

**T.C.**  
**YALOVA ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**PSİKIYATRİK SOSYAL HİZMET VE HASTANE – TOPLUM RUH  
SAĞLIĞI MERKEZİ UYGULAMALARI (MANİSA İLİ ÖRNEĞİ)**

**DOKTORA TEZİ**  
**Yasemin ÇÖLGEÇEN**

**Enstitü Anabilim Dalı: SOSYAL HİZMET**

**Enstitü Bilim Dalı: SOSYAL HİZMET**

**Tez Danışmanı: Prof. Dr. Ali Rıza ABAY**

**KASIM 2018**

T.C.  
YALOVA ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**PSİKIYATRİK SOSYAL HİZMET VE HASTANE – TOPLUM RUH  
SAĞLIĞI MERKEZİ UYGULAMALARI (MANİSA İLİ ÖRNEĞİ)**

**DOKTORA TEZİ**  
**Yasemin ÇÖLGEÇEN (127303003)**

**Enstitü Anabilim Dalı: SOSYAL HİZMET**

**Enstitü Bilim Dalı: SOSYAL HİZMET**

Bu tez ../../2018 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından oybirliği/oyçokluğu ile kabul edilmiştir.

|                                          | Adı SOYADI                | Kanaati                        |                                   |                              | İmza |
|------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|------|
| <b>Jüri Başkanı</b><br><i>(Danışman)</i> | Prof.Dr.Ali Rıza ABAY     | <input type="checkbox"/> Kabul | <input type="checkbox"/> Düzeltme | <input type="checkbox"/> Ret |      |
| <b>Jüri Üyesi</b>                        | Dr. Öğr.Üyesi Recep ÇELİK | <input type="checkbox"/> Kabul | <input type="checkbox"/> Düzeltme | <input type="checkbox"/> Ret |      |
| <b>Jüri Üyesi</b>                        | Prof.Dr.Elif YÜKSEL OKTAY | <input type="checkbox"/> Kabul | <input type="checkbox"/> Düzeltme | <input type="checkbox"/> Ret |      |
| <b>Jüri Üyesi</b>                        | Prof.Dr.Remzi OTO         | <input type="checkbox"/> Kabul | <input type="checkbox"/> Düzeltme | <input type="checkbox"/> Ret |      |
| <b>Jüri Üyesi</b>                        | Doç. Dr. İsmail BARIŞ     | <input type="checkbox"/> Kabul | <input type="checkbox"/> Düzeltme | <input type="checkbox"/> Ret |      |

**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**DOKTORA İNTİHAL YAZILIM RAPORU**  
**BEYAN BELGESİ**

**Tez Başlığı:** Psikiyatrik Sosyal Hizmet Ve Hastane – Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Uygulamaları (Manisa İli Örneği)

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışmamın toplam 217 sayfalık kısmına ilişkin aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan ve 07/11/2018 tarihinde aşağıda ismi yazılı araştırma görevlisi tarafından şahsıma iletilen ithenticate intihal tespit programı raporuna göre tezimin benzerlik oranı % 10'dur.

Uygulanan filtrelemeler:

1. Kaynakça hariç,
2. Alıntılar dâhil,
3. 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç.

Bu bilgiler doğrultusunda tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespiti halinde doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

İmza

Adı SOYADI : Yasemin ÇÖLGEÇEN  
Öğrenci Numarası : 127303003  
Ana Bilim Dalı : Sosyal Hizmet  
Programı : Sosyal Hizmet  
Türü : ( ) Proje ( ) Yüksek Lisans Tezi (X ) Doktora Tezi

Danışman  
Prof. Dr. Ali Rıza ABAY

## ÖNSÖZ

Psikiyatrik sosyal hizmet ruh sağlığı alanında psikiyatrik hastalığı olan bireylerin sosyal boyutlarına odaklanmaktadır. Bu çalışmada psikiyatrik sosyal hizmetler alanında koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici ruh sağlığı kurumlarında gerçekleştirilen hizmetler açısından Türkiye’de psikiyatrik sosyal hizmet uygulamaları ve psikiyatri alanında hizmet veren sosyal çalışmacıların görevlerini hizmet alanlar ve hizmet verenlerle yapılan görüşmeler kapsamında analiz etmek ve tıp alanına kısıtlamış olan psikiyatri uygulamalarında sosyal hizmet alanının ve sosyal çalışmacıların önemi vurgulanmıştır.

Bu çalışma boyunca bana her türlü desteği veren ve sunduğu önerilerle yol gösteren değerli tez danışmanım Prof. Dr. Ali Rıza ABAY’a sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Bu çalışmanın ortaya çıkış safhasında her daim destekleri ve yapıcı eleştirileri ile beni cesaretlendiren Prof. Dr. Musa ŞAHİN’e, Prof. Dr. Elif Yüksel OKTAY’a, Prof. Dr. Remzi OTO’ya, Doç. Dr. İsmail BARIŞ’a, Dr. Öğretim Üyesi Recep ÇELİK’e, Prof.Dr. Fethi Sırrı ÇAM’a, Öğr. Gör. Kenan ÇÖLGEÇEN’e ve Fatih Kılıçarslan’a katkıları için teşekkür ederim.

Bunun yanında Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Psikiatri Kliniği çalışanlarına, Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi çalışanlarına ve Manisa Toplum Ruh Sağlığı Merkezi çalışanlarına, mülakatlar esnasında desteklerini esirgemeyen hastalara ve hasta yakınlarına teşekkür ederim.

Son olarak, eğitim hayatım boyunca beni maddi manevi destekleyen değerli babam Mustafa Cihat AKARCA’ya, canım annem Nursel AKARCA’ya, kıymetli abilerim Mustafa ve Nihat AKARCA’ya tez sürecinde hep yanımda olan ve desteklerini esirgemeyen sevgili eşim Hasan ÇÖLGEÇEN’e, biricik oğlum Kenan’a ve dünyalar güzeli kızım Nilüfer’e çok teşekkür ederim.

Yasemin ÇÖLGEÇEN

Kasım 2018

## İÇİNDEKİLER

|                   |      |
|-------------------|------|
| BEYAN.....        | i    |
| ÖNSÖZ.....        | ii   |
| İÇİNDEKİLER ..... | iii  |
| KISALTMALAR.....  | vii  |
| TABLolar .....    | viii |
| ŞEKİLLER .....    | ix   |
| ÖZET.....         | x    |
| SUMMARY .....     | xi   |
| GİRİŞ .....       | 1    |

### BÖLÜM 1. PSİKİYATRİ (RUH SAĞLIĞI) ALANI VE PSİKİYATRİ HİZMET MODELLERİ

|                                                                            |    |
|----------------------------------------------------------------------------|----|
| 1.1. Psikiyatri Kavramı .....                                              | 8  |
| 1.2. Psikiyatrinin Tarihi Geçmişi .....                                    | 10 |
| 1.2.1. Batı Toplumlarında Psikiyatri Tarihi .....                          | 10 |
| 1.2.2. Türk Toplumlarında Psikiyatri Tarihi .....                          | 14 |
| 1.2.2.1. Eski Türk Toplumlarında Psikiyatri Tarihi .....                   | 14 |
| 1.2.2.2. İslam Toplumlarında Psikiyatri Tarihi .....                       | 14 |
| 1.2.2.3. Selçuklu-Osmanlı Döneminden Günümüze Türk Psikiyatri Tarihi ..... | 15 |
| 1.4. Ruh Sağlığı Politikaları .....                                        | 18 |
| 1.4.1. Dünyada Uygulanan Politikalar .....                                 | 18 |
| 1.4.2. Türkiye’de Uygulanan Politikalar .....                              | 22 |
| 1.5. Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Teoriler.....                             | 25 |
| 1.5.1. İşlevselcilik (Fonksiyonalizm) Teorisi.....                         | 25 |
| 1.5.2. Kişilerarası İlişkiler Teorisi.....                                 | 26 |
| 1.5.3. Bağlanma Teorisi .....                                              | 27 |
| 1.5.4. Stres Teorisi .....                                                 | 28 |
| 1.5.5. Etiketleme Teorisi .....                                            | 29 |
| 1.6. Ruh Sağlığı Hizmet Modelleri .....                                    | 30 |
| 1.5.1. Hastane Temelli Model .....                                         | 30 |
| 1.5.2. Toplum Temelli Model .....                                          | 31 |
| 1.5.3. Toplum–Hastane Denge Modeli .....                                   | 32 |
| 1.6. Psikiyatrik Hastalıklar (Ağır Ruhsal Bozukluklar) .....               | 33 |
| 1.6.1. Şizofreni .....                                                     | 34 |
| 1.6.2. Şizoaffektif Bozukluk .....                                         | 37 |
| 1.6.3. Bipolar Bozukluk .....                                              | 37 |
| 1.6.4. Major Depresyon.....                                                | 39 |
| 1.7. Psikiyatri Hastalarının ve Ailelerinin Yaşadığı Sosyal Sorunlar ..... | 41 |
| 1.7.1. Toplumsal Damgalama .....                                           | 41 |
| 1.7.2. Yetersiz Ekonomik Koşullar .....                                    | 41 |
| 1.7.3. Sosyal izolasyon.....                                               | 42 |
| 1.7.4. Eğitim ve Mesleki İşlevsellik.....                                  | 43 |
| 1.7.5. Bakım Veren Yüğü ve Aile İçi Çatışmalar .....                       | 43 |
| 1.7.6. Hukuki Sorunlar .....                                               | 44 |

## **BÖLÜM 2. PSİKİYATRİK SOSYAL HİZMET**

|                                                                                                             |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.1. Psikiyatrik Sosyal Hizmet Kavramı ve Kapsamı .....                                                     | 46 |
| 2.2. Psikiyatrik Sosyal Hizmet Tarihçesi.....                                                               | 49 |
| 2.3. Dünya’da Psikiyatrik Sosyal Hizmet Uygulamaları.....                                                   | 52 |
| 2.3.1. Avustralya.....                                                                                      | 52 |
| 2.3.2. Almanya.....                                                                                         | 54 |
| 2.3.3. Kanada .....                                                                                         | 55 |
| 2.3.4. İngiltere.....                                                                                       | 56 |
| 2.3.5. İsveç .....                                                                                          | 58 |
| 2.3.6. Japonya .....                                                                                        | 58 |
| 2.3.7. Türkiye.....                                                                                         | 59 |
| 2.4. Ruh Sağlığı Kuramsal Temeli ve Psikiyatrik Sosyal Hizmet.....                                          | 61 |
| 2.4.1. Medikal Model .....                                                                                  | 61 |
| 2.4.2. Sosyal Model .....                                                                                   | 61 |
| 2.4.3. Biyopsikososyal Model .....                                                                          | 63 |
| 2.4.4. İyileşme Modeli (Recovery Model) .....                                                               | 64 |
| 2.5. Psikiyatri Ekibi ve Psikiyatrik Sosyal Çalışmacı .....                                                 | 66 |
| 2.6. Psikiyatrik Sosyal Çalışmacının Rol ve Sorumlulukları .....                                            | 69 |
| 2.6.1. Koruyucu Ruh Sağlığı Hizmetleri Alanında Sosyal Çalışmacının Rol ve Sorumlulukları .....             | 70 |
| 2.6.2. Tedavi Edici Ruh Sağlığı Hizmetleri Alanında Sosyal Çalışmacının Rol ve Sorumlulukları .....         | 73 |
| 2.6.3. Rehabilitasyon Edici Ruh Sağlığı Hizmetleri Alanında Sosyal Çalışmacının Rol ve Sorumlulukları ..... | 79 |

## **BÖLÜM 3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ VE BULGULAR**

|                                                                                                                         |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 3.1. Araştırmanın Yöntemi .....                                                                                         | 84  |
| 3.1.1. Derinlemesine Görüşme .....                                                                                      | 85  |
| 3.1.2. Katılımcı Gözlem .....                                                                                           | 86  |
| 3.2. Veri Toplama Araçları.....                                                                                         | 87  |
| 3.3. Veri Toplama Süreci.....                                                                                           | 88  |
| 3.4. Verilerin İşlenmesi ve Çözümlemesi.....                                                                            | 89  |
| 3.5. Katılımcılar .....                                                                                                 | 90  |
| 3.6. Etik Hassasiyetler .....                                                                                           | 96  |
| 3.7. Araştırma Bulgularının Analizi .....                                                                               | 96  |
| 3.7.1. Psikiyatri Ekibinin Hastane, TRSM ve Sosyal Çalışmacının Görevlerine İlişkin Görüşleri .....                     | 96  |
| 3.7.1.1. Koruyucu Ruh Sağlığı Hizmetleri .....                                                                          | 97  |
| 3.7.1.2. Tedavi Edici Ruh Sağlığı Hizmetleri.....                                                                       | 99  |
| 3.7.1.2.1. Medikal Model .....                                                                                          | 99  |
| 3.7.1.2.2. Ekip Çalışması .....                                                                                         | 102 |
| 3.7.1.2.3. Tedavi Edici Ruh Sağlığı Alanında Psikiyatri Ekibinin Sosyal Çalışmacının Görevlerine İlişkin Görüşleri..... | 110 |
| 3.7.1.2.3.1. Sosyal İnceleme .....                                                                                      | 110 |
| 3.7.1.2.3.2. Birey ve Ailesi İle Çalışma.....                                                                           | 113 |
| 3.7.1.2.3.3. Birey ve Gruplara Yönelik Savunuculuk.....                                                                 | 116 |
| 3.7.1.2.3.4. Vaka Yöneticisi .....                                                                                      | 119 |
| 3.7.1.2.3.5. Ruh Sağlığı Bakımında Sosyal Modeli Teşvik Edici .....                                                     | 121 |
| 3.7.1.2.3.6. Psikoeğitim ve Danışmanlık .....                                                                           | 122 |
| 3.7.1.2.3.7. Taburculuk planlaması .....                                                                                | 124 |

|                                                                                                                                         |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 3.7.1.3. Rehabilitasyon Edici Ruh Sağlığı Hizmetleri.....                                                                               | 129 |
| 3.7.1.3.1. Sosyal Model.....                                                                                                            | 129 |
| 3.7.1.3.2. Ekip Çalışması .....                                                                                                         | 130 |
| 3.7.1.3.3. Psikiyatri Servisine Yatışın Azaltılmasında TRSM'nin etkisi (Döner Kapı Fenomeni) .....                                      | 131 |
| 3.7.1.3.4. Rehabilitasyon Edici Ruh Sağlığı Alanında Psikiyatri Ekibinin Sosyal Çalışmacının Görevlerine İlişkin Görüşleri .....        | 134 |
| 3.7.1.3.4.1. Birey ve Gruplara Yönelik Savunuculuk .....                                                                                | 134 |
| 3.7.1.3.4.2. Birey ve Ailesi İle Çalışma .....                                                                                          | 136 |
| 3.7.1.3.4.3. Sosyal İşlevselliği Güçlendirici.....                                                                                      | 138 |
| 3.7.1.3.4.4. Damgalamayı Önleyici.....                                                                                                  | 139 |
| 3.7.1.3.4.5. Eğitim.....                                                                                                                | 141 |
| 3.7.2. Hasta ve Hasta Yakınlarının Hastane, TRSM ve Sosyal Çalışmacıya İlişkin Görüşleri.....                                           | 142 |
| 3.7.2.1. Koruyucu Ruh Sağlığı Hizmetleri.....                                                                                           | 143 |
| 3.7.2.2. Tedavi Edici Ruh Sağlığı Hizmetleri .....                                                                                      | 144 |
| 3.7.2.2.1. Tedavi Edici Ruh Sağlığı Alanında Hasta ve Hasta Yakınlarının Sosyal Çalışmacının Görevlerine İlişkin Görüşleri .....        | 146 |
| 3.7.2.2.1.1. Birey ve Gruplara Yönelik Savunuculuk .....                                                                                | 146 |
| 3.7.2.2.1.2. Birey ve Ailesi İle Çalışma .....                                                                                          | 149 |
| 3.7.2.2.1.3. Psikoeğitim ve Danışmanlık .....                                                                                           | 149 |
| 3.7.2.2.1.4. Taburculuk planlaması .....                                                                                                | 151 |
| 3.7.2.3. Rehabilitasyon Edici Ruh Sağlığı Hizmetleri.....                                                                               | 152 |
| 3.7.2.3.1. Psikiyatri Servisine Yatışın Azaltılmasında TRSM'nin Etkisi (Döner Kapı Fenomeni).....                                       | 153 |
| 3.7.2.3.2. Rehabilitasyon Edici Ruh Sağlığı Alanında Hasta ve Hasta Yakınlarının Sosyal Çalışmacının Görevlerine İlişkin Görüşleri..... | 154 |
| 3.7.2.3.2.1. Birey ve Gruplara Yönelik Savunuculuk .....                                                                                | 154 |
| 3.7.2.3.2.2. Birey ve Ailesi İle Çalışma .....                                                                                          | 156 |
| 3.7.2.3.2.3. Sosyal İşlevselliği Güçlendirici.....                                                                                      | 158 |
| 3.7.2.3.2.4. Damgalamayı Önleyici.....                                                                                                  | 160 |
| 3.7.2.3.2.5. Eğitim.....                                                                                                                | 162 |
| 3.7.2.3.2.6. Mesleki Rehabilitasyon .....                                                                                               | 163 |
| 3.7.3. Sosyal Çalışmacıların Hastane, TRSM ve Bu Alanlardaki Görevlerine İlişkin Görüşleri.....                                         | 164 |
| 3.7.3.1. Koruyucu Ruh Sağlığı Hizmetleri.....                                                                                           | 165 |
| 3.7.3.2. Tedavi Edici Ruh Sağlığı Hizmetleri .....                                                                                      | 165 |
| 3.7.3.2.1. Medikal Model .....                                                                                                          | 165 |
| 3.7.3.2.2. Ekip Çalışması .....                                                                                                         | 166 |
| 3.7.3.2.3. Tedavi Edici Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Çalışmacıların Görevlerine İlişkin Görüşleri .....                                  | 167 |
| 3.7.3.2.3.1. Sosyal İnceleme .....                                                                                                      | 167 |
| 3.7.3.2.3.2. Birey ve Ailesi İle Çalışma .....                                                                                          | 168 |
| 3.7.3.2.3.3. Birey ve Gruplara Yönelik Savunuculuk .....                                                                                | 168 |
| 3.7.3.2.3.4. Ruh Sağlığı Bakımında Sosyal Modeli Teşvik Edici.....                                                                      | 169 |
| 3.7.3.2.3.5. Psikoeğitim ve Danışmanlık .....                                                                                           | 170 |
| 3.7.3.2.3.6. Taburculuk Planlaması.....                                                                                                 | 170 |
| 3.7.3.3. Rehabilitasyon Edici Ruh Sağlığı Hizmetleri.....                                                                               | 171 |

|                                                                                     |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>TARTIŞMA, SONUÇLAR VE ÖNERİLER .....</b>                                         | <b>172</b> |
| <b>TARTIŞMA.....</b>                                                                | <b>172</b> |
| <b>SONUÇLAR.....</b>                                                                | <b>174</b> |
| <b>ÖNERİLER.....</b>                                                                | <b>185</b> |
| <b>KAYNAKÇA.....</b>                                                                | <b>188</b> |
| <b>EKLER .....</b>                                                                  | <b>204</b> |
| <b>EK-1.Yarı-Yapılandırılmış Görüşme Formları.....</b>                              | <b>204</b> |
| <b>EK-2. Celal Bayar Üniversitesi Araştırma İzni .....</b>                          | <b>212</b> |
| <b>EK-3. Manisa Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Araştırma İzni.....</b> | <b>213</b> |
| <b>EK-4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....</b>                               | <b>214</b> |
| <b>EK-5.Etik Kurul Raporu .....</b>                                                 | <b>215</b> |
| <b>ÖZGEÇMİŞ .....</b>                                                               | <b>217</b> |



## KISALTMALAR

|              |   |                                              |
|--------------|---|----------------------------------------------|
| <b>WHO</b>   | : | Dünya Sağlık Örgütü                          |
| <b>GSCC</b>  | : | Genel Sosyal Bakım Konseyi                   |
| <b>TRSM</b>  | : | Toplum Ruh Sağlığı Merkezi                   |
| <b>AD</b>    | : | Anabilim Dalı                                |
| <b>MRSHH</b> | : | Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi |
| <b>DSM</b>   | : | Mental Bozuklukların Tanısal El Kitabı       |
| <b>CASW</b>  | : | Kanada Sosyal Çalışmacılar Derneği           |
| <b>NHS</b>   | : | Ulusal Sağlık Hizmeti                        |
| <b>CSW</b>   | : | Sosyal Hizmet Kulübü                         |
| <b>NASW</b>  | : | Ulusal Sosyal Çalışmacılar Derneği           |
| <b>ADF</b>   | : | Avustralya Savunma Gücü                      |
| <b>STK</b>   | : | Sivil Toplum Kuruluşu                        |
| <b>OECD</b>  | : | Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Teşkilatı     |

## TABLULAR

|                                                 |    |
|-------------------------------------------------|----|
| <b>Tablo 1.</b> The Biopsychosocial Model ..... | 64 |
|-------------------------------------------------|----|



## ŞEKİLLER

|                                                 |    |
|-------------------------------------------------|----|
| Şekil 1. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli..... | 25 |
|-------------------------------------------------|----|



## Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tez Özeti

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <b>Tezin Başlığı:</b> Psikiyatrik Sosyal Hizmet ve Hastane – Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Uygulamaları (Manisa İli Örneği)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                            |
| <b>Tezin Yazarı:</b> Yasemin Çölgeçen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Danışman:</b> Prof.Dr.Ali Rıza ABAY                     |
| <b>Kabul Tarihi:</b> 29.11.2018                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Sayfa Sayısı:</b> xi (ön kısım) + 217 (tez) + 13(ekler) |
| <b>Anabilim Dalı:</b> Sosyal Hizmet                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Bilim Dalı:</b> Sosyal Hizmet                           |
| <p>Ruhsal hastalıklar, zihinsel, duygusal ve davranışsal bozukluklara yol açan, bireylerde uyum ve işlev bozukluklarına neden olan hastalıklardır. Özellikle ağır ruhsal bozukluk diye tabir edilen şizofreni ve benzeri psikotik bozukluklar ve duygudurum bozuklukları, bireylerin bir ya da daha fazla temel yaşam aktivitesine etki etmekte ve ciddi işlevsel bozulmalara yol açmaktadır. Ruhsal hastalıkların tedavisi biyolojik, psikolojik ve sosyal açılardan hastaların bütüncül olarak biyopsikosyal yaklaşım içerisinde değerlendirilmesi ve tedavi edilmesi ile mümkün olabilmektedir. Sağlanan insani hizmetler de bu bütünlük çerçevesinde oluşturulmalı ve bütünlüğü sağlamak adına disiplinler arası bir işbirliğine girilmelidir. Bu anlamda bu çalışmanın temel amacı koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici ruh sağlığı kurumlarında gerçekleştirilen hizmetler açısından Türkiye’de psikiyatrik sosyal hizmet uygulamaları ve psikiyatri alanında hizmet veren sosyal çalışmacıların görevlerini hizmet alanlar ve hizmet verenlerle yapılan görüşmeler kapsamında analiz etmektir. Bu temel amaç doğrultusunda Manisa ilinde Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi’nde, Manisa ili Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM)’nde ve Celal Bayar Üniversitesi hastanesinde hizmet veren 52 psikiyatri ekibi üyesi ile; ve Manisa ili Toplum Ruh Sağlığı Merkezi’nden hizmet alan 22 ağır ruhsal bozukluğu olan hasta ve 10 hasta yakını ile yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görüşmelerin analizinde “MAXQDA 2018” nitel veri analizi programı kullanılmıştır. Araştırmacı tarafından oluşturulan kategoriler maxqda programına aktarılmıştır. Bu kategoriler 3 ayrı grup açısından değerlendirilmiştir. Bu gruplar psikiyatri ekibi, hasta ve hasta yakınları ve sosyal çalışmacıların hastane, TRSM ve sosyal çalışmacıların görevlerine ilişkin görüşleri başlıkları altında değerlendirilmiştir. Bu başlıkların altında oluşturulan temalar temelde üç başlık altında toplanmıştır. Bu başlıklar; koruyucu ruh sağlığı hizmetleri; tedavi edici ruh sağlığı hizmetleri (medikal, ekip çalışması, sosyal çalışmacıların görevleri) ve rehabilite edici ruh sağlığı hizmetleri (sosyal model, ekip çalışması, döner kapı fenomeni ve sosyal çalışmacıların görevleri)’dir. Yapılan görüşmeler neticesinde koruyucu ruh sağlığı hizmetlerin Türkiye’de gerçekleştirilmediği, hastanelerde medikal odaklı yaklaşım hâkimken, TRSM’de sosyal odaklı yaklaşımın olduğu, ekip çalışmasının hiçbir psikiyatri ortamında tam anlamıyla gerçekleştirilmediği, TRSM’lerin tekrarlayan yatışların engellenmesinde etkili olduğu gözlemlenmiştir. Sosyal çalışmacıların görevleri ise, psikiyatrik tedavi kurumları olan ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde ve hastanelerin psikiyatri kliniklerinde, sosyal İnceleme, birey ve ailesi ile çalışma, birey ve gruplara yönelik savunuculuk, vaka yöneticisi, ruh sağlığı bakımında sosyal modeli teşvik edici, psikoeğitim ve danışmanlık ve taburculuk planlaması olarak belirlenmiştir ve bu görevlerinin çoğunluğunun tam anlamıyla gerçekleştirilemediği bir kısmının ise kısmen gerçekleştirildiği gözlemlenmiştir. Sosyal çalışmacının rehabilite edici ruh sağlığı kurumları olan TRSM’ler de görevleri, birey ve gruplara yönelik savunuculuk; birey ve ailesi ile çalışma; sosyal işlevselliği güçlendirici; damgalamayı önleyici ve eğitim sağlamadır ve TRSM’de sosyal çalışmacının bulunmaması sebebiyle bu görevlerin hiç birinin sosyal çalışmacılar tarafından gerçekleştirilmediği gözlemlenmiştir. Bu rolleri TRSM’de ki hekimler ve hemşireler yerine getirmeye çalışmakta ve yardımcı olamadıkları durumlarda ise hastanede ki sosyal çalışmacıya yönlendirme yapmaktadırlar.</p> |                                                            |
| <b>Anahtar Kelimeler:</b> Psikiyatrik Sosyal Hizmet; Ağır Ruhsal Bozukluk; Koruyucu Ruh Sağlığı; Tedavi edici Ruh Sağlığı, Rehabilite edici Ruh Sağlığı ve Niteliksel Yöntem                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                            |

## Yalova University Institute of Social Sciences Doctoral Thesis Summary

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Thesis Title:</b> Psychiatric Social Work and Hospital - Community Mental Health Center Practises (Manisa Province Case)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                |
| <b>Thesis Author:</b> Yasemin Çölgeçen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Advisor:</b> Prof. Ali Rıza ABAY                                            |
| <b>Date of Acceptance:</b> 29.11.2018                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>Total Number of Pages:</b> xi (pre text) + 217 (main body) + 13(appendices) |
| <b>Department:</b> Social Work                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Field of Study:</b> Social Work                                             |
| <p>Mental illnesses are a kind of sickness which lead to mental, emotional and behavioral disorders and cause adaptation and function disorders in individuals. Especially psychotic disorders like schizophrenia and mood disorders that described as heavy mental disorder effect individuals' one or more basic life activities and cause serious functional disorders. Treatment of mental illnesses is become possible by patients' diagnosis and treatment in terms of holistic biopsychosocial approach in biologic, psychologic and social context. Humanitarian services that are provided should be formed in cohesion and interdisciplinary cooperation should be established in order to ensure this. In this sense, the main goal of this study to analyze psychiatric social work practices and duties of social workers serving on the psychiatric field in Turkey from the point of services executed in preventive, therapeutic and rehabilitative mental health institutions in the context of interviews with social workers and beneficiaries. In regards with this main goal, in-depth interviews made with 52 psychiatric staff serving in Manisa Mental Health and Illness Hospital, Manisa Community Mental Health Center (CMHC) and Celal Bayar University in Manisa Province, as well as with 22 heavy mental disorder patients and 10 relatives in Manisa Community Mental Health Center by using semi-structured interview forms. MAXQDA 2018 qualitative data analysis programme has been used for analyzing interviews. Categories established by the researcher has been imported into MAXQDA programme. These categories have been reviewed in 3 separate groups' aspects. These groups have been analyzed under the topics of opinions of psychiatric staff, patients, patients' relatives and social workers about the hospital, CMHC and duties of social workers. Themes established under this topics fundamentally assembled under 3 titles. These titles are preventive mental health services; therapeutic mental health services (medical, teamwork, social workers' duties) and rehabilitative mental health services (social model, teamwork, revolving door phenomenon and social workers' duties). In consequence of interviews, it is observed that preventive mental health services are not carried out in Turkey; the medical-oriented approach is favored at hospitals while social-oriented approach preferred in CMHC; no teamwork put into practice properly at institutes; CMHCs are effective in preventing recurring hospitalization. Social workers' duties have been identified as social study; work with individual and relatives; advocacy towards individual and groups, case manager; incentive psycho-education, consultancy and discharge planning towards social modal in terms of mental health in psychiatric therapy institutions as mental health and illness' hospitals and hospitals' psychiatric clinics and it is observed that the majority of these duties are not fulfilled properly yet some are executed moderately. Social workers' duties in CMHCs, that are rehabilitative mental health institutions, are advocacy towards individual and groups, work with individual and relatives and providing social functioning bolstering and it is observed that none of these duties are executed by social workers as none have employed in CMHC. Doctors and nurses in CMHC try to carry out these roles and in an event, they cannot be helpful, they referred to the hospital's social worker.</p> |                                                                                |
| <b>Keywords:</b> Psychiatric Social Work; Severe Mental Disorder; Preventive Mental Health; Therapeutic Mental Health, Rehabilitative Mental Health and Qualitative Method                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                |



## GİRİŞ

Ruhsal hastalıklar, zihinsel, duygusal ve davranışsal bozukluklara yol açan, değişik düzeylerde, tutarsızlık, yetersizlik, aşırılık ya da uygunsuzlukla karakterize olan ve bireylerde uyum ve işlev bozuklukları oluşturan hastalıklardır. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre, dünyada yeti yitimine en çok yol açan 6 hastalıktan 4'ünü ruhsal hastalıklar oluşturmaktadır. Bu hastalıklar sırasıyla depresyon, alkol kullanımı, şizofreni ve bipolar bozukluktur (WHO, 2003: 4). Ruhsal bozukluklar yeterince tedavi edilmediği zaman daha çok işlev ve işgücü kaybına ve sosyal çevrede sorunlara yol açmaktadır. Özellikle ağır ruhsal bozukluk diye tabir edilen şizofreni ve benzeri psikotik bozukluklar ve duygudurum bozuklukları, bireylerin bir ya da daha fazla temel yaşam aktivitesine etki etmekte ve ciddi işlevsel bozulmalara yol açmaktadır.

Ruhsal bozukluklar nedeniyle ortaya çıkan sorunların bireyi, çevresini ve dolayısıyla da toplumu etkileyen mikro, mezzo ve makro boyutlarının sonucu psikiyatrik sosyal hizmet alanı ortaya çıkmıştır. Psikiyatrik sosyal hizmet zihinsel, duygusal ve davranışsal bozukluklarla ilgilenen, psikiyatri, klinik çalışma ve teori bilgisine sahip sosyal hizmetin özelleşmiş bir dalıdır. Aynı zamanda mesleki açıdan ruhsal bozukluğu olan bireylerin ve yakınlarının hastalık nedeniyle meydana gelen sosyal, psikolojik, ekonomik ve hukuki sorunlarının üstesinden gelmesi ve bu sorunlara karşı hastaların güçlendirilmesi amacıyla hasta ve yakınları ile birlikte gerçekleştirilen hizmetler bütünüdür. Ruhsal bozukluğu olan ve hastanede ya da ayaktan tedavi gören, rehabilitasyon çalışmalarına katılan bireylerin bakımını destekleyen, tedavi sağlayan ve koordine eden, bireyi çevresi içinde bütüncül olarak değerlendiren, hastaların yaşam kalitesini arttırmayı hedefleyen özel bir tıbbi sosyal çalışma türüdür.

