uzman:** Peki neden olabilir bu fark? Diyalizde yemek burada yememek?

İstisnaların  
tespitine

<p><b>Müracaatçı:</b> Bilmiyom ki diyaliz temizliyo çekiyo diye rahat mı yiyom acaba? Burada stresliyim. Şişecem diye stresli mi yiyom ondan mı? Ondan da olabilir.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Diyalizde rahat yiyip içiyosun. Çekiliyor nasılsa. Evde stresli.</p> <p><b>Uzman:</b> Diyetinize dikkat ederek biraz daha fazla yiyebilirsiniz aslında.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Evet. Bu aralar biraz zorluyorum.</p> <p><b>Uzman:</b> Biraz zorlamanızda fayda var. Çok aç kalmamak gerekiyor.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Çok da aç kalmıyorum yani. Karnımı tok tutuyorum da. Pek iştahım yok. Günde bir öğün. Bir kahvaltı bir öğün.</p> <p><b>Uzman:</b> Yine göz kontağı hatırlatması yapıyorum Eren Bey.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Tamam. İşte bir kahvaltı bir öğün. O şekil oluyor. Fazla yiyemiyorum. Kardeşim de şey diyor işte sen yemek yemiyorsun, sıvıya yer ayırıyorsun.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Doğru aslında o da var.</p> <p><b>Uzman:</b> Aslında belki biraz daha yerseniz kolaya ihtiyacınız da azalacak Eren Bey.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Olabilir o da var. Karnı boş.</p> <p><b>Uzman:</b> Asit biliyorsunuz tokluk hissi verir. Çünkü diyaliz günü kola içmiyorsunuz değil mi?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Diyaliz günü de içiyorum. Sabah orda diyalize girmeden bir kutu kola içiyorum. Sabah aç karnına.</p> <p><b>Uzman:</b> Peki diyalizdeyken bir kutu mu kola içiyorsunuz? Bir litre mi içiyorsunuz?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Yok. Bi tane kutu kola içiyorum.</p> <p><b>Uzman:</b> Fazlasını içmiyorsunuz.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Yok.</p> <p><b>Uzman:</b> Anladım. Belki de bu önemli bir şey olabilir. O gün kolayı az içtiğiniz için iyi yiyor olabilirsiniz.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Olabilir. Bir deneyeyim.</p>	yönelik sorular
--	-----------------

**Uzman:** O zaman bunu da not edeyim. Nasıl yapalım? Siz kahvaltıdan önce mi içiyorsunuz kolayı gün içinde yoksa sonra mı?

**Müracaatçı:** Gün içinde sonra içiyorum. Diyalizde sadece önce içiyorum.

**Uzman:** Ama yemekten önce içiyorsunuz muhtemelen.

**Müracaatçı:** Genelde öyle oluyor. İlaçlarımı kolayla alıyorum.

**Uzman:** Evet.

**Müracaatçı:** Çok içiyorum yani.

**Uzman:** Peki kolayı yemekten sora içseniz? Aç karnına içmeseniz bir dahaki görüşmemize kadar? Nasıl olur Eren Bey?

**Müracaatçı:** Olur.

**Uzman:** Tamam. Başka ne konuşabiliriz sizinle? Var mı aklınıza gelen bir konu bana anlatmak istediğiniz? Konuşmadığımız, unuttuğumuz bir konu var mı? Aklınıza ne gelirse söyleyebilirsiniz. Burada rahat ortam var.

**Müracaatçı:** Yani bu özel diyalizlerin güvenilirliği ne kadar? Onların hangi kalite malzeme kullandıklarını filan nerden öğrenebilirim? Net bilgimiz yok bu konuda.

**Uzman:** Diyaliz merkezlerine karşı, gittiğiniz diyaliz merkezine karşı çok güveniniz yok anladığım kadarıyla.

**Müracaatçı:** Ben şuan X hastanesinde giriyorum. Orada güvenim var. Ama mesela diyelim ki hastanede girmek istemiyosun, özel biyerde girmek istiyorsun. Oralara güven yok.

**Uzman:** Neden hastanede girmek istemiyorsunuz?

**Müracaatçı:** Özel daha iyi gibime geliyor yani. Ortamı iyi, davranışları iyi.

**Uzman:** Evet.

**Müracaatçı:** Doktorları devamlı hergün dolaşılıyor, sorunlarını soruyor. Ama hastanede pek öyle yok. Gidiyosun hemşire takıyo çıkarıyo.

**Uzman:** Anladım. Bu konuyu sonra yine konuşalım konuşalım biz.

**Müracaatçı:** Tamam.

**Uzman:** Başka bir konunuz var mı aklınıza gelen, canınızı sıkan ya da hoşunuza giden? Olumlu şeyler de konuşabiliriz. Bu hafta şunu yaptım çok iyi geldi, çok hoşuma gitti. Bir yazı okudum çok beğendim. Bir film izledim çok hoşuma gitti gibi.



<p><b>Müracaatçı:</b> Vallaha hiç bişey yok.</p> <p><b>Uzman:</b> O halde size bir soru soracağım. Oğlunuzun ismi neydi?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Akın.</p> <p><b>Uzman:</b> Allah korusun. Akın da sizinle aynı durumda. Aynı sorunları yaşıyor. Ona tavsiyeniz ne olurdu?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Diyetine uyması.</p> <p><b>Uzman:</b> Başka?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Sıvılarla küsmesi, su ve kolayla.</p> <p><b>Uzman:</b> Peki morali çok bozuk, evden dışarı çıkmak istemiyor, evde de hiçbir şey yapmıyor, ölmek istiyor, çok nadir arada intiharı düşünüyor. Ona ne tavsiye ederdiniz?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Vallahi hiç bir şey gelmiyor aklıma.</p> <p><b>Uzman:</b> Biraz daha düşünün.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Ölümü düşünme oğlum, yaşamaya bak. Önünde ne kadar süre olduğunu sen bilemezsin. Bunu Allah bilir. Yaşayabildiğin kadarını mutlu yaşamaya çalış.</p> <p><b>Uzman:</b> Peki siz neden böyle düşünmüyorsunuz Eren Bey?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Bilemiyorum. Ben de öyle düşünüyorum aslında. Ama öteki türlü de düşünüyorum. İkisini aynı anda düşünüyorum. Önce diyorum, çıkayım yaşayayım hayatımı, umursama hastalığı falan. Sonra diyalize girip çıkıyosun bitmişim diyorsun. Hayat bitmiş diyorsun. Öyle gidiyor işte.</p> <p><b>Uzman:</b> O halde gelecek haftaya kadar olumsuz herhangi bir şey düşünmüyoruz. Hani ikisini aynı anda düşünüyorum dediniz ya. Diğerini değil olumlu olanı düşünüyoruz. Önümüzde ne kadar zaman olduğunu bilemeyiz.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Aslında ben bu dediklerini şimdi yapacam. Olumlu düşüncem hep olumsuz düşünmeyecem. Bunu sen bana söylediğin için bu bana yapmacık gibi gelecek. Kendi isteğimle olmuyo ki. Senin isteğinle doğrultusunda yapmacık olarak yapacam.</p> <p><b>Uzman:</b> Peki o zaman yapmayın. Yapmacık olacaksa. Ama faydalarını göreceksiniz diye düşünüyorum.</p>	<p>Müracaatçının kendi çözümlerini üretmesine yönelik sorular</p>
---	---

<p><b>Müracaatçı:</b> Peki yapalım. Bu hafta hep olumlu düşünüyüm. Dışarı çıkayım. Sinemaya gideyim. Kardeşlerle iletişime geçicez. Bu terapi daha önce denendi mi hiç?</p> <p><b>Uzman:</b> Evet. Ben de denedim. Başka kişiler de denedi. Oldukça olumlu sonuçlar alındı.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Zorlayacaz kendimizi o zaman.</p> <p><b>Uzman:</b> Yani benimle işbirliği yaparsanız faydasını görürsünüz diye düşünüyorum. Gelecek haftaki ödevlerinizi sıralarsak 1) yaşamınızdaki olumlu şeyleri düşünün 2) Arkadaşlarla buluşma 3) Sinemaya gitme.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Tamam hocam, yapmaya çalışacağım.</p> <p><b>Uzman:</b> Gelecek hafta aynı gün ve saatte görüşmek üzere hoşçakalın.</p>	<p>Ödev</p>
---	-------------

## DEĞERLENDİRME

Bu görüşmede ilk olarak müracaatçıya bir önceki görüşmede verilen ödevleri yapıp yapamadığı sorulmuştur. Müracaatçı kendisine verilen görevleri akrabalarıyla pikniğe giderek ve kardeşiyle iletişim kurmaya çalışarak yerine getirmiştir. Ayrıca oğluyla ilgili sorumluluk almaya başlamış ve onun bir işi için dışarı çıkmıştır. Müracaatçının bu açıklamaları üzerine uzman “Bugün hem dışarı çıkmışsınız hem sorumluluk almışsınız. Ne kadar güzel.” diyerek hem müracaatçının gerçekleştirdiği olumlu eylemleri övmüş hem de daha sonraki görevleri yerine getirmesi için teşvik etmiştir. Sonrasında derecelendirme sorusu sorularak müracaatçının 2 puandan 4 puana çıktığı öğrenilmiştir. Ayrıca müracaatçı bu hafta daha iyi olduğunu, karamsarlığının ve ağlama hislerinin azaldığını ifade etmiştir. Müracaatçının bu ifadelerinden yoğun bir karamsarlık yaşadığı ve sıklıkla ağladığı anlaşılmaktadır. Ancak çözüm odaklı kısa terapinin felsefesi gereği bu olumsuz duygu ve davranışların üzerinde durulmamış ve nedeni sorgulanmamıştır. Müracaatçı gösterdiği gelişim nedeniyle tebrik edilmiştir. Müracaatçı ayrıca kendisini üzen olaylar olduğunu da ifade etmiş olup uzman müracaatçıya yine “Ama tüm bu olumsuzluklara rağmen siz kendinizi daha iyi hissettiniz. Bu çok önemli. Bu sizin başatma stratejilerinizin güçlü olduğunu gösteriyor. Mücadeleci birisiniz.” gibi destekleyici bir ifadeyle karşılık vermiştir. Ancak müracaatçının söylemlerinden geleceğe ilişkin bir umutsuzluk duygusunun yoğun olduğu anlaşılmaktadır. Bunun üzerine müracaatçıya umut aşılarmaya

çalışılmıştır. Ardından uzman, daha önce çözüm odaklı kısa terapi ile ilgili aldığı eğitimlerde öğrendiği tekniklerden birini uygulayarak sevdiği birinin müracaatçısıyla aynı durumda olmasını hayal etmesini istemiş ve ona ne tür tavsiyelerde bulunacağını sormuştur. Aldığı yanıtı ise müracaatçının özgün çözüm sohbeti olarak değerlendirerek müracaatçının kendisi üzerinde uygulamasını istemiştir. Son olarak bir sonraki görüşmeye kadar müracaatçıdan yaşamındaki olumlu şeyleri düşünmesi, uzun zamandır görüşmediği arkadaşlarıyla buluşması ve sinemaya gitmesi görev olarak verilmiştir.

### **Görüşme No: 3**

**Tarih:** 21.08.2014

**Seans Süresi:** 20 dakika

### **PLAN**

Bir önceki görüşmede verilen görevlerin gerçekleştirilip gerçekleştirilmediğinin sorularak bir önceki görüşmeye göre nelerin farklı olduğunun tespit edilmesi ve yaşanan olumlu bir gelişme varsa bunun önplana çıkarılarak müracaatçının yaşamındaki küçük değişimlerin övülmesi ve bu değişimlerin büyük değişimlere yol açabileceğinin hissettirilmesi, derecelendirme sorusunun sorulması, arzu edilen değişime ulaşılması için müracaatçının çözümler üretmesinin sağlanması ve bu çözümlerin ödev olarak müracaatçıya verilmesi bu görüşmenin planıdır.

<b>SÜREÇ</b>	<b>TEKNİK</b>
<p><b>Uzman:</b> Nasıl geçti haftanız?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> İyi geçti de...</p> <p><b>Uzman:</b> İyi geçmesi yeter bizim için.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Yani... Ödevlerden bir şey yapmadım.</p> <p><b>Uzman:</b> Neyi yapmadınız? Neden yapmadınız?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Sinemaya gitmedim, arkadaşları davet etmedim.</p> <p><b>Uzman:</b> Peki neden böyle oldu Eren Bey?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Salı günü ameliyat oldum.</p>	<p>Arzu edilen değişimlerin tespit edilmesine yönelik sorular</p>

<p><b>Uzman:</b> Geçmiş olsun. Nereden?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Daha önce ayak parmaklarım kesilmişti. Kesilen yerde ölü doku oluşmuş. Tekrar kesildi.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> O yüzden dışarı çıkamadım.</p> <p><b>Uzman:</b> Geçmiş olsun. Ameliyat nasıl geçti?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> İyiydi. Şimdilik iyi gibi.</p> <p><b>Uzman:</b> Çok iyi.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Şeker var.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Zor iyileşiyor. Üç aydır nerdeyse kesilmişiz. Daha halen açık yara.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet. Şekerle ilgili dikkat ediyor musunuz kurallara?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Dikkat ediyorum.</p> <p><b>Uzman:</b> İyi. Biz Perşembe görüşmüştük. Perşembeden Salıya kadar nasıl geçti ameliyat gününe kadar?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> İyiydi yani. Herhangi bir huzursuzluk falan yoktu.</p> <p><b>Uzman:</b> Çok iyi. Huzursuzluk olmadı?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Yok.</p> <p><b>Uzman:</b> Karamsarlık?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Yok. Olmadı.</p> <p><b>Uzman:</b> Çok iyi. Ameliyattan bu yana yürüyebiliyor musunuz? Gezebiliyor musunuz?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Yürüyorum. Yürüyorum da öyle dışarı çıkacak kadar değil.</p> <p><b>Uzman:</b> Anladım.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Ev içinde yürüyorum. Fazla bastımmı yara açık. Kanama oluyor.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet. Hiç dışarı çıktınız mı?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Bugün Hacı Bayram'a gittim.</p> <p><b>Uzman:</b> Nereye gittiniz?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Hacı Bayram'a gittim.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet. Hangi amaçla?</p>	<p>Övgü</p> <p>Övgü</p>
--	-------------------------

<p><b>Müracaatçı:</b> Şu akıllı seccadeler çıkmış ya... Onlardan bitane almak için gittim.</p> <p><b>Uzman:</b> Çok iyi. Aldınız mı?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Aldım.</p> <p><b>Uzman:</b> Akıllı seccade nasıl bir şey oluyor?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Namaz kılmayı öğretiyor. Seccadenin üstünde duruyon. O sana kıldırıyor.</p> <p><b>Uzman:</b> Peki kıldınız mı aldıktan sonra hiç?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Yok daha bu akşam aldım.</p> <p><b>Uzman:</b> Namaz kılmayı düşünüyorsunuz?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Evet.</p> <p><b>Uzman:</b> Güzel.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Duyduğum bir şey beni çok korkuttu o yüzden.</p> <p><b>Uzman:</b> Ne gibi?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Kılmadığın her vakit namaz için bir yılan seni sokup gidecekmiş.</p> <p><b>Uzman:</b> Bunu ne zaman duydunuz?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Geçen hafta mı bu hafta başı mı? Bu aralar duydum işte. Tam hatırlamıyorum.</p> <p><b>Uzman:</b> Ama şeye çok şaşırdım ben. Yani ameliyata rağmen herhangi bir sinir, agresyon gibi bir şey olmamış. Bu çok güzel bir şey. Yani bu sizin iyiye gittiğinizi gösteriyor aslında.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Ama ameliyata girerken bir korku oldu.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet. O da doğaldır. Herkeste olur. Kalıcı olmaması iyi.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Ben alışığım ya. Bir sürü ameliyat geçirdim. Ameliyathanedeki doktorlar tanıyo beni artık.</p> <p><b>Uzman:</b> Öyle mi?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Vallaha bak. Bu tıp fakültesindekiler tanıyor. Hoş geldin, ne yapıyon, ne ediyon diye soruyorlar.</p> <p><b>Uzman:</b> Kaç yıldır böyle ameliyat oluyorsunuz?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> 9-10 yıldır. Parmaklar hep teker teker kesildi. Nerdeyse her yıl biri.</p>	<p>Övgü</p> <p>Övgü</p>
--	-------------------------

<p><b>Uzman:</b> Evet. Parmakların kesilmesinin nedeni nedir?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Şeker. Yara oluyo. İyileşmiyo.</p> <p><b>Uzman:</b> Anladım. Sadece diyaliz değil aynı zamanda şekerle de mücadele ediyorum diyorsunuz. Ama her şeye rağmen 9-10 yıldır mücadele etmeniz sizin güçlü bir karaktere sahip olduğunuzu gösteriyor.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Evet, yani...</p> <p><b>Uzman:</b> Her insanın kolay kolay dayanabileceği süreçler değil bunlar.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Bypass oldum. Göğsüm yarıldı. Bir haftada kalktım.</p> <p><b>Uzman:</b> Maaşallah.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Yelek veriyorlar. Bunu giyecen, sırtüstü oturacan. 15-20 gün hiç kıpırdamadım. Sonra yan yattım. Ne yelek taktım ne bişe. Nefes alamıyorum dedim. Hayret dediler. Yani nasıl iyileştin dediler bu kadar kısa sürede.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet. Artık alıştım dediniz siz de. Her şeye rağmen ayakta duruyor olmanız gerçekten önemli.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Korktukları şeydi zaten. Ciğerlerin su toplayıp nefes darlığından gitmem.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Oydu korktukları şey. Hatta ameliyata girerken şeker olduğu için %70 çıkamayabilirdin dediler. Yine de çıktım.</p> <p><b>Uzman:</b> Ben size dair bir gözlemimi söyleyeyim. Benim size dair düşüncelerimi. Bu haftaki görüşmemizde daha önceki haftalara göre çok daha neşelisiniz. Bunun özel bir nedeni var mı? Yoksa genel bir durum mu?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Öyle. Geçen haftadan beri var. Sizin dediğiniz gibi her şeye olumlu bakıyorum. Olumsuz düşünmüyorum.</p> <p><b>Uzman:</b> Çok iyi. Sizle başladığımız noktaya göre şu geldiğimiz nokta gerçekten mükemmel.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Televizyon izlemiyodum. Bu aralar açıyorum, dizi izliyorum. Çocuğun izlediği bir dizi var. Beraber izlemeye başladık. Hoşuma gitti.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Normalde bir senedir televizyon açmıyorum yani. Oğlan gelip burda izliyodu. Ben de odada kitap okuyodum.</p>	<p>Övgü</p> <p>Övgü</p> <p>Övgü</p> <p>Övgü</p> <p>Geri bildirim</p> <p>Övgü</p>
--	--

<p><b>Uzman:</b> Evet.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Gel beraber izleyelim dedim. İki haftadır izliyoruz işte. Ah İstanbul mudur nedir. Bi dizi var.</p> <p><b>Uzman:</b> Peki kardeşlerinize bu hafta nasıl geçti? İlişkiniz nasıldı?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Kardeşlerimle sohbet ediyorum. Kız kardeşim genelde yanıma geliyor, oturuyor. Onunla sohbet ediyorum. Cemalin bu ara zaten hiç... Kimseyle konuşmuyor zaten bu ara Cemal. Düğünü var da... Okuldan proje çok almış. Onlarla uğraşıyo. Gece yarısına kadar onlarla uğraşıyo.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Biraz para biriktirmek için bayağı proje almış. Onlarla uğraşıyo yani. İstesem de konuşamaz. Ama geliyor odaya. Ne yapıyon, ne ediyon diye soruyo. Konuşuyoz yani bir iki kahvaltıda.</p> <p><b>Uzman:</b> Çok iyi. Geçen hafta 10 üzerinden 4'teydik. Bu hafta kaçtasınız Eren Bey?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> 5 diyelim.</p> <p><b>Uzman:</b> İyi gidiyorsunuz.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Yani iki iki artırmayalım.</p> <p><b>Uzman:</b> Bu haftaki amacımız bizim 5'e çıkmaktı. Hatırlıyor musunuz bilmiyorum. 10 üzerinden 5'e çıkalım dedik. Gerçekten de çıktık. 10 üzerinden 5'teyiz. Bu çok güzel bir rakam. 10 üzerinden 2'den başladık. 5'e geldik. Neler değişti hem sizde hem davranışlarınızda, duygularınızda, düşüncelerinizde?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Duygu, düşüncelerde...</p> <p><b>Uzman:</b> Ya da çevrenizin size karşı tutumunda? Fark ediyorlar mı sizdeki bu değişiklikleri?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Fark ediyorlar evet.</p> <p><b>Uzman:</b> Kim fark ediyor?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Oğlan fark ediyor.</p> <p><b>Uzman:</b> Ne diyor mesela?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Kız kardeşim fark ediyo.</p> <p><b>Uzman:</b> Ne diyorlar bu kişiler?</p>	<p>Derecelendirme sorusu</p> <p>Elde edilen başarının müracaatçıya hissettirilmesi</p>
--	--

<p><b>Müracaatçı:</b> Kız kardeşim diyo bu ara seni iyi görüyorum. Rengin mengin açılmış.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> İyisin diyo. Akın da aynı şekilde. Mutlusun diyo. Hiç üzüntülü görmedim diyo bu aralar. Ağlama şeyin geçti diyo.</p> <p><b>Uzman:</b> Bu yalnızca benim farketmişim bir değişiklik değil o zaman.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Oğlan da farkediydi. Eskiden durup durup ağlamaya çalışırdın diyo. Bu yok diyo çoktandır. Üzüntün yok. Neşelisin bu aralar diyo. Ben de öyle hissediyordum. O ağlama hissi filan, öyle öleceğim hissi, keşke ölsem hissi, onlar tamamen gitti. Hiç aklımda bile değil.</p> <p><b>Uzman:</b> Daha önce sizle bunları konuşmuştuk geçen haftalarda zaten.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Evet. Bu konuları tamamen unuttum. Şimdi aklımda olan şu ayağım biran önce iyileşse de biraz gezsem. Hızlı trene binip İstanbul'a gitsem. Sabah gidip akşam geri dönsem.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Üç buçuk saat olmuş. Gecedden binecen, sabah orda inecen.</p> <p><b>Uzman:</b> Yani orada bir çay içip yemek yiyip gelseniz bile size yeter. Peki bunu yapabilir misiniz?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Bunu yaparım. Ayağım bir iyileşsin. Yaparım yani.</p> <p><b>Uzman:</b> O zaman ayağınız iyileşsin biraz kendinizi iyi hissedin, size bir İstanbul programı yapalım.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Bakalım.</p> <p><b>Uzman:</b> Peki gelecek hafta ne yapalım daha iyiye gitmek için? Önce hedefimizi belirleyelim. 10 üzerinden 5 iyi midir? 6 mı yapalım? 5,5 mu yapalım?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> 6 yapabiliriz.</p> <p><b>Uzman:</b> Tamam. Gelecek hafta 10 üzerinden 6'yı hedefliyoruz. Peki 5'ten 6'ya ulaşmak için ne yapabilirsiniz?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Ya böyle çıkıp Ankara'da gezmek için bir yer düşünüyorum da aklıma hiçbir yer gelmiyor. Her yere gittim çünkü. Nereye gezebilirim?</p> <p><b>Uzman:</b> Evet. Bunu düşünüyorsunuz.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Kaleyı görmüşüm. Daha öyle gezilecek biyer de yok.</p>	<p>Bir sonraki görüşme için hedef belirleme Müracaatçının kendi çözümlerini üretmesine yönelik sorular</p>
---	--



**Uzman:** Daha önce görüp orada bulunmaktan mutlu olduğunuz yerler olabilir. Daha önce görmediğiniz yerler olabilir.

**Müracaatçı:** İşte görmediğim biyer göreyim diyorum da hiç aklıma biyer gelmiyor. Nereyi görsem? Alışveriş merkezlerinin hepsini gezmişiz. Onlardan artık bi zevk gelmiyo.