Psikiyatrik sosyal hizmet ruh sağlığı alanında psikiyatrik hastalığı olan bireylerin sosyal boyutlarına odaklanmaktadır. Bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan tam bir iyilik halini ifade eden sağlığın tanımından da anlaşılacağı üzere, bedenlen sağlanan iyilik hali sağlıklı olmakla eşdeğer değildir. Bunun yanında sosyal alanda meydana gelen problem biyolojik ve psikolojik alanı da etkilemektedir, dolayısıyla sosyal sağlık da en az biyolojik ve psikolojik sağlık kadar önemlidir ve hastaların iyilik hallerinin sağlanması için biyopsikososyal açıdan bütüncül bir yaklaşımın gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Sağlanan insani hizmetler de bu bütünlük çerçevesinde oluşturulmalı ve bu bütünlüğü sağlamak adına disiplinler arası bir işbirliğine gidilmelidir. Özellikle Psikiyatri alanının hem klinik boyutuyla hem de toplum temelli hizmet boyutuyla Türkiye'de daha çok tıp alanına kısıtlanmış olması bu alanda bireylerin psikolojik ve sosyal iyilik hallerinin daha çok göz ardı edildiğinin temel göstergelerinden biridir. Oysaki psikiyatristler, psikologlar, psikiyatri hemşireleri, sosyal çalışmacılar ve özel alanlarda uzmanlaşmış örneğin uğraşı terapistleri gibi profesyoneller ruh sağlığı ekibinin önemli parçalarıdır.

Ruh sağlığı hizmetleri üç ayrı alanda gerçekleştirilmektedir. Bunlar koruyucu ruh sağlığı alanı, tedavi edici ruh sağlığı alanı ve rehabilite edici ruh sağlığı alanıdır. Koyurucu ruh sağlığı hizmetleri birinci basamak sağlık kuruluşlarında, toplum sağlığı merkezlerinde gerçekleştirilmektedir. Tedavi edici ruh sağlığı hizmetleri ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında gerçekleştirilmektedir. Rehabilite edici ruh sağlığı hizmetleri ise dünya da ve

Türkiye’de meydana gelen ruh sağlığı hizmet modeli değişikliği ile birlikte, kurum temelli hizmetlerden toplum temelli hizmetlere geçiş sürecinde açılan toplum ruh sağlığı merkezlerinde gerçekleştirilmektedir. Koruyucu ruh sağlığı alanı ruhsal hastalığın gelişmesini önlemek, hastalık geliştikten sonra yeti yitimini engellemek ve sosyal işlevselliğin arttırılması hedeflemektedir. Tedavi edici ruh sağlığı alanında hastanın hastaneye başvurduğu andan taburculuk sonrası izleme aşamasına kadar olan dönemde gerçekleştirilen hizmetlerdir ve hastaların bütüncül iyilik hali hedeflenir. Rehabilite edici ruh sağlığı alanı ise, ruhsal bozuklukların yol açtığı semptomları en aza indirmek, hastanın toplumla bütünleşmesini sağlamak ve sosyal içermeyi teşvik etmek gibi hedeflerin olduğu bir uygulama alanıdır. Bu uygulama alanlarının her birinde psikiyatri ekibi kurulmakta ve hastaların bütüncül değerlendirilmesi için bir ekip çalışması gerçekleştirilmektedir. Psikiyatrik sosyal çalışmacı ise bu ekibin en önemli üyelerinden biridir. Psikiyatrik sosyal hizmet uygulamaları bu üç alanda da gerçekleştirilmekte bütüncül yaklaşım açısından psikiyatrik sosyal çalışmacı her alanda aktif olarak hizmet vermesi gereken sağlık profesyoneli olmaktadır. Bu açıdan sosyal çalışmacı, sosyal sağlığın temininde etkin ve karar verici konumdadır ve ruhsal hastalıkların psikososyal öğelerine odaklanan önemli bir ekip üyesidir.

Bu bağlamda bu çalışma, tedavi edici ve rehabilite edici ruh sağlığı ortamlarında gerçekleştirilen uygulamaların ve psikiyatri alanında hizmet veren sosyal çalışmacıların görevlerinin derinlikli bir kavrayışla ortaya çıkarılmasına yönelik olarak gerçekleştirilecektir. Koruyucu ruh sağlığı alanıyla da ilgili olarak bir değerlendirme yapılmaya çalışılacaktır ve bu alanda sosyal çalışmacıların görevleri irdelenecektir.

Bu çalışma üç bölümden oluşturuldu. Çalışmacının birinci bölümünde psikiyatri alanı ile ilgili ayrıntılı bilgiye yer verilecektir. Psikiyatri kavramı, tarihi, ruh sağlığı politikaları ve ruh sağlığı alanında sosyal teoriler değerlendirilecektir. Psikiyatrik hizmet modelleri ele alınacak ve ağır ruhsal bozukluklarla birlikte psikiyatri hastalarının ve ailelerinin yaşadığı sorunlar irdelenecektir.

İkinci bölümde ise psikiyatrik sosyal hizmet ayrıntılı olarak değerlendirilecektir. Bu kapsamda psikiyatrik sosyal hizmetin kavramı, tarihçesi, dünyada nasıl uygulandığı, kuramsal temeli, psikiyatri alanında ki ekip çalışması ve sosyal çalışmacıların koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici ruh sağlığı alanlarında ki görevleri ayrıntılı olarak incelenecektir.

Üçüncü bölümde çalışmanın yöntemi ve bulgular değerlendirilecektir. Araştırmanın yöntemi, veri toplama araçları, veri toplama süreci, katılımcılar ve etik hassasiyetler ele alınacak sonrasında ise Manisa ilinde hizmet veren psikiyatri ekibi üyeleri ve hizmet alan hasta ve hasta yakınlarının dahil edildiği toplamda 84 kişi ile gerçekleştirilen derinlemesine mülakat sonucunda elde edilen bulgular değerlendirilecek ve sosyal çalışmacıların görevleri irdelenecektir.

### **Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmanın temel amacı psikiyatrik hizmetler alanında koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici ruh sağlığı kurumlarında gerçekleştirilen hizmetler açısından Türkiye’de

psikiyatrik sosyal hizmet uygulamaları ve psikiyatri alanında hizmet veren sosyal çalışmacıların görevlerini hizmet alanlar ve hizmet verenlerle yapılan görüşmeler kapsamında analiz etmek ve tıp alanına kısıtlamış olan psikiyatri uygulamalarında sosyal hizmet alanının ve sosyal çalışmacıların önemine vurgu yapmaktır.

Araştırma kapsamında psikiyatri alanının üç önemli hizmet alanı olan koruyucu ruh sağlığı, tedavi edici ruh sağlığı ve rehabilite edici ruh sağlığı alanlarında ki görev yapan sosyal çalışmacıların görevleri değerlendirilecektir.

Yukarıda ifade edilen temel amaç çerçevesinde araştırmanın alt amaçları şu şekilde özetlenebilir:

- Koruyucu ruh sağlığı alanında sosyal hizmet etkinliğini ve sosyal çalışmacıların görevlerini belirlemek,
- Tedavi edici ruh sağlığı alanında psikiyatri ekibinin uygulamalarda ki temel yaklaşımını belirlemek,
- Tedavi edici ruh sağlığı alanında psikiyatri ekibinin etkinliğini kavramak,
- Tedavi edici ruh sağlığı alanında sosyal çalışmacıların görevlerini belirlemek ve bu görevleri gerçekleştirip gerçekleştiremediklerini hizmet veren ve hizmet alanların gözünden kavramak,
- Rehabilite edici ruh sağlığı alanında psikiyatri ekibinin uygulamalarda ki temel yaklaşımını belirlemek,
- Rehabilite edici ruh sağlığı alanında psikiyatri ekibinin etkinliğini kavramak,
- Rehabilite edici ruh sağlığı alanında sosyal çalışmacıların görevlerini belirlemek ve bu görevleri gerçekleştirip gerçekleştiremediklerini hizmet veren ve hizmet alanların gözünden kavramak.

### **Araştırmanın Önemi**

Bu araştırma Türkiye’de sosyal hizmet alanında yapılan az sayıda psikiyatrik sosyal hizmet tezinden biri olması, psikiyatri alanında ki sosyal hizmet uygulamalarını değerlendirirken ruh sağlığı hizmetlerinin gerçekleştirildiği bütün alanlar (koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici) açısından bir değerlendirme yapılması ve sosyal çalışmacıların ruh sağlığı alanında temasa geçtiği her grubun (hizmet verenler, hizmet alanlar) çalışmaya dahil edilmesi nedeniyle özgün bir niteliğe sahiptir. Ayrıca sosyal hizmet alanında doktora düzeyinde Türkiye’de yapılan araştırmalar arasında toplum ruh sağlığı merkezinde hizmet verenler ve hizmet alanlarla derinlemesine değerlendirmenin yapıldığı ilk araştırma olması bakımından da önem taşımaktadır.

Ayrıca genellikle tedavi ve rehabilitasyon sürecinde ağırlığın tıbbi uygulamalara verildiği psikiyatri alanında sosyal boyuta dikkat çekilmesi ve bu anlamda psikiyatri alanında ki sosyal çalışmacıların görevlerine ve gerekliliğine değinmesi açısından bu konu önem arz etmektedir.

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin başta sosyal hizmet alanı olmak üzere hem sosyal bilim alanındaki hem de sağlık bilimi alanındaki akademisyenler için kaynak olması beklenmektedir. Ayrıca ruh sağlığı alanındaki sağlık profesyonellerine ve politika yapıcılara katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## **Araştırmanın Problemi**

Ruhsal hastalıklar bireylerin temel yaşam aktivitelerine etki eden, ciddi işlevsel bozulmalara yol açan, sosyal izolasyon, aile içi çatışmalar, yetersiz ekonomik koşullar, mesleki işlevselliğin kaybı ve toplumsal damgalama gibi sosyal sorunlara neden olabilen hastalıklardır. Dünya’da görülme sıklığı oldukça fazladır ve yeti yitimine neden olan hastalıklar arasında en fazla yer alan hastalıklardan birisidir. Ruhsal bozukluklar, sosyal, ekonomik, hukuki, psikolojik ve tıbbi boyutlarda birçok sorunu da beraberinde getirmektedir. Bu sorunların üstesinden gelinmesi ve bireylerin yaşam kalitelerinin artırılması için biyolojik, psikolojik ve sosyal yönleriyle bütüncül olarak değerlendirilmesi ve tam bir iyilik halinin sağlanması gerekmektedir. Ancak Türkiye’de psikiyatri alanında uygulama da daha çok tıbbi boyuta ağırlığın verildiği sosyal boyutun gözardı edildiği gözlemlenmektedir. Bu anlamda bu çalışmanın problemi koruyucu (önleyici), tedavi edici ve rehabilite edici ruh sağlığı ortamlarında uygulanan psikiyatrik sosyal hizmet uygulamalarının etkinliğinin tespit edilmesi ve psikiyatri alanında hizmet veren sosyal çalışanların görevlerinin saptanarak bu görevlerin uygulanıp uygulanmadığının belirlenmesi araştırmanın problemi oluşturmaktadır.

## **Araştırmanın alt problemleri**

Türkiye’de Sosyal çalışanlar koruyucu ruh sağlığı alanında uygulama yapmakta mıdır?

Türkiye’de Sosyal çalışanlar tedavi edici ve rehabilite edici ruh sağlığı kurumlarında psikiyatri ekibinin içinde aktif rol alabilmekte midir?

Türkiye’de Sosyal çalışanlar tedavi edici ruh sağlığı alanında psiko eğitim ve danışmanlık hizmetlerini yerine getirebilmekte midir?

Türkiye’de Sosyal çalışanlar tedavi edici ruh sağlığı alanında taburculuk planlaması hizmetlerini yerine getirebilmekte midir?

Türkiye’de Sosyal çalışanlar tedavi edici ruh sağlığı alanında bireyle ve ailesi ile çalışma hizmetlerini yerine getirebilmekte midir?

Türkiye’de Sosyal çalışanlar tedavi edici ruh sağlığı alanında birey ve gruplara yönelik savunuculuk hizmetlerini yerine getirebilmekte midir?

Türkiye’de Sosyal çalışanlar tedavi edici ruh sağlığı kurumunda yatan bütün hastalara sosyal inceleme yapabilmekte midir?

Türkiye’de Sosyal çalışanlar rehabilite edici ruh sağlığı alanında birey ve gruplara yönelik savunuculuk hizmetlerini yerine getirebilmekte midir?

Türkiye’de Sosyal çalışanlar rehabilite edici ruh sağlığı alanında bireyle ve ailesi ile çalışma hizmetlerini yerine getirebilmekte midir?

Türkiye’de Sosyal çalışanlar rehabilite edici ruh sağlığı alanında sosyal işlevselliği güçlendirici hizmetler gerçekleştirebilmekte midir?

Türkiye’de Sosyal çalışanlar rehabilite edici ruh sağlığı alanında damgalamayı önceliyici çalışmalar gerçekleştirmekte midir?

Türkiye’de Sosyal çalışmacılar rehabilite edici ruh sağlığı alanında eğitim hizmetlerini gerçekleştirebilmekte midir?

### **Araştırmanın Yöntemi**

Bu çalışma koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici ruh sağlığı ortamlarında uygulanan psikiyatrik sosyal hizmet uygulamalarını ve psikiyatri alanında hizmet veren sosyal çalışmacıların görevlerini hizmet veren ve hizmet alanlarca derinlikli bir kavrayışla ortaya çıkarılması amaçladığından, nitel araştırma olarak tasarlanmıştır. Araştırma kapsamında verilerin toplanması ve analizinde nitel araştırma desenleri arasında yer alan fenomenolojik yaklaşımın (yorumlayıcı yaklaşım) kuramsal temelinden yararlanmaya çalışılmıştır.

Araştırmada veriler, sosyal bilimlerde yapılan çalışmalarda büyük bir oranda kullanılan veri toplama tekniklerinden biri olan derinlemesine görüşme tekniği ile elde edilmiştir. Görüşme esnasında önceden hazırlanan rehber formun kullanıldığı yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılmıştır. Araştırma da bir diğer veri toplama tekniği olan katılımcı gözlem yönteminden de faydalanılmıştır. Araştırmada tercih edilen katılımlı gözlem modeli *kısmi katılımlı gözlem* olarak bilinen tekniktir. Görüşmelerin analizinde “MAXQDA 2018” nitel veri analizi programı kullanılmıştır.

### **Araştırmanın sınırlılıkları**

Bu çalışmada Manisa ili örneklem olarak alınmıştır. Manisa ilinin seçilme nedeni Türkiye’de bulunan 8 adet ruh sağlığı ve hastalıkları hastanelerinden birisinin Manisa’da bulunmasıdır. Ayrıca Manisa ili birinci halka toplum ruh sağlığı merkezlerinin açıldığı şehirlerden biridir. Ancak Manisa ilinde yapılan bu çalışmanın sonuçlarının genellenebilir olmaması bu araştırmanın sınırlayıcı unsurlarından birisidir.

Araştırmayı sınırlayan etmenlerden bir diğeri zaman ve maddi olanaklar ile ilgilidir.

Araştırmanın bir diğer sınırlayıcı unsuru derinlemesine görüşme yapmak istenen ailelerin toplum ruh sağlığı merkezine gelmek istememesi ve aynı zamanda evlerinde de görüşmeyi kabul etmemesidir. Bu açıdan hasta yakınları ile telefon aracılığıyla derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Ancak irtibat numaraları olan ailelerin çoğunluğu görüşme yapmayı kabul etmediği için görüşmeyi kabul eden on hasta yakını ile görüşme gerçekleştirilebilmiştir.

Aynı zamanda hizmet verenlerle görüşmelerde iş yoğunlukları sebebiyle birçok psikiyatrist ve hemşirenin görüşmeyi kabul etmememesi bir diğer sınırlılıktır. Aynı zamanda hemşirelerle gerçekleştirilen derinlemesine görüşmelerin hemşire odasında gerçekleştirilmesi bazen mülakatların bölünmesine neden olmuştur.

Hem hizmet verenler hemde hizmet alanlar tarafından sosyal hizmet alanında görev yapan meslek mensubunun “sosyal hizmet uzmanı” olarak tanınması sebebiyle derinlemesine görüşmelerde bu ünvan kullanılmıştır.

Alanyazında özellikle psikiyatrik sosyal hizmet alanında yapılan çalışmaların az oluşu da kaynakça açısından sınırlılık oluşturmıştır.

## **Literatür İncelemesi**

Araştırma hakkında literatür incelemesinde psikiyatrik sosyal hizmet alanı üzerine yapılan çalışmaların oldukça az olduğu görülmüştür. Bu açıdan bu başlık altında bu alanda daha önceden yapılmış çalışmalar başlıklar halinde ele alınacak ve özetlenecektir.

### ***Özdemir, Uğur (1998) “Psikiyatrik Sosyal Hizmet”***

Anakara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Psikiyatri AD, Bakırköy Ruh Sağlığı Hastanesi, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatri AD, İstanbul Balıklı Rum Hastanesi Anatolia Psikiyatri Servisi, Manisa Ruh Sağlığı Hastanesi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatri AD, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD ve Adana ruh sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi’nde çalışan tüm sosyal çalışmacılar ve psikiyatri tedavi kurumlarında görev yapan psikiyatrist, psikolog ve üniversite mezunu hemşirelerle gerçekleştirilen çalışmada, Türkiye’de psikiyatri alanında sosyal hizmet mesleğinin işlevselliği; sosyal çalışmacılar ve uygulamaları ile bu kurumlarda çalışan diğer meslek elemanlarının sosyal hizmet mesleği, sosyal çalışmacı ve uygulamalarına yönelik görüşlerini saptamak hedeflenmiştir. Araştırma da yapılandırılmış soru formu kullanılmıştır. Türkiye’de genel anlamda psikiyatri tedavi kurumlarında sosyal hizmet uygulaması gibi bir olgudan bahsetmenin imkansız olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ekip çalışmasına vurgunun daha çok yapıldığı çalışma da Türkiye’de psikiyatri tedavi kurumlarında hiç bir aşamada tam anlamı ile oluşan ve çalışan multidisipliner ekip çalışması uygulaması olmadığı saptanmış ve ekip çalışması yapılmayan psikiyatri tedavi kurumlarında sosyal hizmet uzmanına hiç ihtiyaç duyulmadığı tespit edilmiş. Ayrıca sosyal hizmet uzmanlarının sayı yetersizliğinin ve psikiyatri tedavi kurumlarının olanaklarının elverişsizliği sosyal hizmet uzmanlarının gerçekleştirmesi gereken görevleri yerine getirememesine sebep olduğu tespit edilmiştir.

### ***Özden, Seda Attape (2015) “Şizofreni tanısı almış bireylerin ailelerinin bakımverme deneyimleri ve sosyal destek ilişkilerinin psikiyatrik sosyal hizmet temelinde incelenmesi”***

Şizofreni tanısı almış bireye bakımveren aileyi etkileyen öznel yükleri kavramak ve hastalık süresince aile üyelerinin kullandığı başetme stratejilerini, aldığı ve ihtiyaç duyduğu sosyal desteği, geniş sosyo-kültürel çevre içinde şizofreni tanısı almış bireye bakımvermenin etkilerini çok yönlü olarak analiz etmek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada şizofreni tanısı almış bireye sahip 12 ailenin üyeleri ile yarı yapılandırılmış görüşme yönergesi ile derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Elde edilen sonuçlarda ailelerin hastalığı öğrenme ile başlayan bakımverme süreci, ailelerde çeşitli zorlukların yaşanmasına, aile içi ilişkilerde değişimlere neden olduğu, ailelerin hastalığı kabullenmekte zorluk yaşadığı ve hastalığı gizleme yoluna gittikleri, bunun yanı sıra ailelerin sosyal destek ihtiyacı olduğu, sosyal dışlanma yaşadıkları ve aldıkları hizmetlerden kısmen memnun oldukları ortaya çıkarılmıştır. Araştırma verilerinden hareketle bir sosyal hizmet müdahale modeli oluşturulmuştur. Bu modelde bakımverme sürecinde aile üyelerini etkileyen içsel ve dışsal faktörlerin yanı sıra ailelerin ihtiyaçlarını

karşılamada oluşturulacak ara ekipler yoluyla üretilmesi gereken hizmetler değerlendirilmiştir. Ailelere sunulması gereken hizmetler; aile terapilerinin sağlanması, eğitim ve iş imkânlarının yaratılması, uzun vadeli bakım hizmetlerinin geliştirilmesi ve ailelere hem maddi hem de manevi yönden destek sağlanması olarak belirtilmiştir.

***Oral, Meltem ve Tuncay, Tarık (2012) “Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rol Ve Sorumlulukları”***

Türkiye’de psikiyatrik sosyal hizmetin yeri ve psikiyatride sosyal hizmet mesleğinin temel işlevleri çeşitli yönleriyle ele almak amacıyla gerçekleştirilen bu makale çalışmasında psikiyatrik sosyal hizmet klinik düzey roller ve toplumsal düzey roller olarak ele alınmış ve bu alanlarda sosyal çalışmacıların rolleri değerlendirilmiştir. Klinik düzey roller sosyal inceleme, psikoeğitim ve danışmanlık, taburculuk planlaması, bireyle çalışma, grup çalışması, savunuculuk, psikoterapi ve hizmet içi eğitim koordinasyonu olarak sınıflandırılmıştır. Toplumsal düzey roller ise ruhsal risk taraması ve araştırma, koruyucu ruh sağlığı hizmetleri, sosyal içerme, toplum eğitimi ve hizmet geliştirme şeklinde değerlendirilmiştir.

***Başer, Doğa, Kırlioğlu, M., Aktaş, A. M. (2013) “Sosyal Hizmet Mesleğinin Bir Uygulama Alanı Olarak Toplum Temelli Ruh Sağlığı Sistemi ve Güncel Değişimler”***

Bu çalışmada Türkiye’de toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerindeki mevcut gelişmeler çerçevesinde sosyal hizmet mesleğinin rolü değerlendirilmiştir. Bu anlamda “Ulusal Ruh Sağlığı Politikası”nın (URSP), “Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı”nın (URSEP) ve psikiyatri ile ilgili makalelerin sosyal hizmet perspektifinden okuması yapılmıştır. Türkiye’de “ruh sağlığı alanında sosyal hizmet sunumunun eksiklikleri nedir?” ve “Toplum temelli ruh sağlığı sistemine geçiş sürecinde sosyal hizmet ne gibi bir konum alabilir?” gibi sorulara cevaplar aranmıştır. Bu perspektifte ruh sağlığı alanında Türkiye’de koruyucu-önleyici hizmetlerin gerekliliğine, bilgilendirme, güçlendirme ve damgalama ile mücadele çalışmalarına değinilmiştir. Sonuç bölümünde ise ruh sağlığı alanında sosyal hizmetin gelişimi için ekip çalışması ve kurumlar arası koordinasyon anlayışının gerekliliğine dikkat çekmiş ve Türkiye’de koruyucu-önleyici hizmetlerin gerekliliğine değinilmiştir. Ayrıca ruh sağlığı alanında uzmanlaşmış bir sosyal hizmet eğitime ve meslek yasasına olan ihtiyacın aciliyeti belirtilmiştir.

***Lakshika Sajeevanie Liyanage (2012) “Toplum Ruh Sağlığı Ekiplerinde Sosyal Hizmet: İki Ayrı Toplum Ruh Sağlığı Ekibi ile Etnografik Bir Çalışma”***

Toplum ruh sağlığı merkezlerinde multidisipliner ekip çalışmasının içinde sosyal çalışmacının rollerinin belirlenmeye çalışıldığı bu araştırma da ruh sağlığı profesyonelleri ve hizmet alıcılar ile görüşmeler gerçekleştirilerek ve gözlem tekniği kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Elde edilen sonuçlar görüşülen iki ayrı kurum arasındaki zayıf işbirliği olduğunu, multisidipliner çalışmanın gerçekleştirilemediğini ve toplum ruh sağlığı merkezlerinde tıbbi baskınlığın olduğu sosyal hizmet alanının daha çok gözardı edildiği yönündedir.

## **BÖLÜM 1. PSİKİYATRİ (RUH SAĞLIĞI) ALANI VE PSİKİYATRİ HİZMET MODELLERİ**

### **1.1.Psikiyatri Kavramı**

Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre sağlık; yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımdan sağlığın gelişimi için ruh sağlığının etkinliği ile ilgili üç temel fikir ortaya çıkmaktadır. Bunlardan birincisi ruh sağlığı, sağlığın bütünüleyici parçasıdır, ruh sağlığı yerinde olmayan bir bireyin fiziksel sağlığı yerinde de olsa tamamen sağlıklı olduğu söylenemez. İkincisi ruh sağlığı fiziksel ve sosyal sağlıkla yakından ilişkilidir, fiziksel sağlıkta meydana gelen herhangi bir sorun ruhsal ve sosyal sağlığı da etkileyecektir. Üçüncüsü ise ruh sağlığı, fiziksel ve sosyal sağlıkla bağlantılı olduğundan ruhsal hastalığın olmayışından daha fazlasını ifade etmektedir. Bu temel düşüncelerden de anlaşılacağı üzere ruhsal anlamda yakalanamayan iyilik hali yaşamın fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik ve mesleki alanlarına da etki edecektir. Bu bakımdan ruh sağlığı tam bir iyilik halinin sağlanması ve yaşam kalitesinin artırılması için önemli olan temel bileşenler arasında yer almaktadır (WHO, 2005: 2).

Ruh sağlığı kavramı üzerinde ortak bir görüş birliği sağlanamamaktadır. Psikiyatri epistemolojik ve ontolojik sorunlar nedeniyle tıbbın geri kalanından ayrılır. Genel tıp kuramlarında hastalığın gerçekliği temel olarak kabul edilir. Hastalık organik ve gözlenebilir bir değişiklik yapar. Bu durum psikiyatri alanında oldukça sorunludur. Genel tıpta hastalık beden hakkında bir yorumdur ancak psikiyatrik bozukluklarda hastalık ile kişi neredeyse aynı olgudurlar. Kişiyi biçimlendiren ise kültürdür. Dolayısıyla ruhsal hastalık kavramı zorunlu olarak kültürel bir kavram olarak karşımıza çıkar. Bu nedenle ruhsal hastalık kavramı diğer hastalıklara göre üzerinde çok daha fazla belirsizlikler taşıyan bir kavramdır. Bunun nedeni her toplum ve kültüre uyan bir “normal” kavramının belirlenememiş olmasıdır. Ruh sağlığı yerinde olan bir bireyin, duyuş, düşünüş, inanç, tutum ve davranışları normaldir. Ruh sağlığı bozulan kişi ise, genellikle duygu, düşünce ve davranışlarında değişik derecelerde tutarsızlık, aşırılık, uygunsuzluk ve yetersizlik gibi “anormal” davranışlar sergiler. Her birey zaman zaman bu tür örüntüler sergileyebilir ancak ruhsal hastalık yaşayan kişilerde bu özelliklerin sürekli veya yineleyici olması, kişinin verimli çalışmasını sekteye uğratması ve kişiler arası ilişkilerini bozacak nitelikte olması gerekir (Candansayar ve Coşar, 2001: 21-22; Öztürk ve Uluşahin, 2008: 132).

Bu bağlamda bir bireyin ruh sağlığının yerinde olup olmadığının anlaşılması için öncelikle ruhsal açıdan normal ve anormalin ne olduğuna karar vermek gerekmektedir. Ancak bilimsel açıdan normal ve anormal davranışların ayrımını yaparken kullanılabilecek belirli bir ölçüt bulunmamaktadır. Bedenin normal yapısı ve işlevleri bilindiğinden dolayı fiziksel anlamda meydana gelen hastalıkların belirlenmesi ve anormal durumların teşhis edilmesi oldukça kolaydır. Buna karşın ruhsal anlamda ölçüt kabul edilebilecek bir normal modeli bulunmamaktadır. Normalin tanımını yapabilmek için ortaya atılmış bazı görüşler vardır. Bu görüşlere göre bazıları toplumsal normlara uyma oranının normali, bu kurallardan sapma oranının ise normaldişini belirlediğini savunurlar. Diğer bazı görüşlere göre ise gerçek normallik ölçütünün toplumun onayı ile değil, kişinin kendini iyi hissedebilmesi ile

gerçekleşeceğini öne sürerler. Bu ölçüte göre bir davranış toplumun isteğine uygun olsa bile bireyin gelişmesini engelleyici nitelikteyse eğer normaldişi olarak kabul edilebilir (Geçtan, 2015: 12).

Bir diğer yandan normal davranış tanımlaması iki tanımlama üzerinden gerçekleştirilmiştir. Bunlar istatistiksel tanımlama ve klinik tanımlamadır. İstatistiksel tanımlamaya göre istatistiksel olarak çoğunluğa uyan ve çan eğrisinin iki aşırı ucunda kalmayan kişi normaldir. Tıp alanında istatistiksel yöntem çok kullanılıyor olsa da ruh sağlığı açısından istatistiksel yöntem çoğu kez göreceli ve bazen de geçersizdir. Klinik tanımlamaya göre ise, normalin tanımını yapmak için değişik ölçütler içeren görüşler ortaya atılmıştır. Bunlar, çevreye uyum yapabilme, bireyde aşırı bunalımın ya da başka psikiyatrik belirtinin olmaması ve id, ego, süperego arasındaki denge gibi ölçütlerdir (Öztürk ve Uluşahin, 2008: 130-131).

Freud normalin koşullarını çalışmak ve sevmektir şeklinde açıklamıştır. Bu iki sözcük bireyin sağlıklı sayılabilmesi için gerekli temel ölçütleri veriyor. Bu tanım normalin özünü vermektedir ancak çalışma ve sevebilmenin kökenini ve koşullarını açıklamadığı için ayrıntılı olarak normal kavramını ifade etmemektedir. Bu açıdan ayrıntılı tanımdan ziyade ruhsal açıdan sağlıklı olan bireyin özellikleri gelişimsel açıdan ele alınabilir. Erikson'un psikososyal gelişim kuramında sağlıklı gelişimin aşamaları ve özellikleri ifade edilmektedir. Buna göre Erikson'un "İnsanın Sekiz Evresi" kuramına göre, çocukluğun ilk iki döneminde kazanılan temel güven ve özerklik duyguları; oyun çocuğu ve ilkökul döneminde kazanılan girişim, becerme ve çalışma yetileri; ergenlik döneminde kazanılan kimlik duygusu; olgunluk ve orta yaş çaığında edinilen yakınlaşma, eşleşme ve üretkenlik duygusu ve son olarak yaşlılık çaığında ulaşılan benlik bütünlüğü evreleri gözden geçirildiğinde sağlıklı bir kişide olması gereken benlik özellikleri açık bir şekilde gözlenebilir (Öztürk ve Uluşahin, 2008: 130-131).

Bunun yanında bazı yaklaşımlar açısından ruh sağlığı kavramı ele alındığında, psikanalizm ekolüne göre; ruh sağlığı id ile süperego arasındaki dengenin sağlanması durumudur. Bireyin id ile süperego arasında denge kurulmasını sağlayan ego; hakemdir. Hümanizm yaklaşımına göre, insan doğuştan iyi, doğru amaca yönelmiş, özgür, değerli bir varlıktır. İnsan yaşamının amacı da kendini gerçekleştirme, sınırlarını keşfetme ve yaşamı anlamlandırma çabasıdır. Bu ruh sağlığı belirtisi, bunun tersi ise ruh sağlığının bozulduğuna işarettir. Varoluşçu yaklaşıma göre; ruh sağlığı yerinde insan yaşamın hiçliğini fark edebilen insandır. Aynı zamanda, ölümle de barışık olması gerektiğini bilen insandır (Yapıcı ve Yapıcı, 2004).

Dünya Sağlık Örgütü ruh sağlığını, bireyin kendi yetilerinin farkına vardığı, günlük yaşamın stresiyle baş edebildiği, üretken ve verimli çalışmalar yapabildiği, içinde bulunduğu topluma uyum içerisinde çeşitli katkılarda bulunabildiği bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2005: 2). Bu tanımlamaya göre ruh sağlığı yerinde olan kişi yalnızca ruhsal hastalığının bulunmaması değil, bununla birlikte çevresiyle uyum içinde, kendini geliştirebilen ve yaşadığı topluma katkıda bulunabilen birey olarak ifade edilmektedir. İyi ruh sağlığı yalnızca bireyi değil etkileşim içerisinde olunan kişi, kurumları

ve dolayısıyla toplumu etkiler ve toplum olarak yaşam kalitesinin geliştirilmesine katkıda bulunur.

Ruh sağlığı ve psikiyatrinin tanımlamaları değerlendirildiğinde bu konuda Dünya Sağlık Örgütü, Ruh Sağlığı Bölüm Başkanı Norman Sartorius ruh sağlığı programlarının psikiyatriden farklı olduğunu belirtmiştir. Sartorius'a göre psikiyatri ruhsal bozukluğun önlenmesi, tanısı ve tedavisi ile uğraşmaktadır ve bunu esas olarak bir klinik ortamda; tek tek hastalarla ve onların en yakın çevreleri ile ilgilenerek yapar. Ruh sağlığı programları ise, psikiyatrik bozuklukların toplum içinde azaltmanın yolları ve araçlarına odaklanmıştır (Özdemir, 1998: 40).

Psikiyatri tıbbın bir dalıdır. Başlıca ilgi alanı beyin hastalıklarıdır. İnsanın zihinsel, duygusal yapısı ve davranışlarında, çevreye uyumunda görülen sorunların incelenmesi, tanımlanması, sağaltımı ve önlenmesi ile uğraşır. Psikiyatrinin dinamik, davranışçı, biyolojik yaklaşımları, psikofizyoloji, psikofarmakoloji, psikö-nöro-kimya, psikanaliz, psikoterapi, adli psikiyatri, çocuk ve ergen psikiyatrisi, geriatrik psikiyatri, sosyal psikiyatri gibi yan dalları vardır. Bunun yanında genetik, biyokimya, farmakoloji gibi temel tıp bilimleri ile yakın ilişki içinde olup aynı zamanda psikanaliz, psikoloji, klinik psikoloji, sosyal psikoloji, sosyal antropoloji, sosyoloji gibi davranış bilimlerinden de yararlanmıştır (Demir, 2012: 14; Öztürk ve Uluşahin, 2008: 1).

## **1.2.Psikiyatrinin Tarihi Geçmişi**

### **1.2.1. Batı Toplumlarda Psikiyatri Tarihi**

Psikiyatrinin tarihsel açıdan değerlendirilmesi yapıldığında öncelikle tarih öncesi ve ilkel kültürleri ele almak gerekmektedir. O dönemlerde ruh hastalıklarının tedavisine ilişkin elde edilen bulgular oldukça dikkat çekmektedir. Yapılan birçok incelemede günümüzden 12.000 yıl öncesinde gerçekleştirilen trepanasyon uygulamalarına rastlanmıştır. Trepanasyon uygulamalarının üç nedenle gerçekleştirildiği düşünülmektedir. Bunlardan birincisi kafa travmalarının ve yaralanmalarının bu yolla tedavi edilmek istenmesinden dolayı trepanasyon deliğinin açıldığı düşünülmektedir. İkinci neden, süregelen baş ağrılarından kaynaklı olabileceğidir. Üçüncü neden ise epilepsi tedavisi için yapılmış olabileceğini akıllara getirmiştir. Bu işlemle, o günlerin taştan yapılma araçlarıyla kafatasında yuvarlak bir delik açılarak bu delikten kişide rahatsızlık yaratan kötü ruhun çıkabildiğine inanılmaktaydı (Babaoğlu, 2002: 12-15; Geçtan, 2015: 35).

İlk çağlar hastalıkların doğa-üstü güçlere bağlandığı, animistik düşüncenin egemen olduğu ve eski Yunan-Roma dönemine dek uzanan çağlardır. Bu çağlarda hastalıklar çeşitli ruhlar, cinler, doğa-üstü zararlı güçler ve tanrılara bağlanmaktadır. Dolayısıyla tedavide din adamları, büyücü hekimler ve şamanlar tarafından çeşitli dinsel törenler, danslar, garip hareketler, çılgınlık nöbetleri ve ruhları saklayan eşyanın yok edilmesi gibi uygulamalarla zararlı ruhların kovulması ile gerçekleştirilmeye çalışılmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2008: 1-2)

Eski çağlarda Antik Yunan'ın altın çağı Perikles dönemi incelendiğinde, ruhsal bozuklukların anlaşılması ve tedavisinde önemli aşamalar kat edildiği ve günümüzdeki yaklaşımlara oldukça yakın bazı görüşlerin olduğu gözlemlenmektedir. Modern tıbbın

babası olarak anılan Hipokrat (MÖ 460-357) bu dönemde, insan bedeninin tanrıların gazabına uğradığına inanmadığını açıklamış, ruhsal bozuklukların da diğer bedensel hastalıklar gibi doğal nedenlerle oluştuğu ve bunların da tedavi edilmesi gerektiği görüşünü savunmuştur. Hipokrat öncesi dünyada, gizemci-büyüsel düşünce biçimi ve buna dayalı hastalık anlayışı ve sağaltım yöntemleri egemenken, büyüsel/gizemci düşüncenin egemenliğine Orta Çağa dek Hipokrat ve onun izleyicileri son vermiştir (Songar, 1977: 2; Geçtan, 2015: 36).

Hipokrat, mani, melankoli, bunama gibi tabloları tarif etmiş, o çağa dek kutsal bir hastalık olarak bilinen epilepsinin beyinle ilgisi üzerinde durmuş, insan mizaçlarını sınıflara ayırmıştır. Eflatun ise (MÖ: 427-347) akıl hastalıklarını mantıklı düşüncenin ilkel ruh üzerindeki egemenliğini kaybetmesine bağlamıştır. Eflatun'un ilkel ruh kavramının bugünkü bilgilere bilinç dışına, mantıklı düşünce kavramının ise bilinçliliğe karşılık geldiğini söylemek mümkündür. Yaklaşık aynı dönemlerde yaşayan Aristo (MÖ: 384-322) istek, öfke, korku, cesaret, kıskanma, hoşlanma, iğrenme ve merhamet gibi kavramlar üzerinde durarak tanımlamalar yapmıştır. Ampirist bir açıdan, gizemli hareketleri ve hezeyanları, ruhsal bozukluğu iyileştirebilecek olan ritüel olgular olarak ele almıştır. Galen (MS: 130-200), Hipokrat ve Eflatun'un görüşlerini geliştirmiş, depresyonun kara safra fazlalığından olduğunu düşünmüştür. Hipokrat'tan sonra eski Yunan'm Eflatunu, Aristo'su, eski Roma'nın Aesclepiades'i, Cicero'su, Celsus'u, Soranus'u, Kapadokya'mn Aretaeus'u, Bergama'nın Galenos'u ruhsal bozuklukların doğal açıklamalarına katkıda bulunmuşlar; gizemci-büyüsel düşüncenin geçersizliğini kesinlikle belirtmişlerdir. Böylece, Hipokrat ile başlayıp, M.S. 200 yıllarında ölen Galen'e kadar devam eden dönem içinde ruh hastaları bir dereceye kadar insancıl muamelelere lâyık görülmüşlerdir. Roma İmparatorluğunun yıkılması ve klâsik medeniyetin çöküşü ile batının üstünü kaplayan karanlık özellikle psikiyatri alanını da etkilemiş, Engizisyon ile ifadesini bulan ve sembolleşen zulüm devri ruh hastalarını, meydanlarda diri diri yaktırmıştır (Songar, 1977: 2; Yüksel, 2006: 1-2; Öztürk ve Uluşahin, 2008: 3).

Batı dünyasında Karanlık Çağlar diye bilinen Orta Çağ'da tıbbi tedavi uygulayan hekimlerin sayısı oldukça azalmış ve ilaç yerine ilahiler, şerbetler, yıldız falları ve muskalarla tedavi uygulanmaya çalışılmıştır. Ruhsal hastalıkların tedavisi daha çok rahiplere bırakılmış ve hastalar manastırlarda korunmuştur. Çağın başlangıcında, bakımı güç olmayan hastalara insanca davranılmış, tedavide dua, kutsal su ve yağ, papazların soluğu ya da tükürüğü kullanılmış, kutsal yerlere geziler düzenlenmiş ve aşırı olmayan bazı şeytan kaçirtma yöntemleri uygulanmıştır. Ancak giderek ruhsal hastalıkların nedenleri şeytanın gururuyla açıklanmış ve şeytan kaçirtma yöntemleri önem kazanmaya başlamıştır. Tedavi ise şeytanın gururuna öldürücü bir darbe vurmak amacıyla şeytana, dolayısıyla şeytana tutsak olduğu sanılan kişiye kaba ve ayıp sözler haykırma, uzun küfürler etme şeklinde gerçekleştirilmiştir. Ayrıca halk tarafından akıl hastaları, cüzzamlılar, vebalılar vb. durumda olan insanlar kafieler halinde dilenerek kentten kente, köyden köye kovulmuştur. Bunun yanında bütün "deli" lerin bir gemiye bindirilerek nehirlerde akıntıya sürüklenmeye bırakıldıkları da bilinen bir gerçektir. Orta Çağın son döneminde ise akıl hastalarına karşı olan şiddet oldukça artmış Avrupa' da ruh hastaları şeytanın yakaladığı bir büyücü olarak kabul edilmiş ve kasaba halkları meydanlarda toplanarak, ruh hastalarına

işkence etmiş ve çoğu kez bu hastaları diri diri yakmışlardır (Babaoğlu, 2002: 68 Öztürk ve Uluşahin, 2008: 3-4; Geçtan, 2015: 38-39).

13. yüzyılda erken Rönesans adı verilebilecek olan bir döneme girilmektedir. Bu yüzyılda insan doğasının daha doğru ve gerçekçi olarak ele alındığı ve aynı zamanda modern bilimlerin kavramlarının da ifade edilmeye başlandığı görülür. Bu sebeple 13. Yüzyıl aydınlanma çağına başlangıcı olarak kabul edilmektedir. Avrupa’da, Rönesansla birlikte sanatta ve kültürel yaşamın her kesiminde gücünü dinden alan otokratik ve feodal kuruluşların egemenliği giderek zayıflamaya başlamıştır. Dante, Erasmus gibi düşünürlerin varlığı, basimevinin keşfi, Martin Luther’in, Luther’i izleyen geniş halk kütlelerinin ve başka düşün adamlarının Papa’ya ve dogmatik dine başkaldırmaları ile Avrupa’da sanatta, felsefede, bilimsel düşüncede büyük bir kültürel devrim başlamıştır. Ancak bu dönemde ruh hastalıklarını anlama konusunda fazla bir çabanın olmadığı görülmektedir. Özellikle 1487 yılında yazılan Cadı Çekici isimli kitap, “cadılık davaları” nı başlatmıştır. Bu kitap bilinen bütün psikiyatrik bozuklukların belirtilerini, bedene girmiş olan satanik güçlerin eseri ve cadılık olarak değerlendirilmiş ve şeytanla kişinin kurmuş olduğu anlaşmanın bozulması için her türlü işkence yöntemini desteklemiş ve sonunda ceza olarak ateşte yakılma yargısını getirmiştir. Resmi kayıtlar incelendiğinde cadı davaları kurbanlarının büyük çoğunluğu psikotik hastalar, epilektikler ve histrionik bozukluğa sahip hastalar olduğu görülmüştür. 16. ve 17. yüzyıldan sonra tıp alanında büyük değişikliklere yol açacak bir ortam doğmuştur. Kan dolaşımı, insan anatomisi ve fizyolojisi üzerinde çalışmaların başlaması bu yüzyıllarda olmuştur. İşte bu çağda cadı avları ile ruh hastalarının şeytana tutulmuştur diyerek işkenceye maruz bırakılmaları ve diri diri yakılma uygulamaları sona ermiştir ( Babaoğlu, 2002: 69-82; Öztürk ve Uluşahin, 2008: 4-5).

On yedinci yüzyılda daha önce manastırlara ve zindanlara kapatılan hastalar günümüzdeki hastanelerde başlangıç olarak ilk tedavi kuramlarında barındırılmaya başlamıştır. Bu kurumların çoğu hapishanelerin biraz onarılmış biçimlerinden öteye gidememiştir ve hastalara insandan çok, vahşi hayvanmışçasına davranılmıştır. Avrupa’da ilk kez 1547’de Londra’daki Betlehem Manastırı bir hastaneye dönüştürülmüştür. Kısa süre içinde adı "Bedlam" olarak kısaltılan bu kurumda, taşkın davranışlar gösteren hastalar bir peni karşılığında halka gösterilmiş, zararsız hastalar ise Londra sokaklarında dilenmeye gönderilmiştir. Bu kurumu giderek Avrupa ve Amerika kıtalarında benzerleri izlemiş, ama koşullar aynı şekilde devam etmiştir. On dokuzuncu yüzyıl ortalarına dek hastalara insanlık dışı muamele edilmiştir (Geçtan, 2015: 40).

Orta çağın kapanması ve ruh hastalıklarını katı, dogmatik yarı-dinsel inançlarla açıklayan görüşlerin ve uygulamaların son bulması ile Avrupa’da hızla gelişen bilimsel çalışmalar döneminde psikiyatri alanında da gerçek bilimsel çalışmalar başlamıştır. Bu dönemde en önemli adım on sekizinci yüzyıl sonlarında Philippe Pinel tarafından başlatılan ilk insancı yaklaşım ve reform hareketidir. Ruh hastalarını zincirden kurtaran hekim olarak bilinen Pinel, “Traitement Moral” adlı yapıtı ile planlı psikoterapinin ilkelerini belirten ilk hekim olmuştur. Pinel’in başlattığı insancıl akım, başka Avrupa ülkelerine ve A.B.D.’ye de yayılmış ve giderek ruh hastalarına hastanelerde, bakım evlerinde sağaltım verme görüşü

uygulama alanı bulmuştur. İngiltere’de William Tuke, A.B.D.’de Benjamin Rush, ülkelerinde çağdaş psikiyatrinin öncüleri olmuşturlar (Öztürk ve Uluşahin, 2008: 6).

Pinel’den başlayarak tıbbi nitelikte bir yaklaşımla, ruhsal bozukluk tabloları tanımlanmış ve incelenmiş, tedavi için yeni yöntemler geliştirilmiştir. Mani, Pinel tarafından araştırılmış, melankoliyi ise Esquirol ayrıtılarıyla tanımlamıştır. Bipolar hastalık Baillarger, halüsinasyonlar ve halüsinatuar hezeyanlar Lasegue, izlenme hezeyanı Falret-Arnaud, ilişki hezeyanı Serieux-Capgras, duygu küntleşmesi Delasiauve tarafından tanımlanıp incelenmiştir. Nörozlar konusu ise Pierre Janet ile Babinski tarafından incelenmiştir. Babinski ileride psikoterapi yöntemlerine ışık tutacak olan telkin fenomenini incelemiştir. Bayle, 1822’de progresif paraliziye bulmuş ve organik psikozları incelemiş, Griesinger ve Broca ile Wernicke afazi çalışmaları gerçekleştirmiştir. Bu çalışmalar ve takip eden çalışmalarla psikiyatri başlı başına bir disiplin haline gelmiş ve kendi kuram ve yöntemlerini oluşturmaya başlamıştır (Babaoğlu, 2002: 95-96).

19. yüzyılda psikiyatride en önemli çalışmalar Fransız ve Alman ruh hekimlerince yapılmıştır. Fransa’da Esquirol, Morel, Magnan ve yüzyılın sonuna doğru Liebault, Bernheim, Charcot ve daha sonra Piere Janet; Almanya, Avusturya ve İsviçre’de de 19. yüzyılın başından sonuna doğru Griesinger, Meynert, Hecker, Kahlbaum, Kraepelin, Breuer, Freud, Bleuler, Jung ve Adler çağdaş psikiyatrinin kurucusu olmuşturlar. Kraepelin’in çalışmaları hastalıkların sınıflandırılması ve tanımlanmasında bugün de etkisi süren katkı sağlayarak psikiyatrik tanıbilimini (nozoloji) karmaşıklıktan önemli ölçüde kurtarmıştır. Kraepelin, bütün psikiyatrik hastalıkları 13 grupta toplamıştır ve organik bir nedene bağlı olmayan hastalık grubunu affektif komponenti olan hastalıklar ve affektif komponenti olmayan hastalıklar olmak üzere iki büyük gruba ayırmıştır. Bunlardan affektik komponenti olanların da “manik- depresif psikoz” adını verdiği tek bir hastalığın belirtileri olduğunu ifade etmiştir. Hastalar sürekli üzüntülü, kederli ya da öforik, aşırı hareketliyseler manik- depresif olarak sınıflandırılmış eğer affektif bir öge bulunmuyorsa “Dementia praecox” sayılmıştır. Kraepelin’in psikiyatrik sınıflandırma sistemlerinin temelini oluşturan dikotomisi zayıflamış ve basit gibi görünse de günümüzde hala dikkate değer ölçüde etkisini sürdürmektedir. Nitekim, klinisyenler arasında dil birliği oluşturma temel gayesiyle Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayımlanan psikiyatrik bozuklukların tanısal ve istatistiksel el kitabı DSM’nin ilk sürümünden, DSM-IV’e kadar, klasik dikotomik görüş çekirdek olarak korunmuştur (Babaoğlu, 2002: 131; Bonkalo, 1956: 835; Öztürk ve Uluşahin, 2008: 5; Altınbaş vd., 2011: 322; ).

Bleuler, Dementia praecox adı verilen hastalığın adını “Şizofreni” olarak tanımlamıştır ve şizofreninin en ayrıntılı sınıflamasını ortaya koymuştur. Bir diğer yandan 19. Yüzyılda ruh hekimleri tarafından, 18. Yüzyıl sonunda Anton Mesmer tarafından keşfedilen hipnoz ve hayvan manyetizması ele alınmıştır. Bu alanda özellikle Charcot’un çalışmaları oldukça önemlidir (Hochmann, 2013: 52-55). 19. Yüzyılın sonunda geliştirdiği psikanaliz kuramı ile Freud, yirminci yüzyılı şekillendiren en önemli kişilerden birisidir. Psikanaliz psikiyatri ve psikolojiye, bilinç, bilinçdışı, dürtü, id, ego, süperegö, psikoseksüel gelişme, çatışma ve savunmalar üzerindeki kuramları ve sağaltım yöntemi ile ilgili yeni kavramlar, araştırma ve uygulama alanları kazandırmıştır. Freud’la aynı çağda yaşayan Ivan Petroviç Pavlov,

koşullu tepki ve öğrenme ilkeleri kuramlarını oluşturmuş, psikoloji ve psikiyatriye ayrı bir boyut olarak davranışçı okulu kazandırmıştır. Yirminci yüzyılın ilk yarısında ABD’de Adolf Meyer, Hary Stack Sullivan, Karen Horney; İngiltere’de Aubrey Lewis; Fransa’da Jean Delay, Paul Denniker; Almanya’da Kurt Schneider; İsviçre’de Sigmund Freud, Eugene Bleuler, Carl Gustav Jung, Jean Piaget ve daha bir çok araştırmacı psikiyatrinin bugüne ulaşmasında büyük emek vermişlerdir. Yirminci yüzyılın ikinci yarısı ile ilgili gelişmeler ise psikofarmakolojinin gelişmesi, depo hastanelerin kapatılması, DSM ve ICD gibi ortak tanı ölçütleri kitaplarının yayınlanması, etik ilkelerin belirlenmesi gibi gelişmelerdir (Öztürk ve Uluşahin, 2008: 6-7; Akvardar vd., 2000; Demir, 2012: 7).

### **1.2.2. Türk Toplumlarında Psikiyatri Tarihi**

Türkiye’de psikiyatri tarihi eski türk toplumlarında, Selçuklu dönemine kadar olan islam toplumlarında ve Selçuklu ve Osmanlı döneminden günümüze kadar psikiyatri tarihi olmak üzere üç başlık altında ele alınmıştır.

#### **1.2.2.1. Eski Türk Toplumlarında Psikiyatri Tarihi**

Türk ve İslamiyet öncesi dönemde Orta Asya Türk kavimlerinde hastalıkların tedavisi Şamanizm inancına dayanarak yapılmaktaydı. Bu dönemde tedavi ile uğraşanlar “Kam” adı verilen şamanlardı. Bazı yörelerde kamlara “Baskı” adı da verilmekteydi. Kamlar dinsel ayinleri yöneten, kötü ruhları kovup, iyi ruhları çağıran, Tanrılar ve ruhlarla insanlar arasında bağlantı kuran, böylelikle insanları kötü ruhların bulunduğu Yeraltı Tanrısının etkisinden kurtarıp, Gök Tanrısının etkisi altına sokarak insanları iyileştirdiğine inanılan kişilerdir. Şamanlar bunu sağlamak için, tef çalıp, dans ederek ilahiler okur, çeşitli bitkilerden elde ettikleri tozları ateşte yakarak tütsü yaparlarmış. O dönemde tedavi görevini de üstlenmiş olan şamanlar, kötü ruhların, cinlerin, şeytanların etkisiyle hastanın bedenini terk eden iyi ruhların geri dönmesi için Gök Tanrı’ya yalvarırlarmış (Köknel, 1998: 25-26).

İslamiyet öncesi ve sonrası kaynaklarda “otacı” adı verilen ve bitkilerle tedavi eden kişilere de rastlanmaktadır. XI. Yüzyılda Yusuf Has Hacip’in Kutadgu Bilig adlı eserinde otacıdan bahsedilmiştir. Otacıların hastaların nabzını yokladığı, hastalarını bir birlerine danıştıkları, doğaüstü güçlere başvurmadıkları bilinmektedir. Yine Kutadgu Bilig’de “efsuncu” (mu’azzim) ünvanlı kişilerden söz edilmektedir. Bu kişiler otacının karşısında yer almakta ve cinleri kovarak hastaları tedavi etmektedirler. Hastalıkların sebebinin cinler olduğuna inanırlar. Cinlerin neden olduğu düşünülen hastalıkların büyük olasılıkla psikiyatrik ve nörolojik hastalıklar olduğu düşünülmektedir (Kutadgu Bilig, 3873. Beyit ve 4361-4365. Beyitler; Sarı ve Akgün, 2008: 2-3).

#### **1.2.2.2. İslam Toplumlarında Psikiyatri Tarihi**

İslam yasalarında zihinsel yetersizliği olan bireyler toplumsal yaşamın dışına itilmemiş ve bazı ayrıcalıklar tanınarak özel uygulamalarla sosyal katılımları sağlanmaya çalışılmıştır. İslam yasalarına göre tüm günahlar yaratan tarafından affedilebilir ancak kul hakkı ancak hakkı yenilen birey affederse af edilecektir. Bu nedenle zihinsel yetersizliği olan bireylerin sosyal ve ekonomik haklarının korunup kollanması özellikle üzerinde durulan bir konu olmuştur (Aksoy, 2014: 103-104).

Râşit, Halifeler ile Emevî ve Abbâsî döneminde muhakeme yeteneği gelişmemiş, reşit olmayan, yani aklını yeterince kullanamayan bireyler vesayet altına alınmış. İslam devletinin topraklarının genişlemesinin akabinde, Hz. Ömer (ö. 23/644), kimsesiz ve fakir çocukların yararına bütçesi devlet kasasından karşılanmak üzere, bir sosyal sigorta kurumu oluşturmuştur. Herkesi sicillere işletmiş, hiç kimsenin maddi imkânına bakmadan herkese bütçeden eşit miktarda maaş bağlamıştır. Hatta bu hizmet, gayr-i müslim vatandaşlara kadar ulaşmıştır. Zekât dağılımında çalışamayacak durumda olan özürlüler, sakatlananlar, harp malûlleri, yolcular, kimsesizler ve borçlular dikkate alınmıştır (Özer, 2015: 55-63).

Zihinsel yetersizlik doğuştan gelen ve sürekli bir yetersizlik biçimi olarak görülmüştür. Bunun belirlenmesinde toplumsal uyum becerileri esas alınmış ve değerlendirme bir kere ile sınırlandırılmamıştır. Yani ortadan kalkma ihtimali yok sayılmamıştır. Vesayet altına alınma, kurala bağlanmış; ihmal ve istismarın önüne geçilmiştir. Bu kişiler özgür ve normal gelişim gösteren bireylerin sahip olduğu sosyal haklardan mahrum bırakılmamış; özel düzenlemelerle bunları kullanmaları sağlanmıştır. Birey toplum dışına itilmemiş, hatta bazı ayrıcalıklar tanınarak özel uygulamalarla sosyal katılımları sağlanmıştır. Aksi durum büyük günahlardan sayılan kul hakkının çiğnenmemesi kapsamında ele alındığından, uygulamada itina gösterilmiştir. İlk dar-üş-şifa 707 yılında Emevi halifesi Abdülmelik tarafından Şam'da; tam teşekküllü ilk hastane, 800 yılında, Abbasi halifesi Harun er-Reşid tarafından Bağdat'ta kurulmuştur. 10.yy.da İslam dünyasında kurulan en ünlü hastane Bağdat'ta Büveyhi Emiri Adudüddavle tarafından 981 yılında yaptırılan Bimaristan-i Adudi'dir. Her hastalığın bir çaresi olduğu ve ilacının aranması gerektiği düşünülmüştür. Hz. Muhammed'in sağlıkla ilgili öğütlerini içeren ve "Tıbbi Nebevi" başlığı altında toplanan hadisleri de dönemin tıp anlayışını etkilemiştir. Akıl hastalıkları sınıflandırılmış bazıları üzerinde şok tedavisi niteliğinde uygulamalar yapılmıştır. Bağdat, Kahire, Şam, Edirne, İstanbul gibi önemli ticaret ve bilim merkezlerinde akıl hastalarının ve dolayısıyla da zihinsel yetersizliği olan bireylerin bakıldığı hastaneler/kurumlar kurulmuş ve giderleri devlet tarafından karşılanmıştır. Devlet başkanı başta görevlilerin kontrol amaçlı geldikleri bu yerlere aileleri diledikleri zaman ziyaret yapabilmıştır. Tedavide şifalı otlar, müzik kullanılmış; yiyip içtiklerine özel önem verilmiştir. Cezai ehliyetlerinin olmaması idam ve hapis gibi benzeri cezalardan muaf tutulmalarını sağlasa da mallarından kan parası ödenmesi, oluşan zararın vasisine yüklenmesi gibi uygulamalarla mağdurların adalet beklentisi korunmuştur. Kamusal yükümlülükten muaf tutulmuş olmakla birlikte kamusal hakların birçoğundan (evlenme, boşanma, mülk edinme, ekonomik etkinliklerde bulunma vb.) diğer bireyler gibi faydalanmaları sağlanmış, pozitif ayrımcılık yapılmıştır (Aksoy, 2014: 103-110).

### ***1.2.2.3. Selçuklu-Osmanlı Döneminden Günümüze Türk Psikiyatri Tarihi***

VIII. yüzyıl sonrası İslam diniyle tanışan Türkler, bu dönemde Hipokrat, Galen gibi antik dönem hekimlerinin Arapça 'ya çevrilen tıp kitaplarından etkilenmiştir. 11. yüzyılda yaşamış ve bütün islam dünyasının en büyük hekimi olarak tanınmış olan İbn-i Sina hekimlik alanında önemli gelişmeler sağlamıştır. Aynı zamanda bir ruh hekimi olarak da ün kazanmıştır. İbn-i Sinâ'ya göre ruh ve beden olarak iki cevher bulunmaktadır. Ruh bedeni bırakınca beden canlı olmaktan çıkar ve bir ceset olur. Ruh kendi yetileri ile hayati

fonksiyonlarını görür. Bedeni korur ve bedende bulundukça onu dış etkilere saklar. İbn-i Sina ruha ayrı bir önem vermektedir ve esas yapının ve “öz” ün ruh olduğunu savunmaktadır (Ülken, 1967: 94-99; Hopaç, 2014: 386-387). İbn-i Sina’nın “Kanun” adlı eserinde ruhun “bitkisel”, “hayvansal” ve “insani” olmak üzere üç özelliği olduğundan bahsetmiştir. Bitkisel ruh beslenme ve üreme, hayvansal ruh algılama ve hareket ve insani ruh ise idealler ve ahlaki değerlerdir. Bu eserinde İbn-i Sina ruh bozukluklarını ve hastalıklarını onbeş grup içinde toplamıştır. Bunlar arasında sarı safranın etkisi sonucu beyin dokusunda ve beyin zarlarında ortaya çıkan “Frenitis” adı verilen ateşli akıl hastalıkları; beyinde, orta ve yan karıncıkların dokusunda değişme sonucu ortaya çıkan algı, bellek, düşünce bozuklukları; kara safranın neden olduğu melankoli gibi hastalıklar bulunmaktadır (Demir, 2012: 9-10; Köknel, 1998: 102-103).

Orta Çağ Avrupa’sında psikiyatri hastalarına işkence edildiği, hastaların büyücü olarak kabul edilip diri diri yakıldığı dönemde, bütün islam topluluklarında ve Türklerde ruh hastalarına karşı anlayışlı, hoşgörülü davranılmış ve onlara acıma duygusuyla yaklaşmıştır. İslam inancına göre psikiyatri hastaları günahkar olmayan ve Allah’a yakın olan kişiler olarak kabul edildiği için bu toplumlarda ruh hastalarına saygıyla ve merhametle muamele edilmiştir. Anadolu’da Selçuklular devrinde, ruh hastalarının tedavisiyle uğraşan hastane-köylerin varlığı bilinmektedir. Bunun yanında dini ve sosyal kuruluş olarak ortaya çıkan tekkelerinde ruh hastalarının tedavisi noktasında büyük hizmetleri olmuştur. Tekke şeyhlerinin ruh hastalarının tedavisi için uğraştıkları hatta bazı ailelerin nesiller boyunca bu işi kendilerine vazife edindikleri bilinmektedir. Tedavi edilen hastalardan hiçbir ücret talep edilmemiş, devlet bunun karşılığında ruh hastaların tedavisi için uğraşanları her türlü vergiden muaf tutmuştur (Songar, 1977: 2-4). Selçuklular döneminde açılan şifahaların bir kısmı akıl hastalarına ayrılmıştır. Bunlardan bir tanesi 1154 yılında faaliyete geçmiş olan “Nureddin Hastanesi” dir. Bu hastanede akıl hastaları için özel bir bölüm bulunmuş ve bu bölümde akıl hastalarına müzikle tedavi uygulanmıştır. Selçuklular döneminde açılan ve Anadolu’da yapılmış Selçuklu darüşşifaları ve tıp medreseleri arasında en seçkini olan ve günümüze kadar varlığını sürdürebilen bir kompleks olan Kayseri Gevher Nesibe Tıp Medresesi ve Maristanı 1206 yılında Gıyaseddin Keyhüsrev tarafından yaptırılmıştır. Yapı iki blok halindedir. Batı tarafındaki blok şifahane, doğudaki ise medresedir. Şifahanenin batısında yer alan ve akıl hastalarının tedavi edildiği Bimarhane olduğu düşünülen bölümde hastaların musiki ve telkinle tedavi edildiği düşünülmektedir. Bu akıl hastanesinin içinde aynı zamanda tıp tahsili de yapılmaktadır. Selçuklu şifahanelerinde hastalar müzikle ve su sesiyle tedavi edilmektedir (Erer ve Atıcı, 2010: 30-31; Gençel, 2006: 699; Kılıç, 2012: 81-92). Bu hastanelerin yanında Selçuklular döneminde kurulan en ünlü şifahaneler arasında Sivas ve Erzurum’da ki şifahanelerde bulunmaktadır. Selçuklular döneminde kurulan şifahanelerin en önemli özellikleri ruh hastalarının toplumdan uzaklaştırılmadan, hapsedilmeden ve kötü muameleye maruz kalmadan tedavilerinin yapılmaya çalışılmasıdır. Bu sebeple bu şifahaneler genellikle kente uzak olan yerlere değil şehrin merkezine kurulmuşlardır (Öztürk ve Uluşahin, 2011: 8).

Osmanlı döneminde de Selçuklular döneminde ki gelenek sürdürülmüştür. Kurulan şifahaneler, Bimarhaneler ve tımarhaneler kent merkezlerine, sosyal, ekonomik, kültürel

ve dinsel etkileşimin en yoğun olduğu noktada cami-medrese-hastane kompleksi şeklinde inşa edilmiştir. Osmanlı döneminde ilk açılan hastane 1400 yılında Bursa Yıldırım Darüşşifası'dır. Burada akıl hastalarının da tedavi edildiği bilinmektedir. İstanbul'un fethinden sonra Fatih Sultan Mehmet 1470 yılında Fatih Külliyesini yaptırmıştır. Külliye'de ortada cami, caminin etrafında ise medreseler, tabhane, imaret, kervansaray, türbeler, kütüphane, mektep ve darüşşifa bulunmaktadır. Fatih darüşşifası günümüze kadar ulaşamamıştır. Evliya Çelebi bu hastanede 70 oda, 80 kubbe, 200 hastabakıcı ve bir başhekimin bulunduğunu, aynı zamanda hastaların bildircin ve sülün gibi av etleri ile beslendiğini ve hanendeler ve sazandelerin onları eğlendirdiğini ifade etmiştir. Osmanlı döneminde farklı dönemlerde padişahlar ve sultanlar tarafından Bimarhaneler yaptırılmıştır. Bunlar Kanuni Sultan Süleyman'ın eşi Hürrem Sultan tarafından 1539 yılında yaptırılan Haseki Darüşşifası, Edirne'de (1488) kurulan II. Bayezid Darüşşifası, Kanuni Sultan Süleyman tarafından 1559 yılında yaptırılan Süleymaniye Darüşşifası ve Tıp Medresesi ve Nurbanu Sultan tarafından 1583 yılında yaptırılan Atik Valide Darüşşifası'dır. II. Beyazid ve Süleymaniye Darüşşifalarında akıl hastalıklarından ve onlarla ilgili koşullardan ayrıca söz edilmektedir. Sultan II. Bayezid tarafından yaptırılan ve 1488 yılında hayata geçirilen II. Bayezid Külliyesi dönemin en önemli sağlık, sosyal, eğitim ve dini kurumlarından biri olmuştur. Cami, medrese, tabhane, imaret, çifte hamam, değirmen, köprü, sıbyan mektebi ve mehterhane birimlerinden oluşan bu yapılar topluluğunun en önemli bölümü ise Darüşşifa denilen hastanesidir. II. Bayezid Darüşşifası'nın önemli özelliklerinden birisi hastaların musiki ile tedavi edilmesidir (Evliya Çelebi, 2011: 1/152; Kılıç, 2012; Sarı ve Akgün, 2008: 8-9; Şengül, 2008: 94). Evliya Çelebi bu konuda şunları yazmıştır (Evliya Çelebi, 2011: 3/263-264):

”Merhum ve mağfur Beyazid Veli Hazretleri Vakfiyesinde, hastalara deva, dertlere şifa, divanelerin ruhuna gıda ve def-i sevda olmak üzere on adet hanende ve sazende gulam tayin etmiş ki, üçü hanende, biri neyzen, biri kemancı, biri musikarcı, biri santurcu, biri çengi, biri çenk santurcu, biri udcu olur, haftada üç kez gelerek hastalara ve delilere musiki faslı ederler. Allahın emriyle, nicesi saz sesinden hoşlanır ve rahat ederler. Doğrusu musiki ilminde neva, rast, düğah, segah, çargah, suzinak makamları onlara mahsustur. Ama zegule makamı ile buselik makamında rast karar kılsa insana hayat verir. Bütün saz ve makamlarda ruha gıda vardır.”