**Uzman:** Evet.

**Müracaatçı:** Aynı tas aynı hamam. Yine belki bir sinemaya gidebilirim.

**Uzman:** Aynen. Onu tam da ben diyecektim.

**Müracaatçı:** Ondan sonra belki Dikmen Vadisine gidebilirim.

**Uzman:** Siz bu enerjiyle tüm Ankara'yı gezip bir de şehir dışı yaparsınız.

**Müracaatçı:** Bugün gezdik. Ben bu yaralı ayakla dolaşırken bizimkiler yorulduk yorulduk diyolar. Sıcak, yorulduk... Bana bişey olmuyo, onlar şey oluyo.

**Uzman:** Evet.

**Müracaatçı:** Dikmen Vadisine belki gidebilirim. Onun da pek gezilecek bişeyi yoktur. Çiçek süslemeleri, havuzlar mavuzlar...

**Uzman:** Yine de evde oturmaktan iyidir diye düşünüyorum ben.

**Müracaatçı:** Başka nere gezilebilir? Belki bi müzeye filan gidebilirim.

**Uzman:** Evet.

**Müracaatçı:** Bakalım.

**Uzman:** Tamam.

**Müracaatçı:** Bişeyler yaparız.

**Uzman:** 10 üzerinden 6'ya ulaşmak için yine biz bir liste yapalım. Ben şimdi birkaç not alacağım. Size de vereceğim.

**Müracaatçı:** Pazartesi, Salı doluyum zaten.

**Uzman:** Neden?

**Müracaatçı:** Pazartesi göz randevum var. Salı günü de oğlanın endokrinde randevusu var. Onu götüreceğim. O günler bişey yapamam.

**Uzman:** Bunlar da aslında bir iş.

**Müracaatçı:** Dışarı çıkma...

**Uzman:** Dışarı çıkma evet. İnsan içine karışmadır. Birine yardım etmedir.

**Müracaatçı:** Evet.

<p><b>Uzman:</b> Bir işe yaradığını hissetmedir.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Oğlan aslında tek de gider de. Ben de geleyim yanında dedim.</p> <p><b>Uzman:</b> Daha iyi olur.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Evet. Senin sorumluluğunu alayım dedim.</p> <p><b>Uzman:</b> Kendinizi daha iyi hissedersiniz bunları yaparsanız.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Yani. Göze de gidiyoz bakalım. Büyük ihtimal katarakt ameliyatı önerecekler. Çoktandır öneriyorlar.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Göz merceğın çok bozulmuş diyorlar. Gözünün arkasını göremiyoruz.</p> <p><b>Uzman:</b> Nasıl sizin peki görüşünüz?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Görüşüm kötü işte.</p> <p><b>Uzman:</b> Aslında görece kolay bir ameliyat. Birçok tanıdığım oldu.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Annem de oldu. Kolay da. Korkuyorum.</p> <p><b>Uzman:</b> Bu arada sizinle ilgili bir izlenimimi daha söyleyeyim. Sizin konuşmanız da hızlanmış.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Çok konuştuğum için bu aralar.</p> <p><b>Uzman:</b> Geçen haftalarda daha ağır ve daha az konuşmaya istekliydiniz. Şimdi birçok şeyi anlatmak istiyor gibisiniz. Hızlı hızlı konuşuyorsunuz. Böyle size sanki bir enerji gelmiş.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Gelmiş, evet. Bunu ben de hissediyorum.</p> <p><b>Uzman:</b> Başka konuşmak istediğiniz bir konu var mı? Onu da konuşabiliriz.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Başka konu... Aklıma şuanda bir şey gelmiyor. İşte namazı öğrenmeye çalışacam. Bu yaşa kadar gelmişiz, namazı biliyoruz.</p> <p><b>Uzman:</b> Ne diyorlar? Zararın neresinden dönersen dön, kardır.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Evet. Bi normal, bi kaza kıla kıla... Geçmiş kazaları kılalım. Yılandan kurtulayım. En korktuğum hayvan ya. Bu hayatta en korktuğum hayvan yılandır. Sonra örümcek, akrep... Bi aslan görsem yani yılandan korktuğum kadar korkmam.</p> <p><b>Uzman:</b> Şimdi gelecek haftaya kadar ne yapalım? Bir sinema dedik. İki ne diyelim? Dikmen Vadisi ya da müze olabilir.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Ya da AOÇ olabilir. Hayvanat bahçesi.</p>	<p>Geribildirim</p> <p>Müracaatçının kendi çözümlerini</p>
--	--

<p><b>Uzman:</b> Tamam. AOÇ diyelim. Sinema ya da müze diyelim. Ne dedik? Hıh. Gelecek haftaya kadar namaz kılmayı öğrenmenizi istiyorum sizden. Bunu yapabilir misiniz?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Hafızam bi de bu öğrenme şeyim çok yavaş.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Bu duaları hemen ezberleyemiyorum. Bayağı zorlanırım yani. En az üç dört ay sürer. Ezbere bildiğim duaları unutmuşum yani.</p> <p><b>Uzman:</b> Doğrudur. Bu normaldir.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Fatiha'yı okuyorum. Son bir hecesini bi türlü ezberleyemedim. Kaç defa okudum okudum okudum. En az neredeyse iki üç ay uğraştım ezberleyemedim. Oraya geliyorum, takılıyorum.</p> <p><b>Uzman:</b> O zaman ne yapalım? Dua ezberleme mi yapalım?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Dua ezberleme değil yani. Namazı önce bi kılmayı öğreneyim. Dua ezberlemeyi sonra hallederim yani.</p> <p><b>Uzman:</b> Ezbere bilmiyorsanız bile ilk başlarda bir kağıttan okuyarak kılabilirsiniz.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> O akıllı seccade zaten o okuyo. Düğmesine basıyorsun sabah namazı diye. Sabah namazını sana kıldırıyor.</p> <p><b>Uzman:</b> O zaman gelecek hafta namaz kılma mı diyelim? Beş vakit olamasa da olur. Günde bir vakit kılsanız?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Zaten beş vakit kılmam imkansız. Diyalizde olduğum zaman sabah, öğleyi kılamıyorum.</p> <p><b>Uzman:</b> Tabi. O zaman kaza edersiniz onları.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Cuma'yı da kılamıyorum.</p> <p><b>Uzman:</b> Bunlar önemli değil. Bunlar zaten bilinçli olarak yaptığımız şeyler değil.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Diyalizde olduğum için Cuma'ya da yetişemiyorum.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Yani yetişebilirim de o halde eğilip kalkamam.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet. Sıkıntı olur.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Çünkü tansiyon düşüyor.</p> <p><b>Uzman:</b> Kesinlikle.</p>	<p>üretmesine yönelik sorular.</p>
--	------------------------------------

<p><b>Müracaatçı:</b> O zaman üç, namaz kılma diyelim.</p> <p><b>Uzman:</b> Bu haftaki diyaliz seanslarınız nasıldı?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Bu hafta bir de diyalizde hemşireye seslendim, koş koş koş dedim. Koşarak geldi ne var dedi. Bir şey yok tatbikat yaptım dedim.</p> <p><b>Uzman:</b> O ne dedi?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Allah belanı versin dedi, güldü.</p> <p><b>Uzman:</b> Daha önce diyalizde uyuduğunuzu söylüyordunuz. Şimdi?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Evet uyuyordum yani, sağımla solumla pek ilgilenmez, hiç konuşmazdım.</p> <p><b>Uzman:</b> Artık çevrenize de ilgi gösteriyorsunuz.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Evet. İlgi gösteriyorum.</p> <p><b>Uzman:</b> Bu durum onların da ilgisini çekiyordur. Eren Bey'deki değişime bak diyorlardır kendi aralarında konuşurken muhtemelen.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Olabilir. Önceden hiç konuşmazdım. Yani onlar bişey sorarsa ancak ona cevap verirdim. Yoksa napıyorsunuz, ne ediyonuz bile demezdim.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet. Çok iyi.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Öyle gidiyodum, geliyodum, gidiyodum, geliyodum.</p> <p><b>Uzman:</b> Peki bakalım Eren Bey. Aynen devam. Durmak yok yola devam.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> İyi gidiyo, herşey yolunda.</p> <p><b>Uzman:</b> Gelecek hafta görüşmek üzere hoşçakalın.</p>	<p>Geri bildirimde bulunma</p>
--	--

## DEĞERLENDİRME

Müracaatçı haftasının iyi geçtiğini ancak ameliyat olması nedeniyle verilen ödevleri yerine getiremediğini belirtmiştir. Bunun üzerine müracaatçıya stresli bir duruma maruz kalsa da geçirdiği hafta iyi değerlendirdiği anımsatılmış ve bu nedenle müracaatçı övülmüştür. Müracaatçı 9-10 yıldır hasta olduğunu artık hastalıklarla başetmeyi öğrendiğini belirtmiştir. Ayrıca bu görüşmede hastada tinsel boyutta bir ilgi gözlenmiş ve hasta kendini namaz kılmaya hazırladığını ifade etmiştir. Görüşme esnasında müracaatçının ilk iki görüşmeye oranla daha rahat kendini ifade ettiği, konuşmalarının hızlandığı, oturma şeklinin dahi (daha önceki görüşmelerde öne eğilerek özgüvensiz bir biçimde otururken bu görüşmede bacak bacak üstüne atarak oturmuştur) değiştiği, neşeli ve enerjik olduğu gözlemlenmiş ve kendisine de ifade

edilmiştir. Her görüşmede sorulduğu üzere derecelendirme sorusu müracaatçıya yine soruldu. Müracaatçı 4 puandan 5 puana ulaştığını belirtti. Bunun üzerine başlangıçta amacını gerçekleştirmek için çıktığı yolda 2 puandan 5 puana ulaştığı kendisine hatırlatılarak yaşamında nelerin değiştiği ve bunu yakınındaki insanların fark edip etmediği soruldu. Müracaatçı oğlu ve kız kardeşinin kendindeki değişimleri fark ettiğini, artık ağlamadığını gözlemlediklerini ve kendini daha mutlu gördüklerini belirttiklerini ifade etti. Kendisinin de bu şekilde hissettiğini, artık ölüm korkusunun tamamen kaybolduğunu ekledi ve tek düşüncesinin ameliyat olan ayağının iyileşmesi ve İstanbul'a giderek gezmek olduğunu belirtti. Müracaatçıya diyaliz seansının nasıl geçtiği sorulduğundaysa artık seans esnasında uyumadığı aksine çevresiyle iletişim kurduğu ve hatta şakalaştığı öğrenildi. Müracaatçıya olumlu tepkiler verilerek son aşama olan ödev aşamasına geçilmiş ve gelecek haftaya kadar kendisinin ihtiyaç duyduğunu belirttiği etkinlikler olan sinemaya gitme, müze ziyaretinde bulunma ve namaz kılmayı öğrenme ödev olarak verildi.

**Görüşme No: 4**

**Tarih:** 28.08.2014

**Seans Süresi:** 24 dakika

**PLAN**

Bir önceki görüşmede verilen görevlerin gerçekleştirilip gerçekleştirilmediğinin sorularak bir önceki görüşmeye göre nelerin farklı olduğunun tespit edilmesi ve yaşanan olumlu bir gelişme varsa bunun önplana çıkarılarak müracaatçının yaşamındaki küçük değişimlerin övülmesi ve bu değişimlerin büyük değişimlere yol açabileceğinin hissettirilmesi, derecelendirme sorusunun sorulması, arzu edilen değişime ulaşılması için müracaatçının çözümler üretmesinin sağlanması ve bu çözümlerin ödev olarak müracaatçıya verilmesi bu görüşmenin planıdır.

SÜREÇ	TEKNİK
<p><b>Uzman:</b> Nasıl geçti haftanız Eren Bey görüşmeyeli?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Bu hafta hiç iyi geçmedi.</p> <p><b>Uzman:</b> İyi geçmedi. Neden iyi geçmedi?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Ne biliyim ya. Biraz moralim bozuldu.</p> <p><b>Uzman:</b> Neye moraliniz bozuldu?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Biraz sinirlendim.</p> <p><b>Uzman:</b> Neye sinirlendiniz?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> İşte neye olduğunu bilmiyorum. Öyle kendiliğinden oldu. Pazartesi zaten diyalizdeydim. Salı günü oğlanı şey yaptık.</p> <p><b>Uzman:</b> Fotoğraf çekimine gidecektiniz.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Gitmedik ki.</p> <p><b>Uzman:</b> Niye?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Hiçbiryere çıkasım yoktu işte. Öyle bir huzursuzluk vardı.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet, bir huzursuzluk oldu. Peki hiç iyi geçen bir gününüz olmadı mı?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Cumartesi, Pazar iyi gibiydi.</p> <p><b>Uzman:</b> Ne yaptınız Cumartesi ve Pazar?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Şeye gittik galiba ya. Ankamall'e gittik galiba.</p> <p><b>Uzman:</b> Ankamall'e gittiniz.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Evet.</p> <p><b>Uzman:</b> Kiminle gittiniz?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Ben, eşim, Akın.</p> <p><b>Uzman:</b> Ailece.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Evet.</p> <p><b>Uzman:</b> Biraz daha iyiydi diyorsunuz.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> İyiydi yani o gün iyiydi. Pazartesinden sonra bir huzursuzluk oldu işte. Niye olduysa...</p> <p><b>Uzman:</b> Evet.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Pazartesi ne yaptığımı da unuttum. Bişey yapacaktım Pazartesi. Hastane mi demiştim ne demiştim?</p> <p><b>Uzman:</b> Bir göze gidecektiniz.</p>	<p>Arzu edilen değişimlerin tespit edilmesine yönelik sorular</p> <p>İstisnaların tespitine yönelik sorular</p>

<p><b>Müracaatçı:</b> Heee, göze gittim, evet.</p> <p><b>Uzman:</b> Nasıl geçti?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Neydi o? Hee, yani gözde herhangi bir şey yok. Aynı. Altı ay sonraya gün verdiler. Salı da oğlanı doktora götürdüler. Ben gitmedim. Annesiyle gitti.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Onda da herhangi bir kötü bir şey yok.</p> <p><b>Uzman:</b> İyi. Geçen hafta başka ne ödev vermiştik size?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Herhangi biryere gidecektim onu da yapamadım.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet bir dışarı çıkacaktınız.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Aynen. Onu da yapamadım. Bi Ankamall'e gittik işte. Haftaboyunca yaptığım en olumlu şey oydu. Başka da bir şey yoktu.</p> <p><b>Uzman:</b> Bir sinema ya da müze demiştik.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Gidemedim. Hiçbiryere gidemedim. İstek yok. Huzursuzluk vardı. Böyle sanki bir sinir vardı. Neden kaynaklandığını da bilmiyorum.</p> <p><b>Uzman:</b> Peki namazla ilgili dua çalışacaktınız? Böyle şeyler yaptınız mı?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Valla en kısa duayı anca ezberleyebildim.</p> <p><b>Uzman:</b> Hangisini ezberlediniz?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Kulhuvallahu ehad.</p> <p><b>Uzman:</b> Çok güzel.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Onu sadece ezberleyebildim.</p> <p><b>Uzman:</b> Tamam.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Süphaneke'yi biliyordum zaten.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Elhamdülillayı da biliyorum zaten son hecesi hariç.</p> <p><b>Uzman:</b> Ama namaz kılmaya başlamadınız.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Namaz kılmaya başlamadım ya.</p> <p><b>Uzman:</b> Olsun bu da güzel bir adım.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Daha ayağымda açık yara var. Abdest nasıl olacak? O sorunu düşünüyorum.</p>	<p>Övgü</p> <p>Övgü</p>
--	-------------------------

**Uzman:** Bunun çok önemli olmadığını söylüyorlar. Oraya su sürmeden de alabiliyorsunuz benim bildiğim kadarıyla. Yani gerektiğinde orayı ıslatmadan, oraya da dokunmadan yapabildiğiniz kadarıyla...

**Müracaatçı:** Onu bi hocadan öğreneyim de.

**Uzman:** Tamam. Hangi hocadan öğreneceksiniz?

**Müracaatçı:** Valla internetten araştırayım. Araştıracam yani. Tanıdığım bir hoca yok.

**Uzman:** Tanıdığınız hoca yok. Tamam

**Müracaatçı:** İnternette araştırcaz.

**Uzman:** O zaman şunu bir not alalım. Şimdi gelecek hafta görüşmeyeceğiz. Ben yurtdışına çıkıyorum. Bir sonraki hafta görüşeceğiz. İki hafta sonra. Bu iki hafta içinde sizinle bir şey yapalım o zaman. Abdest meselesi.

**Müracaatçı:** Ara sıra bu terapi de beni huzursuz ediyor.

**Uzman:** Neden?

**Müracaatçı:** Amaaan ne gereği var, boşuna uğraşyoruz diyorum.

**Uzman:** Öyle mi geliyor?

**Müracaatçı:** Yine gelecek. Soru soracak. Aynen öyle oluyor yani. Bu da bazen sinirimi bozuyor.

**Uzman:** Peki, neden işe yaramayacağını düşünüyorsunuz?

**Müracaatçı:** İşe yaramayacak gibime geliyor ama bir bakalım.

**Uzman:** Denemekten bir zarar gelmeyeceğini düşünüyorum ben. Zararlı bir şey değil.

**Müracaatçı:** Deneyelim yani.

**Uzman:** Zaten iki görüşme daha kaldı. İki hafta sonra bitireceğiz. Bu size verdiğim görevleri yapmadığımızda bir suçluluk mu hissediyorsunuz? Bu sizi geriyorsa...

**Müracaatçı:** O geriyor işte. Bir şey yapmadım. Ne diyecem şimdi diyorum.

**Uzman:** Anladım, anladım. Bunu bir zorunluluk olarak algılamayın.

**Müracaatçı:** Zorunluluk yok diyorsunuz yani.

**Uzman:** Yok yok. Öyle değil. Ben sadece siz tavsiyede bulunuyorum. Yani bunu yapmak zorunda değilsiniz. Yaparsanız iyi olur.

**Müracaatçı:** Yani hayata müdahale yok burda.



<p><b>Uzman:</b> Yok, yok. Sadece tavsiye.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Tavsiye...</p> <p><b>Uzman:</b> Bunu bir zorunluluk olarak algılamayın sakın.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Bugün bir de kardiyoolojiye gittim.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Kalbimin şurasında bir ağrı var. Bişey yokmuş kalpte.</p> <p><b>Uzman:</b> İyi, bu da sevindirici bir şey.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Kas ağrısı filan dediler.</p> <p><b>Uzman:</b> Hıhı. Hıhı. Peki geçen hafta 10 üzerinden 5'teydik.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Evet.</p> <p><b>Uzman:</b> Bu 10 üzerinden kaçtayız?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Aynı yani. Değişen bir şey yok.</p> <p><b>Uzman:</b> Bir gerileme oldu mu?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Gerileme yok.</p> <p><b>Uzman:</b> Tamam. 10 üzerinden 5 yine o halde.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Sadece bir şey yapamadım. Huzursuz geçti.</p> <p><b>Uzman:</b> Tamam, sorun değil. Anladım. 10 üzerinden 5 bizim başladığımız noktaya göre çok iyi bir nokta. 2 ile başladık biliyorsunuz.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Hıhı.</p> <p><b>Uzman:</b> Bu şekilde devam etmemiz de önemli. Yani gerileme olmasın da.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Arkadaşları davet ettim. Hepsinin işleri var. Cumartesi biri gelecek. Ötekisi işim olmazsa gelirim dedi. Öteki burada oturan da gelecek. Yani ikisi kesin gelecek de biri muamma.</p> <p><b>Uzman:</b> Anladım.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Cahit biri. Tanıyo musun sen? O da Hacettepe de şey. Maden mühendisi.</p> <p><b>Uzman:</b> Bilmiyorum onu.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Cumartesi onlarla buluşacaz işte.</p> <p><b>Uzman:</b> Çok iyi.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Evde.</p> <p><b>Uzman:</b> Buraya mı gelecekler?</p>	<p>Derecelendirme sorusu</p> <p>Övgü</p> <p>Övgü</p>
--	--

<p><b>Müracaatçı:</b> Buraya gelecekler. Çünkü ben dışarı çok çıkamıyorum. Dengem yok. Yürüyemiyorum. Yani yürüyorum da beni tutuyorlar. Ya Akın tutuyor ya eşim kolumdan tutuyor.</p> <p><b>Uzman:</b> Olsun o da iyidir. Oturmaktan iyidir destekli de olsa yürümek.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Gözüm bozuk. Gözünde bir şey yok diyolar. Ben dışarıda yürürken mesela merdivenleri fark edemiyorum. Yani girinti çıkıntıları fark edemiyorum. Ama bişey yok diyolar. İyi şimdilik diyolar. Katarakt var sol gözünde diyolar.</p> <p><b>Uzman:</b> Hıhı. Onunla ilgili bir şey söylediler mi? Onu almalıyız vesaire?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Altı ay sonra bir bakalım dediler.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Şimdilik iyi dediler.</p> <p><b>Uzman:</b> Biraz tarih vermişler.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> İşte altı ay sonraya gün verdiler. Bakacaz. Öyle.</p> <p><b>Uzman:</b> Peki bu aralar, görüşmediğimiz bir hafta süresince, kafanızın takıldığı, sizi huzursuz eden bir konu oldu mu?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Yo, olmadı.</p> <p><b>Uzman:</b> Mutlu eden bir şey oldu mu?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Bu hafta mı?</p> <p><b>Uzman:</b> Evet.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Bu aralar mutlu eden ne olabilir?</p> <p><b>Uzman:</b> Kendinizi iyi hissettiğiniz bir an, gün, saat, olay? Sizi sevindiren?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Şey, Ankamall'e gittik.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Orada iyiydik. Mutluyduk yani. Kafeye mafeye gittik. Yemek yedik. Mutluydum orada.</p> <p><b>Uzman:</b> Sinemaya gideceğim demiştiniz. Gitmediniz mi?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Sinemaya... Hiç güzel Türk filmi yoktu. Yabancı izleyemiyorum ben.</p> <p><b>Uzman:</b> Altyazılı olduğu için mi?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Altyazılı olduğu için okuyamıyorum. Eşim de anlayamıyor. Okuma yazması da yok.</p>	<p>İstisnaların tespitine yönelik sorular</p> <p>Bir önceki görüşmede verilen ödevlere ilişkin sorular</p>
--	--

<p><b>Uzman:</b> Evet.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> O yüzden şimdilik sinema durdu.</p> <p><b>Uzman:</b> Tamam.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Belki bu hafta içinde üç boyutlu bir filme giderim. Onda hiç olmaz.</p> <p><b>Uzman:</b> Hiç gittiniz mi üç boyutlu filme?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Gittim. Çok felaket bişey ya... Gerçek gibi.</p> <p><b>Uzman:</b> Değil mi?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Adam tepeye tırmanıyor ilk gittiğimde, yukarıdan taş düştü şöyle... Başımı dönderdim şöyle şöyle yaptım. Yanımdaki ne yapıyon lan diyo...Ne yapıyım.</p> <p><b>Uzman:</b> Ben de ilk gördüğümde bayağı şaşırmıştım. Bugün kardeşim geldi Malatya'dan da. Şeye götürdüm. Bu Nata Vega var yukarıda.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Hıhı. Biliyorum.</p> <p><b>Uzman:</b> Oranın akvaryumuna gittiniz mi?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Gittim oranın akvaryumuna.</p> <p><b>Uzman:</b> Ora da gayet başarılıydı. Belki oraya da gidebilirsiniz diyecektim gitmediyseniz.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Gittim de gene de giderim yani. Gidilecek yer. Yine gezilir yani. Sıkılmıyom ben balık izlemekten. Akvaryum balıklarını seviyom ben.</p> <p><b>Uzman:</b> Akvaryum balıklarını seviyorsanız akvaryum almayı düşünür müsünüz?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Akvaryumum var zaten.</p> <p><b>Uzman:</b> Var mı? Aaa ne güzel. Hangi balıklar var?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Akvaryumum var. Şuanda ciklet var.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet. Siz mi besliyorsunuz onları?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Evet. Ben besliyorum.</p> <p><b>Uzman:</b> Ne kadar güzel. Bilmiyordum bunu.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Cikletlerim var. Şu pahalı olan tür cikletler vardı. Tropaus türleri. Onlardan aldım. Birbirlerini parçaladılar.</p> <p><b>Uzman:</b> Sorarak almak lazım. Çünkü iyi anlaşılan balıklar var, anlaşmayan balıklar var.</p>	<p>Müracaatçının hobi ve ilgilerine yönelik sorular</p> <p>Övgü</p>
--	---

<p><b>Müracaatçı:</b> Onlar şeymiş meğerse 750 litre akvaryumda besleniyomuş. Bölge belirliyomuş onlar kendilerine. Birbirlerini parçaladılar.</p> <p><b>Uzman:</b> Ne zamandır besliyorsunuz peki çikletleri?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Çikletleri... Dört ay filan oldu ya. Kardeşimin yavruları vardı. Getirdi. Ben besliyorum onları.</p> <p><b>Uzman:</b> Güzel.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Şimdilik duruyo onlar. Bir iki ay içinde şey getirecem. Çingene Trapousler varmış. Onlardan getirecek 20-30 tane. Onları besleyecem.</p> <p><b>Uzman:</b> Var mı böyle başka hobileriniz benim bilmediğim?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Başka... Maket yaparım.</p> <p><b>Uzman:</b> Maket.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Hıhı.</p> <p><b>Uzman:</b> Yani bu parçaları satılıyor. Siz birleştiriyorsunuz. Öyle mi?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Yok. Kendim kesip biçiyom.</p> <p><b>Uzman:</b> Ne yaptınız mesela daha önce?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Daha önce bir ev yaptım.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Odada.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet. Çok iyi. Çok yetenekleriniz varmış sizin ya. Hiç göstermiyorsunuz bize.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Yetenek var da... Uğraşmak hoşuma gidiyor yani böyle.</p> <p><b>Uzman:</b> Güzel.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Hobi tarzı şeyler hoşuma gidiyo yani bunlarla uğraşması.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet, bunlar güzel şeyler. Hem kaliteli vakit geçiriyorsunuz. Hem birşeyler üretiyorsunuz.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Öyle.</p> <p><b>Uzman:</b> Çok iyi. Peki bu hafta diyaliz seanslarınız nasıl geçti?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Diyalizler iyiydi ya.</p> <p><b>Uzman:</b> Bir sıkıntı oldu mu?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Bir sıkıntı yoktu. İyiydi gayet güzeldi.</p> <p><b>Uzman:</b> Peki yine iletişim kurdunuz mu hemşirelerle olsun hastalarla olsun?</p>	<p>Başka ne soruları</p> <p>Övgü</p> <p>Övgü</p>
--	--

**Müracaatçı:** Yine aynı konuşuyorum yani hemşirelerle. Hergün de bir hemşire değişiyor. Birine daha ısınmadan öteki geliyor.

**Uzman:** Bu değişimleri beğenmiyor musunuz?

**Müracaatçı:** Yok ya... Biri devamlı gelse insan tam alışıyor.

**Uzman:** Evet.

**Müracaatçı:** O gün, senin gittiğin iki gün, izinli sayılıyor. Denk gelmiyo. Sonra başkası geliyor. Bir ayda en az üç dört tane hemşire değişiyö.

**Uzman:** Evet. Kalıcı olsa daha iyi olur.

**Müracaatçı:** Diyaliz hemşirelerinin izinleri çok ya. Amma çok izin alıyolar.

**Uzman:** Evet.

**Müracaatçı:** Pazar günleri zaten izinliler. Haftada bir iki gün de öyle izin alıyolar. İzinli günleri. Öyle oluyo. Zaten bana bakan hemşire 20 günlük yaz tatili iznindeydi. Geldi bi kere aldı beni. Ondan sonra iki gün yine yok. Haftanın iki günü yine yoktu. İzinli.

**Uzman:** Anladım.

**Müracaatçı:** Gerçi onun yerine bakanla da samimiyim. Onla da konuşuyorum. Konuşuyoz yani onla da.

**Uzman:** İyi bakalım. Peki diyalize birlikte girdiğiniz kişiler değişiyor mu? Yoksa onlar sabit mi?

**Müracaatçı:** Onlar sabit ya.

**Uzman:** Mesela yanınızda yatan kişi hep aynı oluyor mu?

**Müracaatçı:** Aynı, hep aynı. Bir değil öbür yanımdaki üç kişi giriyor orda. Pazartesi değişik biri, Çarşamba değişik, Cuma değişik. Haftada iki girmiş onlar.

**Uzman:** Evet. Onlarla iletişiminiz nasıl? İyi mi?

**Müracaatçı:** Yoo. Hastaların hiçbiri birbiriyle konuşmuyor ki. Arada bir biri laf açarsa bişeyler konuşuluyor. Yoksa bekliyo, kahvaltısını ediyö, yatıyo. Hiçbiri birbiriyle konuşmuyor. Hepsi zaten yaşlılar.

**Uzman:** Genç yok mu sizin yanınızda yönünüzde?

**Müracaatçı:** Genç yok. Yanımdaki hacı. Onun yanındakiler de gene 50 yaşın üzeri.

**Uzman:** Peki bu hacı bilmez mi abdest alma meselesini?

<p><b>Müracaatçı:</b> Bilir.</p> <p><b>Uzman:</b> Ona sorsanız olmaz mı?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Ona sorabilirim aslında evet.</p> <p><b>Uzman:</b> O zaman şimdi benim aklıma geldi.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> O biliyo herşeyi.</p> <p><b>Uzman:</b> Bunu hacıya soralım. Tam yeri yani.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Tamam. Biri vefat etti zaten. Bir ay önce. Bayan biri vardı. O da 40 yaşlarındaydı. Gençti daha.</p> <p><b>Uzman:</b> Bu hafta içerisinde mi oldu?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Yok, bir aydan fazla oldu ya. Bir buçuk ay falan. Yani iyi biriydi. Devamlı o konuşurdu. O çok konuşkan biriydi. Konuşurdu yanındakilerle. Biz de arada lafa katılırdık. Ama kadına yazık oldu. İşte meğerse boğazında kanser varmış. Bir de kalp krizi geçirdi. Diyalizde kalp krizi geçirdi. Ondan sonra yoğun bakımda kaldı bir hafta öldü. Düşünüyorum bazen ben de mi öyle olacam diye işte. Aynı yaştayım. Ne biliyim...</p> <p><b>Uzman:</b> Tabi ölüm yaşla ilgili değil biliyorsunuz.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Hayır, bir de diyaliz hastalarının en çok çıkabileceği ikinci hastalık kalpmiş. Kalp çok tehlikeliymiş diyalizde.</p> <p><b>Uzman:</b> Siz ama bu hafta gittiniz kalpte bir sıkıntı çıkmadı.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Gittim. Kalp krizi riski taşıyorum.</p> <p><b>Uzman:</b> Çok iyi. Sizin bu anlamda bir sıkıntınız yok şuan.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Evet.</p> <p><b>Uzman:</b> Bu konuda rahat olabilirsiniz. Bunu daha sonra düşünürsünüz eğer bir sıkıntı olursa yine.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Bu kalbi çok şey yapmak gerekiyor, takip etmek gerekiyor diyaliz hastalarının.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> En tehlikeli şey.</p> <p><b>Uzman:</b> Siz de ihmal etmeyin o halde. Altı ayda bir görünün.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Öyle yapıyom zaten.</p> <p><b>Uzman:</b> Peki bu bir hafta boyunca olumlu şeyler düşünebilirsiniz demiştim. Böyle bir çabanız oldu mu?</p>	<p>Ödev</p> <p>Olumsuz bir düşünceyi olumlu bir biçimde ortaya koyma</p>
---	--

<p><b>Müracaatçı:</b> Oldu da bişey yapamıyorum. Kitap bile okuyamadım bu hafta. En çok okuduğum kitabı bile uzandım, bi sayfa okudum, sıkıldım. Sıkılıp geri kalktım.</p> <p><b>Uzman:</b> Peki hiç kitap okuyabildiğiniz bir gün oldu mu bu hafta? Yani o bir sayfanın devamı geldi mi hiç bir gün?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Sayfanın devamı geliyor. Bölümü bitiriyom da yani sıkılarak bitiriyorum.</p> <p><b>Uzman:</b> Anladım, anladım.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Bi bölümü mesela iki defa okudum bu hafta. Ondan sonra iki üç gün hiç okumadım.</p> <p><b>Uzman:</b> Ama bunu bitirmek zorundayım diye algılamayın.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Biliyorum zaten ben kitabı öylesine zaman geçsin diye okuyorum.</p> <p><b>Uzman:</b> Sıkıldığınız zaman bırakıp başka bir aktivite yapın.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Zorunda değilim biliyorum. Kendimi zorunlu hissetmiyorum zaten.</p> <p><b>Uzman:</b> Yok yani zorunlu değil de, kendinizi zorlarsanız o şeyden zevk almazsınız. Bunu bitirecem diye.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Ben de zaten bırakıyorum hemen.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Sıkılmamak için.</p> <p><b>Uzman:</b> Dizilerinizi takip ettiniz mi bu hafta?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Dizileri takip ettim evet. Dizide de artık bişey olmuyo iki üç haftadır. Öyle boş.</p> <p><b>Uzman:</b> Yaz tatiline girmişlerdir belki. Çok çalışmıyorlardır.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Öyle güzel bişey şeyapmıyorlar. Bi de çok kısa sürdü bu haftaki ya. Normalde bi saatten fazla sürüyodu. Bu haftaki 20 -30 dakkada bitti. Ne olduysa... Sonra tekrar, dizi bitti arkasından tekrarını yayınladılar. Demek ki yaz tatilindeler.</p> <p><b>Uzman:</b> Başka konuşmak istediğiniz bir konu var mı bu hafta? Aklınıza gelen, benle paylaşmak istediğiniz, sizi düşündüren, mutlu eden, canınızı sıkıran? Hiç fark etmez. Ne isterseniz.</p>	<p>Bir önceki görüşmede verilen ödevlere ilişkin sorular Sorunların gözlenmediği anlar olan istisnaların keşfine yönelik sorular</p> <p>Başka ne soruları</p>
---	---

<p><b>Müracaatçı:</b> İşte canımı sıkan terapiydi. Bişey yapmadım. Ne diyecem. Oydu.</p> <p><b>Uzman:</b> Böyle hiçbir kaygınız olmasın. Öyle bir sıkıntı yok.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Bi Ankamall'e gittik, gezdik. Ondan mutluyuz. Başka mutlu eden şey yoktu.</p> <p><b>Uzman:</b> Peki gelecek hafta, iki hafta ara veriyoruz. İki hafta boyunca ne yapalım?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> İki hafta boyunca ne yapabiliriz? İşte arkadaşlar gelecek.</p> <p><b>Uzman:</b> Tamam.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Cumartesi onlarla buluşacam.</p> <p><b>Uzman:</b> Gelecek iki hafta boyunca daha çok dışarı çıkalım mümkün olduğunca.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Gidecem biyerlere bu hafta bakalım.</p> <p><b>Uzman:</b> Bu sizin İstanbul düşünceniz vardı. O ihtimal dahilinde mi?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> İstanbul şuanda yok ya. Şuan mümkün değil.</p> <p><b>Uzman:</b> Şuan mümkün değil diyorsunuz. Biraz daha iyileştikten sonra belki.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Bi de İstanbul hızlı treni şehrin içine gitmiyomuş, daha dışındaymış.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Ordan da tekrar başka bir ulaşım aracı bulman gerekiyor. Oralara ulaşım, garlara ulaşım daha yapılmamış. İki üç ayı bulur diyolar.</p> <p><b>Uzman:</b> Başka aklınıza gelen, yapabileceğiniz bir şey var mı? Yapsam iyi olur, bana iyi gelir dediğiniz bir şey?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Aklıma bir şey gelmiyor. Çıkarım dışarı, gezerim. Aklıma ne gelirse, o anda ne gelirse onu yaparım.</p> <p><b>Uzman:</b> Gene şeyi ekleyeyim ben size fikir versin diye sinemayı.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Evet, sinemaya gidebilirim belki.</p> <p><b>Uzman:</b> Belki müze demiştiniz. Onu da ekleyeyim. Yani bunları yapmak zorunda değilsiniz ama baktığımızda canınız sıkıldığında mesela bir bakayım burda ne yazıyo, bunu yapayım dersiniz size bir rehber, pusula gibi...</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Anladım.</p> <p><b>Uzman:</b> Atatürk Orman Çiftliği demiştik geçen hafta.</p>	<p>Müracaatçı ile birlikte ödevlerin belirlenmesi</p> <p>Başka ne soruları</p>
---	--



<p><b>Müracaatçı:</b> Oraya gidebilirim.</p> <p><b>Uzman:</b> Tamam, bunu yazalım tekrar.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Hayvanat bahçesini gezerim.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet. Hayvanları seviyorsunuz.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Yani insan görünce gerçeğini hoşuna gidiyo.</p> <p><b>Uzman:</b> Şimdi gelecek hafta yine biz 6'yı mı hedefleyelim, 5.5'i mi? Gelecek hafta değil iki hafta sonra.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> 6'yı hedefleyelim de inşallah olur.</p> <p><b>Uzman:</b> İnşallah olur. Tamam, gelecek haftaki hedefimiz 6. Biz zaten en başta 7-8 demiştik en fazla. Ulaşacağımız yer. 6'ya gelirsek çok iyi. 5 de zaten şuan iyi bir yer. Kötü bir yer değil. 2'ye göre çok iyi şuan. Bakalım. Şimdi o halde iki hafta sonra görüşmek üzere oturumu sonlandıralım.</p>	<p>Derecelendirme sorusu aracılığıyla bir sonraki görüşme için hedef belirleme</p>
---	--

## DEĞERLENDİRME

Dördüncü görüşme olan bu görüşmeye rutin olarak başlangıç sorusu olarak kullanılan geçen haftanın nasıl geçtiğine dair soru sorularak başlandı. Müracaatçı bir önceki görüşmenin aksine bir önceki haftanın kendisi açısından istediği gibi geçmediğini belirtti. Haftaiçi huzursuzluk ve sinir sahibi olduğunu ekledi. Bunun üzerine uzman, müracaatçıdaki bu duygu durumlarının nedenlerini incelemek yerine, olumsuzluklara doğru yönelen görüşmeyi iyi geçen zamanlara yani çözüm odaklı kısa terapinin istisna diye tanımladığı sorunun yaşanmadığı/gözlenmediği zamanlara doğru yönlendirmiştir. Böylelikle güzel geçen haftasonu üzerinde konuşulmuştur. Sonrasında müracaatçı müdahale sürecinde verilen ödevleri yerine getirememenin kendisinde kaygılara neden olduğunu ve sürece katılımını olumsuz yönde etkilediğini belirtmiştir. Bazı uzmanlar “ödev” kavramının özellikle okul deneyimi olumsuz olan müracaatçıların bu kavramdan rahatsızlık duyabileceğini belirtmektedir (Macdonald, 2011: 27). Bu durumda uzman, müracaatçıya ödevleri yerine getirmemesinin herhangi bir yaptırımını olmadığını, bunun müracaatçıda sıkıntı yaratmaması gerektiğini ve verilen ödevlerin ancak tavsiye niteliğinde olduğu detaylıca ifade etmiştir ve müracaatçıda bu konuda rahatlama sağlanmıştır. Görüşmenin devamında derecelendirme sorusu müracaatçıya sorulmuş ve bir önceki görüşmede 5 olarak ifade edilen puanlamada herhangi bir değişim olmadığı müracaatçı tarafından dile

getirilmiştir. Bu durum da müracaatçının müdahaleye olan bakış açısını olumsuz olarak etkilemiş ve müdahalenin gereksizliğini düşünmesine neden olmuştur. Bunun üzerine müracaatçının ilk görüşmede kendi amacına ulaşmada bulunduğu noktayı 2 puan olarak ifade ettiği hatırlatılmış ve 2 puandan 5 puana gelmesiyle elde ettiği başarı vurgulanmış ve bir önceki görüşmede 5 olan puanında herhangi bir gerileme olmayışının önemi üzerinde durmuştur. Sonrasında müracaatçının zevk aldığı etkinlikler ve alışkanlıklar üzerine çözüm sohbeti geliştirilmiş ve bu sohbet esnasında öğrenilen birtakım becerileri üzerine övgüde bulunulmuştur. Son olarak gelecek görüşme için 6 puana ulaşmak hedef olarak belirlenmiş ve bir önceki hafta gerçekleştirilemeyen ödevlerin yerine getirilmesi müracaatçıdan tekrar istenmiştir.

### **Kaynak**

Macdonald, A. (2011). Solution-focused therapy: Theory, research & practice. Sage.

### **Görüşme No: 5**

**Tarih:** 11.09.2014

**Seans Süresi:** 11 dakika

### **PLAN**

Bir önceki görüşmede verilen görevlerin gerçekleştirilip gerçekleştirilmediğinin sorularak bir önceki görüşmeye göre nelerin farklı olduğunun tespit edilmesi ve yaşanan olumlu bir gelişme varsa bunun önplana çıkarılarak müracaatçının yaşamındaki küçük değişimlerin övülmesi ve bu değişimlerin büyük değişimlere yol açabileceğinin hissettirilmesi, derecelendirme sorusunun sorulması, arzu edilen değişime ulaşılması için müracaatçının çözümler üretmesinin sağlanması ve bu çözümlerin ödev olarak müracaatçıya verilmesi bu görüşmenin planıdır.

<b>SÜREÇ</b>	<b>TEKNİK</b>
<b>Uzman:</b> Evet, Eren Bey. İki haftadır görüşmüyoruz. Nasıl geçti iki haftanız?	Arzu edilen
<b>Müracaatçı:</b> İyiydi ya. Evde durdum çoğunlukla.	değişimlerin

<p><b>Uzman:</b> Evet.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Dışarı çıktık 2-3 defa.</p> <p><b>Uzman:</b> Nerelere gittiniz? Neler yaptınız?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Ankamall'e gittik. Ulus'a gittik. Bi daha Ulus'a gittik. Alışveriş yaptık. Cemal'in düğünü için oğlana bi takım elbise aldım. Hanıma bi abiye aldım.</p> <p><b>Uzman:</b> Çok iyi. Düğün yakın mı? Yaklaştı mı?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Ekimin ilk haftası.</p> <p><b>Uzman:</b> Düğün hazırlıkları yapıyoruz diyorsunuz. Peki, onun dışında hisleriniz nasıldı? Nasıl hissettiniz? Kendinizi iyi hissettiğiniz günler oldu mu?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Oldu.</p> <p><b>Uzman:</b> Hangi günlerdi onlar? Hangi zamanlardı ya da?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Genel de iyiydim. Genelde iyi hissediyodum.</p> <p><b>Uzman:</b> Bunu ben size sormadan bile anlayabiliyorum aslında biliyor musunuz? Oturuşunuzdan, sesinizin tonundan çok belli oluyor. Böyle bir huzura ermiş gibisiniz. Böyle bir dinginlik... Bir huzur ifadesi...</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Evet.</p> <p><b>Uzman:</b> Peki bu hafta kendimizi değerlendirirsek 10 üzerinden kaç deriz?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> 6-7.</p> <p><b>Uzman:</b> 7 mi? Bu mükemmel bir şey aslında. Açıkçası biz 2 ile başladık 10 üzerinden. Şimdi 10 üzerinden 7 gerçekten çok büyük bir rakam.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Yani iyiyim artık başka bir beklentim kalmadı.</p> <p><b>Uzman:</b> Bunu nasıl başardınız peki? 10 üzerinden 2'den 7'ye nasıl geldiniz? Gerçekten bu çok büyük bir gelişme.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Ben de bilmiyorum nasıl geldiğimizi.</p> <p><b>Uzman:</b> Gerçekten sizinle gurur duyuyorum. Diğer hastalara da anlatacağım sizi. Gerçekten çok iyi ilerliyoruz. Haftaya da son görüşmemizi yapıp, artık stabil bir hale geldiniz bence, süreci sona erdireceğiz. Peki size küçük görevler vermiştik. Hani şu yapılmaya da olan? Zorunlu olmayan ama yapılırsa iyi olan? Onlarla ilgili neler yaptınız?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Dışarıya çıktım, gezdim.</p>	<p>tespit edilmesine yönelik sorular</p> <p>Sorunun görülmediği istisnaların keşfedilmesi</p> <p>Övgü, geri bildirim</p> <p>Derecelendirme sorusu</p> <p>Övgü</p> <p>Övgü</p> <p>Övgü</p> <p>Bir önceki görüşmede verilen</p>
---	---

<p><b>Uzman:</b> Dışarıya çıkma vardı, evet. Ankamall'e gideceğim demiştiniz. Onu yaptınız.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Fatiha suresini ezberledim.</p> <p><b>Uzman:</b> Ezberlediniz mi?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Hıhı.</p> <p><b>Uzman:</b> Çok iyi. Peki Fatiha'yı ezberlemek size nasıl hissettirdi?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Yani bir iki duayı daha ezberlersem namazı kılarım diye umut verdi.</p> <p><b>Uzman:</b> O zaman bir küçük sure daha ezberleyelim gelecek haftaya kadar. Olur mu? Yapabilir misiniz? Kısa...</p> <p><b>Müracaatçı:</b> O biraz zor olur.</p> <p><b>Uzman:</b> Zor mu olur?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Yani bakarım. Belki ezberlersem... Zaten kulhuvallahuyu biliyorum.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Sühaneke'yi biliyorum. Fatiha'yı biliyorum. Bakarım. Bi küçük sure yine ezberlemeye çalışırım.</p> <p><b>Uzman:</b> Küçük bir sure yazalım. Peki, evdekilerle aranız nasıl? Babanızla, eşinizle, kardeşlerinizle?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> İyi. Sohbet ediyorum her akşam kardeşlerimle. İşten gelip yanıma oturuyorlar. Sohbet ediyoruz. Konuşuyoruz.</p> <p><b>Uzman:</b> Çok iyi. Peki son zamanlarda kendi yaşamınızı yönetebildiğinizi hissedebiliyor musunuz?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Evet.</p> <p><b>Uzman:</b> Ben bunu görüyorum sizde.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Hissediyorum. Çünkü daha önce kendimi baskı altında hissediyordum. Bişey yapsam kızacaklar, bişey yapsam laf söyleyecekler diye düşünüyordum. Bu aralar hiç umursamadan yapıyorum. Bişe dedikleri de yok.</p> <p><b>Uzman:</b> Çok iyi. Yani ben başlarda sizi çok çaresiz görüyordum açıkçası. Yani ilk hafta, ilk görüşmemizde...</p>	<p>ödevlerle ilgili sorular</p> <p>Övgü</p> <p>Ödev</p> <p>Geribildirim</p> <p>Övgü</p>
--	---