Bu darüşşifa akıl hastalarına yönelik müzikle tedavinin yapıldığı tarihteki en önemli kurum olmuştur. Hastanenin yapımında müzik sahnesi düşünülmüş ve ortamın akustüğüne de büyük önem verilmiştir. Ayrıca bu darüşşifa da akıl hastalarını rahatlatmak için sadece musiki değil, bunu tamamlayan su sesi de tedavinin bir parçası haline getirilmiştir (Şengül, 2008: 117).

Atik Valide Darüşşifası ismiyle bilinen Toptaşı Bimarhanesi, çok uzun yıllar ülkenin tek akıl hastalıkları kuruluşu olarak kalmış, Cumhuriyet'in ilk yıllarında Bakırköy'deki bugünkü yerine nakledilmiş ve 1927 yılında kapatılmıştır. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Toptaşı Bimarhanesi'nin devamı olarak kurulmuştur. Cumhuriyet yıllarında Manisa ve Elazığ'da önemli bir kısmı kronik hastalara ayrılmış birer akıl hastanesi açılmıştır. 1960'lardan sonra genel bir ruh sağlığı programı içinde Samsun'da, Ankara'da Ruh Sağlığı Merkez'leri kurulmuş ve Bakırköy Akıl Hastanesinin adı Marmara Ruh Sağlığı Merkezi olarak o yıllarda değiştirilmiştir. Bunun sebebi depo hastanelerini

ortadan kaldırmak ve açık kapı ilkesini benimsemiş, uğraşı tedavisine de yönelen ve ruh hastalarına yönelik insancıl bir yaklaşımı amaç alan tedavi kurumlarının başlatılmasıdır. Türkiye’de, 19. yüzyıl sonunda, çağdaş eğitim görmüş ilk ruh hekimi 1898’de Gülhane Askeri Tıp Okulunda psikiyatri derslerini başlatan Raşit Tahsin’dir. Onu izleyen Mazhar Osman Türk psikiyatrisinin kurucusu olarak bilinir. Gülhane’den İstanbul Tıp Fakültesine geçen ve o dönem baştabipliğini yaptığı Toptaşı Bimarhane’sini 1927’de Bakırköy’e taşıyan Mazhar Osman Türkiye’de efsane haline gelmiş bir hekimdir. Mazhar Osman’ı Gülhane’de Nazım Şakir, Üniversitede İhsan Şükrü Aksel ve Fahrettin Kerim Gökay izlemişlerdir ve başarılı bir eğitim ve araştırma çabası ile Türk psikiyatrisinin bilimsel düzeyini yükseltmişlerdir. Yirminci yüzyılın ilk yarısında Türk psikiyatrisinin temsilcileri olan bu hekimler Türkiye’de Kraepelin okuluna göre çalışmışlar, eğitim yapmışlardır. 1946’da Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri kliniği yöneticiliğine atanan Prof. Dr. Rasim Adasal Türk psikiyatrisinin en “doğurgan” kitap yazarıdır. Rasim Adasal, yazdığı kitaplarda ruh hekimliğinin toplumsal yönlerine de önem vermiş ve psikanalizden doğan dinamik psikiyatrinin Türkiye’de tanınmasında ve gelişmesinde öncü olmuştur. Bunun yanında ruh hastalıklarında rehabilitasyon ve meşguliyetle tedavi metodunun gerçekleştirilmesine sebep olan Dr. Faruk Bayülkem’ de Türk Psikiyatrisinde önemli isimler arasında yer almaktadır (Öztürk, 1983: 19-20; Songar, 1977: 6; Öztürk ve Uluşahin, 2011: 8).

Şu anda Türkiye’de İstanbul Bakırköy, İstanbul Erenköy, Manisa, Bolu, Samsun, Adana, Elazığ ve Trabzon Ataköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri olmak üzere 8 adet bölge hastanesi bulunmaktadır. Bu hastanelerde ki toplam yatak sayısı 3932’dir. Bunun yanında genel hastaneler, özel hastaneler ve üniversite hastaneleri de eklendiğinde Türkiye’de toplamda psikiyatri yatak sayısı 7356’dır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a: 7-9).

#### **1.4.Ruh Sağlığı Politikaları**

##### **1.4.1.Dünyada Uygulanan Politikalar**

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1977 yılında Cenevre’de yapılan Dünya Sağlık Asamblesi’nde “2000 yılında herkes için sağlık” olarak bilinen hareketi başlatmıştır. Ardından 1978 yılında Alma-Ata’da yapılan Uluslararası Sağlık Konferans’ı sağlık politikası ile ilgili temel yapı taşlarından bir tanesi olmuştur. Kabul edilen deklarasyonda birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlıklı bir toplum yaratmada anahtar rol oynadığı üzerinde önemle durulmuştur. Alma-Ata konferansında, yalnızca hastalığın ve sakatlığın olmayışının değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik hali olarak tanımlanan sağlığın temel insan haklarından biri olduğu ve bunun da mümkün olan en iyi seviyede tutulmasının dünya çapında en önemli sosyal amaçlardan olduğu vurgulanmıştır. Üye ülkelerce herkes için sağlık kavramının benimsenmesinden sonra DSÖ-Avrupa Bölge Ofisi 1980 yılında Avrupa için politikaları belirlemiş ve 1984 yılında “Avrupa’da Herkes İçin Sağlık Hedefleri” yayımlanmıştır. Lizbon’da 1991 yılında toplanan Bölge Komitesi bu hedefleri yeniden gözden geçirerek güncelleştirmiştir. 1998 yılında Kopenhag’da yapılan 48. Avrupa Bölge Komitesi toplantısında “herkes için sağlık” yaklaşımı olgunlaştırılarak “Sağlık 21” başlığıyla 21’inci yüzyıl için sağlık alanında 21 hedef belirlenmiştir. Sağlıkta dayanışma, hakkaniyet, yaşama sağlıklı başlanması, gençlerin sağlığı, yaşlıların sağlığı

başlıklarından sonra 6. hedef ruh sağlığının geliştirilmesi olarak belirlenmiştir (WHO, 1978: 1; T. C. Sağlık Bakanlığı, 2011a: 2). Ruh sağlığının geliştirilmesi olan 6. hedef, 2020 yılına kadar, insanların psikososyal iyilik halinin geliştirilmesi ve ruh sağlığı sorunları olan insanların ulaşabileceği daha kapsamlı hizmetler oluşturulması şeklinde ifade edilmiştir. Bunun yanında özellikle alt başlıklarda sağlığı kötü yönde etkileyen ruh sağlığı sorunlarının prevalansının azaltılması ve insanların stresli yaşam olayları ile başa çıkabilme yeteneğinin artırılması ile halen yüksek intihar hızlarına sahip olan ülkelerde ve nüfus gruplarında belirgin azalmalar sağlanarak intihar hızlarının en az üçte bir azaltılması yönünde hedefler oluşturulmuştur (WHO Europe, 1998: 17).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), ülkelerin ruh sağlığı politika metinleri olmasının, yeterli ve kaliteli ruh sağlığı hizmeti sunulabilmesi için ana ve güçlü bir araç olduğunu vurgulamaktadır. Ulusal ruh sağlığı politikalarının öneminin yaygın bir şekilde kabulüne rağmen DSÖ 2001 verilerine göre, ülkelerin %40'ından fazlasının hiçbir ruh sağlığı politikası bulunmamaktadır. Ülkelerin %90'ından fazlasının çocuk ve ergenleri içeren herhangi bir ruh sağlığı politikası yoktur. Bunun yanında %30'undan fazlasının ise herhangi bir ruh sağlığı programı dahi bulunmamaktadır (WHO, 2001: 3). Dünya Sağlık Örgütü tarafından hazırlanan 2014 Ruh Sağlığı Atlasına göre, Dünya Sağlık Örgütüne kayıtlı olan 194 ülkenin 168'inin katılımıyla yapılan değerlendirme sonucunda bu ülkelerin yalnızca %15'inin mevcut bir politika ve planı bulunmakta ve tam olarak uygulanmaktadır. %61'inin mevcut bir politika ve planı olmasına rağmen bu politika ve planlar kısmen uygulanmaktadır. %14'ünün politika ve planı bulunmakta ancak uygulanmamaktadır. %10'unun ise herhangi bir politika, planı ve uygulaması yoktur. Bölgeler açısından değerlendirildiğinde ise en çok Avrupa bölgesinde politika ve planlar bulunmakta ve uygulanmaktadır. Avrupa bölgesinde bulunan ülkelerin %31'inde politika ve planlar bulunmakta ve bunlar tamamen uygulanmaktadır. %60'ında politika ve plan bulunmakta ancak kısmen uygulanmaktadır. %9'unda ise politika ve plan vardır ancak uygulanmamaktadır. Bu bölgede politika ve planı olmayan ülke bulunmamaktadır. Diğer bölgeler arasında ise %19'luk oranıyla en fazla politika ve planı olmayan ve dolayısıyla uygulamayan bölge Doğu Akdeniz Bölgesi'dir. (WHO, 2014: 24).

DSÖ verilerine göre, Ruhsal bozukluklar küresel hastalık yükünün yaklaşık olarak %12'sini oluşturmaktadır. Bu verilerin 2020 yılına kadar yaklaşık olarak %15'e ulaşacağı tahmin edilmektedir. Ruhsal hastalıkların küresel maliyetinin 2010 yılında 2,5 trilyon dolar olduğu düşünülüyorken bu maliyetin 2030 yılında 6 trilyon dolara ulaşacağı tahmin edilmektedir. Bu maliyetin üçte ikisi dolaylı maliyetler olup yalnızca üçte biri doğrudan maliyetlerdir. Ekonomik maliyeti 2010'dan 2030'a kadar en yüksek oranda artması beklenen hastalıklar arasında ruhsal hastalıklar, kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada yer almaktadır. Ruhsal hastalıklar arasında ise engellilik açısından en yüksek küresel maliyeti unipolar depresyon, alkol kullanım bozukluğu ve şizofreni gibi hastalıklar oluşturmaktadır (Bloom, vd., 2011: 9-32)

Dünya Sağlık Örgütü (2003) verilerine göre dünyada 450 milyon kişinin bir ruhsal veya davranışsal hastalıkla mücadele ettiği ifade edilmiştir. Dünyada engelli yaşanan yılların başlıca sebeplerinden 6 tanesinden 4'ü nöropsikiyatrik hastalıklardır (şizofreni, depresyon,

alkol kullanım bozukluğu ve bipolar bozukluk). Her yıl yaklaşık olarak 1 milyon kişi intihar etmektedir. 150 milyondan fazla birey depresyon hastasıdır. Yaklaşık olarak 25 milyon şizofreni hastası bulunmaktadır. 90 milyondan fazla kişi alkol ve madde kötüye kullanım bozukluğuna sahiptir (WHO, 2003: 8).

Yirminci yüzyılın ikinci yarısından sonra dünya genelinde ruh hastalıklarının oranının artması, insan haklarına olan vurgunun daha çok göz önüne alınması, hastanelerin aşırı kalabalık olması ve aynı zamanda iş gücü oranının oldukça az olması, hastane hijyen koşullarının kötü olması ve hasta hakları ihlallerinin yaygın olarak görülmesi gibi nedenlerden dolayı özellikle Batı Avrupa’da psikiyatrik hizmetler kavramsal ve yapısal olarak ciddi dönüşümler yaşamıştır. En önemli dönüşüm hastaların toplum içinde tedavi edilmesi görüşünün ortaya çıkması ile büyük psikiyatri hastanelerinin kapatılmasıdır. Dünya genelinde çeşitli toplum ruh sağlığı modelleri geliştirilmiş ve ruhsal hastalığı olan bireylerin yaşam kalitelerinin yükseltilmesi hedeflenmiştir. Toplum ruh sağlığı modeli 1950 yıllarından itibaren başlayarak giderek yaygınlaşan bir uygulama halini almıştır. Dünya sağlık örgütü 2014 ruh sağlığı atlasına göre Dünya Sağlık Örgütü’ne üye 168 ülkenin katılımıyla yapılan değerlendirme sonucunda günümüzde her 5 ülkenin 4’ü toplum temelli hizmete geçiş politikalarını teşvik etmiştir (Saruç ve Kılıç, 2015: 54; Ulaş, 2008: 2).

Avrupa ülkelerindeki ruh sağlığı politikalarıyla ilgili değişim ilk olarak 1961 yılında “İtalyan ruh sağlığı reformu” adıyla İtalya’da başlamıştır. Hastane merkezli hizmet anlayışından toplum psikiyatrisi modeline dönüşüm gerçekleşmiştir. Bu dönüşümle öncelikle büyük psikiyatri hastaneleri kapatılmış, genel hastaneler içinde 16 yataklı psikiyatri klinikleri açılmıştır. Ülke coğrafi alanlara bölünmüş ve yaklaşık 100 bin kişinin yaşadığı her bir bölgeye hizmet veren ruh sağlığı ekibi oluşturulmuştur. Her bölgede 16 yataklı psikiyatri kliniği, rehabilitasyon çalışmalarının yapıldığı Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri ve apartman daireleri içinde yaklaşık 20 kişiye uzun süreli bakım verecek 3-4 ev oluşturulmuştur. Hizmetlerin finansmanı merkezi hükümet, belediyeler, sosyal güvenlik sistemi ve vakıflar üzerinden sağlanmıştır. Hastaların haklarının korunması için ruh sağlığı yasası çıkarılmıştır (Yanık, 2007: 19).

İtalya’da ruh sağlığı uygulamaları tamamen toplum temelli ruh sağlığı sistemine göre yapılmaktayken İngiltere’de uygulanan model, İtalya’dakinden farklılaşmakta, hem hastane temelli hem de toplum temelli sistem arasında kurulan bir denge modeli oluşturulmaya çalışılmaktadır (Yanık, 2007: 19-20). İngiltere’de psikiyatride rehabilitasyon hizmetlerinde reform hareketi 1950’li yıllarda başlamış olmasına rağmen ruh hastalarıyla ilgili toplum temelli tedavi ve bakımın adımları ancak 1970’li yıllarda atılmıştır. 1983 Ruh Sağlığı Reformuyla (Mental Health Act, 1983) toplum ruh sağlığı hizmetleri ilk biçimini almıştır. Psikiyatrik bozukluğu olan hastalara sunulan tedavi olabildiğince hastane dışına taşınmış ve 1995 yılına kadar tüm depo psikiyatri hastaneleri kapatılmıştır. Süregelen ruhsal hastalığı olan bireylerin tedavi ve bakımları için “Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri” oluşturulmuştur (Bag, 2012: 467- 468).

Amerika’da ise 1946 yılında, ABD tarihinde ilk kez, psikiyatri eğitim ve araştırma için federal fon sağlanan Ulusal Ruh Sağlığı Yasası kabul edilmiştir. Bu Kanun Ruh Sağlığı

Ulusal Enstitüsü (NIMH)'nün kurulmasına yol açmıştır. ABD'de akıl hastanelerindeki koşulların Büyük Buhran ve İkinci Dünya Savaşı sırasında çok fazla kötüleşmesi sebebiyle 20. yüzyılın ortalarında, akıl hastanelerinden ziyade kurum dışı bakımın gelişi ya da toplum içinde ruh sağlığı hizmetinin sağlanması ile birlikte ruh sağlığı bakımı sistemi dönüştürülmüştür. Bu durum toplum ruh sağlığı merkezlerinin inşasını ve finansmanının sağlanmasına sebep olmuştur. Bu merkezler için federal destek Başkan John Kennedy'nin imzaladığı 1963 Toplum Ruh Sağlığı Yasası uyarınca yetkili kılınmıştır. Bu federal fonlar ilk kez ruhsal hastalıkların tedavisini sağlamak için kullanılmıştır. Bu yasa sonrası ülke genelinde toplum ruh sağlığı merkezleri açılmıştır. Başlangıçta bu merkezler tüm ruh sağlığı sorunları ve önlenmesi ile birlikte tedaviyi de kapsayan geniş bir hizmet alanına sahipken 1970'lere gelindiğinde hedeflerini uzun süreli ve özürlü bırakan hastalığı olan kişilerin tedavisi yönünde daraltmıştır. Böylelikle bu nüfusun akıl hastanelerinden çıkıp topluma kazandırılması sağlanmıştır. Bu süreçte uzun süreli hastalar grup evleri, bakım evleri ve diğer kurumlara nakledilmiş böylelikle hastaların topluma kazandırılma felsefesi ile birlikte büyük devlet hastanelerinin ve hastaneye yatan toplam nüfusun önemli ölçüde küçültülmesi sağlanmıştır. Bu dönemde kamu ruh sağlığı hastanelerinin kapasitesi 500 bin nüfustan 150 bin nüfusun altına düşmüştür (Sundararaman, 2009: 3-4; Drake ve Latimer, 2012: 48).

1980'ler ve 1990'lar boyunca, iki hareket, Birleşik Devletler' deki toplum ruh sağlığı bakımını kuvvetle etkilemiştir. Bunlar kanıt temelli uygulama bakım modeli ve iyileşme hareketidir. Kanıta dayalı uygulama hareketi verimlilik araştırmasından ve kanıt temelli tıptan ortaya çıkmıştır. İyileşme hareketi ise bir zaman sonra ruh sağlığı sisteminin kullanıcılarından ve deneyimlerinden ortaya çıkmıştır. Araştırma temelli bakım modelleri kanıta dayalı uygulamalar olarak tanımlanmıştır. 1997'de bazı kurumların birleşimiyle 6 adet kanıta dayalı uygulama modeli geliştirilmiştir. Bunlar, destekli istihdam, aile psikoeğitimi, hastalık yönetimi ve iyileşmesi ve eşlik eden bozukluklar için entegre tedavidir (Drake ve Latimer, 2012: 48).

2000'li yıllarda ise ABD'de toplum ruh sağlığı bakımı konusunda daha çok bu bakım hizmetlerinin maliyetlerini yönetmeye ilişkin faaliyetler baskın hale gelmiştir. Mali durgunluk devlet bütçelerini ciddi şekilde etkilemiş ve çok sayıda finansal kesintiye neden olmuştur. Bu dönemde sigortasız vatandaşların % 15'i (ruhsal rahatsızlıkları olanlar için daha yüksektir), asgari bakıma bile erişmekte zorluk çekmiştir ve en ciddi hastalıkları olan insanlar için toplumsal ruhsal sağlık bakımı dramatik bir şekilde bozulmuştur. Çok yakın bir tarihte ortaya konan, parite mevzuatı ve sağlık reformu mevzuatı ile, Birleşik Devletler' de akıl hastalığı olan kişilerin sigortayı daha kolay alacakları ve zihinsel sağlık bozukluklarının fiziksel sağlık bozuklukları ile aynı şekilde ele alınacağı konusunda önemli düzenlemeler yapılmıştır (Drake ve Latimer, 2012: 49; Sundararaman, 2009: 8).

Almanya'da psikiyatri reformu 1970'lerin ortalarında başlamıştır. 1975 yılında ruh sağlığı alanında Ulusal İnceleme Raporu hazırlanmıştır. Bu rapora göre Almanya'da Psikiyatri alanında yataklı tedavi yalnızca büyük ve yetersiz personelin bulunduğu akıl hastanelerinde sağlanmaktaydı. Hem genel hastanelerde hem de diğer ruh sağlığı servislerinde psikiyatrik alanda neredeyse tamamen boşluk bulunmaktaydı. Ruh sağlığı bakımı ile genel sağlık

bakımı sistemi arasında oldukça belirgin bir ayrım vardı. Bu sebeplerle komisyon acilen yapısal reform gerçekleştirilmesini istedi. Buna göre toplum temelli ruh sağlığı sistemine geçişin gerçekleştirilmesi ve ruhsal bozukluğu olan tüm hastalara kapsamlı bir hizmet sunulması prensipleri belirlenmiştir (Schulz, 2012: 108-109).

1991 yılında yayınlanan “Ruh sağlığı hastanelerindeki personel üzerine federal yönerge”, psikiyatri servislerinde çalışan personelin yetersizliğine odaklanmıştır. 1991 yılından sonra personel açığının giderilmesine odaklanılmıştır. 1990 yılında psikiyatri hizmetlerinde çalışan tıbbi personel sayısı 1630’dan 2334’e çıkarılmıştır. Benzer şekilde hemşire, psikolog, sosyal çalışmacı, uğraşı terapisti sayısında da önemli artışlar sağlanmıştır. 1990 yılında psikiyatri hizmetlerinde çalışan toplam personel sayısı 15253 iken, bu sayı 1995 yılında %24’lük bir artışla 18939’a ulaşmıştır (Ulaş, 2008: 4). 2003 yılında psikiyatrik yatakların toplam sayısı, 1991 yılındaki tüm yatak sayısının üçte ikisi kadar bulunmuştur. Sonuç olarak Almanya’da 1970 yılından itibaren psikiyatri alanında 'yeni program' oluşturulmuştur. Genel hastanelerdeki psikiyatri birimlerinin sayısı son derece arttırılmıştır; süreğen ruhsal rahatsızlığı olan kişileri yerel topluluklara yeniden entegre etmek için büyük ölçekli hastaneleri kaldırma programları oluşturulmuş ve daha fazla günlük klinikler ve günlük merkezler kurulmuştur (Schulz, 2012: 109).

#### **1.4.2. Türkiye’de Uygulanan Politikalar**

Türkiye’de ruh sağlığı açısından veriler değerlendirildiğinde Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması’na göre, Türkiye’de nüfusun %18’inin yaşam boyu bir ruhsal hastalık geçirdiği, çocuk ve ergenlerde ise klinik düzeyde sorunlu davranış oranının %11 olduğu tespit edilmiştir. Aynı veriler gözden geçirildiğinde özürllükle kaybedilen yaşam yıllarına neden olan temel hastalık gruplarından ilk sırayı psikiyatrik hastalıkların aldığı gözlemlenmektedir. Ruhsal hastalıklar sosyal, ekonomik, hukuki ve tıbbi boyutları olan bir sorun olarak hastaları, ailelerini ve toplumu çeşitli şekillerde etkilemektedir. Ruhsal hastalıkların oranının her geçen gün artması dünyada ve Türkiye’de psikiyatrik hizmetlerin kavramsal ve yapısal olarak ciddi dönüşümler yaşamasına neden olmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a: 5).

Türkiye’de psikiyatri hizmetlerinin gelişmesi ve iyileştirilmesi açısından kaynaklar gözden geçirildiğinde ilk girişimlerin 1960’lı yıllarda başladığı gözlenmektedir. Bu dönemde hastalara hastane dışında tedavi ve uyumlandırma hizmetleri vermek amacıyla İstanbul’da yedi adet, Ankara’da ise 1 adet ruh sağlığı dispanserleri kurulmuştur (Doğan, 2016, s.138). Ruh sağlığı alanında gelişmeler takip edildiğinde 1967 yılında Bakanlık bünyesinde Ruh Sağlığı Şube Müdürlüğü’nün kurulduğu gözlenmektedir. 1983 yılına gelindiğinde ise Bakanlığın yeniden yapılanması çerçevesinde Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün kurulmasıyla, daha önceki şube müdürlüğü Ruh Sağlığı Daire Başkanlığına dönüştürülmüştür. Bir yıl sonrasında ise İl Sağlık Müdürlüklerinde Akıl ve Ruh Sağlığı Şube Müdürlükleri taşra teşkilatı olarak kurulmuştur. Başkanlık kuruluş döneminin ardından ilk büyük organizasyonu 25-27 Haziran 1987 tarihinde Ankara’da “Ruh Sağlığı Programı Geliştirme Toplantısı” ile yapmıştır. Toplantılar sonunda 4 ana grup (Koruyucu ruh sağlığı çalışmaları, ruh sağlığının iyileştirilmesi, genel sağlık hizmetlerinin psiko-sosyal yönleri, tedavi ve rehabilitasyon çalışmaları) oluşturulması ve bu grupların bir yıllık

Çalışma planı sonunda raporlarını tamamlamaları ngrlmş ancak bu çalışma devam ettirilememiştir (Dağ, 2003: 60-61).

1998 yılı Eylül ayında Kopenhag’da düzenlenen DSÖ 48. Avrupa Bölge Komite Toplantısında herkes için sağlık, “Sağlık 21” başlığı altında “21. Yüzyılda 21 Hedef” sloganıyla resmen kabul edilmiştir. DSÖ ye ülkelerden, “herkes için sağlık” konusunda kendi stratejilerini belirlemelerini istediğinden 1998 yılında Sağlık Bakanlığı Türkiye için 2020 yılına kadar olan sağlık stratejilerini açıklamıştır. Belirlenen 10 hedeften 8’inci hedef “ruh sağlığının geliştirilmesi” dir. Alt başlığı ise ‘2020 yılına kadar, halkın psiko-sosyal iyilik durumunu geliştirilmek ve ruh sağlığı sorunu olan kişilerin özel bakım almalarını sağlamak’ şeklinde dir. Bu hedefler, 2001 yılında Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından “Sağlık 21, Herkese Sağlık, Türkiye’nin Hedef ve Stratejileri” başlığıyla yayınlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2001; T. C. Sağlık Bakanlığı, 2011a: 4).

1999 Marmara Depremi Türkiye’deki ruh sağlığı hizmetlerinin yeniden gözden geçirilmesi için önemli bir dönüm noktası olmuştur. Deprem sonrası Türk Hkmeti ve Dünya Bankası arasında 23 Kasım 1999 tarihinde Marmara Depremi Yeniden Yapılandırma Projesi (MEER) Anlaşması imzalanmıştır. Bu çerçevede; 5.15 milyon dolarlık bütçesi olan ve 2001-2004 tarihleri arasını kapsayacak projede bileşenlerden biri de ulusal ruh sağlığı politikasının geliştirilmesi şeklinde planlanmıştır. Ayrıca T.C. Sağlık Bakanlığı ile Başbakanlık Proje Uygulama Birimi arasında 7 şubat 2001 tarihinde imzalanan protokol uyarınca, MEER Projesi- Travma Programı’nın yrtlmesi görevi T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ruh Sağlığı Dairesi Başkanlığına verilmiştir. Ruh sağlığı hizmetlerinin koşullara göre yeniden yapılandırılması hedeflenerek uygulamaya koyulan “Ruh Sağlığı Projesi”nin amacı, halkın sağlık eğitimini de içerecek şekilde ruh sağlığı hizmetlerinin niteliğinin ve ulaşılabilirliğinin artırılması ve birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan personelin ruh sağlığı hizmetleri açısından bilgi ve becerilerinin geliştirilmesi şeklinde ifade edilmiştir. MEER Projesi kapsamında ulusal ruh sağlığı politikası geliştirilmesi amacıyla üç ayrı ruh sağlığı konferansı düzenlenerek ruh sağlığı ile ilgili sektör temsilcileri bir araya getirilmiş ve görüşleri alınmıştır. Yapılan konferanslar, görüşmeler, derlenen raporlar ve bilimsel literatür ışığında Dünya Sağlık rgt tarafından tasarlanan “Ulusal Ruh Sağlığı Politikası Kapsamının Geliştirilmesi için Hizmet Kılavuzu Paketi” temel alınarak Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası Raporu oluşturulmuştur. Bu rapor 8 modülden oluşmuştur. Bu modüller; ruh sağlığının organizasyonu, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri, ocuk ve ergen ruh sağlığım politikası, ruh sağlığı hizmetlerinin finansmanı, ruh sağlığında kalitenin geliştirilmesi, ruh sağlığı alanında yasal düzenlemeler, ruh sağlığı alanında savunuculuk ve ruh sağlığında eğitim, araştırma ve insan gücüdür. Her modülde ele alınan başlıkta önce ülkedeki mevcut durum ele alınmış, sonrasında o konudaki hedefler ve bunlara ulaşmak için öngörülen stratejiler sıralanmış, ayrıca ilgili ve sorumlu kuruluşlar da belirtilmiştir. Sonuç ve öneriler bölümünde ise Türkiye’nin ruh sağlığı alanındaki stratejik öncelikleri tartışılmıştır (Ulaş, 2008: 10-11; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2006: 20-29).

Sağlık Bakanlığı tarafından 2006 yılında yayımlanan Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası metninde; Ruh sağlığı sisteminin toplum temelli olması, genel sağlık sistemine

ve birinci basamağa entegre edilmesi, toplum temelli rehabilitasyon çalışmalarının yapılması, ruh sağlığı alanına ayrılan paranın arttırılması, ruh sağlığı hizmetlerinin kalitesinin arttırılması, ruh sağlığı alanı ile ilgili yasaların çıkarılması, damgalamaya karşı hasta haklarının savunulması ve ruh sağlığı alanında eğitim, araştırma ve insan gücünün arttırılması konularına yer verilmiştir. Sağlık Bakanlığı ruh sağlığı politikasında hastane temelli modelden toplum temelli modele geçme kararı almıştır. Bu modelin ilk basamağı olarak da Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) açma kararı Sağlık Bakanlığı tarafından Nisan 2009’da alınmış ve pilot çalışmaların sonuçları değerlendirilerek Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge Şubat 2011’de yayınlanmış ve uygulaması başlamıştır. Bunun yanında 2011 yılında Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023) oluşturulmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2006; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011b).

Ulusal ruh sağlığı eylem planında 2016 yılına ait hedefler belirlenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a: 63-67). Bu hedefler,

- Amaç 1. Ruh sağlığı hizmetleri veren kurumlar arasında eşgüdümü sağlamak
- Amaç 2. Ağır ruhsal bozukluğu olan bireylerin tüm ihtiyaçlarını karşılayan bütüncül bir ruh sağlığı sistemi kurmak
- Amaç 3. Ruh sağlığını teşvik etmek ve geliştirmek
- Amaç 4. Ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık kurumlarına entegrasyonunu sağlamak
- Amaç 5. Psikiyatri yatak sayısını düzenlemek
- Amaç 6. Ruh sağlığı alanında çalışanların sayı ve niteliğini artırmak
- Amaç 7. Çocukluk ve ergenlik dönemine yönelik ruh sağlığı hizmetlerini iyileştirmek ve geliştirmek
- Amaç 8. Ruhsal özürlülere verilen hizmetlerin kalitesini artırmak
- Amaç 9. Ruh sağlığı alanında yasal düzenlemeler yapmaktır.

Bu amaçlardan 2. amaç olan “ağır ruhsal bozukluğu olan bireylerin tüm ihtiyaçlarını karşılayan bütüncül bir ruh sağlığı sistemi kurmak” kapsamı altında belirlenen hedefler,

- Toplum temelli ruh sağlığı sistemine geçmek
- Ağır ruhsal bozukluğu olan hastalar için bakım sistemi kurmak
- Ruh sağlığı hastalarının istihdam edilmesini sağlamak

tır. Toplum temelli modelde; ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) tarafından kayıt altına alınıp takiplerinin sağlanması, halen hastanelerde yatan ve taburculuk sonrası kalacak yeri olmayan hastaların projenin sonraki aşamasında açılacak yarı-yol evleri ve korumalı evlerde kalmasının ve korumalı işyerlerinde istihdamlarının sağlanması hedeflenmektedir (şema 1). Her 100-300 bin nüfusa bir tane açılması planlanan TRSM’lere bağlı coğrafi bölgedeki ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların ve ailelerin, ekip anlayışı içerisinde, bilgilendirildiği, hastanın ayaktan tedavisinin yapıldığı ve takip edildiği, rehabilitasyon, psikoeğitim, iş-uğraş terapisi, grup veya bireysel terapi gibi yöntemlerin kullanılarak hastanın sosyal çevresinden kopmadan toplum içinde yaşama becerilerinin artırılmasını hedefleyen, psikiyatri klinikleri ile ilişki içinde çalışan ve gerektiğinde mobilize ekiple hastanın yaşadığı yerde takibini yapan birimler olması planlanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a: 25-27).



toplumdaki davranışların yapılandırıldığını ve toplumun farklı üyeleri arasındaki ilişkinin belirli kurallar çerçevesinde organize olduğunu ileri sürmektedir. Ona göre, bir toplumdaki tüm unsurlar birbirine bağlıdır ve birlikte çalışırlar, eğer bir dinamik değişirse toplumun tamamı değişebilir, toplum bu değişime uyum sağlayacak şekilde değişir, toplum kendini değiştirerek değişime uyum sağlayacağından daima uyum içinde çalışacaktır. Ancak toplum çok hızlı değiştiği zaman, bir anomi veya kuralsızlık durumuna girer. Anomik bir toplum kolektif temsiller konusunda hemfikir olamaz ve bu nedenle kolektif vicdan toplumdaki sorunlara yol açar (Avasthi, 2016: 4).