<p><b>Müracaatçı:</b> Diyom ya önceden bağımlıydım yani evden bana bişey diyecekler. Ben evde bi iş yapmıyorum, bişe yapmıyorum. Boş boş oturuyom. Bi de harcama marcama yapmıyım gibisinden geliyodu bana.</p> <p><b>Uzman:</b> Yani şöyle ben sizi gözlemliyorum; çok pasifken çok aktif bir konuma geçtiniz. Kendinize zgüven geldi biraz. Onu görüyorum. Oturuşunuz bile değışti gerçekten.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Evet oldu bunlar. Ben de farkediyorum.</p> <p><b>Uzman:</b> Bunlar gerçekten çok iyi gelişmeler. Başta bana çok güvenmiyordunuz, inanmıyordunuz ama ben faydasının olduğunu düşünüyorum. Bilmiyorum siz de öyle düşünüyor musunuz?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Yani bi de şu kaşıntı olmasa...</p> <p><b>Uzman:</b> Kaşıntı var.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Fosforum yükselmiş. Heryerim kaşınıyo.</p> <p><b>Uzman:</b> Yediklerinize dikkat mi etmediniz?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Ya bilmiyom. Neden yükseldi hiç anlamıyom. Hiçbişey de yemiyorum yani. İştahım pek yok. Demek ki fosforlu bir şey yemişiz.</p> <p><b>Uzman:</b> Anladım. Dikkat etsek de bazen kaçıyor diyorsunuz.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Kaçmış demek ki. Dışarıda yediğimiz hamburger mamburger demek ki öyle bişey yapmış.</p> <p><b>Uzman:</b> Olabilir.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Onlardan yükseldi herhalde.</p> <p><b>Uzman:</b> Peki diyaliz servisinde işler nasıl?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> İyi.</p> <p><b>Uzman:</b> İlişkileriniz, durumunuz?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Her girişimde bir hemşire değışıyo ya. Zırt pırt değıştiriyorlar.</p> <p><b>Uzman:</b> Hala değışiyor diyorsunuz.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Bizim odayı kimse beğenmiyormuş koridor olduğu için. Durmadan değıştiriyorlar.</p> <p><b>Uzman:</b> Hastalarla aranız nasıl?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> İyi hastalarla aram. Yanımda bir hacı amca kaldı. Başka kimse yok.</p> <p><b>Uzman:</b> Hacı amcaya bir şey soracaktınız?</p>	Geribildirim
--	--------------

<p><b>Müracaatçı:</b> Heee, sordum.</p> <p><b>Uzman:</b> Sordunuz mu?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Elinle meset diyo. Bişe olmaz diyo. Islatmadan elinle meset diyo.</p> <p><b>Uzman:</b> O konu biraz kafamızı karıştırıyordu. Onu da öğrendik, rahatladık. Değil mi?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Elinle mesetsen yeter diyo.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet. O da iyi.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Arkadaşları çağıracaktım. Bir iki defa çağırdım. Biri işi var, gelemiyor. Öteki yok Sincan'dayım, yok Polatlı'dayım, yok şurdayım... Çalışıyorlar ya devamlı o yüzden gelemiyorlar. Bir pazar günleri var onda da karısıyla evde kalıyo. Gelemiyorlar. Ama buluruz bir ara. Bu Cebeci bölgesine geldiği zaman denk gelirse hallederim.</p> <p><b>Uzman:</b> Peki siz neleri gözlemliyorsunuz? Ben size anlattım; ben sizi ilk görüşmede şöyle gördüm, şimdi böylesiniz diye. Siz peki bu değişimleri nasıl bana anlatırsınız? Sizce neler değişti?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Bence en büyükleri olduğum için söz söyleme hakkımın olduğunu anladım. Ondan sonra başka... Sohbet etmede çekinilmeyeceğini öğrendim. Dışarda rahat yürüyorum. Kimseyi umursamıyorum rengimden dolayı. Olumlu bakmaya çalışıyorum, olumsuz hiçbirşey düşünmüyorum. Bunlar yani. İyi hissediyorum kendimi.</p> <p><b>Uzman:</b> Bunlar zaten bizim en başta hedeflediğimiz şeylerdi. Bu amaçla zaten görüşmelerimizi yapıyoruz.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Yani kendimi iyi hissediyorum. Hiç öyle bir karamsarlık kalmadı.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Karamsarlığı kendim yaratıyomuşum.</p> <p><b>Uzman:</b> Kesinlikle. Beyninizdeki düşünceleriniz sizin yaşamınızı yönlendiriyor. Sizi üzüyor. Aslında bu diğer insanların düşünmediği şeyler. Bu sizin ürettiğiniz düşünceler...</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Ben öyle düşünüyümüşum.</p> <p><b>Uzman:</b> Kesinlikle.</p>	<p>Değişimlerin müracaatçıya hissettirilmesine yönelik sorular</p>
---	--

<p><b>Müracaatçı:</b> Karşıdakiler öyle düşünmüyomuş.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet. Peki, gelecek hafta için yine küçük adımlar atalım.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Ne yapalım?</p> <p><b>Uzman:</b> Şimdi 10 üzerinden 7'deyiz. Son haftaki hedefimiz ne olsun? 7 iyi mi? 8 mi olsun?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Yani bundan daha iyi ne olabilir ki? 7 iyi.</p> <p><b>Uzman:</b> 7 iyi mi diyorsunuz?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> 7 iyi ya. 8'e çıkmak için ne yapayım valla. Yapacak bişey kalmadı.</p> <p><b>Uzman:</b> Tamam, 7 diyelim yine.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Herşeyi yaptım.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet. O zaman bizim hedefimiz gelecek hafta son görüşmemizi 7'de tamamlamak olsun. Peki bu düzeyde devam etmek için, gelecek hafta da aynı şeyleri hissetmek için ne yapalım?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Ne yapalım?</p> <p><b>Uzman:</b> Yapmak istediğiniz uzun zamandır? Ya da yapmaktan zevk aldığınız her zaman?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Ya AOÇ'ye gitmeyi düşünüyorum da. Bi gidemedim. Ona belki. Zorlayayım.</p> <p><b>Uzman:</b> Tamam, onu bir not alayım ben.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Zaten Ankamall'e bu hafta kesin gideceğiz. Çocuğun defter ihtiyacı var. Okul başlıyor. Onlar alınacak. Çocuğun okul şeylerini takip edeceğiz işte. Kıyafet falan alınacaksa işte. Başka...</p> <p><b>Uzman:</b> O halde gelecek haftaki ödevleriniz bunlar olsun. Görüşmek üzere hoşçakalın.</p>	<p>Derecelendirme sorusu aracılığıyla hedef belirleme</p> <p>Ödevlerin belirlenmesi</p>
--	---

## DEĞERLENDİRME

Görüşmeye rutin olarak başlangıç sorusu olarak kullanılan geçen haftanın nasıl geçtiğine dair soru sorularak başlandı. Müracaatçı bir önceki görüşmenin aksine istediği gibi geçtiğini ifade etti. Bunun üzerine uzman, müracaatçıya fiziksel görünümünden haftasının gayet iyi geçtiğinin belli olduğunu belirterek müracaatçıyı görünümü açısından övmüştür. Sonrasında görüşmeye derecelendirme sorusuyla

devam edilmiştir. Müracaatçı bu görüşmede kendini “iyi olma” olarak belirlediği amacını gerçekleştirmede 7 puanda gördüğünü söylemiştir. Bunun üzerine uzman “Bu çok büyük bir gelişme. Bunu nasıl başardınız peki?” ve “Gerçekten sizinle gurur duyuyorum. Bu durumu diğer hastalara da örnek olsun diye anlatacağım.” gibi müracaatçıya yönelik destekleyici övgülerde bulunmuştur. Ardından müracaatçıya müdahale sonrası yaşamında farklı olanların ne olduğu sorulmuş ve müracaatçı sosyal kaygılarından kurtulduğunu, çevresine artık olumlu bakmaya çalıştığını, karamsar bakış açısını kendisinin yarattığını farkettiğini ve artık kendini iyi hissettiği ifade etmiştir. Sonrasında bir önceki hafta verilen ödevlerin yerine getirilip getirilmediği müracaatçıya sorulmuş ve müracaatçıdan kendisi için belirlediği birtakım sosyal etkinlikler ve bir namaz suresi öğrenme ödevlerinin başarıyla yerine getirildiği öğrenilmiştir. Müracaatçının aile içi ve diyaliz tedavisiyle ilgili sorulan sorular yoluyla da aile bireyleriyle olan ilişkisinin giderek olumlu yönde değiştiği, diyaliz tedavisinin gidişatını da gayet olumlu gördüğü anlaşılmıştır. Müracaatçı müdahale kapsamında bulunduğu nokta itibarıyla gayet iyi görmekte ve “bundan iyi daha ne olabilir ki?” ve “başka bir beklentim kalmadı” diyerek ifade etmektedir. Görüşme sonunda yine müracaatçının belirlediği ödevler olan boş vakit değerlendirme etkinlikleri ve çocuğuyla ilgili sorumluluklarını yerine getirmede önemli bir araç olan okul alışverişi yapma kendisine ödev olarak verilmiştir.

### **Görüşme No: 6**

**Tarih:** 18.09.2014

**Seans Süresi:** 10 dakika

### **PLAN**

Bir önceki görüşmede verilen görevlerin gerçekleştirilip gerçekleştirilmediğinin sorularak bir önceki görüşmeye göre nelerin farklı olduğunun tespit edilmesi ve yaşanan olumlu bir gelişme varsa bunun önplana çıkarılarak müracaatçının yaşamındaki küçük değişimlerin övülmesi ve bu değişimlerin büyük değişimlere yol açabileceğinin hissettirilmesi, derecelendirme sorusunun sorulması ve son olarak



amaçlanan değişime ulaşıp ulaşılmadığının belirlenerek sürecin sonlandırılması bu görüşmenin planıdır. Son görüşmenin ardından son test uygulanacaktır.

SÜREÇ	TEKNİK
<p><b>Uzman:</b> Altıncı ve son görüşmemiz Eren Bey. Evet, klasik “haftanız nasıl geçti?” sorusuyla başlayalım isterseniz.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Normaldi yani. Hava biraz yağışlıydı. Dışarı çıkamadım. Sıkıntı yarattı biraz.</p> <p><b>Uzman:</b> Birkaç işiniz vardı. Onları yapabildiniz mi?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Dışarı çıktık işte. Yine de Ankamall’e gittik.</p> <p><b>Uzman:</b> Öyle mi? Çok iyi.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Çocuğun defterlerini, elbiselerini filan aldık.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet, kırtasiye alışverişi yapıcam demiştiniz zaten. Bunun dışında kendinizi nasıl hissettiniz bu hafta?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Bu hafta dua ezberledim genellikle.</p> <p><b>Uzman:</b> Öyle mi? Hangisini ezberlediniz?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Ettehüyyatü.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet. Bayağı zor bir duadır ama o.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Olsun. Ezberledim.</p> <p><b>Uzman:</b> Vallahi helal olsun.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Onun dışında evde oturduk işte. Başka bişey yapamadık.</p> <p><b>Uzman:</b> Yağış vardı diyorsunuz.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Çok sosyalleşemedik yağıştan dolayı.</p> <p><b>Uzman:</b> Evde nasıl geçti günleriniz?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Aynıydı genellikle. İyiydi. Televizyon seyrettim, kitap okudum. Film izledik iki gün.</p> <p><b>Uzman:</b> Yalnız mı izlediniz?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Yok, Ardayla eşimle beraber.</p> <p><b>Uzman:</b> Çok güzel. Genel olarak iyi bir haftaydı o halde?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> İyiydi.</p>	<p>Arzu edilen değişimlerin tespit edilmesine yönelik sorular</p> <p>Övgü</p>

<p><b>Uzman:</b> Peki bu hafta kendinizi 10 üzerinden değerlendirirseniz kaç puan verirsiniz? Terapinin başında 2 vermiştik. Şimdi son hafta neyle bitiriyoruz?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> 6 iyi.</p> <p><b>Uzman:</b> 6 iyi diyorsunuz. Peki. 10 üzerinden 6'da tamamladık. Peki 2'den 6'ya giden yolda neler değişti? Yaşamınızda, düşüncelerinizde, duygularınızda?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Sosyalleştim.</p> <p><b>Uzman:</b> Sosyalleştin diyorsunuz.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Ondan sonra, başka... Açık sözlülük...</p> <p><b>Uzman:</b> Açık sözlülük geldi. Evet, bu başlarda çok yoktu. Sonlara doğru bayağı bir geldi.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Kendime güven...</p> <p><b>Uzman:</b> Kendine güven geldi.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Bunlar yani...</p> <p><b>Uzman:</b> Olumlu düşünme geldi değil mi biraz daha? Çok karamsardınız.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Karamsardım.</p> <p><b>Uzman:</b> Diyaliz servisindeki ilişkileriniz biraz gelişti. Değil mi? Hem hastalarla, hem personelle...</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Evet, diyalizde artık sıkılmamaya çalışıyorum.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Hayatımın bir parçası olarak görmeye çalışıyorum.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Başka da...</p> <p><b>Uzman:</b> Ev içinde ilişkileriniz değişti mi?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Yani. Kardeşlerimle konuşuyoruz, sohbet ediyoruz.</p> <p><b>Uzman:</b> Altı hafta önce nasıldı şimdi nasıl evdeki iletişiminiz?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Altı hafta önce mesela bir şey lazım oldu mu, bişey söylemem gerekti mi söyleyemiyordum. Şimdi söylüyorum artık yani.</p> <p><b>Uzman:</b> İstediklerinizi belirtebiliyorsunuz.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Evet. Baskı altındaymış hissinden kurtuldum.</p>	<p>Derecelen dirme sorusu</p> <p>Psikososyal alandaki olumlu değişimler in tespiti ve müracaatçı ya hissettiril mesi</p> <p>Sağlık alanındaki olumlu değişimler in tespitine yönelik sorular Aile sisteminde ki olumlu değişimler in tespitine yönelik sorular</p>
--	--

<p><b>Uzman:</b> Baskıdan çıktım diyorsunuz.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Baskı hissinden.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet, baskı hissinden.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Baskı yokmuş aslında.</p> <p><b>Uzman:</b> Değil mi? Aslında bunlar bizim beynimizde yarattığımız yanlış düşünceler. Başka düşünürsek neler olabilir?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Bişey gelmiyor aklıma.</p> <p><b>Uzman:</b> Ne gelirse söyleyebilirsiniz. Sıkıntı değil. Acelemiz de yok. Davranışlarınız değişti mi? Şimdi hislerinizden konuştuk biraz. Düşüncelerinizden konuştuk. Davranışlarımız, yaşam tarzınız değişti mi?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Değişti gibi yani öyle aşırı sinirlenmiyorum, bağırıp çağırmiyorum. Olumlu düşünmeye çalışıyorum herşeyi.</p> <p><b>Uzman:</b> Peki çevrenizdeki insanlar bunu fark etti mi?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Çevremdeki insanlar genelde ailem. Başka kimse yok yani dışarı çıkıp gezdiğim.</p> <p><b>Uzman:</b> Peki bu değişimleri fark etti mi aileniz?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Fark etmişlerdir.</p> <p><b>Uzman:</b> Hiç bunu belli ettiler mi?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Hiç belli etmediler yani de fark etmişlerdir.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Mutlaka fark etmeleri lazım.</p> <p><b>Uzman:</b> Kesinlikle.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Kız kardeşim devamlı gelip yanımda oturuyor artık.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Sohbet ediyö biraz, işten gelince oturuyor, sohbet ediyö, gidiyö.</p> <p><b>Uzman:</b> Hıhı.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Önceden yoktu. Belki o da ondan dolayı olabilir.</p> <p><b>Uzman:</b> Aile içindeki iletişiminiz gelişti.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Evet.</p>	<p>Başka ne soruları</p> <p>Geri bildirim</p>
--	---

<p><b>Uzman:</b> Peki bu kardeşinizle, eşinizle olan ilişkilerin iyileşmesi, düzelmesi size nasıl hissettirdi?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> İyi hissettiriyor.</p> <p><b>Uzman:</b> Daha iyi hissediyorsunuz.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Evet, yani. Kendimi artık bir insan olarak görmemi sağlıyor. Aile için de benim de hakkım var, sözüm var gibi olumlu düşünceler getirdi. Bir şeyi isteyince olacağını anladım.</p> <p><b>Uzman:</b> Değerli hissetmeye başladınız kendinizi.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Evet. Bir şeyleri içinde saklamanın bi anlamı olmadığını öğrendim.</p> <p><b>Uzman:</b> Oturuşunuz bile değişti.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Yani...</p> <p><b>Uzman:</b> Göz kantağı çok kuramıyordunuz. Göz bakışması biraz arttı. Değil mi?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Evet, bunlar oldu.</p> <p><b>Uzman:</b> Başta çok inanmıyordunuz böyle bir değişme olacağına. Çok ihtimal vermiyordunuz.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Evet, vermiyordum. Biriyle böyle oturup konuşacağımı zannetmiyordum istediğim gibi. İstedigin gibi isteklerini bildirmek... Hiç olacağını zannetmiyordum ama isteyince oluyormuş.</p> <p><b>Uzman:</b> Benim tezim de sizin için bir şans oldu böylelikle.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Evet, isteyince oluyormuş.</p> <p><b>Uzman:</b> Kesinlikle. Daha önceki hastalarda da yine böyle olumlu sonuçlar almıştım. Siz biraz karamsardınız. Onu aştık ve iyi bir sonuç aldık sizinle de.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> İyi oldu, evet.</p> <p><b>Uzman:</b> Ben sizinle görüşmekten çok zevk aldım. Sizdeki o iyiye gidişi gördükçe daha da mutlu oldum. Hem kendi adıma hem sizin adınıza. İşe yaradığımı fark ettikçe daha da şevkle geldim buraya. Bu anlamda emeklerimi boşa çıkarmadığınız için de teşekkür ederim.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Sağolun. Ben teşekkür ederim asıl. Ben kurtardınız bu dertlerden.</p>	<p>Geri bildirim</p> <p>Sürecin sonlandırılmasına yönelik ifadeler</p>
---	--

<p><b>Uzman:</b> Evet, ama bu şekilde devam ediyoruz, hiçbir şekilde bozmuyoruz.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Napacam zaten artık. Karamsarlığın bir anlamı yok hayatı mahvetmekten başka.</p> <p><b>Uzman:</b> Bu son görüşmemiz olmakla birlikte benim numaram sizde var.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Biliyorum evet. Bir şey olursa ararım.</p> <p><b>Uzman:</b> Beni istediğiniz zaman arayabilirsiniz, istediğiniz zaman yine görüşebiliriz, konuşabiliriz. Bu anlamda kesin bir sona eriş değil aslında.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Anlıyorum.</p> <p><b>Uzman:</b> Başka anlatmak istediğiniz bir şey var mı?</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Başka anlatmak istediğim aslında ailemdekilerle de bu şeyi yapmanızı tavsiye ederim.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Onlarda da böyle sorunlar var. Benim sorunlarım değil ama başka sorunları var gibime geliyor.</p> <p><b>Uzman:</b> Sizin bunu gözlemlemeniz çok büyük bir gelişme aslında. Siz kendi sorunlarınızı aştınız artık ve...</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Çoğunda psikolojik sorun var.</p> <p><b>Uzman:</b> Artık ailedeki diğer üyelerin sıkıntılarını görmeye başladınız. Bu sizin aslında inanılmaz bir iyileşme sağladığınızı gösterir biliyor musunuz? Yani o içe dönüklükten dışa döndünüz.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Aslında ben kız kardeşimin gelip yanıma oturmasını, annemin vefatından sonra sığınılacak tek liman olarak beni görmesi gibime geliyor. O yüzden benimle sohbet ediyor, benimle dertleşiyor.</p> <p><b>Uzman:</b> Evet.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Çünkü annem varken tek dertleştiği kişi oydu.</p> <p><b>Uzman:</b> Sizin de öyleydi. Siz de iyice yakınlaştınız bu sayede.</p> <p><b>Müracaatçı:</b> Yakınlaştık evet. Kardeşimin eşi mesela çok psikolojik sorunları var. Onun bilhassa bir psikolojik tedavi görmesi gerekiyor.</p>	<p>Övgü</p> <p>Geribildirim</p>
---	---------------------------------

<p><b>Uzman:</b> Yani bu bağlamda sizi gerçekten çok tebrik ediyorum ben. Siz kendi sorunlarınızı aşmış artık çevreye yardım etmeye çalışıyorsunuz. Peki, Eren Bey, sizinle çalıştığım için tekrar mutlu olduğumu belirteyim. Güzel bir sonuç aldık. Teşekkür ediyorum ve oturumu da burada sonlandırıyorum.</p>	<p>Övgü ve sonlandırma</p>
--	----------------------------

## DEĞERLENDİRME

Altıncı ve son görüşme olan bu görüşmeye her zamanki gibi “haftanız nasıl geçti?” sorusuyla başlandı. Müracaatçı bir önceki görüşmede verilen ödevlerin tümünü yerine getirdiğini belirtti. Bunun yanında yapmaktan zevk aldığı etkinlikler olan televizyon izlediğini ve kitap okuduğunu ekledi. Müracaatçı müdahalenin amacının tanımlandığı ilk görüşmede amacını “mutlu olmak” olarak belirlemiş ve kendince mutlu olmayı “normal insanlar gibi arkadaşlarla gezmek, dolaşmak, aktivitelere katılmak” şeklinde tanımlamıştı. Tamamen mutlu olmanın 10 puanı ifade ettiği çizelgedeki yerini 2 puan olarak gördüğünü ifade etmişti. Son görüşmedeki derecelendirme sorusuna verdiği yanıtta ise müdahalenin sonunda ulaştığı puanı 6 olarak tanımladı. İlk görüşmede belirttiği 2 puandan son görüşmede 6 puana ulaştığını belirten müracaatçıya yaşamında nelerin değiştiği sorularak değişimi hissetmesi amaçlanmıştır. Bunun üzerine müracaatçı; sosyalleştiğini, açık sözlü hale geldiğini ve kendine güven duymaya başladığını belirtti. Buna ek olarak diyalizi artık yaşamının bir parçası olarak kabul ettiğini, kardeşleriyle oldukça kötü olan iletişimde kardeşlerine karşı kendini daha iyi ifade etmeye başladığını ve birbirlerine vakit ayırdıklarını, artık kolay kolay sinirlenmediğini, bağırıp çağırmadığını ve nihayetinde tüm bu değişimlerden sonra artık kendisini bir insan olarak gördüğünü ifade etmiştir. Bu ifadelerden sonra müracaatçıda gözlenen değişimin uzmanda olumlu duygulara yol açtığı vurgulandı, sürecin sonlandığı ifade edildi ve müracaatçıya istediği zaman uzmana ulaşabileceği açıklanmıştır. Uzmandan başka bir isteğinin olup olmadığı sorulduğundaysa aile üyelerinin de bu müdahaleye ihtiyacı olduğunu düşündüğünü belirterek onlarla da uzmanın görüşmesini istediğini ifade etmiştir. Müracaatçının bu isteğinin çalışmanın kapsamı dışında olduğu kendisine açıklanmış ve gösterdiği gelişimlerden sonra artık kendi sorunlarını çözerek çevresindeki bireylerin sorunları üzerine düşünmeye başladığı gözlemlenerek bu durum kendisine övgüyle belirtilmiştir. Ardından son test

uygulaması gerçekleştirilerek müracaatçının PAIS-SR puanı 44 olarak tespit edilmiştir. Müracaatçı müdahale öncesi 99 (kötü düzey psikososyal uyum) puana sahipken müdahale sonrası 44 (orta düzey psikososyal uyum) puana ulaşmış ve ilk görüşmede belirlediği amaca ulaşmıştır. Puanlamanın daha detaylı şekli aşağıdaki gibidir.

Hasta adı	Sağlık Bakım		Meslek / İş Çevre		Aile Çevresi		Cinsel İlişkiler		Geniş Aile İlişki		Sosyal Çevre		Psikolojik Alan		PAIS Genel	
	Ö	S	Ö	S	Ö	S	Ö	S	Ö	S	Ö	S	Ö	S	Ö	S
Eren (42)	15	6	12	8	17	6	13	12	10	3	17	5	15	4	99	44

## EK 5

### ÇÖZÜM ODAKLI KISA TERAPİYE DAYALI SOSYAL HİZMET MÜDAHALE SÜRECİ ÖZETLERİ

#### **Fatma Hanım Vakası**

45 yaşında, eşinden boşanmış ve dört çocuk sahibi olan Fatma Hanım, bir erkek ve bir de kız çocuğuyla aynı evi paylaşmaktadır. 10 yıldır diyaliz tedavisi görmekte, herhangi bir gelir getirici faaliyette bulunmamakta ve görüşmekte olduğu bir erkek arkadaşı olan Fatma Hanım benimle olan ilk görüşmesinde görüşme isteğini hastalığı hakkında bilgi edinmek olarak belirtti. Görüşme kapsamında ilk olarak müracaatçıya bu görüşmeye neden ihtiyaç duyduğu sorularak müdahalenin amacı belirlenmeye çalışılmıştır. Müracaatçı amacının hastalığıyla ilgili bilgi edinmek olduğunu belirtmiştir. Bunun üzerine mucize soru yöntemine başvurulmuş ancak bu teknikten de sonuç alınamamıştır. Müracaatçı mucizeyi sağlık durumunda iyileşme olması olarak düşünmüş ve yaşamındaki psikososyal sorunlara değinmemiştir.