İşlevselcilik teorisinin temel düşüncesi bir sistem olan toplumu oluşturan parçalar arasında uyum, harmoni vardır. Sosyal düzenin korunması açısından toplumda uyum, denge, bütünlük ve ahenk önemli olan fonksiyonel unsurlardır ve değişmeyi gerçekleştiren çatışma olgusuna olumsuz bakma eğilimi vardır. Bu açıdan bu düşünceye göre değişim derece derece ve düzenli bir şekilde olmalıdır. Ani ve devrimsel değişimler toplumsal sorunlara neden olur (Kızılçelik, 1994b: 107).

İşlevselcilik teorisi, çeşitli intihar türleri hakkındaki açıklamalarıyla ünlüdür. Durkheim, intiharın nedenini psikolojik olaylarda ya da doğal çevrede değil, yine toplumda arar. İşlevselcilik teorisi, toplumda yaygın olan çeşitli intihar türlerinin nedenlerini açıklamaya çalışmıştır. (1) Kolektif vicdanın zayıflamasına bağlı anomik intihar. (2) Egoist intihar, bir kişinin sosyal bağları gevşediğinde veya kayb olduğunda ortaya çıkar. Diğer bir deyişle toplumsal bağların zayıf olduğu ve bireyin kendisini yalnız hissettiği durumlarda ortaya çıkmaktadır. (3) Özgeciliğe (Diğergam) göre intihar, bireylerin topluma çok güçlü bir şekilde bağlandığı zaman olur. Bu durumlarda birey intiharı bir hak olarak gördüğü için değil gelenekler, adetler nedeni ile intihar eder. Örneğin bazı ilkel toplumlarda kocalarının ölümü sonucu kadınların intihar etmesi gerektiği düşüncesi. (4) Toplumun kolektif vicdanı çok güçlü olduğunda ölümle sonuçlanan intihar (Kızılçelik, 1994a: 198-207; Avasthi, 2016: 4).

İşlevselcilik toplumsal gerilimleri görmezden geldiği için eleştirilmiş ve bu eleştirilere karşılık Merton modern işlevselci ekol içinde toplumsal çatışma ve gerilimleri de incelemeye tabi tutmuştur. Merton ise sistem içindeki bir ögenin pozitif işlevi olduğu gibi bozuk işlevi de olabileceğini öne sürmüştür (Poloma, 1993: 40). Bununla birlikte, işlevselcilik teorisi genellikle bir toplumdaki bütün unsurların birbirine bağlı olmaması, belirli toplumlarda ortaya çıkabilecek savaş ve çatışmalar için bir açıklama sağlayamaması ve toplum için amaçsız bir fenomeni (yani akıl hastalığı gibi) ortaya çıkarmak için gerekli olan acil nedenleri ve motivasyonları göz ardı etmesi gibi sebepler nedeniyle eleştirilmektedir (Avasthi, 2016: 4).

### **1.5.2. Kişilerarası İlişkiler Teorisi**

Amerikalı psikiyatrist olan Sullivan, kişilik gelişimi teorisini genişletmiş ve kişilerarası ilişkilerin önemine vurgu yaptığı kişilerarası ilişkiler teorisini oluşturmuştur. Bu teoriye göre, kişilik asla kişinin içinde yaşadığı ve varlığını bulduğu karmaşık kişiler arası ilişkilerden soyutlanamaz. Sağlıklı insan gelişimi kişinin diğer insanlarla yakınlık kurma yeteneğine dayanır. Dolayısıyla kişilik ve hastalıklar, sosyal güçler ve kişilerarası

deneyimler sonucu oluşmaktadır. Bu nedenle terapide amaç da, kişilerarası deneyimlerin onarılması ve pozitif bir ilişkinin sağlanmasıdır (Pehlivan ve Güner, 2015: 101).

Sullivan'ın kişiler arası kuramı; bebeklik, çocukluk, ilk gençlik, ön-ergenlik, erken ergenlik, geç ergenlik ve yetişkinlik gelişim dönemlerini içerir. Bu teorinin temel özelliği, yedi evreden üçünün daha çok önem teşkil ettiği düşünülen ergenlik dönemine ait olmasıdır. Sullivan ön-ergenlik dönemi ve bunu izleyen yıllarda yaşananların, yetişkinlikte tatmin edici ilişkiler yürütülmek için oldukça önemli olduğuna vurgu yapar. Kaygı her yaşta tatmin edici kişiler arası ilişkileri engelleyici bir güce sahiptir (Burger, 2006: 179-181).

Bu üç ergenlik dönemi kısaca değerlendirildiğinde, birinci ergenlik dönemi olan ön-ergenlik evresi 8-9 yaşlarında başlayan, kişilerin akranları ile yakın ilişkiler kurduğu dönemdir. Bu yakın arkadaşlıkların örneğin çocuğun karşısındaki insanların gereksinimlerine karşı duyarlı olmasını öğrenmesi gibi önemli psikolojik işlevleri vardır. Bu süreçte kurulan yakın arkadaşlıkla birlikte çocuk kendisini kabul edildiğini ve sevildiğini hisseder. Ancak bu dönemde böyle ilişki geliştiremeyen çocuklarda yalnızlık duygusu gelişir ve ilerleyen dönemde yakın ilişkiler kurmakta zorlanırlar. İkinci ergenlik dönemi olan erken ergenlik döneminde ergenlik belirtileri başlamıştır. Fiziksel değişikliklerin yanı sıra cinsel çekicilik olgusu keşfedilir. Bu dönemde kendini cinsel açıdan çekici bulmayan ergenlerin özgüvenleri zedelenir. Bu süreçte anne babaların tutumları da çocukların kendilik imgesini daha da incitebilir. Üçüncü ergenlik dönemi olan geç ergenlik evresi ise, 18- 20 yaşların başıdır. Bu dönemde uzun süreli cinsel ilişki ve mesleki ve maddi konulara ilgi başlamıştır. Bireyler bu aşamaya kadar kullandıkları kaygı giderici taktiklerin bedelini ödemeye başlarlar (Burger, 2006: 180-181).

Kişilerarası teoriye göre, sosyal ilişkiler biyolojik ritimleri senkronize eder ve kişiler arası problemler, bu biyolojik ritimleri bozar ve bu da somatik belirtilerde değişikliklere ve sonuçta depresyona yol açar. Kişiler arası ilişkiler ruhsal zorlanmalara neden olur (Avasthi, 2016: 4).

### **1.5.3. Bağlanma Teorisi**

Bağlanma teorisi II. Dünya Savaşı sırasında John Bowlby tarafından bebekler ile birincil bakım veren ebeveynleri arasındaki etkileşim biçimlerinin gözlemlenmesi sonucunda oluşturulmuş ve Ainsworth gibi kuramcılar tarafından genişletilmiştir. Bağlanma sistemi, doğada bütün memeli türlerde görülen, doğuştan var olan, bağımsız hareket etme kapasiteleri olmayan yenidoğanın hayatta kalmasını sağlayan evrimsel bir sistemdir. Bağlanma bağının kaybedilmesi, kaybolan ilişkiyi yeniden canlandırmak için yavaş yavaş artan ayrılık kaygısına yol açar. Anne - çocuk bağı, diğer nesnelerle sonraki tüm bağlar için bir prototip olarak kabul edilir. Bağlanma Kuramına göre, bir kişinin bağlanma figürü olabilmesi için üç önemli fonksiyonu olmalıdır. Bağlanma figürü olarak adlandırılan birincil bakım veren ebeveyn, ihtiyaç halinde yakınlık kurulmak istenen kişidir ve istenmeyen ayrılıklar, zorlanma, stres, karşı çıkma ve yeniden bir araya gelme arzusunun tetikler. Bağlanma figürü güvenli bir sığınaktır ve ihtiyaç olduğunda sakinleştirir, destekler ve korur. Kişinin çevresini ve kendini tanıması, risk alması için güvenli bir liman oluşturur. Çocuklukta bu kişiye yakınlaşmak için ağlama ve vücut dili etkin olarak kullanılırken,

yetişkinlikte de sözlü veya yazılı iletişim ile bu kişinin rahatlatan, sakinleştiren imgesini zihinde canlandırmak yoluyla yakınlaşma davranışları devam eder (Yıldızhan, 2016: 67-68; Shaver & Mikulincer, 2009: 19; Maraş, 2015: 3; Bowlby, 1969; Ainsworth & Bowlby, 1991).

Bowlby'e göre anne ve çocuk arasında kurulan güvenli bir bağlanma ilişkisi çocuğa sağlıklı psikolojik gelişim olanağı sağlar. Bowlby, doğru gelişmemiş ya da dönem dönem kesintilere uğramış bağlanma ilişkilerinin kişilik problemlerine ve zihinsel hastalıklara yol açacağını iddia eder. Hatta Bowlby, güvensiz bağlanma biçiminin nevrotik bir kişilik gelişmesine zemin hazırlayacağını belirtmiştir. Benzer şekilde, bağlanma teorisinin, çocukluk çağı psikozu, otizm ve davranış bozukluğu gibi çeşitli diğer psikiyatrik bozukluklarda da ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür (Tüzün ve Sayar, 2006: 25-26; Avasthi, 2016: 5).

Bağlanma ilişkisi biçimleri birçok değişik şekilde sınıflandırılmıştır. Genellikle çalışmaların çoğunluğunda Hazan ve Shaver tarafından geliştirilen kendini değerlendirme ölçeği ile belirlenen sınıflama kullanılmaktadır (Hazan & Shaver, 1987). Bu sınıflamada güvenli bağlanma ilişkisi ile güvensiz bağlanma ilişkisi arasında bir ayrım yapılmıştır; güvensiz bağlanma ise kaygılı bağlanma ve kaçınan bağlanma olarak ayrılmıştır. Bu sınıflandırmaya göre güvenli bağlanma ilişkisi kuran kişiler herhangi bir zorlanma da ya da örneğin bir hastalık karşısından sıkıntıya girseler de toparlanacakları duygusunu yaşarlar. Güvensiz-kaygılı bağlanma ilişkisi kuran kişiler erken çocukluk döneminde ebeveynlerinden sıklıkla tutarsız, çoğu kez aşırı koruyucu bir bakım görmüş olan kaygılı bağlanma biçimine sahiptirler ve bir sıkıntı ya da hastalık karşısından başa çıkma kapasitelerinin çok düşük olduğuna inanırlar. Güvensiz-kaçınan bağlanma ilişkisi kuran kişiler ise erken çocukluk döneminde çoğunlukla sorumsuz ve ilgisiz ebeveyn bakımına maruz kalmış, en iyi stratejinin kendi kendine yetmek olduğuna olan inançları sağlamlaşmış olan kişilerdir. Genellikle bir zorlanma ve hastalık durumunda kendi kendine yeten izlenimi vermektedirler. Bir diğer bağlanma türü ise dezorganize bağlanma biçimidir. Dezorganize bağlanma stiline sahip kişiler ise, çocuklukta bakım veren kişi ile çok problemlili ilişki deneyimleri yaşamışlardır. Bakım veren zarar verici olabilir. Çoğunlukla kaotik, travmatik çocukluk deneyimleri olan bu kişilerin içsel çalışma modelleri diğerleri ile ilişki geliştirmede güvenilir bir stratejiye sahip değildir. Bu sebeple bir hastalık ve zorlanma durumunda tutarsız davranışlar sergilerler (Yıldızhan, 2016: 67-71).

#### **1.5.4. Stres Teorisi**

Hans Selye'nin 1936 yılında geliştirdiği teori olan stres teorisi, stresi kişinin çevreye uyum yapma sürecinde yaşadığı fizyolojik tepki olarak tanımlar. Stres, bir stresör ile karşılaşıldığında vücudun olaylara karşı verdiği özgül olmayan tepki olarak değerlendirilmiştir. Stres çevreden bireye yöneltilen ve bireyde kaçınılmaz denilebilecek gerilime yol açan olaylar bütünüdür. Genellikle psikoloji ve tıp alanlarında kullanılan stres kavramı, fizik alanı kökenlidir ve herhangi bir nesne veya sisteme dışarıdan uygulanan bir güç olarak tanımlanır. Stres teorisi, biyolojik teorileri sosyal teorilerle ilişkilendirmeye çalışmıştır (Akman, 2004: 41; Yıldırım vd., 2004: 2).

Hans Selye, stres üzerine oluşturduğu kuramı, *Genel Adaptasyon Sendromu*(G.A.S), hakkında ilk kez 1936 yılında yazdı. Genel Adaptasyon Sendromu bir stresör ile karşılaştığında vücudun oluşturduğu tepkiyi tarif etmektedir ve bu tepkiler üç evreye ayırmıştır. Bunlar, alarm, direnç ve tükenme evresidir. Alarm evresi vücudun stresle karşılaştığında duyguların şiddetlendiği ve ilk tepkinin verildiği aşamadır. Direnç aşaması ise, değişime direnerek homeostazisin korunmaya çalışıldığı dönemdir. Uygun başa çıkma kaynakları bu evrede yoğun olarak kullanılır. Son aşama olan tükenme evresinde stres ortadan kaldırılamamışsa strese karşı koymak için vücut tükenme sürecine girer (Tan & Yip, 2018: 170-171; Szabo et al., 2012: 474).

Stres özgül olmayan sonuçlar meydana getirir; sadece bedenin bir yerini değil bütün sistemi etkiler. Diğer bir deyişle, stres sadece kalbi, karaciğeri vb. etkilemez, bedenin tamamını etkiler. Stres hemen hemen her türlü değişim tarafından tetiklenebilmekte ve insanın bütün biyolojik işlevlerini etkileyebilmektedir. Bunun yanında Brown ve Harris (1978) stresin şiddeti ile depresyon başlangıcı olasılığı arasında doğrusal bir ilişki olduğunu kanıtlamışlardır. Depresif bir dönemden sonra, bireyin hem biyolojik bir savunmasızlığa hem de daha fazla nükse ve strese yanıtı etkileyen bir sosyal savunmasızlığa sahip olduğu öne sürülmüştür. Ayrıca, stresin depresyonun başlangıcından sonra ortaya çıkması durumunda, iyileşmenin önemli ölçüde geciktiğinde görülmektedir. Diğer ruhsal bozukluklar açısından değerlendirildiğinde ise örneğin şizofreni durumunda, stresin patojenik etkiden ziyade patoplastik etkiye sahip olduğu bulunmuştur (Akman, 2004: 42; Avasthi, 2016: 5).

### 1.5.5. Etiketleme Teorisi

Etiketleme teorisi (labelling theory), sembolik etkileşimcilik çerçevesinde gelişen Durkheim ve Simmel'den itibaren anomi kavramı temelinde ele alınan 'sosyal normlardan sapma' konusundaki önemli yaklaşımlardan birisidir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 1960'lı yıllarda yaygın olarak taraftar bulmaya başlamıştır. Frank Tannenbaum'un 1938 yılında gerçekleştirdiği "Kötülüğün Tiyatrosu" (Dramatization of Evil) adlı çalışması ile etiketleme teorisinin kurucusu olduğu düşünülebilir. Bu teori suçun, sapkın davranışın açıklamasında, bakış açısını suçluya değil toplumsal tepkiye ve damgalamaya yöneltir. Bütün sosyal gruplar, uygulamak üzere belirli kurallar koymaktadırlar. Bu sosyal kurallar, bazı eylemleri "doğru" olarak nitelerken ve başkalarını "yanlış" olarak nitelendirmektedirler. Bir kural toplum tarafından kabul edildiğinde, onu ihlal eden kişi, güvenilemeyen özel bir kişi olarak görülür ve bu durum bundan sonraki bütün hayatında o kişinin güvenilmeyen kişi olarak görülmesine neden olabilir. Kişi de zamanla bu etiketi içselleştirir ve kişiliğinin bir parçası haline getirir (Becker, 1963: 1; Dursun, 1997: 309; Göksu ve Karakaya, 2009: 28-32).

Becker bu kuramın en önemli temsilcisidir. Becker sapkınlar hakkında "Neden yapıyorlar?", "Kural ihlallerini nasıl açıklayabiliriz?", "Onları yasak şeyler yapmaya yönlendiren ne var?" gibi sorulara cevap aranırken toplumsal kuralları bozan eylemler hakkında doğuştan sapmış bir şey olduğu ortak-sağduyu önermesinin kabul edildiğini ifade etmiştir. Becker (1963)'a göre sapma hakkındaki temel gerçek onun toplum tarafından yaratıldığıdır. Toplumlar kurallar koyarlar ve bu kuralları bozma sapma davranışını

meydana getirir. Bu davranışı sergileyen bireyler ise dışarıdakiler olarak etiketlenmektedir. Sapkın bu etiketin başarıyla uyarlandığı kimse; sapma davranışı, toplumun öyle etiketlediği davranıştır (Becker, 1963: 4-15).

Etiketlemede, kişinin ve ailesinin geçmişi, dış görünümü, sosyoekonomik durumu, eğitimi, aksanı gibi unsurlar önemlidir. Örneğin bir kişi fakirse eğer hırsızlık suçunu işleyebilir ve şiddet kullanabilir. Bu kişilere etiketleme çok daha kolay bir şekilde yapılmaktadır ve toplumdan yabancılaştırılmaktadırları Sapma davranışını gösteren kişi toplum tarafından etiketlenerek anormal kişi olarak görülür. Eğer kişi de anormal olduğunu kabul ederse bu doğrultuda davranmaya devam etme ihtimali yüksektir. Diğer taraftan etiketlenen bireyler dahil olduğu sapkın grupları terk etmek istese dahi çok fazla engele karşılaşır. Bir taraftan sapkın grup peşlerini bırakmaz bir taraftan ise katılmak istediği yeni grup onu içine almak istemez. Etiketlemenin kötü olan bir yönü de bazı suçların üstü kapalı olarak kalmasına neden olmasıdır. Örneğin bazı cinsel saldırı mağduru kişiler damgalanmak istemedikleri için durumu gizleyebilmektedirler. Akıl hastalığı konusunda da bu yaklaşım kronik akıl hastalığını, etiketlemenin yaşandığı birtakım sosyal süreçlerin bir sonucu olarak görmektedir (Göksu ve Karakaya, 2009: 29-33; Gürler, 2017: 25-26).

## **1.6. Ruh Sağlığı Hizmet Modelleri**

Ruh sağlığı hizmet modelleri geleneksel olan *hastane temelli modeli*, ruh sağlığı alanında meydana gelen reform süreciyle birlikte ortaya çıkan *toplum temelli modeli* ve bu iki modelin dengeli olarak kullanımı olan *toplum-hastane denge modelini* kapsamaktadır. Literatürde ruh sağlığı hizmet modellerinin tarihsel gelişimi açısından yapılan değerlendirmeler ele alındığında 3 ayrı dönemden bahsedilmektedir. Birinci dönem hastane temelli model de denilebilecek olan depo hastanelerinin yükselişi olarak adlandırılan dönemdir. İkinci dönem depo hastanelerinin düşüşü dönemidir. Üçüncü dönem ise, ruh sağlığı hizmetlerinde reform dönemi olarak ifade edilen toplum temelli hizmete dönüşümün sağlandığı dönemdir. Bu dönemlere ruh sağlığı hizmet modelleri başlıkları altında değinilecektir.

### **1.5.1. Hastane Temelli Model**

Hastane temelli model Dünya’da yaygın olarak kullanılmış olan en eski ve geleneksel modeldir. Gelişmiş ülkelerin çoğunda yaklaşık 1880 ila 1950 yılları arasında kurulan depo hastaneler de denilen büyük psikiyatri hastanelerinin var olduğu ve psikiyatri hastalarının uzun süreler tedavilerinin yapıldığı modeldir. Bu hastaneler toplumdan uzak, çok çeşitli klinik bozuklukları ve sosyal anormallikleri olan insanların hayatta kalma ve temel gereksinimlerinin karşılanması için kurulmuş olan 1500-2000 yatak kapasiteli hastanelerdir (Thornicroft ve Tansella, 2002: 84; Alataş vd., 2009: 26). Bu hastanelerin kurulup yaygınlaştırılmasında Pinel ve Tuke tarafından tanıtilen “Moral Treatment” yani ahlaki tedavi anlayışının büyük etkisi vardır. Ahlaki tedavi yaklaşımı temel olarak akıl hastalarının onlar için ayrılmış kurumlarda, toplumdan izole bir şekilde tedavi edilmelerini gerekli görmekteydi. Böylelikle olumsuz çevre koşullarından uzakta ve tedavi sağlayıcıları ile daha yakın ilişkide bulunmaları söz konusu olacaktır. Amerika da ise ahlaki tedavinin ilk savunucusu Benjamin Rush ve sonrasında Dorothea Dix akıl hastanelerinin yaygınlaştırılmasında öncülük etmişlerdir. 20. Yüzyılın başlarında depo hastanelerinin

yükselişi olarak adlandırılan bu dönemde Amerika ve Avrupa'nın genelinde akıl hastaneleri oldukça yaygınlaşmıştır. Fakat sayıları ve kapasiteleri artan akıl hastanelerinin insani ve kaliteli hizmet sunmadığına, hatta bazılarının çok ciddi insan hakları ihlallerine neden olduğuna dair şikâyetler olmuştur ( Songur vd., 2017: 277; Horwitz ve Gerald, 2011: 631; Ekmekçi, 2018: 79-82; Trent, [http://www. disabilitymuseum.org/](http://www.disabilitymuseum.org/)).

Akıl hastanelerinin aşırı kalabalık olması, hijyen koşullarının kötü olması, hasta hakları ihlallerinin yaygın olarak görülmesi ve antipsikiyatri akımının etkisi ile bu model terk edilmeye başlanmıştır. 1950'den sonra tekrarlayan kötü muamele vakaları depo hastanelerinin düşüşü dönemi olan ikinci dönemi başlatmıştır. Bu dönemde Avrupa ülkelerinde ve ABD'de toplumdan uzak büyük akıl hastanelerinin kapatılıp toplum temelli psikiyatri modeline geçişin başladığı dönemdir. ABD'de akıl hastanelerindeki psikiyatri yatak sayısı 1955 yılında 559.000 iken 1980 yılına gelindiğinde 138.000'e gerilemiş ve % 75'lik bir düşüş göstermiştir. Ortalama kalma süresi ise 1955'te 20 yıl iken 1975'te 7 aya düşmüştür. Bu durum Avrupa ülkelerinde de etkisini göstermiş ve tarih boyunca akıl hastalarını dışlayan ve kendinden uzak tutan Avrupa toplumu artık onları toplumun bir parçası olarak kabullenmeye ve hatta pozitif ayrımcılık uygulamaya başlamıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a: 21; Ravelli, 2006: 1-2; Alataş vd., 2009: 26).

### **1.5.2. Toplum Temelli Model**

Toplum temelli model ağır ruhsal bozukluğu olan veya hastane de uzun süre yatırılan hastaların tedavi ve bakımlarının büyük psikiyatri hastaneleri yerine toplum içerisinde, hastanın kendi sosyal ortamında sağlandığı modeldir. Bu modelde hastaların taburculuk sonrası kontrole gelişi beklenmeden gezici ekiplerle ev ziyaretlerinin yapılması; hastaların kendi sosyal çevresinde düzenli takip ve tedavilerinin gerçekleştirilerek iyilik hallerinin korunması, alevlenme/atak dönemlerinin önüne geçilerek tekrarlayan hastane yatışlarının azaltılması ve rehabilitasyon hizmetleriyle hastaların topluma yeniden kazandırılması hedeflenmektedir. Hastane temelli modelde hastaların yalnızca hastane içerisinde tedavilerine odaklanılırken toplum temelli modele geçişle birlikte bireyin biyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik açıdan bütüncül bir yaklaşım içinde değerlendirilmesi hedeflenmektedir. Bu sayede hastaların biyopsikososyal açıdan düzenli takipleri sağlanacak ve toplumun içerisinde, toplumla birlikte yaşamış olacaklardır (Bağ, 2012: 466; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a: 22-24).

Toplum temelli ruh sağlığı sisteminde ruh sağlığı ekibi belirlenmiş coğrafi alana hizmet sunmaktadır ve bu sistemde tanımlanmış bölgeye hizmet için kurulmuş 20 yataklı kapalı psikiyatri servisi, gündüz hastanesi ve rehabilitasyon merkezi ve bakım kurumları açma gibi unsurlar mevcuttur. Bu modelde ekip oluşturulur. Ekip psikiyatrist, psikolog, psikiyatri hemşiresi, sosyal çalışmacı ve uğraşı terapistinden oluşur. Gerekli hallerde psikolog, hemşire ve sosyal çalışmacıdan oluşan gezici ekip, ev ziyaretleri yaparak hastaların ilaçlarını düzenli kullanmasını sağlar, takiplerini gerçekleştirir. TRSM'lerde ilaç tedavisi, bireysel terapi ve grup terapisi, kişisel beceri eğitimi, psikoeğitim ve danışmanlık, aile eğitimi ve sosyal beceri eğitimi gibi hizmetler verilmektedir (Yanık, 2007: 16; Ensari, 2008: 88).

Toplum temelli ruh sağlığı anlayışı İtalya’da ruh sağlığı reformuyla 1961 yılında başlamış ve son 30 yılda Avrupa ülkelerinin hemen hepsinde uygulamaya geçilmiştir. İtalya’da başlayan değişim, diğer Batı Avrupa ülkelerinde de kısa süre sonra başlamış ve tamamlanmıştır. Bulgaristan ve Romanya gibi Doğu Avrupa ülkelerinde de değişim programları yürütölmektedir. Türkiye’de ise 2006 yılında ‘Ulusal Ruh Sağlığı Politika’sı metni ve 2011’de yayınlanan ‘Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı’ metni ile toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçiş sürecine başlanmıştır. Daha önce Ruh Sağlığı Politikaları başlığı altında Dünya’da uygulanan politikalar ve Türkiye’de uygulanan politikalar ile toplum temelli modele geçiş süreci daha ayrıntılı olarak açıklanmıştır (Başer vd., 2013: 183; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a: 25).

Ağır ruhsal bozukluğu olan bireylerin sorunlarını sadece tedavi boyutuyla düşünmek hastane temelli modele özgü bir uygulamadır. Toplum temelli modelde ağır ruhsal bozukluğu olan bireylerin sosyal, ekonomik, hukuki ve tıbbi boyutları bir arada değerlendirilir. T.C. Sağlık Bakanlığı (2011) Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı çalışmasında ağır ruhsal bozukluğu olan bireylerin sosyal, ekonomik, hukuki ve tıbbi sorunları ayrıntılı olarak açıklanmış ve bu sorunların üstesinden toplum temelli ruh sağlığı uygulamaları ile gelinebileceğinden bahsedilmiştir. Bu sorunların bazıları değerlendirildiğinde, sosyal boyut açısından, hastaların aileleri ve toplumla ilişkilerinde ki güçlükler, sosyal izolasyon, ihmal ve istismar, damgalama, bakım problemleri ve bilgisizliğe bağlı çaresizlik yaşanan sorunlar arasında yer almaktadır. Ekonomik boyut açısından yaşanan bazı sorunlar, aileden bakım veren kişinin çalışmaması, eğitim problemleri, hastaların verimli çalışmaması ya da çalışmaması, hastalığın ekonomik maliyetleri vb. gibi problemlerdir. Hukuki boyut açısından, çoğu mümeyyiz olmayan hastaların hak ihlaline uğraması, bilgi eksikliğinden yaşanan hak kayıpları ya da vasilerin ilgisizliği ve ihmali yaşanan sorunlar arasında yer almaktadır. Son olarak tıbbi boyut açısından ağır ruhsal bozukluğu olan bireylerin yaşadığı sorunlar, medikal tedavinin takip eksikliğinden dolayı sürdüröl(e)memesi ve sonuç olarak alevlenme/atak sıklığının artması ve tekrarlayan hastaneye yatışlar gibi problemlerdir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a: 23-24). Toplum temelli modele geçişle birlikte bahsedilen bu sorunlar bütöncöl bakış açısıyla ekip çalışması içerisinde değerlendirilecek ve bireylere özgü müdahale programları oluşturulacaktır. Toplum temelli ruh sağlığı modelinin uygulama birimi olan Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri’nde hastaneden taburcu olan bireylere tedavi sonrası bütöncöl bakış açısıyla müdahale planı oluşturulacak ve uygulamalar yapılacaktır.

### **1.5.3. Toplum–Hastane Denge Modeli**

Çok uzun bir süre boyunca zihinsel sağlık hizmetlerinin büyük ölçüde akıl hastanelerinden sağlanması gerektiğine inananlarla, zıt ideolojik görüşe sahip olanlar arasında, toplum bakımının hastanelerin yerini tamamen alması gerektiğine dair ısrarlı tartışmalar oluşmuştur. Ekonomik olarak gelişmiş ülkelerde, son yirmi yıl boyunca genel tablo, toplum hizmetlerine yapılan dengesiz, yetersiz ve yavaş yatırımla birlikte hastane yataklarında sürekli bir azalma şeklinde olmuştur. Ancak ağır ruhsal bozukluğu olan hastalarının tedavisi ve bakımı konusunda hastane temelli model veya toplum temelli model tek başına yeterli değildir. Ruh hastalıklarının doğası gereği bazı durumlarda hastaneye yatışı

kaçınılmaz hale gelmektedir. Özellikle alevlenme/atak dönemlerinde hastaya uygun tanının konulması ve uygun ilaç tedavisinin gerçekleştirilmesi, hastanın kendisi ve toplum açısından tehlike oluşturmaması ve bakım verecek kimsesinin olmaması gibi durumlar hastane yatışını gerekli kılmaktadır ( Thornicroft ve Tansella, 2013: 246-248; Songur vd., 2017, 279-280).

Bununla birlikte Psikiyatri hastanelerini tamamen kapatmayı ve yataklı hizmetleri ülke geneline yaymayı hedefleyen toplum temelli modelin özellikle insan kaynakları açılarından maliyeti oldukça fazladır. Bu nedenle toplum temelli ve hastane temelli modelin faydalı yönleri alınarak denge modelinin oluşturulması ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda dezavantajların azaltılmasını sağlayacaktır. Denge modelini oluştururken dikkat edilmesi gereken hususlar, akut hasta bakımı genellikle ruh sağlığı bütçesinin çoğunu emdiğinden, kabul edilen hasta sayısının veya ortalama kalış sürelerinin kısaltılması, sunulan hizmetlerin toplum içerisinde, yaşanan çevreye yakın olması, hastaların bireysel ihtiyaçlarına uygun hizmet planlamasının yapılması ve ruh sağlığına ayrılan bütçelerin ağırlıklı olarak toplum temelli hizmetlere aktarılmasıdır. Bu modele örnek olarak İngiltere ruh sağlığı modeli verilebilir. İngiltere’de uygulanan modelde psikiyatri hastaneleri 200 yatak veya altına düşürülerek korunmuştur ve bunun yanında toplum psikiyatrisi sistemi de kurularak toplum-hastane denge modeli oluşturulmuştur (World Psychiatric Association, 2011: 4; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a: 25).

### **1.6.Psikiyatrik Hastalıklar (Ağır Ruhsal Bozukluklar)**

Psikiyatrik hastalıklar, duygu, düşünce ve davranışlarda, değişik düzeylerde, tutarsızlık, yetersizlik, aşırılık ya da uygunsuzlukla karakterize olan, bireylerde uyum ve işlev bozukluklarına yol açan hastalıklardır. Amerikan Psikiyatri Birliği’nin DSM-5 Tanı ölçütleri Başvuru El Kitabı’na göre,

“Ruhsal bozukluk, ruhsal işlevselliğin altında yatan ruhsal, biyolojiyle ilgili ya da gelişimsel süreçlerde işlevsellikte bir bozulma olduğunu gösteren, kişinin biliş, duygu düzenlemesi ve davranışlarında klinik açıdan belirgin bir bozukluk olmasıyla belirli bir sendromdur. Ruhsal bozukluklar genellikle belirgin bir sıkıntı ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında yetersizlik ile gider.” (APA, 2014: 5)

olarak tanımlanmaktadır.

Ruhsal bozuklukların tanımlanması ve sınıflandırılması için tüm dünya da kullanılan iki grup tanı ve sınıflama mevcuttur. Bunlar, Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen ve bütün tıbbi hastalıkları içeren bir sınıflandırma olan ICD (Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması) ve Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından geliştirilen DSM (Ruhsal Bozuklukların Tanı ve Sınıflaması) el kitabıdır.