Sonrasında diyaliz tedavisi sürecindeki değişimler Fatma Hanım'a sorulmuştur. Fatma Hanım hastalığın ilk yıllarında çok fazla etkilenmediğini ancak sonrasında eşinin kendisini terk ettiğini, ayrılık sonrası gerek tedavi gerekse ev ve çocukların geçimi nedeniyle artan sorumluluklarının kendisini çok zorladığını belirtmiştir. Kendisindeki değişimleri anlatırken “Hem fizik olarak değiştim; hem yüz olarak, hem karakter olarak...” demektedir. Karakter olarak nasıl değiştiği sorulduğundaysa “Diyalize gittiğimde hani kötü bir şey söylediklerini sanmıyorum ama hemen her şeye alınıp, çatabiliyorum karşımdaki insana. Tabii daha sonra çok pişman oluyorum onları kırdığım için ama işte o an için ben de hatırlamıyorum. Sinirlerim bir anda geriliyor yani.” diyerek sınırlı bir ruh haline büründüğünü söylemiştir. Hastalığın ilk dokuz yılı hastalığı ve etkilerini reddettiğini ancak son bir yıldır artık kabullenmeye başladığını da eklemiştir.

Destekleyici sorularla müracaatçının sosyal destek mekanizmaları tespit edilmeye çalışılmış ve hastalık sürecinde en büyük desteği yine kendisi gibi diyaliz tedavisi gören arkadaşlarından ve çocuklarından gördüğü anlaşılmıştır. Fatma Hanım görüşme



öncesinde sessizce bir erkek arkadaşı olduğunu ancak çocuklarından bu durumu sakladığını bu konuyla ilgili soru almak istemediğini ifade etmiştir. Bu nedenle Fatma Hanım'a bu konuda herhangi bir soru sorulmamıştır.

Müracaatçıya yöneltilen derecelendirme sorusu aracılığıyla müracaatçının kendisini psikososyal işlevsellik açısından nerede gördüğü belirlenmeye çalışılmış ancak bu teknik de Fatma Hanımda işe yaramamıştır. Fatma Hanım Psikososyal Uyum Ölçeğinden 105 puan alarak kötü bir psikososyal uyum düzeyine sahip olduğu belirlenmişken bu soruyu kendini 10 üzerinden 10 puanda gördüğünü söyleyerek cevaplandırmıştır.

Müracaatçıya sorunun gözlemlenmediği zamanları tespit etmek yani istisna keşfetmek amacıyla sorulan sorular da bu vakada sonuç vermemiştir. Müracaatçı bu soruya cevap olarak "Tabii ki oluyor. Yani çok sakin olduğum günler de oluyor." demiş, bunun ne zamanlar olduğu sorulduğundaysa "Hiç belli olmuyor hocam, yani ruh halim hiç belli olmuyor. Çok iyiyim dediğim zaman bile çok kötü olabiliyorum. Yani ben, bu hastalığa yakalandıktan sonra 10 yıl içerisinde çok ölmeyi ve intihar etmeyi düşündüm. Bir kere denedim zaten. Yoğun bakımda filan yattım." yanıtını vermiştir.

İlk görüşme kapsamında, müdahalenin ana teması/odağı müracaatçının kontrol etmekte zorlandığı sinirlilik hali, fiziksel görünümünden dolayı utanç duygusu ve hastalığa ilişkin bilgisel ihtiyaçlar olarak belirlenmiştir. Görüşme sonunda müracaatçı için hazırlanan not aşağıdaki gibidir;

Hastalığın beraberinde getirdiği sorunlarla başetme süreciniz oldukça etkileyici. Çocuklarınıza hem annelik hem de babalık yapmanız sizin ne kadar güçlü bir insan olduğunuzu gösteriyor. Gelecek hafta daha da güçlü olmanız için; 1) fiziksel görünüşün önemsiz olduğunu düşünün, 2) her sinirlendiğinizde içinizden 10'a kadar sayın.

Fatma Hanım ikinci görüşmemizde bir önceki görüşmede verilen ödevleri yapamayışının nedenini sıkıntılı bir hafta geçirdiğini söyleyerek açıklamıştır. Bu sıkıntının ne olduğu sorulduğundaysa 16 yaşındaki kızının biriyle evlenmek istediğini, bu isteği onaylamadıklarını ve bunun üzerine kızın evden habersizce ayrılarak bir hafta

boyunca haber alamamaları olduğunu söylemiştir. Bunun üzerine “Geçen hafta ama bu sorunu paylaşmadınız, keşke paylaşsaydınız, konuşurduk. Belki daha iyi çözüm önerileri ortaya çıkarırdık.” diyen uzmana Fatma Hanım “Valla ne bileyim ben de... Evet, işte yani anlatılacak gibi bir şey ki hocam, ne bileyim.” yanıtını vermiştir. Bunun üzerine Fatma Hanıma görüşmelerimizde canını sıkın, aklına takılan her şeyi paylaşabileceği hatırlatılmıştır. Bunun üzerine Fatma Hanım, bu sorunu tatlılıkla çözdüğünü ancak herhangi bir sorun durumunda konuyu benimle paylaşacağını ifade etti. Bunun konuşma üzerine rahatlayan Fatma Hanım bir önceki hafta internetten biriyle tanıştığını, tanıştığı kişinin 40 bin lira karşılığında kendisine böbreğini vereceğini söylediğini ve bu nedenle büyük umutlara kapıldığını belirtti. Sonrasında söz konusu kişinin dolandırıcı çıktığını ve oldukça büyük bir hayal kırıklığı yaşadığını söyledi. Bunun üzerine kendisine bu durumun yasal olmadığı ve yasal olmadığı için de dolandırıcıların bu alanda mevcut olabileceği belirtilerek organ nakliyle ilgili mevzuat konusunda bilgi edinmesi ödev olarak verildi. Fatma Hanım konuyla ilgili bilgi eksikliği olduğunu ve bu ödevin kendisi için yararlı olacağını ifade etti. Buna ek olarak cezaevi firarisi bir kızı olduğunu, kızının DNA’sının kendisinininkiyle uyduğunu böbrek nakli yapmayı düşündüklerini ancak kızının durumu nedeniyle bunu yapıp yapamayacaklarını bilemediğini ve bu konunun zihninde yoğun bir yer işgal ettiğini belirtti. Bu durumu tanıdığı bir avukata danışması gerektiği tavsiye edildi. Bu öneriyi sevinçle karşılayarak bu ihtimali düşünmediğini söyledi. Böbrek naklinin kesin çözüm olup olmadığı konusunda bilgi eksikliği ve kaygıları olduğunu ifade eden Fatma Hanıma doktorundan bu bilgileri alabileceği hatırlatıldı. Diyaliz merkezindeki doktorlarına güvenmediğini ve güvendiği bir doktor olan Kenan Bey’den randevu alarak bilimsel ihtiyaçlarını giderebileceğini söyleyen Fatma Hanımla ikinci görüşme bu şekilde gerçekleştirildi. Bu görüşmede çözüm odaklı kısa terapinin değişimi ölçme aracı olarak gördüğü, her görüşmede sorulması gereken ve Fatma Hanımda işlemediği belirlenen derecelendirme sorusu tekniği kullanılmamıştır. Bu görüşme genel olarak çözüm sohbeti şeklinde adlandırılabilir niteliktedir.

Fatma Hanım üçüncü görüşmedeyse internet bağlantısında bir sorun yaşadığını ve organ nakliyle ilgili mevzuat okuması yapamadığını, Dr. Kenan Bey’e yurtdışında olması nedeniyle ulaşamadığını ve avukatına ulaşarak firari durumda bulunan kızıyla organ nakil ameliyatı olmasının hukuken zor bir olasılık olduğunu öğrendiğini ifade

etti. Fatma Hanım bir önceki görüşmede kendisine verilen ödevlerini yerine getirdiği için takdir edildi. Ayrıca kaynanasının üç, dört aylığına yanlarına taşındığını anlattı. Bunun nedeni sorulduğundaysa kaynanasının Samsun'da yalnız yaşadığını, beraber kalırlarsa birbirlerine destek olabileceklerini ve çocukların başında da bir büyüğün bulunmasının iyi olacağını düşündüğünü belirtti. Ancak kaynanasının gelişiyile birlikte evdeki sorumluluklarının arttığını, tıbbi rahatsızlık yaşadığı durumlarda tedavi için doktora gidemediğini ve sosyal yaşamı için kendisine vakit ayıramadığını anlattı. Bunun üzerine kendisine vakit ayırması gerektiği aksi takdirde hem fiziksel hem psikososyal sağlığının olumsuz olarak etkilenebileceği ifade edilen Fatma Hanımla bu konuda çözümler arandı. Ancak evdekileri yalnız bırakamayacağı konusunda direnç gösteren Fatma Hanım bu konuya çok eğilmedi. Sosyal çevresini eve davet edebileceği hatırlatılan Fatma Hanım “Arkadaşlarımızın geneli evli olduğu için biraz çekiniyorlar, kızlardan da aynı, erkeklerden de aynı. Bizim de çocuklar olduğu için rahat bir ortamları olmuyor, oturamıyorlar, bun alıyorlar. O yüzden en mantıklısı dışarıda buluşmamız oluyor. Ona da ben, müsait olamıyorum işte.” diyerek bunun mümkün olmadığını açıkladı. Ama yine de bir arkadaşıyla görüşmeye çalışacağını ekledi. Fatma Hanım ayrıca bir sonraki haftaya kadar, daha önce gitmekte olduğu ancak bırakmak zorunda kaldığı diyaliz merkezine geri döneceğini, söz konusu merkezdeki sağlık personeliyle ve diğer hastalarla iletişiminin gayet iyi olduğunu, tedavi ve sosyalleşmeye ilişkin ihtiyaçlarını bu yolla karşılamayı umduğunu belirtti. Müracaatçının bu kararı desteklenerek görüşme sonlandırıldı.

Dördüncü görüşmemizde Fatma Hanım istediği diyaliz merkezine geçtiğini ve bu değişikliğin kendisine iyi geldiğini şu cümlelerle açıklamaktadır; “Doktorumuz dedim ya çok ilgilendiği için burası benim için ayrı yani. Doktor ile diyalogumuz farklı, doktor değil de ailemizin bir ferdi. Bu yüzden orada çok rahatım. Şimdi iyiyim, bu hafta komple oradaydım.” Diyalogumuz farklı ifadesinin ne anlama geldiği sorulduğundaysa “Şakalaşırız, konuşuruz, dertleşiriz. Benim bir sıkıntım olsa, dinlerler. Sorarlar, yardımcı olurlar. Tabii başhemşire de dâhil, Hatice Hanım da öyle, her konuda yardımcı olur, doktorlar öyle, personel öyle. Değişik bir yer ya da biz mi öyle alıştık artık bilmiyorum ama orası, benim için gerçekten ayrı bir yer. Evim gibi...” demiştir. Müracaatçının bu ifadelerinden tedavi ortamına farklı bir anlam yüklediği, personelle kurduğu sosyal ilişkileri oldukça önemseydiği ve diğer tedavi

merkezinde bu ilişkileri kuramayarak eski merkezine iletişim ihtiyaçları için dönüş yaptığı anlaşılmaktadır. Ayrıca kendisini bu değişiklik nedeniyle iyi hissettiğini söyleyen müracaatçı “Bu yüzünüzden dahi okunuyor. Biliyor musunuz?” ifadesiyle övülmüştür. Bir önceki görüşmede bir arkadaşıyla görüşmesi istenen Fatma Hanım bu görüşmeyi gerçekleştiremediğini “Buluşamadık ama telefonlarla görüşüyoruz. Cenazeleri filan vardı, o yüzden pek buluşamadık. Daha biraz önce on dakika önce yine konuştum. Günlük konuşuruz zaten telefonlarla telefonlaşırız. Onlardan ayrıldım tabi, onlar, Çubuk’ta, ben, Kızılay’dayım. Şimdi daha sıklaştı telefon görüşmelerimiz. ... Yani işte ya internetten görüşüyoruz ya telefondan.” diyerek açıklamıştır. Ayrıca bir önceki haftaki internet sorununu çözdüğünü sevinerek söylemiştir. Müracaatçının bu sevinci gerek hastalığı gerekse evdeki sorumlulukları nedeniyle sosyal ihtiyaçlarını yeterince karşılayamayıp bu ihtiyaçlarını internette sosyal paylaşım siteleri ve telefon aracılığıyla karşıladığı ve bu nedenle bu tür iletişim araçlarının söz konusu hastalar için önemli olduğu düşünülmektedir. Fatma Hanım diyaliz merkezi değişikliği dışında haftasının nasıl geçtiği sorusuna “Bunun dışında aynı şeyler, çocuklar, ev, hep aynı şeyler yani. Kayda değer pek bir şey yok, çocuklarla, evde, diyaliz, başka bir şey yok.” şeklinde cevap vermiştir. Bunun üzerine “Sorumluluk almaya devam ediyorsunuz çocuklarla ilgili. Bu çok güzel.” denilerek müracaatçı desteklenmiş ve övülmüştür. Sonrasında gelecek haftanın ödevinin belirlenmesi için müracaatçı yönlendirilmeye çalışılmış ancak müracaatçı diyaliz merkezi değişikliğinin kendisi için yeterli olduğunu, gelecek hafta daha iyi hissetmek için başka bir şey yapması gerekmediğini belirtmiştir. Bu yanıt üzerine ödevin belirlenmesi amacıyla “Daha önceki deneyimlerinizden yola çıkarak yaptığımızda kendinizi mutlu hissettiğiniz bir şey var mıdır?” sorusu sorulmuş ve “Ya aslında hocam şöyle, ben, çok ufak şeylerden de mutlu olan bir insanım. Bir telefon, bir selam, bunlar bile beni çok mutlu eder. O yüzden ekstra bir çaba sarf etmem de, etmek de istemiyorum. Çünkü çok ufak şeylerden mutlu olan bir insanım.” yanıtı alınmıştır. Ardından “Bu çok önemli bir avantaj aslında, küçük şeylerden herkes mutlu olamıyor. İşte bu da sizin güçlü yanınız.” denilerek müracaatçı övülmüş ve “Uzun zamandır aramadığınız ve aramak istediğiniz biri var mıdır yaşamınızda?” sorusu müracaatçıya yöneltilmiştir. Müracaatçı bu soruyu “Yani yaşamımda evet, 30 sene önceki bir arkadaşım var, yeni buldum. Onunla bir fırsat bulamadım. Konuştum. Çankaya tarafında bir öğretmenlik yaptığını öğrendim. Büyük

ihtimalle onunla buluşmayı düşünüyorum. Yani sabırsızlıkla onu düşünüyorum. Bekârlık dönemimden bir arkadaşım. İnternet kanalından birbirimizi bulduk. Buluşamadık ama bir türlü, ben, fırsat bulamadım gitmeye.” diyerek yanıtlamıştır. Bu yanıtın üzerine bahsettiği arkadaşıyla yüz yüze görüşmesi, eğer bunu sağlayamazsa telefonla araması bir sonraki görüşmeye kadar ödev olarak verilmiştir.

Beşinci ve son görüşmemizde Fatma Hanım “Arkadaşımla görüşemedim. Telefonunu kaybettim. Numaraları silinmiş telefondan. İnternette mesaj attım, o da herhalde girmiyor, bana dönüş yapmadı.” diyerek bir önceki görüşmede kendisine verilen ödevi yapamadığını belirtmiştir. “Ama bir çaba gösterdiniz, bu da güzel bir şey. Sizi bu anlamda takdir ediyorum.” denilerek övülmüş ve desteklenmiştir. Ardından firari durumdaki kızıyla ilgili olarak yakında af çıkacağını beklediğini ve organ nakli ameliyatını en kısa sürede gerçekleştireceklerine inandığından bahsetmiştir. Müracaatçının iyileşeceğine dair umut sahibi olmasının hastalık ve hastalığın getirdiği psikososyal sorunlarla başetme açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Sonrasında müracaatçıya terapi sürecinin sonuna geldiğimiz hatırlatıldı ve kendisinde gözlemlendiği değişimler soruldu. Müracaatçı “Yani bana çok faydası oldu. Bir tek şey açısından olmadı, görüntüm açısından... Yani fikirlerimde bir değişim olmuyor. O kadar zorluyorum ki ama aynaya her baktığımda kendini daha kötü hissediyorum.” yanıtını vermiştir. Müracaatçıya daha önce bu konuyla ilgili ödevler verilmiş ancak müracaatçı ev ve tedavi nedeniyle bu konuya vakit ayıramadığını belirtmiş ve bu konuyu birlikte çalışmamız konusunda direnç göstermiştir. Terapi sürecinin faydaları sorulduğundaysa “Hayata bakış açım, sıkıntılarımı biraz daha hafif atlatabilmem, bu konularda iyi geldi. Yani destek aldığıma eminim sizden.” demiş ve kendisiyle benzer problemler yaşadığını düşündüğü bir arkadaşına benden bahsettiğini ve söz konusu arkadaşının da benimle görüşmek istediğini belirtmiştir. Fatma Hanım’a ilk iki görüşmeye nazaran son haftalardaki gayet mutlu, enerjik, sorunlarını çözmüş, daha bir rahat görüldüğü ifade edilmiş ve ne zaman isterse bana ulaşabileceği hatırlatılarak kendisiyle gerçekleştirilen çalışma sona erdirilmiştir.

Sonuç olarak Fatma Hanım vakasında çözüm odaklı kısa terapi tekniklerinden mucize soru ve derecelendirme sorusu ve istisnaların keşfi işe yaramamıştır. Hasta mucize sorulduğunda gerçekleşecek mucizeyi iyileşmesi olarak algılamış ve bunun dışında

herhangi bir problemin çözüldüğünü hayal edememiştir. Derecelendirme sorusuna ise ilk ve üçüncü görüşmelerde sorunlarının çözümünde 10 üzerinden 10'dayım diyerek istenen ölçümlerin yapılmasını engellemiştir. İstisna sorusuna cevap olarak “Çok iyiyim dediğim zaman bile çok kötü olabiliyorum.” diyerek sorunun gözlemlenmediği zamanın çok değişken olduğunu ifade etmiştir. Bu nedenle istisna sorusu da bu müracaatçıda işlememiştir. Müracaatçıya görüşmelerde sıklıkla övgüde bulunulmuştur. Ayrıca müracaatçı çözüm konuşmaları için işbirliğine genel olarak açık olup çözümlerin üretilmesi ve ödevlerin verilmesinde uzmanla birlikte hareket etmiştir. Müracaatçı verilen ödevleri genel olarak yapmakla birlikte fiziksel görünümünden dolayı duyduğu üzüntü üzerine gidilmesine izin vermemiş ve bu konuyla ilgili ödevleri yerine getirmemiştir. Müracaatçının görüşme öncesi ve sonrası psikososyal uyumuna yönelik yapılan ölçümleri aşağıdaki gibidir.

Hasta adı	Sağlık Bakım		Meslek / İş Çevre		Aile Çevresi		Cinsel İlişkiler		Geniş Aile İlişki		Sosyal Çevre		Psikolojik Alan		PAIS Genel	
	Ö	S	Ö	S	Ö	S	Ö	S	Ö	S	Ö	S	Ö	S	Ö	S
Fatma (45)	16	10	13	6	18	14	9	8	12	5	17	10	20	9	105	62

### Bayram Bey Vakası

Bayram Bey; dört yıldır diyalize girmekte, 38 yaşında, evli ve iki kız çocuk (9 ve 12 yaşlarında) sahibi ve devlet memurudur. Eşi daha önce ev kadınıyken son iki yıldır çalışma yaşamındadır. Bayram Bey'e müdahale öncesi PAIS-SR uygulanmış ve müracaatçı bu ölçekten 62 puan (kötü psikososyal uyum) almıştır. Ölçek puanının detayları aşağıdaki gibidir;

Hasta adı	Sağlık Bakımı	Meslek / İş Çevresi	Aile Çevresi	Cinsel İlişkiler	Geniş Aile İlişkileri	Sosyal Çevre	Psikolojik Alan	PAIS Genel
Bayram (38)	12	10	10	4	7	9	10	62

Görüşme kapsamında ilk olarak müracaatçıya bu görüşmeye neden gerçekleştirildiği hakkındaki düşüncesi sorularak müdahalenin amacı belirlenmeye çalışılmıştır. Bayram Bey servisteki hemşirelerin kendisini depresif ve agresif olarak gördüğünü bu sebeple kendisini bana yönlendirdiklerini düşündüğünü belirtmiştir. Bunun üzerine “Sizce neden sizi böyle görüyorlar?” sorusu yöneltilmiş ve “Çünkü hemşirelerle sürekli tartışıyorum.” cevabı alınmıştır. Bayram Bey’den bunu bir örnekle açıklaması istendiğinde durumu “Örneğin fistül takılacağı zaman takmaya gelen genç hemşireleri azarlayarak gönderiyorum. Her zaman iyi takan alıştığım bir hemşire var. Onu istiyorum” diye açıklamıştır. Devam eden konuşmalarda Bayram Bey’in benzeri tepkileri eşine de verdiği ortaya çıkmıştır. Müracaatçı zaman zaman öfke patlamaları yaşadığını, bunun nedenini de hastalığın yaşamını kısıtlaması olarak gördüğünü ifade etmiştir. Ne tür kısıtlılıklar hissettiği sorulduğundaysa eskiden çok daha sosyal olduğunu, yakın arkadaşlarıyla görüştüğünü, esnaf ziyareti yaptığını ancak hastalık nedeniyle artık bunları yapamadığını söylemiştir. Öfke patlaması sonrasında ne yaptığı sorulduğunda sigara içerek kendine geldiğini ve kırdığı kişinin gönlünü aldığını söylemiştir. Sonrasında sigaranın kendisi için sağlıklı bir insana nazaran daha zararlı olduğunu, bu nedenle sigarayı bırakmak istediğini belirtmiştir.

Yapılacak müdahale için amacın belirlenmesi aşamasına geçilmiş ve hastaya çözüm odaklı kısa terapi tekniklerinden olan mucize sorusu sorulmuştur. Hasta sabah uyandığında bütün sorunlarının çözüldüğünü hayal etmiş ve bunu ilk fark edecek kişinin eşi olduğunu belirtmiştir. Eşinin kendisinde neyin farklı olduğunu hissettiği sorulduğundaysa “Daha az öfkeli olduğumu fark ederdi” yanıtını vermiştir. Böylece görüşmemizin temel amacı olarak daha az öfkeli olma isteği olumlu bir ifade dönüştürülerek çevreyle daha sağlıklı ilişkiler kurma isteği olarak ortaya konmuştur.

Müracaatçıya yöneltilen derecelendirme sorusu aracılığıyla müracaatçının kendisini psikososyal işlevsellik açısından nerede gördüğü belirlenmeye çalışılmıştır. Bayram Bey bu soruyu kendini 10 üzerinden 2 puanda gördüğünü söyleyerek cevaplandırmıştır.