DSM Tanı ölçütleri başvuru el kitabına göre ruhsal bozukluklar, nörogelişimsel bozukluklar, şizofreni ve psikozla giden diğer bozukluklar, iki uçlu (bipolar) ve ilişkili bozukluklar, depresyon bozuklukları, kaygı (anksiyete) bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar, travma ve stresörlerle ilgili bozukluklar, dissosiyasyon bozuklukları, bedensel belirti bozuklukları, beslenme ve yeme bozuklukları, dışa atım bozuklukları, uyku-uyanıklık bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları, cinsel kimliğinden

hoşnut olmama, yıkıcı bozukluklar, dürtü denetimi ve davranım bozuklukları, nörobilişsel bozukluklar, madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar, kişilik bozuklukları, parafili bozuklukları ve diğer bozukluklar olarak sınıflandırılmıştır (APA, 2014: 13-14).

Bu başlık altında, çalışmanın odak noktası ağır ruhsal bozukluğu olan bireyler olduğu için bütün hastalıkları ele almaktan ziyade ağır ruhsal bozukluk ifadesi içerisinde yer alan hastalıklar değerlendirilecektir. Bu açıdan, Ağır ruhsal bozukluk (Severe Mental İllness) Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü (NIMH)'ne göre bir ya da daha fazla temel yaşam aktivitesine etki eden ya da sınırlandıran, ciddi işlevsel bozulmaya yol açan zihinsel, davranışsal ya da duygusal bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (<https://www.nimh.nih.gov/>). 2011 yılında yürürlüğe giren Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri hakkında yönerge'ye göre, ağır ruhsal bozukluk, bilişsel, yönetsel ve sosyal beceri alanlarındaki yıkıcı etkisi nedeniyle yeti yitimi ile giden şizofreni ve benzeri psikotik bozukluklar ve duygudurum bozuklukları gibi kronik ruhsal hastalıkları kapsamaktadır.

Alanyazın taramasında da ağır ruhsal bozukluk kavramı genellikle şizofreni ve benzeri psikotik bozukluklar ve duygudurum bozuklukları için kullanılmaktadır (SAMHSA, 2016: 2; Drake vd., 2001: 469; Lamb and Weinberger, 1998: 484). Bu kapsamda bu başlık altında şizofreni, şizoeffektik bozukluk, bipolar bozukluk ve majör depresyonla karşılığını bulan ağır ruhsal bozukluklar değerlendirilecektir.

### **1.6.1.Şizofreni**

Şizofreni, uzun yıllardan beri psikiyatri alanının en çok uğraştığı ve tıptaki tüm gelişmelere rağmen halen sıklığı, yaygınlığı, nedeni, tanı ve tedavisi konusunda belirsizliğini sürdüren bir hastalıktır. Psikiyatrik bozuklukların arasında en ağırı olarak bilinen şizofreni, genç yaşta başlayan, insanın kişiler arası ilişkilerden ve gerçeklerden uzaklaşarak kendine özgü bir içine kapanım dünyasında yaşadığı; duyuş, düşünüş ve davranışlarda önemli derecede bozuklukların meydana gelmesiyle karakterize bir ağır ruhsal bozukluktur (Öztürk, 1983: 138).

Şizofreni, ruhsal bozuklukların tanı ölçütleri başvuru el kitabı DSM-5'te, sanrılar, varsanılar, darmadağın konuşma, ileri derece de dağınık davranış ya da katatoni davranışı ve negatif belirtilerden iki veya daha fazlasının bir aylık bir sürenin önemli bir kesiminde bulunduğu ve bu bozukluğun süregiden bulgularının en az altı ay sürdüğü bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (APA, 2014: 49).

Şizofreni için ayırt edici niteliği olan belirtiler genel olarak ikiye ayrılmaktadır. Bunlar pozitif belirtiler ve negatif belirtilerdir. *Pozitif belirtiler*, normalinin dışında aşırılık ya da çarpıklıklardan oluşmaktadır. Bu belirtiler, düşünce içeriğindeki çarpıklıklar (hezeyanlar), algı çarpıklıkları (hallüsinasyonlar), dil ve düşünce sürecinde ki çarpıklıklar (darmadağın konuşma) ve kesintisiz, darmadağın ya da katatonik davranışı kapsamaktadır. *Negatif belirtiler*, normal davranış olarak düşünülen şeyin azalmasını temsil eder. Bu belirtiler ise, duygulanımda donukluk, düşünme ve konuşmanın akıcılığında azalma (konuşamazlık, aloji) ve amaca yönelik bir davranışı başlatamamayı kapsamaktadır (Köroğlu, 2012: 33; Corcoran and Walsh, 2006: 412).

Şizofreni'nin sıklık ve yaygınlığı değerlendirildiğinde, her türlü toplumda en sık görülen ruhsal bozukluklar arasında olduğu gözlenmektedir. Dünya çapında yaklaşık %1 oranında yaygınlığa sahiptir. Veri toplama ve tanılama farklılıklarına rağmen, dünyanın birçok ülkesinde yaygınlık açısından dikkate değer bir tutarlılık söz konusudur (Corcoran and Walsh, 2006: 415). Dünya sağlık örgütü (WHO) verilerine göre, dünya çapında şizofreni hastalarının sayısı yaklaşık 29 milyon olarak tahmin edilebilmektedir, bunlardan 20 milyonu gelişmekte olan veya az gelişmiş ülkelerde yaşamaktadır (WHO, 1998: 7). Hastalığa yakalanma oranı, kadınlarda ve erkeklerde aynı olmakla birlikte başlama yaşı ve gidişatı farklılık göstermektedir. Evli kişilerde, bekar ve ayrı yaşayanlara göre prevalansın daha düşük olduğu ve evliliğin hastalığa karşı koruyucu bir unsur olduğu ileri sürülmektedir. Yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarının iyileşme oranları %10-60 arasında olmakla birlikte, bütün hastaların yaklaşık olarak %20-30'luk kesiminin normal yaşantısını sürdürebildiği tahmin edilmektedir (Kocal vd. 2017: 252-260).

Ulusal ruh sağlığı enstitüsünün gerçekleştirdiği Epidemiological Catchment Area araştırma projesinin verilerine göre, şizofreninin yaşam boyu yaygınlığının ABD nüfusunun %1.3'ü olduğu belirtilmiştir. Yaygınlık oranları ülkeden ülkeye yapılan çalışmalarda farklılık göstermektedir. Kanada'da yapılan bir çalışma da yaşam boyu hastalanma riski (morbidity risk) %0.6, İzlanda'da yapılan bir çalışma da %0.3, İsrail'de ise 0.7 oranında bulunmuştur (Bland vd., 1988; Stefánsson vd., 1991; Levav vd, 1993; Corcoran and Walsh, 2006: 415; WHO, 1997: 86). Türkiye'de yapılan sistematik bir gözden geçirmede ise, Türkiye'de şizofreninin yaşam boyu yaygınlığı 1000 kişide 8,9 olarak bulunmuştur (Binbay vd., 2011: 43). Hıfzısıhha Mektebi'nin yaptığı Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması'nda özürllükle kaybedilen yaşam yıllarının (YLD) İlk 20 nedeninin dağılımı (2004) gözden geçirildiğinde şizofreni oranının erkeklerde %2.5 iken kadınlarda %2,1 olduğu görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a: 5).

Şizofreninin başlangıcı akut veya sinsi olabilir. Belirli bir başlangıç biçimi bulunmamaktadır. Yavaş geliştiği durumlarda uzun süre hiç kimse belirtilerin farkına varmayabilir. Bu yavaş bozulmaya kademeli başlangıç ya da sinsi şizofreni denilmektedir. Şizofreninin yavaş geliştiği durumların yanında birkaç hafta ya da gün içinde davranışlarda dramatik değişiklikler ile meydana gelen ani gelişim olabilir. Bu ani değişimlere ise hızlı veya ani başlangıçlı şizofreni denilmektedir. Hastalığın başlangıcı öncesinde şaşkınlık, depresyon, uykusuzluk, özbakımını aksatma, dikkatini odaklamada güçlük, toplumdan uzaklaşma, anksiyete, olağan dışı davranışlar gibi ön belirtiler olmaktadır. Bu durum bazen birkaç hafta ya da ay sürerken, çoğu zaman birkaç yıla kadar uzamaktadır. Belirtiler zaman içinde değişebilir. Şizofreni genellikle geç ergenlik yıllarında ve 30'lu yaşların ortalarında başlamaktadır. Erkeklerde başlangıç yaşı daha çok 18-25 yaşları arasında iken, kadınlarda daha çok 25-30'lu yaşların ortalarında başlamaktadır. Nadir olarak ergenlik öncesi dönemde başlamaktadır. Bunun yanında daha ileri yaşlarda da başlayabilmektedir. Ortalama 24 yaşında ilk negatif belirtiler görülürken pozitif belirtiler ortalama 28 yaşında görülmektedir. Hastalığın gidişi değişkendir. Kimilerinde alevlenme ve yatışmalarla giderken, kimileri kronik olarak hasta kalır (WHO, 1992: 4; Köroğlu, 2012: 39).

Şizofreninin meydana geliş nedenleri henüz kesin olarak aydınlatılamamıştır. Genel görüş hastalığın asıl nedeninin beynin bir gelişim bozukluğundan kaynaklandığını ileri sürse de bu hastalığın ortaya çıkışında çeşitli faktörlerin rol oynadığı ifade edilmektedir. Bunlar arasında; kalıtsal nedenler, biyolojik nedenler ve psikososyal nedenler bulunmaktadır (Özpoyraz ve Taman, 1998: 27).

Şizofrenin klinik tipleri bulunmaktadır. DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition) tanı kriterlerine göre sınıflandırılmış 5 klinik tip bulunmaktadır. Bunlar, paranoid tip, dezorganize tip, katatonik tip, ayrışmamış tip ve rezidüel tiptir. Paranoid tipte, düşünce içeriğinde bozukluklar (hezeyanlar, sanrılar) baskın olarak bulunmaktadır. Sıklıkla halüsinasyonlar görülmektedir. Geç yaşta ortaya çıkmaktadır. Bu tipte etkilenme hezeyanları ( benim hakkımda konuşuyorlar, bana atıf yapıyorlar), perseküsyon hezeyanları (kötülük görme sanrısı, bana zarar verecekler, beni takip ediyorlar vb. ) ve büyüklük hezeyanları (kendisine olağandışı olumlu özellikler atfetmesi) ile kendini göstermektedir. Diğer tiplere göre daha geç yaşta başlamaktadır. Dezorganize tip erken başlangıç ve kronik seyir ile karakterizedir. Düşünce ve devinim bozukluklarının baskındır. Kişilikte dağılma ve yıkım hızlıdır. Davranışlar ilkel ve çocuksudur. Yüzeysellik, uygunsuz davranışlar, tutarsız sanrılar, yineleyici basmakalıp konuşmalar ile kendini göstermektedir. Katatonik tipte hareket bozuklukları görülmektedir. Kişi belli bir pozisyonda uzun süre kalabilir, çevre ile ilişkisi yok gibidir, yemez içmez, uzun süre yatağında kalabilir. Ya genel bir yavaşlama hali ya da fazla faaliyet bu tipte dikkat çeken belirtilerdendir. Ayrışmamış tip paranoid, dezorganize veya katatonik türe ayrışmamıştır. Belirtiler karışıktır ve belirgin bir şekilde hiçbir tipe uymaz. Son tip olan rezidüel tip ise daha çok negatif belirtilerle seyreden süregelen şizofrenik bozukluktur. Duygu küntlüğü, vurdumduymazlık, toplumdan kopukluk, otizm gibi belirtiler görülmektedir (Yavuz, 2008: 53-54; Songar, 1977: 267; Demir, 2012: 253)

Şizofrenin tedavisi açısından en önemli unsur ilaç tedavisidir. Bunun yanında psikoterapiyi de kapsayan psikososyal girişimler klinik iyileşmeye önemli katkı sağlamaktadır. İlaç tedavisinde en önemli ilaç grubu antipsikotik ilaçlardır. İlaç tedavisine sınırlı yanıt alındığında ve şizofreni hastalarının belirtilerinde hızlı düzelme amaçlandığında Elektrokonzulsif Terapi (EKT) alternatif bir seçenek olarak günümüzde kullanılmaya devam edilmektedir. Tedavi açısından bir diğer yöntem aile tedavisidir. Günümüzde toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeline doğru geçişin söz konusu olması ile birlikte hastaların aileleriyle birlikte geçirdiği vakit artmış ve hastalar çoğunlukla ailelerin sorumluluğuna bırakılmıştır. Bu açıdan aile tedavisi hastalıkla başetme stratejilerini geliştirmeyi, aile içi gerginliği azaltmayı, aile üyelerine sosyal destek sağlamayı ve hastalığın takibi açısından aile ile iş birliği kurmayı ve sürdürmeyi hedefleyen çalışmaları içermektedir. Şizofreninin tedavisi açısından oldukça önemli olan ve yapılan çalışmalarda olumlu geribildirimlerin alındığı tedavi yöntemlerinden bir tanesi de bilişsel-davranışçı terapidir. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ile hastalara yaşadıkları belirtiler ve onlara verdikleri tepkiler üzerinde daha mantıklı bakış açıları kazandırarak belirtilerin şiddetini azaltmak, nükslerini önlemek, sosyal yaşama uyumu sağlamak ve işlevsel kapasitelerini arttırmak hedeflenmektedir (Kocal vd.,2017: 263-264; Arslantaş, vd. 2009: 4; Sungur ve Yalnız, 1999: 161-162).

### 1.6.2.Şizoaffektif Bozukluk

Şizoaffektif bozukluk 1933 yılında Kasanin tarafından ilk tanımlandığından beri, tanımı ve tanısı konusunda oldukça tartışmalı konulardan biri olagelmıştır. Şizoaffektif bozukluk kavramı hem şizofreni hem de duygudurum bozukluğu belirtileri ile başvuran hastaların tanısı için kullanılmıştır. Ancak bu iki hastalık grubunun belirtilerinin ne zaman ve ne boyutta hastayı etkilediği konusu tartışmalıdır. Şizofreni ve manik depresyondan farklı ancak ikisinin de özelliklerini taşıyan bir tanı kavramı gittikçe daha fazla kullanılmaya başlanan bir tanıdır. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM-5 Tanı ölçütleri Başvuru El Kitabı'na göre, şizoaffektif bozukluk majör bir duygudurum dönemiyle(majör depresyon ya da mani dönemi) eş zamanlı olarak şizofreninin A tanı ölçütünün (sanrılar, varsanılar, darmadağın konuşma, ileri derecede dağınık davranış ya da katatoni davranışı ve negatif belirtilerin ikisinden ya da daha fazlasından her birinin bir aylık bir sürenin önemli bir kesiminde bulunması) karşılandığı, kesintisiz bir hastalık sürecinin olması olarak ifade edilmiştir. DSM-5'e göre şizoaffektif bozukluğun iki alt tipi bulunmaktadır. Bunlar, bipolar tür (mani dönemi hastalık görünümünün bir kesimini kapsıyorsa) ve depresyon türü (yalnızca majör depresyon dönemleri hastalık görünümünün kesimleriyse)'dür. Çalışmaların çoğunda şizoaffektif bozukluk, şizofreniye göre hastalık öncesinde işlevselliğin daha yüksek olduğu, tetikleyici bir olayın saptanabildiği, döngüsel ve hızlı başlangıçlı belirtilerin görüldüğü ve iyileşme oranlarının daha yüksek olduğu bir rahatsızlık olarak tanımlanmıştır (Cotton et al., 2013: 169; Cheniaux et al., 2007: 210; Malaspina et al., 2013: 22, APA, 2014: 51-52; Vırit vd., 2009: 205, Padhy ve Hedge, 2014: 3).

Şizoaffektif bozukluğun tahmini yaygınlığı %0,2 ile %1,1 aralığındadır. Başlangıç yaşı değişmektedir fakat unipolar veya bipolar bozukluk tanısına oranla daha genç yaşta başlama eğilimindedir. Kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görülmektedir. Şizoaffektif bozukluğu olan kişilerin %66'sının kadın olduğu düşünülmektedir. Farklı çalışmalarda şizoaffektif bozukluklarda iyileşme oranları %29 ila %83 arasında değişkenlik göstermiştir. Hastaların %20-30'u kalıcı psikotik belirtiler ile seyreden yıkıcı bir seyir göstermektedir. Genel olarak hastalığın seyri şizofreni ile duygudurum bozukluğu arasında bir yerlerdedir. Şizoaffektif bozukluğun tedavisi ise şizofreni veya duygudurum bozukluklarının tedavisi için uygulanan yöntemlerle aynıdır. Akut dönemde genellikle antipsikotik ilaçlar kullanılmaktadır. İdame tedavisinde ise genellikle alt tip gözönünde bulundurularak ona uygun ilaç tedavisi uygulanmaktadır. İlaç tedavilerine yanıtın yetersiz olduğu durumlarda elektrokonvulzif (EKT) faydalı olabilmektedir (Malhi et al., 2008: 221; Marneros, 2003: 204; Padhy ve Hedge, 2014: 5; <http://www.emedmd.com/>).

### 1.6.3.Bipolar Bozukluk

Manik-depresif hastalık olarak da bilinen bipolar bozukluk, ruh hali, enerji, aktivite düzeyleri ve günlük görevleri yerine getirme becerilerinde olağandışı değişimlere neden olan bir beyin bozukluğudur. Bipolar bozukluk belirtileri şiddetlidir. Yüksek mortalite, morbidite ve hemen her alanda işlev kaybına yol açtığı bilinen; yineleme ve iyileşmelerle seyreden ciddi ve süregelen bir ruhsal bozukluktur. Semptomlar hasarlı ilişkilere, kötü iş veya okul performansına ve hatta kişinin intiharına dahi yol açabilir. Hastalık, hasta ile birlikte çevresindekilerin de yaşamını olumsuz yönde etkilemektedir. Ancak bipolar

bozukluk tedavi edilebilmekte ve bu hastalığa sahip insanlar tam ve üretken bir hayat sürebilmektedirler (NIHM, 2009: 1; Singh and Bowden, 2006: 24; Akkaya vd., 2012: 31).

Bipolar bozukluk, belli bir düzen olmaksızın yineleyen depresyon, hipomani, mani ya da karma görünümlü duygudurum dönemlerinin görüldüğü kronik seyirli bir duygudurum bozukluğudur. Bipolar bozukluğun doğru teşhisi klinik pratikte zorlayıcıdır. İlk psikiyatriste başvuru sırasında bipolar hastalarının %69'una tanı konulamamaktadır. Bu durumun bir takım sebepleri vardır. Hastalığın başlangıcı bir depresyon atağı ile başlamaktadır ve tek kutuplu depresyona benzemektedir bu açıdan hastalara unipolar depresyon tanısı konulabilmektedir. Ayrıca, hastalık için geçerli bir biyolojik belirteç bulunmamaktadır. Tanıyı güçleştiren nedenlerden bir tanesi de hipomanik hatta manik dönemlerin hastalar tarafından anlatılmamasıdır. Özellikle hipomaninin hoşa giden bir durum olmasıdır. Ayrıca ek tanıli durumların fazla olması da tanı konulmasını güçleştiren bir etkenidir. Belirtilerin başlangıcından tanı konulana kadar ortalama yaklaşık 10 yıllık bir süre geçmektedir. Bu nedenle klinik değerlendirmenin rolü oldukça önemlidir. Bipolar bozukluğu diğer durumlardan ayırt etmek için hipomanik dönemlerin saptanması ve uzunlamasına değerlendirme çok önemlidir (Öztürk ve Çam, 2017: 66; Grande et al., 2016: 1561; Eroğlu ve Özpoymaz, 2010: 206; Altıntaş vd., 2005: 49).

Bipolar bozukluk, milliyet, etnik köken veya sosyoekonomik statüden bağımsız olarak dünya nüfusunun %1'inden fazlasını etkilemektedir, son yıllarda spektrum olarak düşünüldüğünde bu oranın %5 olarak görüldüğü tahmin edilmektedir ve oldukça önemli bir sağlık sorunu olup gençler arasında engelliliğin önde gelen nedenlerinden birini temsil etmektedir. Bipolar bozukluk genellikle geç ergenlik veya erken yetişkinlik döneminde görülmektedir. Başlangıç yaşının 15 ila 30 yaş arasında olduğu kabul edilmektedir (Yeloğlu ve Hocoğlu, 2017: 42; Grande et al., 2016: 1561; Googwin, 2016: 661).

Bipolar bozukluk DSM-5 tanı ölçütleri başvuru elkitabında, Bipolar I Bozukluğu, Bipolar II Bozukluğu, Siklotimi Bozukluğu, Tanımlanmış Diğer Bir İkiuçlu ve İlişkili Bozukluk ve Tanımlanmamış İkiuçlu ve İlişkili Bozukluk olarak sınıflandırılmıştır. DSM-5 atak ölçütleri incelendiğinde; *Majör Depresyon döneminin*, çökkün duygudurum, etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama, kilo vermeye çalışmıyorken çok kilo verme ya da kilo alma, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları ve özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme düşünceleri, girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama gibi özelliklerle karakterize olan bir dönem olduğu görülmektedir. *Mani Dönemi*, benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri, uyku gereksiniminde azalma, her zamankinden daha konuşkan olma, düşünce uçuşmaları, dikkat dağınıklığı, kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma gibi özelliklerin toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir düşmeye neden olacak derecede bulunması ya da kişinin kendisine ya da başkalarına bir kötülüğünün dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek denli ağır olduğu ya da psikoz özelliklerinin olduğu dönemdir. *Hipomani dönemi* ise, mani dönemiyle aynı özellikleri içermektedir fakat mani döneminde kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağan dışı ve sürekli bir duygudurumun ve amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte, olağan dışı ve sürekli

bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az bir hafta süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması ifadesi yer alırken, hipomani döneminde kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurum ve etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az dört ardışık gün süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bölümünde bulunması ifadesi yer almaktadır (APA, 2014: 63-89).

Bipolar bozukluk hastalarının büyük bir yüzdesinde genetik geçişin rol oynadığı düşünülecek şekilde aile öyküsü pozitifdir. Hastalığın yaygınlığı ve neden olduğu işlev kayıplarının büyüklüğü sebebiyle tedavisi konusunda üstünde önemle durulması gereken bir ağır ruhsal bozukluktur. Bipolar bozukluk tanılı hastaların özkıyım riskinin oldukça yüksek oranda olduğu yapılan çalışmalarda gözlemlenmiştir. Bu açıdan bu hastaların özellikle intihar riski açısından takip edilmesi gerekmektedir. Aynı zamanda bipolar bozukluk tanılı hastaların işsizlik oranı yüksektir, büyük bir kısmı hayatları boyunca evlenememektedirler, evli olanların ise evlilik ilişkileri olumsuz yönde etkilenmektedir ve yaklaşık olarak %10'u adli vakalara karışmaktadırlar (Schaffer, et al., 2015: 789-792; Yeloğlu ve Hocaoglu, 2017: 50; Kesebir vd., 2013: 293; Akkaya vd., 2012: 31-32; Saka vd., 2001: 284).

Bipolar bozukluk hayat boyu süren ve tekrarlayan bir hastalık olduğundan, bozukluğu olan kişilerin bipolar semptomların kontrolünü sağlamak için uzun süreli tedaviye ihtiyacı vardır. Etkin bir bakım tedavi planı, nüksü önlemek ve semptom şiddetini azaltmak için ilaç ve psikoterapiyi içermektedir. İlaç tedavisinin yetersiz olduğu durumlarda elektrokonvulsif terapi (EKT) kullanılan yöntemlerden birisidir. İlaça ek olarak, kullanılan yöntemlerden olan psikoterapi veya “konuşma” terapisi, bipolar bozukluk için etkili bir tedavi yöntemi olabilmektedir. Bipolar bozukluğu olan bireyler için kullanılan psikoterapi tedavileri arasında, bilişsel-davranışçı terapi, aile odaklı terapi, kişilerarası ve sosyal ritim terapisi ve psikoeğitim gibi terapi yöntemleri yer almaktadır (NIHM, 2009: 9-17; NYS Office of mental Health, 2008: 7-10).

#### **1.6.4. Major Depresyon**

Major Depresyon Bozukluğu, tüm nüfusu etkileyen, sık görülen, atakları uzun süren, kronikleşme ve tekrarlama oranı yüksek, bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığında yeti yitimine neden olan ağır ruhsal bir bozukluktur. Majör depresyonun yaygınlığı, bireysel ve toplumsal maliyetleri göz önünde bulundurulduğunda, psikiyatrik hastalık olmanın ötesinde önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu görülmektedir. Major depresyon; bir insanın hayattan zevk alma yeteneğini ortadan kaldırabilecek ve en basit günlük görevleri bile yerine getiremeyecek, fiziksel, psikolojik ve bilişsel kapasitede düşüşe neden olabilecek yaygın fakat ciddi bir hastalıktır. Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre, unipolar depresyon, Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı'nın (DALY) önde gelen nedenlerinden biridir ve dünya çapında yaklaşık 350 milyon kişinin bu ruhsal bozukluğa maruz kaldığı tahmin edilmektedir (Markus et al., 2012: 6; Fekadu et al., 2017: 1). 2015 yılında küresel nüfusun depresyon oranı %4,4 olarak tahmin edilmektedir. Erkeklerde bu oran %3,6 iken, kadınlarda depresyon oranı % 5.1 ile daha yaygın olarak görülmektedir. 2005 ve 2015 yılları arasında depresyonla yaşayan toplam tahmini kişi sayısı %18,4 oranında artmıştır (WHO, 2017: 3). Türkiye'de ise Türkiye Hastalık Yüklü Çalışması'na göre (2004),

özürlülükle kaybedilen yaşam yıllarının (YLD) ilk 20 nedeninin dağılımı incelendiğinde unipolar depresyon bozuklukları erkeklerde %6,4 oranla osteoartritten sonra 2. sırada yer alırken, kadınlarda %10,7 ile 1. sırada yer almaktadır. (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a: 6).

Major depresyon DSM-5 tanı ölçütleri başvuru elkitabında, çökkün duygudurum, neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, kilo vermeye çalışmıyorken çok kilo verme ya da alma, iştahsızlık, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma, ajitasyon ya da yavaşlama, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması, değersizlik ve aşırı suçluluk duyguları, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ve yineleyici ölüm düşünceleri gibi durumların aynı iki haftalık dönem boyunca en az beşinin bulunması ve işlevsellik düzeyinde değişikliğin görülmesi ile karakterize bir bozukluktur. Hiçbir zaman bir mani ya da bir hipomani döneminin geçirilmemesi gerekmektedir (APA, 2014: 92-94).

Depresyon tüm nüfusu etkileyen ve yıllara göre görülme sıklığı yüksek oranda artan yaygın psikiyatrik bozukluklardan biridir. Birey kadar çevresi ve bakımını üstlenenler üzerinde de oldukça olumsuz etki oluşturmaktadır. Depresyonda suçluluk ve değersizlik düşünceleri sonucu intihar girişimleri görülebilmektedir. Major depresyon, intihar için önemli bir risk faktörüdür. İntihar DSM-5'te de major depresyon bozukluğunun belirtileri arasında ele alınmıştır. Özellikle depresif atak intihar sonucu ölümlerde en sık saptanan tanıdır. Yapılan çalışmalarda da depresyonun yüksek oranda intihara sebep olduğu bulunmuştur. Örneğin bir çalışmada intihar kurbanlarının yaklaşık% 60'ının majör depresif bozukluk ve diğer duygudurum bozukluklarından mustarip olduğu bulunmuştur. Öte yandan yatarak tedavi gören majör depresif bozukluğu olan kişilerin intiharı ile yaşam boyu ölüm riski genellikle% 15 civarında bildirilmiştir. Bir başka çalışmada ise depresyonun toplumdaki intihar riskini 20-30 kat arttırdığı ve psikiyatrik hastalıklar arasında intihar oranı en yüksek olan grubun depresyon hastaları olduğu bildirilmiştir (Dumais et al., 2005: 2116; Ak vd., 2013: 96; Güleç, 2016: 22; Özer vd., 2015: 284).

Majör depresyon tedavi edilmediğinde erken ölüm, fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlıkta bozulma, sosyal hayata adapte olamama ve ekonomik problemler gibi olumsuz sonuçlar oluştururken, tanının doğru konulması ve uygun bir şekilde tedavinin yapılması ile hastanın yaşam kalitesini arttırmak mümkün olabilmektedir. Majör depresyonun üç tedavi biçimi vardır; psikofarmakolojik ajanlar (Antidepresanlar, antipsikotikler ve duygudurumu düzenleyiciler), psikoterapiler (Psikodinamik terapi, Bilişsel Davranışçı terapi, Kişilerarası İlişkiler terapisi, Aile ve çift terapisi, psikoanalitik psikoterapi, psikoeğitimler) ve psikosomatik sağaltım (Elektrokonvulzif tedavi, Trans-kranyal Manyetik Stimülasyon) uygulamalarıdır (Semiz vd., 2016: 91-92; Başoğlu ve Buldukoğlu, 2015: 2-10).

Yukarıda değerlendirilen ağır ruhsal bozuklukların her biri tıbbi bir sorun olmanın ötesinde insani ve sosyal bir kavram olarak ele alınmalıdır. Ağır ruhsal bozukluklar bireyi tek başına etkilemekten ziyade ailesi, çevresi ve bütün toplumu etkileyen çok boyutlu hastalıklardır. Psikiyatri hastalarının yaşadığı bireysel sorunlar bireysel olmaktan öte toplumsal sorunlardır. Bireyi biyopsikososyal bir varlık olarak değerlendirmek ve sosyal çevresi içerisinde birey olduğunu kabul etmek tedavinin ilerlemesinde öncül koşullardan biridir. Bu anlamda ağır ruhsal bozukluğu olan bireylerin tam bir iyilik halini sağlamak ve

meydana gelen sorunların çözümü açısından hastalığın biyolojik ve psikolojik boyutunu etkileyen sosyal boyununun göz ardı edilmemesi gerekmektedir. Bu sebeple psikiyatri hastalarının yaşadığı ve yaşayabileceği sosyal sorunlar değerlendirilecektir.

### **1.7.Psikiyatri Hastalarının ve Ailelerinin Yaşadığı Sosyal Sorunlar**

Psikiyatri hastaları ve ailelerinin yaşadığı sosyal sorunların değerlendirildiği bu başlık altında toplumsal damgalama, yetersiz ekonomik koşullar, sosyal izolasyon, eğitim ve mesleki işlevsellik, bakımveren yükü ve aile içi çatışmalar ve son olarak hukuki sorunlar ele alınacaktır.

#### **1.7.1.Toplumsal Damgalama**

Toplumsal damgalama bir kişinin ya da grubun, ruhsal hastalık, etnik köken, ilaç kötüye kullanımı veya engellilik gibi özelliklerine dayanarak içinde yaşadığı toplum tarafından kusurlu olarak değerlendirilmesidir. Ruhsal hastalığı bulunan bireylerin toplum dışına itilmesi, damgalanması ve sosyal dışlanmaya maruz bırakılması insanlık tarihi kadar eskidir. Ruhsal bozukluk tanısı konulmuş hastalar, tüm hastalar içinde, damgalanmanın olumsuz sonuçları ile en fazla karşılaşan bireylerdir. Toplum tarafından psikiyatri hastasının sahip olduğu bütün kimlik özellikleri gözardı edilir ya da yok sayılır yerine “lekeli bir kimlik” olan “deli” damgası vurulur. Toplumsal damgalama, ruhsal bozukluğu olan bireylerin yanı sıra ailelerini de etkilemektedir. Suçlayıcı, kurban edici yaklaşım ve tutuma maruz kalan psikiyatri hastaları ve aileleri toplumdaki diğer kişi ya da gruplar tarafından damgalama ve önyargı nedeniyle bazı hak ve menfaatlerden yoksun bırakılmaktadırlar. Toplumun bu dışlayıcı, küçümseyici ve önyargılı tutumlarından dolayı ruhsal bozukluğu olan bireyler ve aileleri kendi içlerine kapanmayı ve tecrit edilmeyi tercih etmektedirler. Dolayısıyla yaşam kaliteleri bozulmakta ve hastadaki yeti yitimi artmaktadır. Bunun yanında damgalama ile ilgili bir diğer kavram ise “içselleştirilmiş damgalama” kavramıdır. Bu kavram ruhsal hastalığı olan kişilerin ve ailelerinin toplumdan önce kendi kendilerini damgalamalarıdır. Bu süreç bireyin bir ruhsal hastalık tanısı alması ile başlar. Psikiyatri hastası ve yakınları ayrımcılık ya da kötü davranışa maruz kalmasalar bile kendilerini damgalanmış olarak hissetmekte ve durumundan utanma, değersizlik duyguları yaşama, sosyal ilişkilerden kaçınma ve özsaygı da azalma gibi sorunlar yaşamaktadır. Damgalama ya da içselleştirilmiş damgalama psikiyatri hastalarının tedaviye uyumunu zorlaştırmakta, yeti yitimini arttırmakta ve aileleri ile birlikte sosyal geri çekilmelerine neden olmaktadır (Çam ve Çuhadar, 2011: 136-137; Saillard, 2010: 15; Avcil vd. 2016: 176-177; Bullock et al., 2015: 2-6; Bilge ve Çam, 2010: 72; Köroğlu ve Hocaoglu, 2017: 171) .

#### **1.7.2.Yetersiz Ekonomik Koşullar**

Ulusal ruh sağlığı eylem planı (2011)’nda ruhsal bozukluğu olan bireylerin yaşadığı ekonomik sorunlar sıralanmıştır. Bunlar özetlendiğinde ağır ruhsal bozukluğu olan bireylerin çoğunluğunun ailelerine bağımlı olarak yaşamaları; aileden bir kişinin bakımveren konumunda olması sebebiyle çalışma veriminin azalması ya da çalışamaması; hastaların eğitimlerini tamamlamada güçlük çekmelerinden dolayı meslek sahibi olamamaları; meslek sahibi olmuş hastaların ise hastalığın getirdiği dezavantajlar ya da

işverenin önyargısı gibi etkenler sebebiyle verimli çalışmamaları ya da işlerini bırakmaları; hastalığın getirdiği maddi yük gibi sebeplerden dolayı hasta ve aileleri yetersiz ekonomik koşullarda yaşamlarını sürdürmeleridir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a: 23).

Ruhsal sağlık sorunları olanların yoksulluk yaşama olasılıkları daha yüksektir. Kronik hastalıklar sağlık hizmeti, bakım ve tedavi masrafları yönünden kişileri hızla fakirlik sınırının altına düşürebilmektedir. Örneğin, bir çalışma, depresyona maruz kalan kişilerde zaman içinde sosyal durum ve finansal koşullarda bir düşüş olduğu belirlenmiştir. Türkiye’de bipolar bozuklukta bakım verenlerin sorunlarının değerlendirildiği 76 birey üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada ise, %63.2’sinin ekonomik sorunlar yaşadığı bulunmuştur. Ruhsal hastalığı olan bireyin ebeveyn olması durumunda ise incelenen çalışmalarda çocukların çalışmak zorunda kaldıkları, akademik başarılarının düştüğü, aynı zamanda ailelerin evlerini değiştirmek zorunda kaldıkları tespit edilmiştir. Ayrıca hasta ebeveynin baba olması durumunda ailenin ekonomik anlamda daha fazla zorlandığı, babanın tedavi gördüğü süreçte anne çalışıyorsa ekonomik zorlanmanın daha az olduğu, anne çalışmıyorsa ailenin ekonomik desteğe ihtiyaç duyduğu ve yardım kuruluşlarına başvurmak zorunda kaldığı belirtilmiştir (Knott, 2015; Özdemir ve Taşçı, 2013: 58; Arguvanlı ve Taşçı, 2013: 21; Buldukoğlu vd., 2011: 690-697).

### **1.7.3.Sosyal izolasyon**

Sosyal ilişkiler ruh sağlığı ve psikolojik refahta etkili bir rol oynamaktadır. Ruhsal bozukluğu olan bireyler toplum içerisinde genellikle sosyal olarak kendilerini yalnız hissetmektedirler. Ruh sağlığı hizmeti kullanıcıları arasında sosyal çevre etkileşimleri ve yalnızlık hissi genel nüfusa oranla daha fazladır. Aksine, arkadaşlarından ve ailesinden ve çevreden daha fazla sosyal destek alan kişilerin psikotik belirtilerden iyileşme olasılığı daha yüksektir. Sosyal izolasyon, aile, arkadaşlar ya da çevre ile bireysel düzeyde ve toplumla daha geniş bir düzeyde ilişkilerin yokluğu olarak tanımlanabilir (Wang vd., 2017: 1451-1452).

Zavaleta vd. (2014) sosyal izolasyonu “insan etkileşiminin gerçekleştiği birey, grup, toplum ve daha geniş sosyal çevre düzeylerinde diğer insanlarla sosyal ilişkilerin kalitesinin ve niceliğinin yetersizliği” olarak tanımlamıştır (s.6).

Nicholson (2009) ise, sosyal izolasyonu, bireyin sosyal olarak aidiyet duygusu taşımadığı, başkalarıyla ilişkide bulunmadığı, az sayıda sosyal temas kurduğu ve kaliteli ilişki kurmada yetersiz olduğu bir durum olarak tanımlamıştır (s.1342). Sosyal izolasyon kavramı literatürde farklı terimler ile ifade edilmiştir. Örneğin bir çok kaynakta yalnızlık kavramıyla eş anlamlı olarak kullanılsa da, eş anlamlı değildir. Sosyal izolasyon, sosyal ağ büyüklüğü ve/veya diğer insanlarla temasın sıklığı açısından objektif olarak ölçülebilir. Ancak duygusal yalnızlık sadece kişi tarafından -özel olarak- tanımlanabilir.

Zavaleta vd. (2014), sosyal izolasyonu iki alana ayırmışlardır. Bunlar içsel ve dışsal özellikler olarak ifade edilmektedir. Nesnel sosyal izolasyon olarak da bilinen dışsal özellikler, gözlemlenebilir sosyal ilişkilere işaret eder, başkalarıyla çok az veya hiç anlamlı ilişkiye sahip olmama durumu buna örnektir. Tersine, öznel sosyal izolasyon olarak da adlandırılan içsel özellikler ise, güven, ilişki ve yalnızlıktan memnun olma gibi gözlemle

ölçülebilen kişisel tutumları ifade etmektedir (s.9-10). Warren (1993) ise, sosyal izolasyonun temel bileşenleri olan ilişkilerle ilgili dört ölçüt önermiştir: toplumsal damgalama, toplumsal kayıtsızlık, kişisel -sosyal kopukluk ve kişisel güçsüzlük (Wang vd. 2016: 8).

Sosyal izolasyon, psikiyatrik hastalıklar için bir risk faktörüdür. Sosyal izolasyonun ruhsal refahı nasıl etkilediği, gelişmekte olan bir çalışma alanıdır, ancak erken belirtiler, kalıcı yalnızlığın kendini algılama ve davranışta değişikliklere yol açabileceğini ve olumsuz benlik algısına neden olabileceği düşünülmektedir. Algılanan sosyal destek eksikliği, ruh sağlığını etkilediği düşünülen diğer bir faktördür. Sosyal ilişkilerin yokluğu, yalnızlık duygularına ve algılanan sosyal destek eksikliğine yol açmış olsun ya da olmasın, zararlıdır (Pate, 2014: 13).

#### **1.7.4.Eğitim ve Mesleki İşlevsellik**

İstihdam ve eğitim, ruhsal bozukluğu olan kişilerin iyileşmesinin temel unsurlarıdır. Bununla birlikte, en ciddi ruhsal sağlık sorunları olan bireylerin çoğunun, ergenlik ve erken yetişkinlik dönemlerinde ilk olarak eğitim ya da çalışma hayatı kesintiye uğramaktadır. Bu durum sonucunda psikiyatri hastaları durağanlık, bir işe yaramama, verimli olamama ve yaşamın hareketliliğinden kopma duyguları yaşamaktadır. Gelişmiş ülkelerde dahi psikiyatri hastalarının arasında oldukça yüksek düzeyde işsizlik oranlarının bulunduğu gözlemlenmektedir. ABD’de psikiyatri hastaları arasında işgücüne katılma ve işsizlik oranı % 75-90 arasında, Birleşik Krallık’ta ise % 61-73 ve Avustralya’da ise % 75-78 olarak tespit edilmiştir. İş hayatında bulunamamanın ve ağır ruhsal bozukluğu olan bireylerde ki yüksek işsizlik oranının birçok sebebi bulunmaktadır. İşverenin önyargısı, toplumsal damgalama, içselleştirilmiş damgalama, ayrımcılık, ekonomik koşullar, sosyal tutucu mekanizmalar ve malulen emeklilik gibi etkenler bunlar arasındadır. Aksine bir işe sahip olmak, eğitim hayatında bulunmak psikiyatri hastalarına birçok yarar sağlamakta, yalnızca mali kazanç değil aynı zamanda genel sağlığın, ruh sağlığının ve iyilik halinin sürdürülmesinde önemli etkisi olduğu birçok çalışmada vurgulanmaktadır. Eğitim ve iş sahibi olma, bireyin içinde yaşadığı toplumda güven içinde var olabilmesini, kendini gerçekleştirebilmesini, kendi yaşamını sürdürebilmesini ve tüketici konumdan üretici konuma geçmesini olası hale getirmektedir böylelikle aileleri üzerinde ki yük de azalmaktadır. Çalışmak bireye bir kimlik sunmakta, onun sosyal ilişkilerini etkilemekte, benlik saygısını ve kendine güvenini artırmaktadır (Öz ve Barlas, 2017: 46-47; Waghorn and Lloyd, 2005: 1; Canadian Mental Health Association, 2010: 1) .

#### **1.7.5.Bakım Veren Yüğü ve Aile İçi Çatışmalar**

Aile fertlerinin ağır ruhsal bozukluğa sahip olan hastasına bakım verirken yaşadığı zorluklar loretatürde “yük” duygusu ile ifade edilmektedir. Bakım veren yüğü hastada oluşan fiziksel, zihinsel, ruhsal ve duygusal yetilerde meydana gelen çeşitli düzeyde kayıplar sebebiyle hasta yakınlarının yaşadığı fiziksel, duygusal, sosyal veya ekonomik güçlükleri ifade etmek için kullanılan bir kavramdır. Bakım veren yüğü objektif (nesnel) ve subjektif (öznel) yük olarak sınıflandırılmaktadır. Objektif yük hastalığın aileye getirdiği hastanın rahatsız edici davranışları ya da hastalığın yol açtığı ekonomik zorluklar, sosyal yaşamdaki kısıtlanmalar, ailede ki gergin ilişkiler gibi gözlenebilir, somut durumları ifade eder.

Subjektif yük ise hastanın bakımı ile ilgili zorlukların aile üyelerini duygusal anlamda etkileme düzeyini ifade etmektedir (Arslantaş ve Adana, 2011: 255; Reay-Young, 2001).

Bakım veren haline gelme seçilemez veya planlanamaz bir durumdur. Bu sebeple bakım veren haline gelme durumuna uyum hastalık ortaya çıktıktan sonra gerçekleşmektedir. Bakım sunma, bakım alma ilişkisi bakım verenin yaşamında strese neden olan, tek yönlü, bağımlı, oldukça yoğun ve neredeyse hayat boyu devam edecek bir zorunluluğa dönüşebilmektedir. Özellikle günümüzde bütün aile fertlerinin iş yaşamına katılması bakım verme konusunda çatışmalara neden olabilecek bir durumdur. Bakım verenlerin yaşadıkları fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik güçlükler, bakım verenin iş yaşamından ayrı kalması ve kendisine ait boş zamanının olmaması gibi etkenler bakım verenlerin yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir. Bunun yanında süregelen hastalıkla birlikte anne babaların karşılaştıkları baskı evlilik işlevinde de gerilime yol açabilmektedir. Ayrıca diğer çocuklarında ihmal edilmesi hasta olan kardeşe öfke duyulmasına sebep olabilmektedir (Atagün vd., 2011: 513-515; Urizar vd., 2009: 2; Bademli ve Duman, 2013: 463-464).

### **1.7.6. Hukuki Sorunlar**

Her hastanın, hasta hakları gereği, üzerinde yapılacak olan işlemler- inceleme, araştırma ve tedavi hakkında bilgi sahibi olma hakkı ve yanı sıra yapılacak olan bu uygulamaları kabul ya da reddetme hakkı da vardır. Ancak, kazanılmış olan bu hak, ruh sağlığı bozuk olan hastalarda bazı etik sorunların yaşanmasına sebep olmaktadır. Çünkü ağır ruhsal bozukluklar, hastanın bilişsel işlevlerinde bozulmalara yol açabilmekte ve kendisi için uygun olan bir tedavi konusunda karar verememesine ya da yanlış kararlar almasına neden olabilmektedir. Bunun yanında özellikle psikiyatri hastalarının sahip olduğu hukuki haklar konusunda bilgilendirilmesi ve psikiyatri ekibi tarafından bu hakların savunulması gerekmektedir. Ancak Türkiye’de ruhsal sorunlar yaşayan bireylerden sadece altıda birinin uzman yardımı aldığı yapılan çalışmalarda belirtilmiştir. Bu veri değerlendirildiğinde geri kalan ruhsal bozukluğu olan bireylerin hayat boyu hiçbir destek almaksızın ailelerinin sorumluluğunda yaşadığı değerlendirilebilir. Ruhsal bozukluk yaşayan bireyler açısından uzman yardımına başvuramamanın çeşitli sebepleri olabilir, ruhsal sorun yaşayan bireylerin ve ailelerinin yaşadığı maddi sorunlardan kaynaklı sağlık kurumuna ulaşamama durumu olabileceği gibi damgalanmaktan korkma, bakımverenin ihmali ya da bilgisizlik gibi etkenler uzman yardımına başvurma konusunda engel teşkil ediyor olabilir. Sonuç olarak yasal haklarından haberdar olmayan birçok psikiyatri hastası ve ailesi bulunmakta ve bu bireyler hak kaybı yaşamaktadır (Yılmaz, 2013: 50; Duman ve Bademli, 2013: 79; Yılmaz, 2012: 4).

Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011a)’nda ruhsal hastalıklarda hukuki boyut başlığı altında psikiyatri hastalarının yaşadığı hukuki sorunlar değerlendirilmiştir. Buna göre;

- Çoğu mümeyyiz olmayan hastaların düzenli tıbbi ve hukuki kayıtlarının olmaması ve ilgili yerlerin haberdar olmaması nedeniyle yanlış hukuki işlemler yapılabilme ve hasta ve/veya ikinci kişilerin hak ihlali söz konusu olabilmektedir,
- Yine aynı nedenlerle hastanın askere alınması veya silah ruhsatı alması gibi hasta ve toplum açısından risk oluşturabilecek işlemler yapılabilir,
- Hastalar ve yakınları, sosyal hakları konusunda bilgilendirilme ve bilinçlendirilme eksikliği nedeni ile hak kaybına uğramaktadırlar,

- Vesayet altına alınan hastaların bir kısmında, vasilerinin ilgisizliği ve ihmali olabilmekte, ancak bunun tespiti, takibi ve gerekli mercilere bildirimi yapılamamaktadır. (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a: 23-24).

Biyolojik ve psikolojik iyilik hali, sosyal iyilik halinin de sağlanması ile mümkün olabilmektedir. Bu aııdan ruh sağlığı bozuk olan bireylere yönelik koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici ruh sağlığı hizmetleri verilirken hasta ve yakınlarının yaıadığı sosyal sorunlar gözönüne alınarak değerlendirme yapılmalıdır.



## BÖLÜM 2. PSİKİYATRİK SOSYAL HİZMET

### 2.1. Psikiyatrik Sosyal Hizmet Kavramı ve Kapsamı

Psikiyatrik sosyal hizmeti kavram ve kapsamına geçmeden önce sosyal hizmet kavramına bakmak psikiyatrik sosyal hizmetin anlaşılması açısından daha uygun olacaktır. Sosyal hizmet, hem bir disiplin hem de bu disipline dayalı bir meslektir. Disiplin olarak sosyal hizmet, insanın ve toplumun yapısı ve sorunları hakkında bilgilerden oluşur. Meslek olarak sosyal hizmet ise insanın ve toplumun sorunlarına yönelik çözümleri ve uygulamaları kapsamaktadır. Ulusal Sosyal Çalışmacılar Derneği (NASW)'in yaptığı tanımlamaya göre, sosyal hizmet bireylerin, grupların ya da toplulukların sosyal işlevsellik kapasitelerini geliştirmelerine ya da iyileştirmelerine ve hedeflerine uygun toplumsal koşulları yaratmalarına yardımcı olan profesyonel faaliyettir. Sosyal hizmet uygulaması, sosyal hizmet değerlerinin, ilkelerinin ve tekniklerinin bazı amaçlar doğrultusunda profesyonel bir şekilde uygulanmasından oluşur. Bu amaçlar, insanların somut bir şekilde hizmet elde etmelerine yardımcı olmak; bireylere, ailelere ve gruplara danışmanlık ve psikoterapi sağlamak, topluluklara veya gruplara sosyal ve sağlık hizmetlerini sağlamaya veya iyileştirmelerine yardımcı olmak; bireylere savunuculuk yapmak ve ilgili yasal işlemlere katılmaktır. Bu uygulamaları gerçekleştirenler ise sosyal çalışmacılardır. Sosyal çalışmacılar, insanların problem çözme ve başa çıkma kapasitelerini arttırmalarına, bireylerin, grupların ve toplumun ihtiyaç duydukları kaynakları elde etmelerine yardımcı olur, bireyler ve çevreleri arasında etkileşimleri kolaylaştırır, organizasyonları insanlara karşı sorumlu kılar ve sosyal politikaları etkiler. Sosyal hizmet bütün bu faaliyetleri mesleki çerçevede farklı uygulama alanlarında gerçekleştirir. Psikiyatri alanı da bunlardan bir tanesidir. Psikiyatri alanında gerçekleştirilen sosyal hizmet uygulamalarına psikiyatrik sosyal hizmet denilmektedir. Literatürde klinik sosyal hizmet olarak da adlandırılmaktadır. Ancak farklı adlandırmalara rağmen aynı kavramı ifade etmektedir (Kongar, 1978: 1; Zastrow, 2010: 3-4).

Psikiyatrik sosyal hizmet zihinsel, duygusal ve davranışsal bozukluklarla ilgilenen, psikiyatri, klinik çalışma ve teori bilgisine sahip sosyal hizmetin özelleşmiş bir dalıdır. Ulusal Sosyal Çalışmacılar Derneği (NASW)'nin 2005 yılında yayınladığı 'Sosyal Hizmet Uygulamasında Klinik Sosyal Hizmet için NASW Standartları'nda psikiyatrik sosyal hizmetin bireylerin, çiftlerin, ailelerin ve grupların ruhsal ve zihinsel, duygusal ve davranışsal refahına odaklandığını belirtilmiştir. Psikiyatrik sosyal çalışmacıyı ise, zihinsel, duygusal ve davranışsal rahatsızlıkları olan kişilerin teşhis ve tedavisinde yer alan önemli sağlık uygulayıcıları olarak tanımlamıştır ve psikiyatrik sosyal çalışmacının dört yıllık lisans eğitimi sonrası psikiyatri alanında yapılacak yüksek lisans eğitimini ve diğer süpervizyon ve eğitimleri alması gerektiği ifade edilmiştir (NASW, 2005: 7). Barker (2003)'a göre psikiyatrik sosyal hizmet, psikososyal işlev bozukluğu, engellilik ya da, duygusal, zihinsel ve davranışsal bozuklukların tanı, tedavi ve önlenmesinde sosyal hizmet teorisinin ve yöntemlerinin profesyonel bir uygulamasıdır (Barker, 2003).

Meyer'e ise sosyal sorunların psikiyatrik hastalıkların doğuşunda yoğun bir şekilde etkili olduğunu ve aynı zamanda sosyal faktörlerin hastaların iyilik halini sürdürmesi için önemli bir etken olduğunu vurgulayarak sosyal çalışmacılara oldukça önemli katkılar sağlamıştır.

Psikiyatri alanında ilk sosyal hizmet uygulamalarını belirli bir coğrafi alandaki hastaların ev ziyaretlerini gerçekleştirebilmeleri ve değerlendirme ve rehabilitasyon planları yapmaları açısından sosyal çalışmacıları desteklemiştir. Bu noktada psikiyatrik sosyal hizmet, zihinsel ve psikolojik sıkıntıları nedeniyle psikiyatri alanı içine giren kişi ve grupların ya da sosyal uyumsuzlukları ve ihtiyaçları üzerine de odaklaşan bir işlev, bir görevdir (<https://www.hopkinsmedicine.org/>; Özdemir, 1999: 96-97)

Bulut (1993)'un çalışmasında ise,

“Psikiyatrik sosyal hizmet; akıl ve ruh sağlığının korunmasına, ruhi ve akli yönlerden birçok güçlükleri olan kişilerin güçlüklerinin saptanmasında ve onların toplum içinde daha sağlıklı, daha yeterli ve sosyal işlevlerinin daha etkili bir biçimde yerine getiren bireyler haline dönüşmelerine yardımcı olan meslektir.”  
(Bulut, 1993: 23)

olarak tanımlanmıştır.

Psikiyatrik sosyal hizmet, ruhsal bozukluğu olan ve hastanede ya da ayaktan tedavi gören, rehabilitasyon çalışmalarına katılan bireylerin bakımını destekleyen, tedavi sağlayan ve koordine eden, bireyi çevresi içinde bütüncül olarak değerlendiren, hastaların yaşam kalitesini arttırmayı hedefleyen özel bir tıbbi sosyal çalışma türüdür. Psikiyatrik sosyal çalışmacılar ise genel olarak, psikososyal ve risk değerlendirmeleri, bireyle ve grupla çalışma, psikoterapi, psikoeğitim, krize müdahale, bakım koordinasyonu ve rehabilitasyon hizmetleri dahil ancak bunlarla sınırlı olmamak üzere, müracaatçılara, hastalara yönelik hizmet sağlayan; psikiyatrist, psikolog, psikiyatri hemşiresi ve diğer bakım elemanlarından oluşan psikiyatri ekibinin üyeleridir.

Psikiyatrik sosyal çalışmacıların ya da psikiyatri alanında görev yapan sosyal çalışmacıların rolleri farklı kaynaklarda farklı şekillerde ele alınmıştır. Avustralya Sosyal Çalışmacılar Birliği (AASW-Australian Association of Social Workers) ruh sağlığı alanındaki sosyal çalışmacıların rollerini açıklarken, bireylerin, ailelerin, grupların ve toplulukların sahip olduğu akıl hastalıklarının oluşumunda tek bir faktörün etken olmadığını; ailevi, psikolojik, ekonomik, sağlık, eğitim, istihdam, yasal veya diğer toplumsal sorunlar ile kişisel faktörlerinde ruhsal hastalıkların oluşumunda önemli faktörler olduğunu ve sosyal çalışmacıların ruhsal bozukluğu olan bireyleri destekleme de bu durumu merkezi bir odak almaları gerektiğini ifade etmiştir. Bu açıdan sosyal çalışmacıların rolleri değerlendirildiğinde çalışmaların kapsamlarının farklılık gösterdiğinden bahsedilmiştir. Sosyal çalışmacının *doğrudan müdahale*de bulunduğu çalışmalarda terapi, değerlendirme, müdahale, tedavi ve destek sağlama, terapötik uygulamalar, matem, keder ve kayıp danışmanlığı, aile/ebeveyn-çocuk müdahaleleri, çiftlere yönelik terapi ve ilişki danışmanlığı, psikoeğitim grup programları ve yönlendirme gibi görevleri bulunmaktadır. *Vaka çalışmalarında*, hizmet koordinasyonu, savunuculuk, hukuki hakların korunması, kriz müdahalesi, kaynaklara ulaşımın kolaylaştırılması ve bakım koordinasyonu; *program geliştirme ve yönetim* çalışmalarında yeni program ve hizmetlerin geliştirilmesi, ruh sağlığı sosyal hizmet işgücünün geliştirilmesi ve kalitesinin gözetilmesi, zihinsel sağlık programını denetlemek, örgütsel politika ve prosedürlerin geliştirilmesi ve izlenmesi, disiplinler arasında işbirliğini teşvik etmek, kaliteli hizmet sunmak için personeli

yönetmek; *toplumsal gelişim ve ruh sağlığı tanıtımı* çalışmalarında, ihtiyaç analizi yapmak, topluluklarla çalışmak, güçlü ve destekleyici ağlar oluşturmak, özellikle savunmasız veya dezavantajlı bireyler için ruh sağlığı hizmetlerine erişim veya hizmet sunumunda ki eşitsizlikler ile ilgili olarak savunuculuk yapmak; *program ve politika geliştirilmesi* ve *araştırma ve değerlendirme* çalışmaları gerçekleştirmek gibi görevleri vardır (AASW, 2015: 5-6).

Literatürde başka bir çalışmaya göre sosyal hizmet son 100 yılda önemli ölçüde ilerlemiştir ve sosyal hizmetin yalnızca hayırseverlik uygulamaları olarak adlandırılmasına son verilmiştir. Bu anlamda psikiyatri alanında hastanın medikal tedavisini gerçekleştiren psikiyatri hekimlerinin hastaları psikiyatrik sosyal çalışmacıya yönlendirerek, ondan psikoterapi hizmeti almasını istedikleri ifade edilmiştir. Psikiyatrik sosyal hizmet 20. yüzyılın sonlarında yüksek oranda talep gören bir meslek halini almıştır. Sosyal çalışmacılar savunucu, arabulucu, vaka yöneticisi ve politik aktivistlerdir, bireyleri ve aileleri zorlayan psikososyal stresörleri tedavi ederler, psikolojik müdahalelerle birlikte aile terapisi, çift danışmanlığı ve davranış teknikleri kullanırlar. Hastaları stabilize etmede yardımcı olmak için zorlukları tanımak ve referans kaynaklarını kullanmak ve kaynaklara yönlendirme yapmak sosyal çalışmacının sorumluluğundadır. Günümüzde, psikiyatri alanında uzmanlaşmış sosyal çalışmacılar hastalarıyla birlikte karar verici haline gelmişlerdir (Rullo, 2001: 211-214).

Ulusal Sosyal Çalışmacılar Derneği (NASW)'nin 2011 yılında yayınladığı Ruh Sağlığı Kliniklerinde ve Ayakta Tedavi Birimlerinde Sosyal Çalışmacılar isimli çalışmasında sosyal çalışmacının, ruh sağlığı kliniklerinde gerçekleştirdiği görevleri tanımlamıştır. Bu görevler (NASW, 2011: 1),

- Müracaatçılara yönelik uygun hizmetlerin belirlenmesi,
- Biyopsikososyal değerlendirme yapmak ve sosyal hikayelerini almak,
- Madde kullanan müracaatçıları, destek sistemleri, fiziksel ve duygusal işlevsellik, finansal yeterlik, güvenlik, intihar ve cinayet düşüncesi vb. açısından değerlendirmek,
- Müracaatçının kendi kaderini tayin hakkı göz önünde bulundurularak, uygun tedavi ve rehabilitasyon planlarının uygulanması ve geliştirilmesi,
- Bazı özel ruh sağlığı sorunları için birey, aile ve grup terapilerinin doğrudan tedavi servislerinde sağlanması,
- Güvenliğe yönelik değerlendirme de dahil olmak üzere kriz yönetimi sağlamak
- Müracaatçıyı savunuculuk,
- Vaka yönetimi hizmetleri, toplum kaynaklarının harekete geçirilmesi, diğer profesyonellerle işbirliği sağlama ve bununla sınırlı kalmayan görevler,
- Klinikler tarafından sağlanan ruh sağlığı hizmetlerinin daha geniş bir topluluğa tanıtılması,
- Program fonu sağlamak veya toplamak için bütçe yazılımı ve değerlendirmesine katılmak,
- Etik sorunları belirleme ve çözme,
- Personeli yönetmek, eğitim vermek ve denetlemek,

- Multidisipliner tedavi ekibinin bir parçası olmak ve bununla sınırlı kalmayan görevleri de içeren rolleri vardır.

Türkiye’de yapılan bir çalışmada da psikiyatrik sosyal çalışmasının işlevlerini klinik düzey roller ve toplumsal düzey roller olmak üzere iki başlık altında değerlendirme yapılmış. Klinik düzey roller, sosyal inceleme raporu hazırlama, psikoeğitim ve danışmanlık, taburculuk planlaması, bireyle çalışma, grupta çalışma, savunuculuk, psikoterapi ve hizmet içi eğitim koordinasyonu olarak ifade edilmiş. Toplumsal düzey roller ise, ruhsal risk taraması ve araştırma, koruyucu ruh sağlığı hizmetleri, sosyal içirme, toplum eğitimi ve hizmet geliştirme olarak sıralanmıştır. Bu çalışmada sosyal çalışmacının özellikleri, işbirliği içinde çalışma, çeşitliliğe saygı duyma, etik ilkelere dayalı çalışma, eşitsizliğe karşı çıkma, iyileştirme, kişilerin ihtiyaçlarını ve güçlü yanlarını belirleme, hizmet kullanıcı odaklı hizmet verme, fark yaratma, güvenli ve olumlu risk almaya teşvik etme ve kişisel gelişim ve öğrenme başlıkları altında değerlendirilmiştir (Oral ve Tuncay, 2012: 105-112).

Bu değerlendirmelerden de anlaşılacağı üzere psikiyatri alanında görev yapan sosyal çalışmacıların, mesleki bilgi, beceri ve değerlerini kullanarak kliniğe yatış gerçekleşmeden hastalığın ilk belirti evrelerinde koruyucu önleyici çalışmalar gerçekleştirmekten, hastaneye yatış sürecine ve taburculuk sonrası rehabilitasyon dönemine kadar farklı birimlerde alana özgü bir çok görev tanımlamaları bulunmaktadır. Ruhsal bozukluk belirtileri ortaya çıkmadan ya da ilk belirtilerinin görüldüğü evre de koruyucu önleyici çalışmalara katılmak, hastaneye yatış sürecinde hastanın ve ailesinin bir arada değerlendirildiği, psikoeğitim, danışmanlık, savunuculuk, psikoterapi, bireyle çalışma, grup çalışması ve taburculuk planlaması gibi hizmetlerin sağlandığı, taburculuk aşaması sonrası hastaların tıbbi takiplerinin yanında sosyal, ekonomik ve hukuki sorunları açısından takip ve tedavilerinin sağlanması, rehabilitasyon çalışmalarının gerçekleştirilmesi ve ailenin süreci en iyi şekilde yönetmesini sağlayıcı eğitimler sağlanması gibi rolleri içermektedir. Toplumsal düzeyde de damgalamayı önleme, toplum eğitimi ve politikalar geliştirme gibi hizmetler sağlanmaktadır.

## **2.2.Psikiyatrik Sosyal Hizmet Tarihçesi**

Psikiyatrik sosyal hizmetin tarihçesi incelendiğinde literatürde bu alandaki ilk çalışmaların hekimlerin hasta hakkında bilgi almak amacıyla görevlendirdiği gönüllü kadınlar ya da hemşireler tarafından gerçekleştirildiği gözlemlenmektedir. İlk uygulamalar on dokuzuncu yüzyılın sonlarında İngiltere’de akıl hastanelerinden taburcu olan hastaların tekrar hastaneye yatışına engel olmak için evlerinde takip edilmesi gerektiği görüşüyle ortaya çıkmıştır. Evlere ziyaretçiler gönderilerek hasta yakınlarına, hastaya bakım hakkında eğitimler verilmesi sağlanmıştır. Aynı dönemlerde başlatılan bir diğer uygulama da 1895’te Londra’nın merkezinde başlatılan “Lady Almoner” adı verilen gönüllü kadınların tıbbi tedaviye ihtiyaç duyan ancak yoksulluk nedeniyle ücretsiz tedavi talebi olan hastaların sosyal durumlarını incelemek amacıyla yoksulların evine gitmesidir. İlk almoner, 1895’te Londra’nın merkezindeki Royal Free Hastanesi’nde görevlendirilmiş Mary Stewart’dır. Stewart sürekli olarak almoner rolünü yeniden şekillendirmiş ve pozisyonu, tıbbi bir sosyal çalışmacınıninkine benzer olarak biçimlenmiştir. Bu anlamda hastaları diğer tıbbi ve yardımsever yardım araçlarına yönlendirmek, hastaların evlerini ziyaret etmek ve diğer

gönüllü hastanelerdeki pozisyonlara almonerler yetiştirmek gibi görevler üstlenmiştir. Yine aynı yıllarda (1893) Amerika Birleşik Devletlerinde hastaneler ve toplum merkezlerince yoksul hastaları tedavi sonrasında takiplerini sağlamak için bu hastaların evlerine hemşire gönderilmiştir. Bu ziyaretler tedaviyi kolaylaştırdığı gibi, hastalığın aile hayatında yarattığı bireysel ve sosyal sorunları tanımlamaya da yararlı olmuştur (Cullen, 2013: 552; Duyan, 2003: 39-40).