Sorunun gözlemlenmediği zamanları tespit etmek yani istisnaları keşfetmek amacıyla sorulan soruya müracaatçı bu soruya cevap olarak müzik dinlediğinde öfkeyle daha iyi

başettiğini ifade etmiştir. Bunun üzerine hastaya çözüm odaklı yaklaşımın bir tekniği olan övgü kullanılarak ailesine ve özellikle çocuklarına verdiği önemin oldukça etkileyici olduğu ifade edildi. Son olaraksa gelecek haftaki görüşmeye kadar diyaliz seanslarında müzik dinlemesi, diyalize girmediği günlerde 12-13 adet içtiği sigarayı 10'a, girdiği günlerde 6-7 adet içtiği sigarayı 5'e indirmesi, yakınlarda ameliyat olan arkadaşlarından Adem Bey'i ziyarete gitmesi ve sinirlediğinde her zamankinden farklı olarak kendini daha iyi ifade etmeye çalışması ödev olarak belirlenmiştir.

İkinci görüşmede ilk olarak bir önceki görüşmede verilen ödevler müracaatçıya hatırlatılmıştır. Bayram Bey, Bayram Bey sigara konusunda diyalize girmediği günlerde içtiği sigara sayısında herhangi bir değişiklik olmazken diyalize girdiği günlerde 5 sigara içmeyi başarabildiğini, arkadaşı Adem Bey'e gidecek zaman bulamadığını ancak bunun yerine akrabalarına gittiğini, bu hafta küçük kızının hasta olduğunu ve onu hastaneye götürdüğünü söylemiştir. Ayrıca diyaliz seanslarında kızının mp3 çalarını yanına aldığını ve daha önceden yüklediği sevdiği şarkıları dinlediğini ve seanslar sırasında bu değişimin iyi geldiğini ve sağlık personeliyle herhangi bir sorun yaşamadığını eklemiştir. Buna ek olarak müziğin yanında eskiden bazen namaz kıldığını bunun kendisine çok iyi geldiğini, yine kılmak istediğini ve bunun için bir türlü eyleme geçemediğini söylemiştir. Bir önceki görüşmede verilen ödevleri yerine getirmesinden dolayı Bayram Bey'e övgüde bulunulmuş ve bu hafta kendini 10 üzerinden kaç puanda hissettiği ve gelecek hafta kaç puanı hedeflediği sorulmuştur. Bayram Bey bu hafta 4 puanda hissettiğini, gelecek hafta içinse 5 puanı hedeflediğini belirtmiştir. Bunun üzerinde kendisinde gözlenen bu küçük değişimler takdir edilerek kendisine bir sonraki hafta için geçen hafta yapamadığı görevler olan Âdem Beyi ziyaret, sigara kullanımına dikkat etmesi ve mahallesindeki bir esnafı ziyaret ile bir defa da olsa namaz kılması ödev olarak verilmiştir.

Üçüncü görüşmede Bayram Bey, bir önceki hafta kendisine ödev olarak verilen arkadaşı Adem Bey'i ziyaret ederek geçmiş olsun dileklerini iletildiğini, bu görüşme esnasında Adem Bey'in bir sonraki gün Çankırılılar Gecesi olduğunu söyleyerek kendisini bu etkinliğe davet ettiğini söylemiştir. Çankırılılar Gecesi etkinliğine katıldığını, uzun zamandır görmediği köylülerini gördüğünü ve buna çok sevindiğini eklemiştir. Ayrıca bu hafta günde beş vakit olmasa da zaman zaman namaz kıldığını



ve çok mutlu olduğunu ifade etmiştir. Bir önceki görüşmede verilen ödevleri yerine getirmesinden dolayı Bayram Bey'e övgüde bulunulmuş ve bu hafta kendini 10 üzerinden kaç puanda hissettiği ve gelecek hafta kaç puanı hedeflediği sorulmuştur. Bayram Bey bu hafta 5 puanda hissettiğini, gelecek hafta içinse 6 puanı hedeflediğini belirtmiştir. Bir sonraki görüşmede 6 puana ulaşabilmesi için gelecek haftaya kadar hastalık öncesi çok sevdiği bir etkinlik olan seçim bürosu ziyareti yapması, ailede sorunlara yol açan ev işlerinde eşine ve ödevlerinde çocuklarına yardım etmesi müracaatçıyla birlikte ödev olarak belirlenmiştir.

Dördüncü görüşmede Bayram Bey bir önceki hafta verilen ödevlerle ilgili olarak sigarayla ilgili kısıtlamaya genel olarak uyduğunu, seçim bürosu ziyaretini yaptığını ve bundan çok zevk aldığını, çocuklarının sınav haftası olan geçtiğimiz hafta sınavlara hazırlanmalarına yardım ettiğini ve çocukların notlarında gözle görülür bir yükselme olduğunu, eşine temizlik yaparken yardım ettiğini, hemşirelerin kendisine "Bayram Bey, sende bir değişim var, hayırdır? Bu aralar çok anlayışlısın" dediğini memnuniyetle ifade etmiştir. Ancak bir önceki hafta namaz kılamadığını üzülerek belirtmiştir. Evde daha yardımsever oluşunun aile üyeleri tarafından nasıl karşılandığı sorulduğundaysa kendisi dâhil herkesin çok mutlu olduğu yanıtı alınmıştır. Hedeflenen amaca giderek yaklaştığı vurgulanarak bir önceki görüşmede verilen ödevleri yerine getirmesinden dolayı Bayram Bey'e övgüde bulunulmuş ve bu hafta kendini 10 üzerinden kaç puanda hissettiği ve gelecek hafta kaç puanı hedeflediği sorulmuştur. Bayram Bey bu hafta 6 puanda hissettiğini, gelecek hafta içinse 7-8 puanı hedeflediğini belirtmiştir. Bir sonraki görüşmemize kadar kendisinden sigara kullanımına dikkat etmesi, eşi ve çocuklarına yönelik bir önceki hafta sürdürdüğü ilgiyi tekrarlaması ve sahip oldukları hakkında düşünmesi (eş, çocuk, iş ve ev gibi) istenmiştir.

Beşinci görüşmede Bayram Bey geçirdiği haftayı şu şekilde özetlemiştir; "Seçimler güzel geçti, adayımız seçildi belediye başkanı olarak onu tebrike gittim. Bu sizin sayenizde oldu. Seçim bürosuna önceden gitmeseydim tebrik etmeye gidecek yüzüm olmazdı. Seçim heyecanı sebebiyle sigaranın ucunu kaçırdım bu hafta hocam. Ancak gelecek hafta bunu telafi edicem. Sonra diyaliz merkezinden bir arkadaşım öldü bu hafta ona çok üzuldüm. Adam bekârdı. Arkasında kimseyi bırakmadı. Kendi ölümümü

düşündüm. Karım ve kızlarımın ne olacağını düşündüm. Bu sebeple sigarayı azaltma ve diyetime uyma konusunda daha dikkatli olmaya karar verdim. Bugün canım çok sıkın eşimle yemek yapmadığı için dün tartıştık ve sinirlenerek evdeki tabakları kırdım. Bu da galiba arkadaşımın ölümüyle ilgili. Eşimle iki gündür konuşmuyoruz. Bu hafta benim için çok iyi geçmese de sizin bana olan desteğiniz bana çok iyi geliyor. Gelecek hafta son görüşmemiz olacak ama ben sizinle görüşmeyi sonlandırmak istemiyorum. Sizinle ilgili olarak ilk başlarda havanda su döveceğimizi düşünüyordum ama zamanla böyle olmadığını fark ettim. Bu nedenle çalışmanız bitince bile araya benimle görüşmenizi çok isterim. Ablama sizinle görüşmelerimden ve verdiğiniz ödevlerden bahsettim. Sizin önerilerinizi ablam da kendi yaşamında uyguladı ve kafası çok rahatladı. Senin hoca benimle görüşmeden bana iyi geldi diyor. Hocam ben bir de sizden sonra birçok işimi ertelediğimi ve bu işlerin zihnimde büyüyerek beni çok rahatsız ettiğini fark ettim. Bu konuda ne dersiniz?” Bu açıklama ve soru üzerine Bayram Bey’e geldiği noktanın görüşmeye başladığımız noktadan çok daha iyi olduğu ifade edilmiş ve çalışmamızın sınırının altı hafta olduğu ancak istediği takdirde bana yine ulaşabileceği belirtilmiştir. Ardından bu hafta kendini 10 üzerinden kaç puanda hissettiği ve gelecek hafta kaç puanı hedeflediği sorulmuştur. Bayram Bey bu hafta yine 6 puanda hissettiğini, gelecek hafta içinse 7-8 puanı hedeflediğini belirtmiştir. Eşinin nasıl gönlünü alabileceği kendisine sorulan Bayram Bey’den “Bu akşam yemeği ben hazırlayarak ona jest yapmalıyım” yanıtı alınmıştır. Gelecek ve son görüşmenin ödevi olarak eşi işten gelmeden bir akşam yemeği hazırlaması, sigara kullanımını konusunda daha önceki haftalardaki öneriye uyması ve yapılması gereken hiçbir işi ertelememesi Bayram Bey’e ödev olarak verilmiştir.

Altıncı ve son görüşmede Bayram Bey’e ilk olarak bir önceki haftayı nasıl geçirdiği sorulmuştur. Bayram Bey bir önceki görüşmede verilen ödevlerin tümünün yerine getirdiğini belirtmiştir. Tam olarak ne yaptığı sorulduğundaysa geçen hafta eşine dört çeşit bir akşam yemeği hazırladığını ve bunun eşini çok mutlu ederek aralarındaki küslüğe son verdiğini, sigara kullanımını son derece azalttığını, günde beş vakit olmasa da her gün namaz kıldığını, çocuklarıyla bolca zaman geçirdiğini ve hiçbir işini ertelediğini belirtmiştir. “Hiçbir işinizi ertelediğinizi söylüyorsunuz. Bunu açıklar mısınız?” sorusu sorulduğundaysa; “Örneğin evin bir odasının lambası bozuldu. Başka zaman olsa onu yapmam günler sürerdi. O oda karanlık kalır,

hepimizin canını sıkardı. Bozular bozulmaz markete gittim, ampul aldım, geldim ve taktım. Kafam rahatladı.” cevabını vermiştir. Bayram Bey ayrıca önceleri haftada 2-3 kez uğradığı kahvehaneye bu hafta hiç gitmediğini belirtmiştir. Nedeni sorulduğundaysa artık canının gitmek istemediğini ve ailesiyle vakit geçirmenin ona daha iyi geldiğini belirtmiştir. Bu hafta yaptığı ödevlerin kendinde ne gibi duygular oluşturduğu sorulduğundaysa “Hocam kafam çok rahat, çok mutluyum” yanıtı alınmıştır. Bayram Bey’e bu görüşmede kendini 10 üzerinden kaç puanda hissettiği sorulmuş ve kendisinden 8 puana eriştiği ve çalışma kapsamında belirlediği amaca büyük ölçüde ulaştığı öğrenilmiştir. Bayram Bey’e terapi süreci özetlenerek geldiği nokta itibariyle gelişimi takdir edilmiş ve bu görüşmenin daha önceden de ifade edildiği üzere son görüşme olduğu vurgulanmıştır. Sonrasında geldiği durumu sürdürmesinin aynı ödevleri tekrarlayarak mümkün olduğu belirtilmiştir. Ardından ise kendisinin süreçle ilgili düşünceleri sorulmuştur. Bayram Bey gelinen noktadan çok memnun olduğunu belirterek teşekkürlerini iletmiştir. İsteddiği zaman bana ulaşabileceği hatırlatılarak süreç sonlandırılmıştır.

Sonuç olarak Bayram Bey vakasında çözüm odaklı kısa terapi teknikleri genel olarak işe yaramıştır. Bu durumun nedenlerinden biri olarak müracaatçının iletişim becerilerinin düzeyinin iyi olması düşünülmektedir. Müracaatçı çözüm konuşmaları için işbirliğine oldukça açık olup çözümlerin üretilmesi ve ödevlerin verilmesinde ve yerine getirilmesinde uzmanla birlikte hareket etmiştir. Müracaatçının görüşme öncesi ve sonrası psikososyal uyumuna yönelik yapılan ölçümleri aşağıdaki gibidir.

Hasta adı	Sağlık Bakım		Meslek / İş Çevre		Aile Çevresi		Cinsel İlişkiler		Geniş Aile İlişki		Sosyal Çevre		Psikolojik Alan		PAIS Genel	
	Ö	S	Ö	S	Ö	S	Ö	S	Ö	S	Ö	S	Ö	S	Ö	S
Bayram (38)	12	9	10	2	10	5	4	1	7	5	9	5	10	2	62	29

### Yunus Bey Vakası

Yunus Bey 53 yaşında, erkek, evli ve çocuksuzdur. Dört ay önce kronik böbrek yetmezliği teşhisi konulana kadar polis olarak görev yapan Yunus Bey hastalığı nedeniyle çalışmamakta ve emekli olmak için gerekli işlemleri başlatmış durumdadır. Yunus Beye müdahale öncesi PAIS-SR uygulanmış ve müracaatçı bu ölçekten 57 puan (kötü psikososyal uyum) almıştır. Ölçek puanının detayları aşağıdaki gibidir;

Hasta adı	Sağlık Bakımı	Meslek / İş Çevresi	Aile Çevresi	Cinsel İlişkiler	Geniş Aile İlişkileri	Sosyal Çevre	Psikolojik Alan	PAIS Genel
Yunus (53)	5	15	8	6	1	15	7	57

İlk görüşmede öncelikle müdahalenin amacının belirlenmesi için müracaatçıyla işbirliğine gidilmeye çalışılmış ancak bunda pek de başarılı olunamamıştır. Müracaatçıda içgörü algısı oldukça düşük bir düzeydedir. (Müracaatçının herhangi bir psikiyatrik tanısı olmamakla birlikte hastalığın bilişsel işlevselliğine etkide bulunduğu düşünülmektedir.) Bu nedenle amaç başarılı bir biçimde müracaatçı tarafından ortaya konamamıştır. Bu durum derecelendirme sorusunun yanıtında da gözlenmiştir. Müracaatçı müdahale öncesi uygulanan PAIS-SR testinden 57 puanla kötü bir psikososyal uyum düzeyine sahipken ve kendisinin birçok fiziksel ve psikososyal sorunu olduğu ve bu sorunlarla başetmekte zorlandığı süreç içerisindeki anlatımlarına yansırken psikososyal iyilik halini 10 puan üzerinden 8 puan olarak değerlendirmiştir ve müdahale sonunda yine 8 puanda olmak istediğini ifade etmiştir. Müracaatçı “Hayata küstüm yani. Bazen kahrediyorum.” gibi ifadelerinin yanında “Benim psikolojim iyi” ve “Her zaman iyi hissedirim ben kendimi.” şeklinde ifadelere sahiptir. Süreç içerisinde tüm bu olumsuz gidişata rağmen müracaatçıdan hastalığın teşhisinin yarattığı şoku atlattığı ve eşinin bu süreçte hep yanında olarak iyi bir sosyal destek mekanizması işlevi gördüğü öğrenilmiştir. Bu bilgiler edinildiğinde de müracaatçıya “bu çok iyi” gibi destekleyici ve övgü içeren ifadelerde bulunulmuştur. Müracaatçıda çaresizlik, öfke, hastalığın ortaya çıkmadığı geçmiş zamana duyulan özlem ve zayıflayan sosyal işlevselliği nedeniyle kısıtlanmışlık duyguları gözlenmektedir. Gerçekleştirilen bu ilk görüşmenin sonunda müracaatçının özlemini duyduğu ve

yapmaktan zevk aldığı etkinliklerden biri olan akraba ziyareti gerçekleştirmesi kendisine gelecek haftaki ödevi olarak verilmiştir.

İkinci görüşmede müracaatçı hafta içerisinde hastalık öncesi yapmaktan zevk aldığı etkinliklerden biri olan köye gittiğini, akraba ve komşu ziyareti yaptığını belirtmiştir. Bu etkinliklerin etkisiyle de geçirdiği haftayı “iyi” olarak düşünmektedir. Bunun yanında müracaatçının duygularına yönelik tanımları “iyi” ya da “kötü” şeklindedir. Ayrıca müracaatçının bağımsız bir şekilde gerçekleştirdiği eylemler uzman tarafından “Bu çok iyi. Geçen haftadan bu yana gayet olumlu bir hafta geçirmişsiniz.” şeklinde övgü dolu ifadelerle desteklenmiştir. Derecelendirme sorusu Yunus Bey’e yöneltildiğindeyse, müracaatçı psikososyal iyilik halini 10 üzerinden 8 olarak belirlemiş ve giden iki puanın sağlık sorunlarından kaynaklandığını düşündüğünü belirtmiştir. Müracaatçı ile yapılan bu görüşmede Ulus ve Kızılay semtlerinin, market alışverişinin ve fatura ödeme gibi gündelik işlerin müracaatçı için özel bir anlamı olduğu görülmüştür. Gelecek haftaya kadar kendinden bu semtleri ziyaret etmesi istenmiştir. Yunus Bey ilk önce bu durumdan çekinmiş sonraysa eşinin desteğiyle bu ödevi yerine getirebileceğini kararsız bir biçimde ifade etmiştir. Son olarak bir sonraki hafta görüşülmek üzere müracaatçıya veda edilmiştir.

Üçüncü görüşmeye rutin bir şekilde bir önceki haftanın nasıl geçtiği sorularak başlanmıştır. Müracaatçı yaşadığı ishal rahatsızlığı nedeniyle ödevleri yerine getiremediğini, kalitesiz bir hafta geçirdiğini ve kendisini genellikle çaresiz hissettiğini ifade etmiştir. Bunun üzerine uzman “Peki bir hafta boyunca çaresizlik hissetmediğiniz zamanlar oldu mu?” sorusunu sorarak istisnaları bulmaya çalışmıştır. Müracaatçı bu soruya yanıt vermeyip sıkıntısını dile getirmeye devam etmiştir. Bunun üzere müracaatçıya yaşadığı problemin geçici olduğu ifade edilerek “kendinizi hangi günler iyi hissettiniz?” sorusu yöneltmiştir. Kendisini bir önceki gün ve görüşme günü iyi hissettiğini söyleyen müracaatçıya bunun nedeni sorulmuştur. Müracaatçı iyi hissetmesinin nedenini “işlerini halletmesi” olarak görmektedir. Bunun üzerine kendisine sorumluluk sahibi biri olduğu söylenerek övgüde bulunulmuştur. Sonrasında müracaatçı konuyu değiştirerek emeklilik planlarından söz etmeye başlamıştır. Emeklilik hakkı kazanmasıyla oldukça rahatladığını belirten müracaatçı gezi planları yaptığını belirtmiştir. Müracaatçının bu tür planlar yapması uzmana geleceğe karşı

umutlu olduğunu düşündürmüştür. Bu fikir “öyle mi? bu çok iyi.” ifadesiyle desteklenmiştir. Sonrasında müracaatçı aniden sinirlendiğini dile getirmiştir. Bu durumun nedeni sorulduğundaysa sinirlendiği şeyleri içinde biriktirdiğini ve birden patladığını ifade etmiştir. Bunun üzerine konu üzerinde durulmuş ve gelecek haftaya kadar konuları içine atıp susması yerine sinirini ifade etmesi kendisine ödev olarak verilmiştir. Aksi takdirde öfke patlamalarının devam edebileceği de eklenmiştir.

Müdahale sürecinin gidişatı müracaatçının müdahaleye direnç gösterdiğini, verilen ödevleri yerine getirmediğini, müracaatçıda hastalık öncesine duyulan yoğun özlem duygusunu göstermektedir. Müracaatçıyla bu görüşme de dâhil olmak üzere şimdiye dek amaç ve değişim üzerine nitelikli bir konuşma gerçekleştirilememiştir. Ancak bu görüşmede müracaatçı emeklilik hakkı kazanmasıyla birlikte birtakım gelecek planlarından söz etmiştir. Bu durum müdahalenin gidişatı için umut vericidir.

Dördüncü görüşmeye bir önceki görüşmede verilen ödevlerin yapılıp yapılmadığı ve sürecin gidişatı sorularak başlanmıştır. Müracaatçı Yunus Bey dört haftalık süreç içerisinde ilk kez müdahale sürecine uyum sağlamış ve verilen görevleri yerine getirmiştir. İki görüşme arasındaki süreç içerisinde gitmeyi çok istediği Ulus ve Kızılay semtlerine eşi yanında olmaksızın gitmiş ve bunun yanında diğer işlerini de yerine getirmiştir. Ayrıca eşiyle köy ve komşu ziyaretinde bulunmuştur. Bu olumlu gelişmeler üzerine “Bu son süreci çok iyi idare etmişsiniz. Daha iyi başediyorsunuz artık. Biraz daha alışmışsınız. Durumu biraz daha kabullendiniz artık. Mücadele ediyorsunuz.” ifadesiyle uzman tarafından desteklenmiştir. Müracaatçı süreci kabullenmeye başladığını “Kabullenmek zorundasın hocam. Yapacak başka bir şey yok. Bunu artık bir yaşam tarzı olarak kabul edeceksin. Zaten diyaliz merkezi bizim ikinci evimiz oldu artık.” ifadesiyle dile getirmiştir. Sonrasında müracaatçıya derecelendirme sorusu yöneltilmiş ve müracaatçı bu görüşmede 9 puanda olduğunu ifade etmiştir. Müracaatçının bu ifadesine yine övgüyle karşılık verilmiştir. Görüşmede diyaliz seanslarıyla ilgili sorular sorulmuş ve müracaatçının diyaliz ünitesinde görevli personelle ve diğer hastalarla daha çok iletişime girmeye başladığı gözlenmiştir. Müracaatçı görüşmeden bir önceki gün çok rahatsız olduğunu dile getirmiş ve tüm gün yataktan çıkamadığını belirtmiştir. Uzman bir sonraki günün bu dinlenmeye bağlı olarak iyi geçmiş olabileceğini vurgulayarak bundan sonraki

rahatsızlıklarında iyi bir dinlenme süreci sonrasında müracaatçının daha kaliteli bir biçimde yaşayabileceğini belirtmiş ve müracaatçının psikososyal açıdan oldukça olumsuz olarak etkilendiği fiziksel yorgunluğunun çözümünde dinlenmesi gerektiğini vurgulamıştır. Görüşme sonunda müracaatçının emekli olduğu karakola (daha önce kendisi bunu istediği için) ziyarette bulunması bir sonraki görüşmeye kadar ödev olarak verilmiştir. Uzman tarafından terapi için yeterli içgörüyeye sahip olmadığı değerlendirilen müracaatçının müdahale sürecinden yararlanamadığı düşüncesi bu görüşme sonunda azalarak, müracaatçının bu görüşmedeki durumunun sürece uyum sağladığı ve bu süreçten istifade ettiği düşüncelerine yol açmıştır.

Beşinci görüşmede Yunus Bey diyalizin olumsuz etkileri nedeniyle haftanın kendisi açısından çok iyi geçmediğini ifade etmiştir. Bunun üzerine uzman “Bu normal ama. Bütün hastalar böyle” diyerek müracaatçıyı desteklemiştir. Müracaatçı ayrıca haftasonu Ulus semtine eşiyile gezmeye gittiğini ancak tansiyonunun düştüğünü ve taksi tutarak eve dönmek zorunda kaldığını belirtmiştir. Yine haftasonu bir önceki seansın ödevi olan daha önce görev yaptığı karakol ziyaretini rahatsızlığı nedeniyle gerçekleştiremediğini eklemiştir. Müracaatçıda bir önceki görüşmedeki olumlu gelişimin bu görüşmede gerilediği ve müracaatçının hayal kırıklıklarıyla dolu bir hafta geçirdiği uzman tarafından gözlemlenmiştir. Bunun üzerine uzman “ama bugün iyi görünüyorsunuz” diyerek övgüde bulunmuştur. Müracaatçı ise iyi görünmesinin sebebini bir önceki akşam komşusunun ziyaretine ve onlarla gerçekleştirdiği ve kendisini rahatlatığına inandığı sohbete bağlamıştır. Görüşmenin devamında müracaatçı hastalığa bağlı olarak yaşadığı olumsuz deneyimlerden sonra “Dün biraz ölmeyi tercih ettim hocam. Çünkü öyle oldum ki. Şu merdivenleri çıktım da ölsem bundan daha iyi” ifadesinde bulunmuştur. Bunun üzerine uzman müracaatçıya “Peki sizin bir yeğeniniz (müracaatçının çocuğu olmadığı için) aynı sorunla karşılaşsa ona tavsiyeniz ne olurdu?” sorusunu yönelterek müracaatçının başetme mekanizmalarını öğrenmeye çalışmıştır. Müracaatçı bu soruya “hayatını yaşamaya bakmasını isterdim” diyerek cevaplamıştır. Bunun üzerine hayatı yaşamakla neyi kastettiği sorulmuş ancak istenen yanıt alınamamıştır. Sonrasında kendisinin de böyle düşünebileceği ifade edilmiş ve müracaatçı genelde bu şekilde düşünüp davrandığını ancak bazen kendini tutamayıp isyan ettiğini ifade etmiştir. Müracaatçının olumsuz konuşmaları güçlü yönleri hakkında konuşmak için manipüle edilmiş ve “Önünüzde bazı engeller var.

Ancak bu engelleri aşma gücü sizde var. Ben bunu görüyorum. İyi de mücadele ediyorsunuz. Bunun da farkındayım. Aslında çok büyük bir yaşam sevinciniz var. Gezmeyi çok seviyorsunuz, TV izlemeyi vb. İşlerinizi tıkr tıkr yapıyorsunuz.” ifadeleriyle övgüde bulunulmuştur. Bunun üzerine müracaatçı yaşamı üzerinde denetim sahibi olduğunu gururla anlatmıştır. Sonrasında müracaatçıya derecelendirme sorusu yöneltilmiş ve bu hafta kendisini 10 üzerinden 6 puanda gördüğü anlaşılmıştır. Gelecek ve son görüşmede 8 puana çıkmayı hedefleyen müracaatçı bunun için birtakım işlerini halletmesi gerektiğini düşünmektedir. Bu işlerin ne olduğu sorulmuş ve “Mesela hanımın açıköğretim kaydı var onu yaptırırız, alışveriş yaparız. Yani eve kapanmayız, gezeriz. Dışarıda bir yemek falan yeriz. Dışarı çıkmış oluruz, mutlu oluruz. Eve kapanınca karamsarlığa düşüp kendi kendine vesvese veriyorsun. Dışarı çıkınca dağılıyor vesvese.” yanıtı alınmıştır. Bunun üzerine müracaatçıya eşinin açıköğretim kaydı, eşiyile bir gün dışarıda yemek yemek ve dışarı çıkamadığı bir gün için de eve misafir çağırması ve karamsarlık yerine olumlu düşünmesi ödev olarak verilerek görüşme sonlandırılmıştır.

Altıncı görüşmede Yunus Bey’e haftasının nasıl geçtiği sorulduğunda “Diyaliz, ev gittik, geldik... İşte komşuyu çağırdık geçen akşam. Oturduk, muhabbet ettik. Haftasonu marketlere gittik. Bugün de dışarıdaydım. Postaneye gittim, gaz aldım. Eve gelirken biraz alışveriş yaptım işte. Sonra eve geldim. Televizyon izledim.” yanıtı alınmıştır. Bir önceki hafta ödev olarak verilen olumlu düşünceler geliştirme görevi kendisine sorulduğundaysa “Olumlu düşündük işte. İster istemez hastalıkla iç içe yaşayacaksın. Bunun kurtuluşu yok.” demiştir. Daha sonra Yunus Bey’e son zamanlardaki eylemlerinin hastalığa uyum sağlama ve günlük yaşamla ilgili rol ve sorumluluklarını yerine getirmekte olduğunu gösterdiği ifade edilmiş ve bunun büyük bir başarı olduğunun altı çizilerek takdir edilmiştir. Son olarak çalışmanın burada bittiği ifade edilerek ne zaman isterse kendisiyle görüşebileceğim belirtilerek süreç sonlandırılmıştır.

Yunus Bey’in terapi için gereken düzeyde içgörü sahibi olmadığı ve kendisiyle bu nedenle yeterince sağlıklı bir terapötik bir ilişki içine girilemediği düşünülmektedir. Yunus Bey psikososyal iyi olma halini genellikle sağlık durumuyla yakından ilişkilendirmiş ve hastalığın doğası gereği özellikle diyaliz seanslarına katıldığı günler



fiziksel açıdan sorunlar yaşamış ve uzmanın bu durumun doğal bir durum olduğu yönündeki açıklamalarına rağmen bu duruma çok üzülmüştür. Müdahale süreci içerisinde genellikle hastalık öncesi yaşamında yapmaktan zevk aldığı etkinlikler kendisine ödev olarak verilmiştir. Ancak bu etkinlikleri fiziksel sorunlarına bağlı kaygıları nedeniyle yeterince yerine getiremediği düşünülmektedir. Müracaatçı son görüşme dâhil olmak üzere süreç boyunca olumlu geribildirimlerle beslenmiş ancak genel olarak eksikliklerini görme eğiliminde olmuştur. Müracaatçıda derecelendirme sorusu da kullanışlı olmamıştır. Yunus Bey kimi zaman ödevlerini layıkıyla yerine getirmiş ve kendini oldukça iyi hissettiğini belirterek kendini 9 puanda gördüğü de olmuştur. Bu istisnai zamanların üzerine gidilmiş ancak kalıcılık yakalanamamıştır. Tüm bunlara rağmen müdahalenin başlarında eş desteği olmaksızın sorumluluklarını yerine getiremeyen müracaatçı süreç içerisinde özgüvenini kazandığını ve amaçladığı eylemleri bağımsızca yerine getirebildiğini belirtmiştir. Yunus Beyle gerçekleştirilen çalışma sonucunda müdahalenin sınırlı da olsa etkili olduğu düşünülmektedir. Müdahale sonrası uygulanan PAIS-SR testi de bu durumu doğrular niteliktedir. Müracaatçının ön ve sontest sonuçları aşağıdaki gibidir.

Hasta adı	Sağlık Bakım		Meslek / İş Çevre		Aile Çevresi		Cinsel İlişkiler		Geniş Aile İlişkileri		Sosyal Çevre		Psikolojik Alan		PAIS Genel	
	Ö	S	Ö	S	Ö	S	Ö	S	Ö	S	Ö	S	Ö	S	Ö	S
Yunus (53)	5	5	15	6	8	6	6	4	1	2	15	6	7	3	57	32

### Ömer Bey Vakası

Ömer Bey 39 yaşında, evli ve iki çocuk sahibidir. 13 yıldır diyalize girmekte olan Ömer Bey, tinsel yönü ve sosyal çevresiyle ilişkileri yoğun denebilecek düzeydedir. Hastalıktan sonra çalışma yaşamı sona eren ve prim borçlarını ödeyerek emekli olan Ömer Bey'e müdahale öncesi PAIS-SR uygulanmış ve müracaatçı bu ölçekten 74 puan (kötü psikososyal uyum) almıştır. Ölçeğin detaylı puanlaması aşağıdaki gibidir.

Hasta adı	Sağlık Bakımı	Meslek / İş Çevre	Aile Çevresi	Cinsel İlişkiler	Geniş Aile İlişkileri	Sosyal Çevre	Psikolojik Alan	PAIS Genel
Ömer (39)	10	13	15	9	9	9	9	74

Görüşme kapsamında ilk olarak müracaatçıya bu görüşmeye neden ihtiyaç duyduğu sorularak müdahalenin amacı belirlenmeye çalışılmıştır. Müracaatçı en temel sorununun aile içi iletişimde olduğunu belirterek bu durumun nedenini de öfke kontrolünün zayıf olmasına bağlamış ve bu durumu aşağıdaki şekilde açıklamıştır:

“Şey istiyorum, yani sinirlenme, asabilik... İstemediğim halde tepki gösteriyorum, sonra pişman oluyorum. Hatta daha yarım saat önce yine çocuklarımla sıkıntı yaşadım, küçücük bir şeyde sıkıntı yaşıyorsun, ondan sonra yaptığına pişman oluyorsun. ... Genel olarak kendi sıkıntılarım bu psikolojik sıkıntılar, cinsel sıkıntılar.”

Bir diğer sorununu cinsellik olarak tanımlayan Ömer Bey “Diğer sorunum da cinsellik, yani bunu ilaç almadan hiçbir şey yapamıyorsun kesinlikle. Yani bu bizim hastalıkta kesinlikle olması gerekli.” demektedir.

Bu kısa sorun tespitinin ardından Ömer Bey’e diyaliz tedavisi sürecindeki değişimler sorulmuştur. “Pastane işletmeciliği yapıyordum. Yani vücudum dayanmıyordu artık, kaldıramayacak hale geldim, bırakmak zorunda kaldım.” diyerek iş yaşamının sona erdiğini belirtmiştir. Ardından “Eşimle ben, dört buçuk yıl ayrı kaldık ve dört buçuk yıl ben, çocuğumu göremedim, dört buçuk yıl ayrı kaldım... Eşimden kaynaklanan değil, onun babasından kaynaklanan sıkıntılar. İlk üç yılım karnım şiş, nefes alamıyorum, çok sıkıntılar geçirdim.” ifadeleriyle hastalık sonrası fiziksel sorunlarının yanında aile sisteminde de krizler yaşadığını ancak bunların geride kaldığını belirtmiştir.

Destekleyici sorularla müracaatçının sosyal destek mekanizmaları tespit edilmeye çalışılmıştır. Müracaatçıya bu sorunlarla nasıl başettiği sorulduğunda “Çevremdeki arkadaşlarınıza baktığımızda, yine ben, onlara nazaran kendimi övme anlamında değil

de, biraz daha sakinim. Kendine bakan bilinçli biri olduğumu söylüyorlar. Bunun tek nedeni manevi destek, başka hiçbir şey değil.” yanıtını vermiştir. Bunun üzerine müracaatçıya manevi destek kavramıyla neyi kastettiği sorulmuş ve “Tam olarak kastım ben, yani dinimi yaşamaya çalışıyorum. İncamıma göre yaşamaya çalışıyorum ve hastalığım da yaratandan geldiğini bildiğim için sabretmeye çalışıyorum. Benim hastalıkla sıkıntım yok, hastalığın etkileriyle sıkıntım var daha doğrusu, ben onları aşmak istiyorum. Yani ilaçla bu işlerin çözülmeyeceğini düşünüyorum. ... Benim yerime başkası olsaydı, manevi anlamda desteği olmayan birisi olsaydı, ya seri katildi ya da kafayı yemişti. Yani kaldırmak gerçekten zor...” yanıtı alınmıştır.

Müracaatçıya yöneltilen derecelendirme sorusu aracılığıyla müracaatçının kendisini psikososyal işlevsellik açısından nerede gördüğü belirlenmeye çalışılmıştır. Müracaatçı kendini şuan 10 üzerinden 6 puanda gördüğünü ve amacının 10 üzerinden 10 puana ulaşmak olduğunu belirtmiştir.

İletişim becerileri yüksek olduğu gözlemlenen müracaatçıya mucize sorusu yöneltilerek bu mucizenin ne olabileceği sorulmuştur. Ömer Bey bu soruyu “psikolojik rahatsızlıklarımın düzelmesi, başka bir şey değil.” şeklinde cevaplandırmıştır. Bunu kimin fark edeceği sorusuna ise “Eşim fark ederdi. Otomatikman hemen fark eder.” cevabını vermiştir. Bu yanıtla Ömer Bey’in eşi ile arasında güçlü bir iletişimin bulunduğu anlaşılmıştır. Eşinin bu duruma vereceği tepki sorulan Ömer Bey durumu “Yani gerçekten mutlu olurdu. Yani... Çünkü benim davranışma göre otomatikman tepki veriyor, etkiye tepki olayı oluyor, benimki kadar olmasa da... Tabii ki fark ederdi.” yanıtını vererek açıklamıştır.

Müracaatçıya sorunun gözlemlenmediği zamanları tespit etmek yani istisna keşfetmek amacıyla sorulan sorular da bu vakada sonuç vermemiştir. Müracaatçı bu soruya cevap olarak “Anlattığım kadar gerçekten ben, böyle sıkıntılı değilim ama dönem dönem oluyor. Ben, çiçeğimi de alırım, hediye mi de alırım, yıldönümlerini kaçırmam. Böyle değişik sürprizler yapıyorum. Ama birden sinirlilik, agresiflik oluyor, patlama noktasına geldi. Ölçüyü tutturamıyorum yani daha doğrusu.” ifadelerini kullanmıştır.

İlk görüşme kapsamında, müdahalenin ana teması/odağı müracaatçının kontrol etmekte zorlandığı sinirlilik hali ve cinsel performansındaki sorunlar olarak belirlenmiştir. Görüşme sonunda müracaatçı için hazırlanan not aşağıdaki gibidir;

Hastalığın beraberinde getirdiği sorunlarla başatme sürecinin oldukça etkileyici olduğu vurgulanarak övgüde bulunulan Ömer Beye bir sonraki görüşmemize kadar her sinirlendiğinde içinden 10'a kadar sayması ve ailesiyle birlikte sosyal bir etkinlikte bulunması ödev olarak verilmiştir.

İkinci görüşmeye Ömer Bey'e bir önceki görüşmede verilen ödevleri yerine getirip getirmediği sorularak başlandı. Ömer Bey bu soruya "Onunla ilgili biraz etkisi oldu. Yani şimdi benim kendi söz verdiğim şeyleri yapmaya daha çok özen gösterdiğim için hafif yani yüzde 5, yüzde 10 gibi bayağı etkisi oldu." diyerek yanıt vermiştir. Konuşmasına sinirlendiği birçok an olduğunu ve bu durumlarda sakin kalabilmeyi başardığını belirterek devam eden Ömer Bey övülerek "Başarılı olmanız çok güzel sevindim buna..." şeklinde tepkide bulunulmuştur. Ardından kendisine "Peki, bunu ailenizde fark eden oldu mu?" sorusu sorulmuş ve "Evet, evet... Eşim, ilaç filan mı aldın diye düşünmeye başladı. Bizde Laroksil vardı, hatta dün onu attım çöpe, inandırma anlamında." yanıtını vermiştir.

Son bir haftaki cinsel yaşamı sorulan Ömer Bey, haftasının cinsel açıdan olumlu geçmediğini, erken boşalma sorunu yaşadığını, ancak ilaç aldığında kendine güven duyduğunu ve cinsel ilişkisinin kalitesinin arttığını belirtmiştir. İlaç kullanınca 45 dakika süreyle cinsel ilişkide bulunduğunu kullanmadığıdaysa üç beş dakika sürdüğünü belirten Ömer Bey "Açık konuşmak gerekiyorsa, kendimden çok karşıdaki eşimi düşündüğümünden kaynaklanıyor. Yani güvensizlik hastalıktan ortaya çıkan..." şeklinde durumu açıklamaktadır. Bunun üzerine müracaatçıya cinsellikte dakika hesabı yapmanın sağlıklı bir düşünce olduğu açıklanmış ve kendisinden gelecek haftaya kadar bu tür kaygı ve düşünceleri bir kenara bırakıp, sadece kendini düşünerek bir birliktelik yaşaması istenmiştir.

Ömer Bey'e haftasının nasıl geçtiği sorulduğundaysa "Mesela dün, arkadaş vefat etti, diyaliz arkadaşım. O etkiliyor, otomatikman etkiliyor. Bir yerlerde alacaklarım var, ödemiyor. Bunlar, sizi yüzde 5, yüzde 10 etkiliyorsa, beni yüzde 50 etkiliyor. Bunu

aşmak kolay olmuyor.” yanıtı alınmıştır. Bunun üzerine “Ama siz, yani inanç boyutu yoğun bir insansınız. Yani bunları aşabileceğinizi ve aştığınızı da düşünüyorum açıkçası bu manada...” denilerek müracaatçının başatme stratejisine atıfta bulunulmuştur. Müracaatçı bu yanıt üzerine uzmana hak vermiş ve bu olumsuz düşüncelerin kısa süreliğine olduğu ve uzun vadede çok etkili olmadığını belirtmiştir.

Müracaatçının gidişatının tespiti için derecelendirme sorusuna başvurulduğunda ise müracaatçı kendini ikinci görüşmede 7-8 puanda gördüğünü belirtmiştir. Bunun üzerine Ömer Bey tebrik edilerek övgüde bulunulmuştur. Bu değişimin sebebi sorulduğundaysa müracaatçı sinirlerine hâkim olmasının aile sisteminde olumlu etkiler yarattığını belirtmiştir. İkinci görüşme sonunda müracaatçıya sinirlerini kontrol etmeye devam etmesi ve cinsel ilişkide yalnızca kendi ihtiyaçlarına odaklanması ödev olarak verilmiştir.

Üçüncü görüşmede ilk olarak Ömer Bey’e bir önceki görüşmede verilen ödevleri yerine getirip getirmediği sorulmuştur. Ömer Bey bu hafta annesinin ameliyat olduğunu ve sürekli olarak annesiyle ilgilendiğini ve bunun yanında iki ağır hastalarının daha olduğunu, gergin bir hafta geçirdiğini öfke kontrolü ve cinsellikle ilgili ödevleri bu nedenlerle yerine getiremediğini belirtmiştir. Uzman tarafından bunun normal olduğu vurgulanarak Ömer Bey’in çevresindeki insanlarla ilgili olarak sorumluluk alması takdir edilmiş ve bir önceki görüşmede verilen ödevlerin bu görüşme için de geçerli olduğu hatırlatılarak görüşme sonlandırılmıştır.

Dördüncü görüşmede haftasının nasıl geçtiği sorulan Ömer Bey bu soruya “Son bir hafta iyiydi, çok sıkıntı yok denecek kadar iyiydi.” şeklinde cevap vermiştir. Ardından müracaatçıya cinsellikle ilgili olarak verilen ödev hatırlatılmıştır. Müracaatçı bu soruya “Denedik ama yeterli seviye değil yani beklediğimiz.” yanıtını vermiştir. Bunun üzerine uzman tarafından “yeterli seviye” kavramı sorgulanmış ve müracaatçıyı daha sonra bu konu üzerine düşünmeye davet etmiştir. Sonrasında kendisine öfke kontrolüyle ilgili verilen ödev hatırlatılan müracaatçı “Eskiye nazaran iyiyiz. Başladığımızdan beri ilerleme kaydediyoruz.” demiştir. Aile içerisinde bu durumun fark edilip edilmediği sorulduğundaysa eşinin ve özellikle çocukların bu durumun farkında olduğunu belirten Ömer Bey çocukları için “Daha önceler şey

söylerlerdi, anne, babamı sinirlendirme, sakın ol ki bizi gezmeye götürsün. Şimdi onlar kalktı, hadi babacım gezmeye gidelim.” ifadelerini kullanmaktadır. Bunun dışında bir önceki hafta ailesini mutlu etmek için çabaladığını belirten Ömer Bey bu amaçla AVM ziyareti yaptıklarını, eşi ve çocuklarıyla oldukça iyi bir iletişimi olduğunu belirtmiştir. Sonrasında derecelendirme sorusuna başvurulmuştur. Bu soruyu 10 üzerinden 8 olabilir diye yanıtlayan Ömer Bey tebrik edilmiş ve kendisinden bu gidişatı sürdürmesi istenmiştir. Bir sonraki görüşme için ise öfke kontrolü konusu ve aile ile birlikte sosyal bir etkinlikte bulunması kendisine ödev olarak verilmiştir.

Beşinci görüşme olan son görüşmede Ömer Bey daha iyi olduğunu belirtmiş ve geçtiğimiz hafta boyunca ailesiyle birlikte vakit geçirdiğini belirtmiştir. Hafta sonu ise şehir dışındaki akrabalarını ziyaret etmeyi planladıklarını eklemiştir. Sonrasında öfke kontrolüyle ilgili olarak sürecin ne yönde seyrettiği kendisine sorulmuştur. Ömer Bey bu soruyu “Salı günü vakıfta toplantı vardı. Bir tane başçavuş emeklisi abi, kadın hakları hakkında konuştu. Kadınların hakları hakkında konuştu ve gerçekten beni çok etkiledi o, yani yanlış bildiğim şeyleri öğrendim. Dolayısıyla en azından alttan almasını, yapıcı olmayı... Yani eşim bile çok şok, yani sana ne oldu dedi, iki gündür. Salıdan beri gerçekten fark etti. Ben de şaşırıyorum, gidiyorum, özür diliyorum. Normalde çok nadirdir. Yani sözle değil de, başka türlü özrü halletmeye çalışıyordum. Davranışlarla...” şeklinde cevaplamıştır. Bunun üzerine müracaatçıya “İlk görüşmemize nazaran bayağı bir yol aldınız, bunu gözlemleyebiliyorum.” şeklinde geribildirimde bulunulmuştur. Ardından derecelendirme sorusu kullanılmıştır. Ömer Bey genel olarak amaçlarına ulaştığını ve kendini sorununu çözme bağlamında 10 üzerinden 9’da hissettiğini belirtmiştir. İlk görüşmede kendini 6 puanda gördüğü hatırlatılarak 9 puana ulaşmasının önemli bir adım olduğu vurgulanmıştır. Son olarak istediği herhangi bir zaman bana ulaşabileceği hatırlatılarak süreç sona erdirilmiştir.

Sonuç olarak Ömer Bey vakasında çözüm odaklı kısa terapi teknikleri genel olarak işe yaramıştır. Bu durumun aynı zamanda müracaatçının iletişim becerilerinin düzeyinin iyi olmasından da kaynaklandığı düşünülmektedir. Müracaatçı çözüm konuşmaları için genellikle işbirliğine açık olup çözümlerin üretilmesi ve ödevlerin verilmesinde ve yerine getirilmesinde uzmanla birlikte hareket etmiştir. Müracaatçı verilen ödevleri genel olarak yapmakla birlikte cinsel sorunları konusunda verilen ödevleri yerine

getirememiştir. Müracaatçının görüşme öncesi ve sonrası psikososyal uyumuna yönelik yapılan ölçümleri aşağıdaki gibidir.

Hasta adı	Sağlık Bakım		Meslek / İş Çevre		Aile Çevresi		Cinsel İlişkiler		Geniş Aile İlişki		Sosyal Çevre		Psikolojik Alan		PAIS-SR Genel	
	Ö	S	Ö	S	Ö	S	Ö	S	Ö	S	Ö	S	Ö	S	Ö	S
Ömer (39)	10	7	13	7	15	6	9	8	9	7	9	3	9	2	74	40

### Niyazi Bey Vakası

Beş yıldır diyalize girmekte olan Niyazi Bey ilkökul mezunu, 53 yaşında, evli ve 3 çocuk sahibidir. Evli olan kızı aileden ayrı yaşayan Niyazi Bey hastalık öncesi nakliye işindeyken hastalıkla birlikte iş yaşamını sonlandırmıştır. Niyazi Bey yakın zamanda geçirdiği trafik kazası sonucu şeker hastalığının da etkisiyle sağ el parmaklarından birini kaybetmiştir. Niyazi Bey'e müdahale öncesi PAIS-SR uygulanmış ve müracaatçı bu ölçekten 108 puan (kötü psikososyal uyum) almıştır. Ölçek puanının detayları aşağıdaki gibidir:

Hasta adı	Sağlık Bakımı	Meslek / İş Çevresi	Aile Çevresi	Cinsel İlişkiler	Geniş Aile İlişkileri	Sosyal Çevre	Psikolojik Alan	PAIS Genel
Niyazi (53)	15	16	16	17	9	18	17	108

Görüşme kapsamında ilk olarak müracaatçıdan kısa bir sorun tanımı yapması istenmiştir. Müracaatçı bu isteği “Kendi kendime bunalıyorum. Bunalıyorum, sıkılıyorum kendi kendime. Üzüntü duyuyorum, bazen oturup, ağlıyorum. Odaya kapanıyorum. Hayatım böyle geçiyor.” şeklinde yanıtlamıştır.

Sonrasında diyaliz tedavisi sürecindeki değişimler Niyazi Bey'e sorulmuştur. Bu soruyu “Tatillere giderdim... Ailemle Silivri taraflarına gittim. Yani bazı yerlere gittim böyle sahil kenarlarına... Ama şimdi hastalandıktan sonra hiçbir yere gidemedim. Memlekete bile gidemedim. Bunalıyorum. Üzülüyorum yani bazen böyle kendi kendime, öyle bir kapanma... Yüz, yüz elli kiloyu kaldıran bir insandım. Öyle bir kişiydim. Şimdi yok, bir kat merdiveni zor çıkıyorum.” diyerek cevaplandırmıştır. İçine kapanmasını açıklaması istendiğindeyse aşağıdaki yanıtı vermiştir:

“Arkadaşlarım vardı, oturup konuşuyorduk, muhabbet ediyorduk. Ama şimdi yok. Kendim kapandım yani, arkadaşlarımdan değil. Benden yani arkadaşlarım neden değil. Parmağım kesildi. Araç çarptı bana yolda. Parmağımı kaybetmem ondan oldu. Ayaklarım da yara şu anda, o da kesilmek üzere. Kendim şeker hastasıyım. Bir türlü iyi olmadı yani yaralar kapanmadı. Düşünceden, stresten çarptı araç da bana yani, ara sokaktaydı, caddede değil. Bu hayatımız böyle geldi, gitti. Ondan sonra da bir daha çıkmadık dışarı.”

Bu ifadelerin ardından mucize soru yöntemine başvurulmuş ancak bu teknikten olumlu bir sonuç alınamamıştır. Müracaatçı mucizeyi sağlık durumunda iyileşme olması olarak düşünmüş ve yaşamındaki psikososyal sorunlara değinmemiştir. Bunun üzerine görüşmeye neden ihtiyaç duyduğu sorularak müdahalenin amacı belirlenmeye çalışılmıştır. Müracaatçı amacının psikoeğitim almak olduğunu belirtmiştir. Bunun üzerine uzman müracaatçının amacını sorunla bağlantılandırmak isteyerek amacının daha mutlu olmak olabileceğini belirtmiş ve müracaatçı da bu amaca zaten sahip olduğunu ifade etmiştir.

Müracaatçıya yöneltilen derecelendirme sorusu aracılığıyla müracaatçının kendisini psikososyal işlevsellik açısından nerede gördüğü belirlenmeye çalışılmıştır. Niyazi Bey bu soruyu kendini 10 üzerinden 0 puanda gördüğünü söyleyerek cevaplandırmıştır.

Müracaatçıya sorunun gözlemlenmediği zamanları tespit etmek yani istisna keşfetmek amacıyla sorulan sorular bu vakada sonuç vermemiştir. Müracaatçı bu soruya cevap olarak “Valla içine kapanık işte diyorum ya bazen duygusal, bazen bir yerde, köşelerde oturup, ağlamak, öyle geçti zaman inan ki. Sıkıntı üzerinden sıkıntı... Ya bu hastalığa girdikten sonra hiçbir şeyden mutlu olmadım. Hiçbir şeyden hiç... Hiçbir şey bana mutluluk getirmedi. Hiçbir şeye hiç sevinmedim. Hep böyle geçti. Şu an parmağım kesik, ikide bir bakıyorum, bakıyorum, üzülüyorum. Eldivenle geziyorum, eldiven takıyorum.” yanıtını vermiştir.

Bir sonraki görüşmeye kadar 0 puandan 2 puana çıkmak hedef olarak beraberce belirlenmiş ve müracaatçıya 2 puana çıkmak için ne yapabileceği sorulmuştur. Müracaatçı bu soruya “Bağlum’a çıkıp gezerim” şeklinde yanıt vermiştir. Bunun



üzerine bir sonraki görüşmeye kadar Niyazi Bey'den Bağlum gezisi yapması ve bir arkadaş ya da akrabasını ziyaret etmesi istenmiştir.

Niyazi Bey'e ikinci görüşmemizde ilk olarak bir önceki görüşmede verilen ödevleri yapıp yapmadığı sorulmuştur. Niyazi Bey bu soruya "İşte Bağlum'a gittim, orayı gezdim. Arkadaşlarıma gittim." yanıtını vermiştir. Arkadaş görüşmesinin kendisine nasıl geldiği sorulduğundaysa daha iyi hissettiğini belirtmiştir. Bunun üzerine uzman daha mutlu görünüyorsunuz gibi ifadelerle müracaatçıyı desteklemiştir. Kendisinde gözlenen olumlu değişimi evdekilerin fark edip etmediği sorulduğunda müracaatçıdan "Biraz daha iyisin, gezince iyi oluyorsun, diyorlar." yanıtı alınmıştır. Niyazi Bey ayrıca Sincan'da oturan ve yaklaşık bir yıldır gitmediği kızını da ziyarete gittiğini, torunlarıyla eğlenceli bir biçimde zaman geçirdiğini ifade etmiştir. Bu haftaki ödevleri layıkıyla yerine getirmesinden dolayı Niyazi Bey'e övgüde bulunulmuş ve bu hafta kendini 10 üzerinden kaç puanda hissettiği ve gelecek hafta kaç puanı hedeflediği sorulmuştur. Niyazi Bey bu hafta 5 puanda hissettiğini, gelecek hafta içinse 7 puanı hedeflediğini belirtmiştir. Bir sonraki görüşmeye kadar 7 puana ulaşmak için ne yapabileceği sorulan Niyazi Bey bu soruyu "Kızılay'a doğru gezerim. Kızılay'da Sıhhiye'nin orada çay ocağı var. Orada gezerim yani, eskiden giderdim oraya. Oraya düşünüyorum, oraya giderim. Ulus'ta heykelin orada heykel çay bahçesi var, oraya giderim. Oralarda dolaşırım." şeklinde yanıtlamıştır. Bir de tanıdık ziyareti yapması istenen Niyazi Bey bir sonraki görüşmeye kadar yeğenlerinden birini ziyaret edebileceğini belirtmiştir. Ardından ilk görüşmede kesik parmağından dolayı utanç duyduğunu ve diğer insanlarla görüşmek istemediğini belirttiği hatırlatılan Niyazi Bey'e bu haftaki etkinliklerinde parmağı ile ilgili olarak ne hissettiği sorulmuştur. Niyazi Bey bu soruya "Utanma değil de, pek farkında değilim yani parmağımın kesildiğinden... Mesela şöyle duruyor, gözüküyor ya." yanıtını vermiştir. Bunun üzerine "Görünse de şimdi... Mesela şimdi gösterin bana, yani şu an hiçbir şekilde rahatsız edici bir görüntü yok aslında. O tamamen kendi düşüncenizle ilgili. Kimsenin baktığı da yok, bir şey yaptığı da yok, aslında o sizin beyninizde yarattığınız düşünce. Gelecek hafta böyle düşünmemenizi istiyorum sizden." denerek müracaatçının bu konudaki düşünceleri değiştirilmeye çalışılmıştır. Ardından akraba ziyareti, Kızılay ya da Ulus gezisi ve kesilen parmakla ilgili olumsuz düşüncelerden kurtulmak gelecek görüşmeye kadar müracaatçıya ödev olarak verilmiştir.

Üçüncü görüşmede yine Niyazi Bey'e ilk olarak bir önceki görüşmede verilen ödevleri yapıp yapmadığı sorulmuştur. Niyazi Bey bu soruya "Kızılay'a gittim. Kızılay'dan Ulus'a geçtim. Yeğenim ile görüştüm." yanıtını vermiştir. Ödevleri yapması nedeniyle tebrik edilen Niyazi Bey'e bu etkinliklerin kendisini nasıl hissettirdiği sorulmuştur. Niyazi Bey bu soru üzerine dışarı çıkıp gezmenin ve yeğeniyle birlikte zaman geçirmenin kendisini daha iyi hissettirdiğini belirtmiştir. Kesilen parmağıyla ilgili olumsuz düşünmemesiyle ilgili olarak verilen ödev hatırlatılan Niyazi Bey geçtiğimiz bir hafta boyunca bu konuda olumsuz düşünmediğini belirtmiştir. Bu görüşmede kaç puanda hissettiği sorulan Niyazi Bey yanıt olarak 7 puanda hissettiğini ifade etmiştir. Bunun üzerine ilk görüşmede 0 puanda olduğu, ikinci görüşmede 5 puana, bu görüşmede ise 7 puana yükseldiği hatırlatılan Niyazi Bey'e oldukça iyi bir biçimde ilerlediği söylenmiş ve "Yani oraları gezmeyince, bekleyemiyordum yani. İyi geliyor oralara çıkmak, sağa sola gitmek." yanıtı alınmıştır. Ardından "Gerçekten iyi gidiyorsunuz. Her haftaki o değişim, sizin yüzünüzden gerçekten belli oluyor. O sıkıntı, stres çok belli olmuyor artık. Ve bir rahatlık ifadesi gelmiş yüzünüze." gibi ifadelerle müracaatçı desteklenmiştir. Sonrasında bir sonraki görüşmeye kadar 8 ya da 9 puanda olmayı hedefleyen müracaatçıyla birlikte bir sonraki görüşmeye kadar Gençlik Parkı ve Hacı Bayram Cami ile bir akraba ziyareti ödev olarak belirlenmiştir.

Dördüncü görüşmede bir önceki görüşmede ödev olarak belirlenen görevler hatırlatılan Niyazi Bey Gençlik Parkına ve Hacı Bayram Camisine gittiğini belirtmiştir. Bu mekânların kendisi için ne anlam ifade ettiği sorulduğundaysa gençlik yıllarını hatırladığını ve duygulandığını belirtmiştir. Bunun dışında amcasının oğlunu ziyaret ettiğini ve eski günlerden konuştuklarını eklemiştir. Derecelendirme sorusu yöneltilen müracaatçı bu görüşmede kendini 10 üzerinden 8 puanda hissettiğini ifade etmiştir. 10 üzerinden 0'dan 8'e kadar gelişen süreçte nelerin değiştiği sorulan Niyazi Bey aşağıdaki yanıtı vermiştir:

"Şimdi hocam tabi ki değişik olan tabi ki olan şunlar yani şimdi. Önce kendime bir kapanıklık verdim, böyle bir şeylik verdim. Diyaliz hastasıyım, artık yani bir kenara itilmiş gibi hissettim kendimi. Öyle bir hayatım vardı. Ama şimdi oturuyoruz işte, muhabbet ediyoruz. Ha bunlar, ziyaretlerime geliyordu makineye neye düştüklerimde o zamanlar ama tabi gelseler de benim moralim bozuktu. Hiç konuşasım bile yoktu

yani, diyalogum yoktu. Şimdi tabi ki oturup, konuşuyoruz, muhabbet ediyoruz biraz onlarla. Böyle gelmeni, böyle konuşmalarını isteriz, diyor, toplumdan uzaklaşma, diyorlar. Bizim köy derneğimiz var. Derneğe uğradım bu sabah mesela, derneğe hiç gitmiyordum. Uğradım, konuştuk, muhabbet ettik.”

Bir sonraki görüşmeye kadar 10 puan üzerinden 9 puana ulaşmayı hedefleyen Niyazi Bey’e bu amaç doğrultusunda ne yapabileceği sorulmuş ve “Sihhiye’de bir çay bahçesi vardı. Orayı düşünüyorum, oraya giderim Sihhiye’deki çay bahçesine... Köprünün hemen sağ tarafında, sizin de gitmenizi isterim. Çayı çok güzeldir oranın. İçmekle doyulmuyor yani, çayını severim onun. Bir de orada bir arkadaşım var, dükkân açmış, onun yanına giderim.” yanıtı alınmıştır. Ayrıca köy derneğine gitmesi de bir sonraki görüşmeye kadar verilen görevler arasındadır.

Beşinci ve son görüşmede Niyazi Bey bir önceki görüşmede verilen ödevlerle ilgili olarak “İşte Sihhiye’ye gittim. Oturdum çayımı içtim. Çok iyiydi ya... Stres, sıkıntı attım şöyle kafamdan. Oradan da arkadaşımın yanına gittim. Dükkânına uğradım. Onunla muhabbet ettik, çay içtik, oturduk. Eski arkadaşımdı. Zamanımız geçti öyle... Derneğe gittim, dernekte oturdum. Cenazemiz de vardı o arada. Oturdum işte köylülerimle muhabbet ettik. Bana da sitem ediyorlar, niye gelmiyorsun diye.” ifadelerinde bulunmuştur. Bu etkinliklerinden dolayı tebrik edilen Niyazi Bey’e derecelendirme sorusu yöneltilmiş ve müracaatçı bu görüşmede kendini 10 üzerinden 9 puanda hissettiğini ifade etmiştir. Bunun üzerine gelinen nokta itibariyle müracaatçıya övgüde bulunulmuştur. Bu süreçte nelerin değiştiği sorulan Niyazi Bey durumu “Ziyaret etmediğim kişiler vardı, onlarla görüştüm. Kendim bir önceleri boşluktaydım, sonra boşluk doldu yani.” şeklinde açıklamaktadır. Parmağı konusundaki düşünceleri sorulduğundaysa “Kendimi yani öyle bir hissetmiyorum, eski düzene göre yani kötü hissetmiyorum kendimi.” demektedir. Niyazi Bey’e istediği zaman benimle iletişim kurabileceği hatırlatılarak süreç sonlandırılmıştır.

Sonuç olarak Niyazi Bey vakasında çözüm odaklı kısa terapi teknikleri genel olarak işe yaramıştır. Bu durumun nedenlerinden biri de müracaatçının iletişim becerilerinin düzeyinin iyi olmasıdır. Müracaatçı çözüm konuşmaları için işbirliğine oldukça açık olup çözümlerin üretilmesi ve ödevlerin verilmesinde ve yerine getirilmesinde

uzmanla birlikte hareket etmiştir. Müracaatçının görüşme öncesi ve sonrası psikososyal uyumuna yönelik yapılan ölçümleri aşağıdaki gibidir.

Hasta adı	Sağlık Bakım		Meslek / İş Çevre		Aile Çevresi		Cinsel İlişkiler		Geniş Aile İlişki		Sosyal Çevre		Psikolojik Alan		PAIS Genel	
	Ö	S	Ö	S	Ö	S	Ö	S	Ö	S	Ö	S	Ö	S	Ö	S
Niyazi (53)	15	9	16	8	16	12	17	15	9	4	18	7	17	6	108	61

## EK 6

## ORJİNALLİK RAPORU



**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU**

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA**

Tarih: 18/06/2015

Tez Başlığı / Konusu: Çözüm Odaklı Kısa Terapiye Dayalı Sosyal Hizmet Müdahalesinin Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Psikososyal Uyum Düzeylerine Etkisi

Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 232 sayfalık kısmına ilişkin, 18/06/2015 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 3 'tür.

Uygulanan filtrelemeler:

- 1- Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç,
- 2- Kaynakça hariç
- 3- Alıntılar hariç/dâhil
- 4- 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nı inceledim ve bu Uygulama Esasları'nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

18/06/2015

**Adı Soyadı:** Oğuzhan Zengin  
**Öğrenci No:** N09128726  
**Anabilim Dalı:** Sosyal Hizmet  
**Programı:** Sosyal Hizmet  
**Statüsü:**  Y.Lisans  Doktora  Bütünleşik Dr.

**DANIŞMAN ONAYI**

UYGUNDUR.

Doç. Dr. Tarık Tuncay

18.06.2015

## Turnitin Orijinallik Raporu



## Turnitin Orijinallik Raporu

**Cözüm Odaklı Kısa Terapiye Dayalı Sosyal Hizmet Müdahalesinin Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Psikososyal Uyum Düzeylerine Etkisi**  
Oğuzhan Zengin tarafından

Quick Submit (Quick Submit) den

18-Haz-2015 14:50 EEST' de işleme  
konduNUMARA: 551281630  
Kelime Sayısı: 47628Benzerlik Endeksi  
**%3**

## Kaynağa göre Benzerlik

Internet Sources:	%2
Yayınlar:	%1
Öğrenci Ödevleri:	%0

## kaynaklar:

- 1 1% match (04-Haz-2014 tarihli internet)  
<http://eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/makale/1368.pdf>
- 2 < 1% match (14-Kas-2010 tarihli internet)  
<http://www.sosyalhizmetuzmani.org/cozummulakati.htm>
- 3 < 1% match (07-Tem-2013 tarihli internet)  
<http://www.bunnykingdom.net/viewtopic.php?f=23&t=16694&p=1021963>
- 4 < 1% match (13-Kas-2014 tarihli internet)  
[http://mebk12.meb.gov.tr/meb\\_iys\\_dosyalar/06/06/119806/dosyalar/2013\\_12/19115453\\_sevilalbayrak.pdf](http://mebk12.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/06/06/119806/dosyalar/2013_12/19115453_sevilalbayrak.pdf)
- 5 < 1% match (07-Nis-2014 tarihli internet)  
<http://www.toplumvesivaset.com/yaziOku.php?id=203>
- 6 < 1% match (30-Haz-2012 tarihli internet)  
[http://psikiyatricsosyalhizmet.com/tez\\_tibbi\\_sh.pdf](http://psikiyatricsosyalhizmet.com/tez_tibbi_sh.pdf)
- 7 < 1% match (09-Haz-2015 tarihli internet)  
[http://mebk12.meb.gov.tr/meb\\_iys\\_dosyalar/41/03/966845/dosyalar/2014\\_01/16125448\\_zmodakipsilolojikdanma.pdf](http://mebk12.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/41/03/966845/dosyalar/2014_01/16125448_zmodakipsilolojikdanma.pdf)
- 8 < 1% match (03-Kas-2014 tarihli öğrenci ödevleri)  
[Submitted to Beykent Üniversitesi on 2014-11-03](#)
- 9 < 1% match (18-Nis-2011 tarihli internet)  
<http://www.shudernegi.org/antalya.htm>
- 10 < 1% match (13-Ara-2014 tarihli internet)  
[http://mtegm.meb.gov.tr/meb\\_iys\\_dosyalar/2014\\_01/23033723\\_eiticielkitab.pdf](http://mtegm.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2014_01/23033723_eiticielkitab.pdf)
- 11 < 1% match (13-May-2015 tarihli internet)  
[http://www.ataturkuni.com/ow\\_userfiles/plugins/forum/2014-Final-2.Oturum.pdf](http://www.ataturkuni.com/ow_userfiles/plugins/forum/2014-Final-2.Oturum.pdf)
- 12 < 1% match (01-Haz-2015 tarihli internet)  
[http://www.ataturkuni.com/ow\\_userfiles/plugins/forum/attachment\\_1365\\_54442c0c7176b\\_54442bf940192\\_Sosyal-Hizmet-Kuram-ve-Yakla%C5%9F%C4%B1mlar%C4%B1-%C3%96zet-2.pdf](http://www.ataturkuni.com/ow_userfiles/plugins/forum/attachment_1365_54442c0c7176b_54442bf940192_Sosyal-Hizmet-Kuram-ve-Yakla%C5%9F%C4%B1mlar%C4%B1-%C3%96zet-2.pdf)
- 13 < 1% match (15-Eki-2010 tarihli internet)  
[http://memesagligi.dergisi.org/pdf/pdf\\_MSD\\_161.pdf](http://memesagligi.dergisi.org/pdf/pdf_MSD_161.pdf)
- 14 < 1% match (08-Haz-2015 tarihli internet)  
[http://katalog.hacettepe.edu.tr/client/tr\\_TR/search/asset/127497](http://katalog.hacettepe.edu.tr/client/tr_TR/search/asset/127497)
- 15 < 1% match (15-May-2015 tarihli internet)  
[http://angora.baskent.edu.tr/acik\\_arsiv/dosya\\_oku.php?psn=2409&yn=241&dn=1](http://angora.baskent.edu.tr/acik_arsiv/dosya_oku.php?psn=2409&yn=241&dn=1)
- 16 < 1% match (yayınlar)  
Altınova, Hasan, and Veli Duyan. "Oncologic Social Work", Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care, 2013.
- 17 < 1% match (yayınlar)  
Koca, Emine. "GENÇLERİN DİNLEDİKLERİ MÜZİK TÜRLERİNİN GİYİM TARZLARINA ETKİSİ". e-Journal of New World Sciences Academy (NWSA)/13063111. 20100401



## EK 7

## ETİK KURUL İZİN MUAFİYETİ FORMU



**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**TEZ ÇALIŞMASI ETİK KURUL İZİN MUAFİYETİ FORMU**

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA**

Tarih: 11/06/2015

Tez Başlığı / Konusu: Çözüm Odaklı Kısa Terapiye Dayalı Sosyal Hizmet Müdahalesinin Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Psikososyal Uyum Düzeylerine Etkisi

Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmam:

1. İnsan ve hayvan üzerinde deney niteliği taşımamaktadır,
2. Biyolojik materyal (kan, idrar vb. biyolojik sıvılar ve numuneler) kullanılmasını gerektirmemektedir.
3. Beden bütünlüğüne müdahale içermemektedir.
4. Gözlemsel ve betimsel araştırma (anket, ölçek/skala çalışmaları, dosya taramaları, veri kaynakları taraması, sistem-model geliştirme çalışmaları) niteliğinde değildir.

Hacettepe Üniversitesi Etik Kurullar ve Komisyonlarının Yönergelerini inceledim ve bunlara göre tez çalışmamın yürütülebilmesi için herhangi bir Etik Kuruldan izin alınmasına gerek olmadığını; aksi durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

11/06/2015

**Adı Soyadı:** Oğuzhan Zengin  
**Öğrenci No:** N09128726  
**Anabilim Dalı:** Sosyal Hizmet  
**Programı:** Sosyal Hizmet  
**Statüsü:**  Y.Lisans  Doktora  Bütünleşik Dr.

**DANIŞMAN GÖRÜŞÜ VE ONAYI**

Doç. Dr. Tarık Tuncay

Telefon: 0-312-2976860

Detaylı Bilgi: <http://www.sosyalbilimler.hacettepe.edu.tr>

Faks: 0-3122992147

E-posta: [sosyalbilimler@hacettepe.edu.tr](mailto:sosyalbilimler@hacettepe.edu.tr)



**HACETTEPE UNIVERSITY  
GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES  
ETHICS BOARD WAIVER FORM FOR THESIS WORK**

**HACETTEPE UNIVERSITY  
GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES  
SOCIAL WORK TO THE DEPARTMENT PRESIDENCY**

Date: 11/06/2015

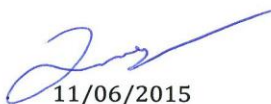
Thesis Title / Topic: The Effect of Solution Focused Brief Therapy Based Social Work Intervention on Psychosocial Adjustment Levels of Patients with Chronic Kidney Disease.

My thesis work related to the title/topic above:

1. Does not perform experimentation on animals or people.
2. Does not necessitate the use of biological material (blood, urine, biological fluids and samples, etc.).
3. Does not involve any interference of the body's integrity.
4. Is not based on observational and descriptive research (survey, measures/scales, data scanning, system-model development).

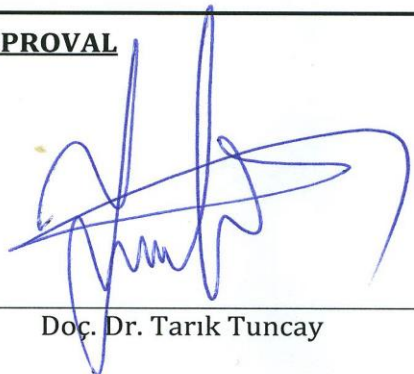
I declare, I have carefully read Hacettepe University's Ethics Regulations and the Commission's Guidelines, and in order to proceed with my thesis according to these regulations I do not have to get permission from the Ethics Board for anything; in any infringement of the regulations I accept all legal responsibility and I declare that all the information I have provided is true.

I respectfully submit this for approval.

  
11/06/2015

**Name Surname:** Oğuzhan Zengin  
**Student No:** N09128726  
**Department:** Social Work  
**Program:** Social Work  
**Status:**  Masters  Ph.D.  Integrated Ph.D.

**ADVISER COMMENTS AND APPROVAL**

  
Doç. Dr. Tarik Tuncay