Takip eden yıllarda, ABD'de benzer durumlarda gönüllü ve daha sonra profesyonel sosyal çalışmacılar istihdam edilmiştir ve ilk resmi sosyal çalışma bölümü 1905 yılında Dr. Richard Cabot tarafından Massachusetts General Hospital'da kurulmuş ve burada sosyal çalışmacı görevlendirilmiştir. Bu girişimin ana amacı, hekimlerin hastalarının tıbbi durumu ve tedavisi üzerindeki sosyal ve çevresel etkilerin farkında olmak istemeleri ve sosyal hizmet çalışanını bu bilgiyi elde etmek için anahtar olarak görmeleridir. Aynı yıl Boston Mass. ve Bellevue Hastanesi'nde ve New York Cornell Kliniği nöroloji kliniklerinde ilk psikiyatrik sosyal çalışmacılar istihdam edilmiştir. Bu ilk sosyal hizmet uygulamaları, büyük ölçüde, Mary Richmond ve benzer düşünürlerin fikirlerine temel olan sosyal teşhis modeline dayanarak gerçekleştirilmiştir (Auslander, 2001: 202). Ertesi yıl, New York Eyaleti Yardımlaşma Derneği tarafından New York'taki Manhattan Devlet Hastanesinde psikiyatrik sosyal çalışma uygulaması başlatılmıştır. Burada psikiyatrik sosyal çalışmacı, psikiyatristlerin ihtiyaç duydukları bilgileri, aile geçmişine ve geçmiş yaşam deneyimlerine göre elde etmek için hasta ailelerini ziyaret etmiştir. Daha sonra, psikiyatri sosyal çalışmacının görevlerine, akıl hastalarının eve dönüşü için ailelerin hazırlanması işlevi eklenmiştir (<http://history.amedd.army.mil/>).

Amerika Birleşik Devletleri Birinci Dünya Savaşı'na girdiğinde, psikiyatrik sosyal hizmet mesleğinin liderleri, Ordu ve Donanma hastanelerinde akıl hastalığına bakım sağlama ihtiyacını önceden tahmin etmişler ve 1918'de Smith College Northampton'da psikiyatri sosyal çalışmasına yönelik bir eğitim programını başlatmışlardır. Amerikan Ordu Sağlık Dairesi ihtiyaçlar artınca psikiyatrik sosyal çalışmacıların askeri hastanelere tedarik edilmesini talep etmiştir. İlk eğitilmiş sosyal çalışmacı, 1 Eylül 1918'de, tedavi altındaki askerlerin kişisel, ailevi ve toplum arka planı hakkında bilgi edinmek, teşhis, tedavi ve bakım sonrası planlara yardımcı olarak tıbbi görevlilere yardımcı olmak amacıyla çalışmaya başlamıştır. Bu eğitim programının asıl kurulma amacı özellikle askerlere ve ailelerine yönelik çalışmalar gerçekleştirmek olsa da, psikiyatrik sosyal çalışma diğer uygulama alanlarına da hızla yayılmıştır (<http://history.amedd.army.mil/>).

Psikiyatrik sosyal hizmetin gelişmesinde ki önemli etkenlerden biri de çocuk rehberlik kliniklerinin gelişmesi olmuştur. 1921'de, New York Sosyal Hizmet Okulu ve Zihinsel Hijyen Ulusal Komitesi'nin başlattığı Erken Çocuk Rehberliği Klinik'leri başlangıçta çocuk suçluları hakkında bir endişeden dolayı ortaya çıkmış bir harekettir. Bu çalışma sayesinde tüm çocuklar için sosyal ve psikolojik hizmetlerin eksikliği fark edilmiş ve sonuç olarak, çocuk rehberliği klinikleri, çocukların zihinsel ve duygusal sorunlarına yönelik olarak ta çalışmalar yürütmüştür. 1927 yılına kadar ülke çapında dağılmış olan bu hareket, erken sosyal çalışmaya hızla nüfuz etmiştir. Klinikler psikiyatristleri, psikologları ve sosyal çalışmacıları içeren "ekip" kavramı altında çalışmışlardır. Çocuk rehberlik kliniğinde,

sosyal çalışmacılar programının tanı ve tedavi aşamalarına katılmıştır (Toy, 1948: 1; Hay, 1990: 18; <http://www.thegisw.org/>).

Psikiyatrik sosyal hizmetin gelişiminin ilk yıllarında, sosyal çalışmacıların tamamen psikiyatristlerin güdümünde olduğunu söylemek mümkündür. İşlevlerinin çoğunlukla psikiyatristlere ihtiyaç duydukları bilgileri toplamakla sınırlı kaldığı belirtilmektedir. Hasta hakkında bilgiye ihtiyaç duyan hekimler sosyal çalışmacıları hastaların sosyal ortamlarına göndermekte ve gerekli bilgileri toplamaktadır. Daha sonraki yıllarda psikiyatri alanında sosyal hizmet mesleğinin etkinlik gücünün gittikçe arttığı görülmektedir. Psikiyatrik sosyal hizmet, sosyal hizmet mesleğinin gelişimi, ruh sağlığında farklı yaklaşımların ortaya çıkması, bilimsel alanlarda yeni yaklaşımlar, toplumsal olgu ve olaylarda ki gelişim ve değişim ve insana yaklaşımda yaşanan gelişmelerle ortaya çıktığı ilk zamanlardaki görünümünden farklılık göstermiş ve psikiyatri alanında özellikle son 100 yıl da daha etkili bir meslek haline gelmiştir (Özdemir, 2000: 23-26; Rullo, 2001: 211).

Türkiye’de ise psikiyatrik sosyal hizmetin gelişimi, sosyal hizmetin gelişimi ile aynı doğrultuda ilerlemiştir. Türkiye’de sosyal hizmet alanında yaşanan gelişmelere bakıldığında ise, tarihsel süreçte sosyal hizmetin ilk resmi örgütleniş biçimi, Sağlık Bakanlığı kuruluş yapısı içinde yer almıştır. 1958 yılında başlatılan düzenlemelerle sosyal hizmet sadece sağlık alanında düşünülmeyp, Bakanlığın o zamanki isminde yer alan “sosyal yardım” hizmetlerini organize etmek amacı da göz önünde tutulmuştur. Sonrasında 1959 yılında 7355 sayılı kanunla Sosyal Hizmetler Enstitüsü kurulmuştur. Bu yasa ile bakanlığın teşkilat yapısının içerisinde Tıbbi Sosyal Hizmetler şubesi kurulmuştur ve kanunun 7. maddesinde “Tıbbi Sosyal Hizmetler Şubesi, sosyal hizmetlerin koruyucu, terbiye ve tedavi edici tıbbi sosyal cephelerini ihtisas bakımından tetkik ve bunların memlekette tatbikine dair olan esasları vaz’eder” ifadesi yer almaktadır. 1961 yılında Sosyal Hizmetler Akademisi kurulmuştur. 1963 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bünyesinde Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü faaliyete geçmiştir. 1967 yılında, Hacettepe Üniversitesi’nde Sosyal ve İdari Bilimler Fakültesi, Sosyal Çalışma ve Sosyal Hizmetler bölümü kurulmuştur. Bu dönemde sağlık ve sosyal yardım aynı örgütsel yapı içerisinde değerlendirilmiştir. 1983 yılında 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu ile sağlık ve sosyal hizmet arasındaki bağın kopmuş ve bu dönem sosyal çalışma mesleği içerisinde, sağlık alanının ihmal edildiği dönem olarak literatürde yer almıştır (Duyan, 1996: 10-19). Günümüzde özellikle 2004 yılı itibari ile başlayan ve ülkede “sağlıkta dönüşüm programı ve sağlık hizmetlerinin etkinleştirilmesi” olarak isimlendirilen dönemden itibaren sağlık alanındaki sosyal çalışma uygulamalarının da yeniden ele alındığı görülmektedir. Psikiyatrik sosyal hizmet açısından değerlendirildiğinde ise özellikle son dönemlerde psikiyatri alanında ve ruh sağlığı politikalarında yaşanan gelişmelerin, psikiyatrik sosyal hizmetin gelişimine önemli ölçüde katkı sağladığı görülmektedir. Ruh sağlığı hizmet modellerinde meydana gelen dönüşüm ve toplum temelli hizmetlere geçiş süreci ile birlikte toplum ruh sağlığı merkezlerinin açılması, psikiyatri alanında daha çok sosyal çalışmacı istihdam edilmeye başlanmasını sağlamıştır. Daha önce de Türkiye’de uygulanan ruh sağlığı politikaları bölümünde ayrıntılı olarak ifade edilmiş olan toplum ruh sağlığı merkezleri hakkında yönergeye göre

de sosyal çalışmacıların bu merkezlerde daha aktif ve ekibin önemli bir yesi olarak kabul edildiği gözlemlenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011b).

Türkiye’de psikiyatri alanında ilk sosyal hizmet uygulamaları İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi ocuk Psikiyatrisi Enstitüsü’nün 1957 yılında başlayan ve “sosyal hemşire” adı verilen elemanlarca yürütülen sosyal hizmet uygulamalarıdır. Bu alışma batı ülkelerindeki ilk uygulamalara benzer bir biçimde, hastanın çevresel ve kişisel özelliklerinin saptanması ihtiyaından doğmuştur. 1958 yılından 1961 yılına kadar 827 düzenli sosyal ziyaret yapılmış ve aile ile ilişkilerin geliştirilmesi ve ailelerin hasta ve hastalığa karşı tutumlarının olumlu hale getirilmesi amaçlanmış ve olumlu sonuçlar alınmıştır (Cebiroğlu, 1961; zdemir, 1998: 122). Bir diğer uygulama ise Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi’nde Sosyal Hizmet Akademisi’nde okuyan 2. sınıf ğrencilerinin Başhekim Dr. Faruk Bayülkem’in ricası ile 1965 yılında gerçekleştirdikleri yaz uygulaması etkinliğidir (Bayülkem, 1998: 213).

1968 yılında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi ile Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi psikiyatri kliniğine ilk sosyal çalışmacılar atanmıştır. Ardından 1970 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğinde sosyal hizmet uygulamaları başlamıştır. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ruh Sağlığı ve Hastalıkların Kliniğindeki çalışmaların başlangıcı ise 1972’dir (zdemir, 1998: 123).

### **2.3.Dünya’da Psikiyatrik Sosyal Hizmet Uygulamaları**

Dünya’da ruh sağlığı alanında yaşanan gelişmeler, hastane temelli ruh sağlığı hizmet modelinden toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeline geçiş, Dünya Sağlık rgt’nün ülkelerin ruh sağlığı politika metinleri olmasının, yeterli ve kaliteli ruh sağlığı hizmeti sunulabilmesi için ana ve güçlü bir araç olduğunu vurgulaması ve ruh sağlığı politika metinleri olmayan ye ülkelerin bu anlamda ruh sağlığı politika metinleri oluşturmaya başlaması gibi etkenler her geçen gün tıbbi alanda sosyal hizmet alanına olan ilgiyi arttırmıştır. Biyopsikososyal yaklaşım açısından özellikle psikiyatri alanında sosyal çalışmacıların etkin olarak psikiyatrik ekibin içinde yer alması psikiyatri hastasının tam bir iyilik halini sürdürmesi için olduğa önemlidir. Ancak her ülkede psikiyatrik sosyal çalışmacılara aynı derecede önem verilmemektedir ve Dünya’da psikiyatrik sosyal hizmet uygulamaları değerlendirildiğinde ülkeden ülkeye değişiklik gösterdiği gözlemlenmektedir. Bu açıdan aşağıda psikiyatrik sosyal hizmet uygulamaları açısından bazı ülke örnekleri değerlendirilecektir.

#### **2.3.1.Avustralya**

Avustralya’da Federal Hükümet, Avustralya Sosyal alışmacılar Sendikasını (AASW) akıl sağlığı alanında uzmanlık için değerlendirici bir makam olarak kabul etmektedir. AASW’nin yaptığı değerlendirme başarılı olursa sosyal çalışmacılara Akredite Ruh Sağlığı Görevlisi (AMHSW) statüsü verilmektedir. Akredite Ruh Sağlığı Sosyal alışmacısı, akıl sağlığı bozukluğu olan kişilerin değerlendirilmesinde ve tedavi edilmesinde daha etkin ve aktif rol oynarlar. Bu kişilerin daha deneyimli olduğu kabul edilir ve ruh sağlığı alanında depresyon ve diğer duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları, psikoz, intihar düşünceleri, ilişki sorunları, hayat krizleri, travma ve aile çatışmaları

yaşayan bireylerin ilişkili sosyal ve diğer çevresel problemlerini çözmelerine ve yaşam kalitelerini iyileştirmelerine yardımcı olurlar. Bireysel, aile ve grup terapileri gerçekleştirirler ve bir ruhsal bozukluğu olan bireyin arkadaş, aile ve çevre ilişkilerinde, iş ve eğitim alanında vb. alanlarda yaşayacakları problemleri de göz önünde bulundurarak daha geniş kapsamlı hizmet sunarlar. Akredite Ruh Sağlığı Sosyal Çalışmacıları, zihinsel sağlık bozukluğu olan kişilere yardımcı olmak için bir dizi müdahale kullanırlar. Bunlar, bilişsel davranışçı terapi, davranışsal müdahaleler, bilişsel müdahaleler, gevşeme stratejileri, beceri eğitimi, problem çözme, öfke kontrolü, sosyal beceriler, stres yönetimi, ebeveynlik yetenekleri, kişilerarası terapi, psiko-eğitim (Motivasyonel Görüşme dahil), anlatı terapisi gibi müdahalelerdir (<https://www.aasw.asn.au/>).

Avustralya'da sosyal çalışmacıların rolleri değerlendirildiğinde farklı alanlara bölünmüş rol tanımlamalarının yapıldığı gözlemlenmektedir. Bunlar,

*Kamu Ruh Sağlığı* alanında klinik, toplum, konut, yataklı ve ayaktan tedavi ünitelerinde psikososyal destek, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri sağlamak;

*Yetişkin ruh sağlığı* alanında multidisipliner ekibin bir parçası olarak çalışan sosyal çalışmacıların, taburculuk planlamasının koordinasyonu dahil, bireysel / aile / bakıcı değerlendirmesi, müdahale, tedavi ve destek hizmetleri gerçekleştirmesi;

*Özel uygulama* alanında, devlet tarafından finanse edilen veya uyguladığı girişimler yoluyla doğrudan ücret alabilen serbest meslek sahibi psikiyatrik sosyal çalışmacının, danışmanlık ve terapötik müdahaleler sağlaması;

*Topluluk ekipleri* alanında, psikiyatristler de dahil olmak üzere multidisipliner ekiplerle, özellikle şizofreni, bipolar bozukluk ve yeme bozuklukları gibi bozukluklarla birlikte vaka yöneticileri veya baş klinisyenler olarak çalışmak;

*Çocuk ve ergen ruh sağlığı ekipleri* alanında, multidisipliner ekibin bir parçası olarak, liderlik veya klinisyen rollerinde, 0-18 yaş arası çocuklar ve aileleri için zihinsel sağlık ihtiyaçlarını desteklemek;

*Birincil akıl sağlığı bakımı* alanında, psikiyatrik risklerin şiddetli ve kalıcı bir nitelik taşımadığı anksiyete ve depresyon gibi daha yüksek sıklıkta görülen bozukluklar için daha uzun süreli tedavi müdahaleleri gerçekleştirmek;

*Üçüncül ruhsal sağlık hizmetleri* alanında değerlendirme, vaka yönetimi, kriz müdahalesi, rehabilitasyon ve yatarak tedavi uygulamalarını sağlamak;

*Hükümet dışı kuruluşlar (STK)*'larda ve devlet psikiyatri hizmetleriyle yakın işbirliği içinde çalışmak için finanse edilen kuruluşlarda, ruhsal sağlık hizmetlerini sağlamak;

*Ruhsal Hastalığı Olan Ebeveynlerin Çocukları* için, aileleri desteklemeyi amaçlayan hizmetler ve özel programlar geliştirme;

*Önleme programları* alanında, sosyal çalışmacıların okullara, eğitim ortamlarına ve okul öncesi döneme yönelik eğitim çalışmaları gerçekleştirme ile önlemeyi sağlama;

*Perinatal hizmetler*’lerde, ruhsal hastalık veya rahatsızlık riski taşıyanlara odaklanan, hamile veya yeni annelere ve partnerlere destek veren, toplum temelli multidisipliner ekibin içinde yer alma;

*Annelik destek hizmetleri*’nde yataklı tedavi kliniklerinde gerçekleştirilen, yeni annelere ve babalara genel olarak destek vermek ve doğum sonrası depresyon veya diğer ortaya çıkan ihtiyaçların risklerini tanımlamak;

*Yaşlı akıl sağlığı* alanında, taburculuk planlaması ve taburculuk sonrası için topluma geçiş veya yaşlı bakım tesisine geçişte aile üyeleri, toplum ekipleri, doktorlar ve yaşlı bakım tesisleri ile yakın ilişki kurmak;

*Gaziler ve şu anda hizmet veren Avustralya Savunma Gücü (ADF)* alanında Gazilerle çalışmak ve ADF personeli ile ailelerine hizmet etmek ve psikososyal müdahaleler sağlamak;

*Yerli topluluklar* için ruh sağlığı ve refah hizmetlerini gerçekleştirmek; ve

*Uzman hizmet alanları* olan Adli hizmetler, transkültürel ruh sağlığı hizmetleri ve hapisane sağlık hizmetleri alanlarında sosyal hizmet müdahaleleri gerçekleştirmektir. (AASW, 2015, s.4-5).

### **2.3.2.Almanya**

Alman ruh sağlığı sistemi, Birleşik Krallık’ta ki sistemden önemli ölçüde farklıdır. Ulusal Sağlık Hizmetinde (NHS) olduğu gibi genel sorumluluğu olan merkezi bir örgüt yoktur ve hükümet politika ayrıntılarını yazma veya belirli hedefler koyma hakkına sahip değildir. Sadece yasal çerçeveyi belirleyebilir, genel hedefleri tanımlayabilir ve harcama düzeyini etkileyebilir. Diğer sağlık hizmetleri alanlarında olduğu gibi, akıl sağlığı hizmetlerine ilişkin sorumluluklar, federal otoriteler, yerel yönetimler ve ofis temelli psikiyatristler tarafından sağlanan hasta bakımını düzenleyen yarı resmi kurumlar arasında paylaşılmaktadır. Hemen hemen her vatandaşın sağlık sigortası vardır ve sigorta kapsamı olmayanlar için sağlık hizmetlerine erişim ücretsizdir. Bu bireylerin masraflarını genellikle sosyal hizmetler karşılar. Sosyal hizmetler de ayrıca doğrudan toplum içinde çeşitli hizmetler fon sağlamaktadır. Bu anlamda Almanya’da anlaşılması zor olan parçalanmış bir sistem bulunmaktadır (Kunze et al., 2004: 218).

Almanya’da, sağlık sigortası, uzun süreli bakım sigortası ve yerel makamların sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere, sosyal hizmetlerin finansmanından çeşitli kurumlar sorumludur. Ruh sağlığı hizmetleri, psiko-sosyal hizmetler, uzmanlaşmış psikiyatri hastaneleri hizmetleri ve toplum temelli ruh sağlığı merkezleri kamu, özel ve gönüllü sosyal yardım kuruluşları tarafından finanse edilmektedir. Örneğin Gündüz merkezlerini yerel yönetimlerin desteğiyle gönüllü sosyal yardım kuruluşları finanse etmektedir (European Social Network, 2011: 11).

Tüm ülkede genel olarak gerçekleştirilen sosyal hizmet etkinlikleri,

- Bireylerin, ailelerin, bakım verenlerin risklerini, ihtiyaçlarını ve koşullarını değerlendirmek;
- Sosyal hizmet uygulamalarını planlamak, gözden geçirmek ve değerlendirmek;

- Bireylerin ihtiyaçlarını, görüşlerini ve koşullarını temsil etmeleri için desteklemek;
- Bireylere, ailelere ve bakım verenlerle ilgili riskleri yönetmek;
- Diğer profesyonellerle işbirliği içinde çalışmak;
- Diğer profesyonellerle ve farklı kurumlarla işbirliği içinde çalışmak;
- Durum Yönetimi;
- Çocuklar, aileler, yetişkinler ve / veya yaşlı insanlar için bakım programlarını yönetmek;
- Topluluk gelişimi;
- Rehberlik;
- Ceza adalet sistemi ile çalışmak;
- Araştırma ve proje çalışması; ve
- Denetim ve uygulama eğitimi olarak ifade edilmiştir.

Diğer aktiviteler ise, klinik sosyal çalışma; sosyal politikaya katılım; ve terapi çalışması şeklinde sınıflandırılmıştır (Hussein, 2011: 23).

Almanya’da psikososyal danışma merkezleri bulunmaktadır. Psikososyal danışma merkezleri, psikoterapi ve istişare alanında ve zulüm, işkence, hapis, savaş nedeniyle travmatize edilen ancak aynı zamanda kaçak olan veya ruhsal hastalıklar nedeniyle mağdur olan mülteciler için sosyal hizmet alanında hizmetlerin sunulduğu merkezlerdir. Bu birimlerde de sosyal çalışmacılar istihdam edilmektedir (Trautmann, et al. 2017: 16).

### **2.3.3.Kanada**

Kanada’da resmi olarak ruh sağlığı hizmetleri genellikle kamu eliyle sağlanmaktadır. Bunun yanında gönüllü veya özel sektör kurumları ve özel uygulayıcılar çoğu ilde de büyük rol oynamaktadır. Sosyal çalışmacılar, tüm sektörlerdeki mikro, mezzo ve makro düzey uygulamalarda yer almaktadır. Mikro ve mezzo düzeylerde sosyal çalışmacılar öncelikle, müracatçıların ve ailelerinin sosyal refahına ve fiziksel, ruhsal ve duygusal iyilik hallerinin önemine eşit derecede önem vermektedir. Makro düzeyde ise sosyal çalışmacılar genellikle hastalık ve tedavi sorunlarının ötesinde, ruhsal sağlıktaki daha geniş insani, sosyal ve politik konuları dikkate almak konusunda daha büyük bir kapasite harcamaktadır. Sosyal çalışmacı, toplumsal modeldeki eşitsizlikleri ve yapısal sorunları tanımlamak ve ele almak için tıbbi modele özgü “bireysel teşhise odaklanma” nın ötesine geçer. Sosyal çalışmacıların gerçekleştirdiği rollerin çoğu, tüm ruhsal sağlık disiplinleri için ortaktır. Kanada Sosyal Çalışmacılar Derneği (CASW)’nin tanımlamasına göre ruh sağlığı alanında genellikle üç geniş sağlık hizmeti uygulamasında sosyal çalışmacının gerçekleştirdiği sorumlulukları vardır. Bunlar, önleme, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleridir. Önleme faaliyetleri, duygusal özbakım ve sağlıklı ilişkiler, toplum bilgisi ve becerileri (toplumsal gelişim), sosyal eylem ve sosyal adalet için savunuculuk konularında kamu ve müracaatçı eğitimini içerir. Tedavi faaliyetleri, akut psikiyatrik belirtiler, duygusal travma, ilişki sorunları, stres, sıkıntı ya da kriz yaşayan bireyler üzerinde odaklanma ve değerlendirme, risk yönetimi, bireysel, çift, aile ve grup danışmanlığı, müdahale ya da tedavi ve savunuculuğu içerir. Rehabilitasyon faaliyetleri ise, akıl hastalığı sebebiyle engellenen müracatçılara odaklanır ve bilgi ve becerilerini geliştirmek için bireysel, çift, aile ve grup müdahaleleri, kurum bakımı, mesleki ve boş zaman kaynaklarının sağlanması ve ihtiyaç

duyulan hizmetlerin geliştirilmesini sağlamak ve toplumun tutumlarını değiştirmek için savunuculuk faaliyetleridir (CASW, <https://www.casw-acts.ca/> ).

Kanada’da çalışma ortamına özel olarak, ruh sağlığı alanındaki sosyal çalışmacıların sunduğu hizmetler ise; *doğrudan hizmetler*, danışmanlık, kriz müdahalesi, terapi, savunuculuk, kaynakların koordinasyonu vb. şeklinde bireylere, çiftlere, ailelere ve gruplara sağlanan uygulamalardır; *vaka yönetimi*, belirli bir müraacatçı, grup veya nüfus için disiplinler arası hizmetleri koordine etmek; *toplumsal gelişim*, toplumsal ihtiyaçların tanımlanması ve zihinsel sağlık kaynaklarının toplumun ihtiyaçları perspektifinden geliştirilmesi için topluluklarla birlikte çalışma; *süpervizyon ve danışmanlık*, klinik gözetim / konsültasyon, kalite ve yönetim denetimleri ve akıl sağlığı hizmetlerinde yer alan diğer sosyal çalışmacıların gözden geçirilmesi; *program yönetimi/idaresi*, bir akıl sağlığı programının ve/veya hizmet sunum sisteminin denetlenmesi; *organizasyonel gelişim*, öğretim, atölyeler, konferanslar ve profesyonel hizmetler; *program, politika ve kaynak geliştirme*, analiz, planlama, standartlar oluşturma, *araştırma ve değerlendirme* ve *sosyal eylemler*dir. (CASW, <https://www.casw-acts.ca/>)

O’Brien ve Calderwood (2010)’un yaptığı çalışmada Kanada’da sağlık alanında sosyal hizmetlere gereken önemin verilmediği bunun çeşitli sebepleri olduğundan bahsedilmiştir. Bunların, üniversite içi sosyal hizmet programlarının organizasyonel yapısı, tarihsel olarak sosyal hizmet mesleğinin düzenlenmiş bir sağlık mesleği olarak yeterince desteklenmemiş olması ve sağlık ve sosyal hizmetlerin iki ayrı bakanlık tarafından idare ediliyor oluşu ve bazı sosyal çalışmacıların sağlık hizmetleri alanında meslek sahibi olmasına rağmen, mesleğin farklı bir bakanlık tarafından düzenleniyor olması gibi etkenler olduğu düşünülmektedir. Bu anlamda sosyal çalışmacılar Kanada Sosyal Çalışmacılar Derneği (CASW)’nin ifade ettiği rolleri gerçekleştirmelerine rağmen, yapılan çalışmaya göre sağlık hizmetleri alanında kilit aktörler olarak görülmemektedir (O’Brien ve Calderwood, 2010: 319-324).

#### 2.3.4.İngiltere

İngiltere’de Genel Sosyal Bakım Konseyi (GSCC) sosyal hizmet için yetkili otoritedir. GSCC, kayıt, davranış, standart belirleme ve sosyal hizmet eğitiminin yasal düzenleyici işlevlerini yerine getirerek, İngiltere’de sosyal hizmet işlevleri açısından insanların güvenliğine ve korunmasına katkıda bulunur. Sosyal çalışma, İngiltere’de düzenlenmiş bir meslektir. İngiltere’deki tüm sosyal çalışmacılar, GSCC’ye kayıt yaptırmalı ve kayıtlarını sürdürmelidir. 1 Nisan 2005’ten beri, “sosyal çalışmacı” unvanı kanunla korunmaktadır. Kayıt olduktan sonra sosyal çalışmacıların her üç yılda bir GSCC ile kayıtlarını yenilemeleri gerekmektedir. Yenilemede kayıtlarını sürdürmek için sosyal çalışmacı, asgari kayıt sonrası eğitim standardı ve 90 saat (15 gün) öğrenmeyi üstlenmiş olmalıdır. İngiltere’de sosyal çalışmacıların genel olarak gerçekleştirdiği görevler Hussein (2011) tarafından yapılan çalışmada maddeler halinde ifade edilmiştir. Bunlar:

- Bireylerin, ailelerin ve bakım verenlerin risk, ihtiyaç ve durumlarının değerlendirilmesi;
- Sosyal hizmet müdahalelerini planlamak, gözden geçirmek ve değerlendirmek;

- Bireylerin refahlarını geliştirmek için ihtiyaçlarını, görüşlerini ve koşullarını temsil etmeleri için destekleme;
- Zarar görme riski taşıyan bireyleri, aileleri ve bakım verenleri koruyan korunma müdahalelerini yönetmek;
- Diğer profesyoneller ve hizmetler arasında ortaklık sağlamak;
- Çocukları ve gençlerin evlat edinme prosedürleri ve kurumlara ait yasal işlemleri yapmak;
- Öğrenme engelli ve zihinsel sağlık sorunları olan kişiler için uygun prosedürlerin ve kurum görevlerine uygun yasal işlemlerin yapılması;
- Olumlu bakım sonuçlarını desteklemek için günlük vaka yönetimi;
- Çocuklara, ailelere ve yetişkinlere ve / veya yaşlılara, ihtiyaçlarının karşılanması için onlara danışarak bakım paketleri geliştirmek ve yönetmek;
- Savunmasız yetişkinler ve çocuklar için savunuculuk ve temsil görevleri;
- Topluluk gelişimi;
- Danışmanlık ve diğer doğrudan müdahale yöntemleri;
- Ceza adalet sistemi ile çalışmak;
- Araştırma ve proje çalışması;
- Denetim ve uygulama eğitimidir (Hussein, 2011: 82-83).

İngiltere’de, akıl sağlığı hizmetleri temel olarak Ulusal Sağlık Hizmeti’nin (NHS) yerel altyapısı tarafından “barındırılan” sosyal bakım ve sağlık hizmetleri aracılığıyla sağlanır (European Social Network, 2011: 11). Sosyal Hizmet Koleji (CSW) İngiltere’de sosyal hizmetin ruh sağlığı alanında, 5 temel uygulama alanını ele almıştır. Bunlar,

1. Vatandaşların sosyal hizmetler hakları ve sosyal hizmet uygulamaları ve kendilerine ait olan tavsiyelere erişmelerini sağlamak, yasal görevleri yerine getirmek ve yerel otoritenin bireye özgü sosyal bakım normlarını teşvik etmek,
2. Bireyler ve ailelerle iyileşmeyi ve sosyal içermeyi teşvik etmek,
3. Yüksek düzeyde sosyal, aile ve kişilerarası karmaşıklık, risk ve belirsizlik ile karakterize edilen durumlarda profesyonel liderlik ve becerinin teşviki ve gösterilmesi,
4. Topluluk kapasitesini, kişisel ve aile direncini, daha önceki müdahaleyi ve aktif vatandaşlığı desteklemek için yerel topluluklarla ortak olarak ve yenilikçi bir şekilde çalışmak,
5. Onaylanmış Zihinsel Sağlık Profesyonel işgücüne liderlik etmektir (Allen et al., 2016: 5-6).

Yasal yetişkin ruh sağlığı hizmetleri sunan sosyal çalışanlar, çoğunlukla, akıl sağlığı sorunları olan insanlara karşı sorumluluklarını ve görevlerini yerine getirmelerini ve genel ruh sağlığı destek sistemine katkıda bulunmalarını sağlamak için yerel otoriteler tarafından istihdam edilmekte veya finanse edilmektedir. Bununla birlikte, ruh sağlığı alanında ki sosyal hizmet, sınırlı kamu kaynaklarının doğru bir şekilde tahsis edilmesinden çok daha fazlasını ifade etmektedir. Sosyal çalışanlar, genellikle çok zor koşullarda, insan haklarını korumak, bireylerin kendi kaderini tayin etmelerini teşvik etmek ve insanların değişiklik yapmasını sağlamak için vatandaşlarla ve toplumlarla işbirliği içinde çalışmak

gibi rolleri gerçekleştirir. Sosyal çalışmacılar katılımı ve işbirlikçi çözümleri optimize etmek için hizmetler, aileler, bakım verenler ve bireylerle birlikte çalışmak üzere eğitilir (Allen, 2014: 5-6).

### **2.3.5. İsveç**

1960'lı yıllarda ortaya çıkan anti psikiyatri akımı İsveç'te ruh sağlığı hizmetlerinin yeniden yapılanmasını tetiklemiştir ve 1973 yılında İsveç Ulusal Sağlık ve Sosyal Güvenlik Kurulu bir rapor yayınlamıştır. Bu rapor çerçevesinde dünya genelinde meydana gelen toplum temelli ruh sağlığı yapılanması İsveç'te de etkisini göstermiş ve yapılanma öncesinde İsveç'te psikiyatri hizmetleri büyük psikiyatri hastanelerinde sunulmakta ve alternatif ayaktan psikiyatrik tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri bulunmamakta iken yapılanma sonrasında psikiyatri hastalarının hospitalizasyonunu azaltmak amaçlamıştır. Bu nedenle Ulusal Kurul ayaktan tedavi hizmetlerini güçlendirmek amacıyla ayakta tedavi hizmetlerine psikiyatri hemşireleri, psikologlar ve sosyal hizmet uzmanları dahil edilmiş ve yataklı birimlerle eşgüdüm içerisinde çalışan tedavi ekipleri oluşturulmuştur. Ayrıca psikiyatri hizmetlerinin belirli bir tarama alanı içerisinde hizmet sunması planlanmıştır. 1985 yılında kurulun tanımladığı prensiplere uygun 135 psikiyatri kliniği oluşturulmuştur. Ancak bu kurumların sunduğu hizmetler değerlendirildiğinde sosyal hizmet uygulamalarının yetersiz olduğu gözlemlenmiştir (Ulaş, 2008:8).

Sosyal çalışmacılar ruhsal bozukluğu olan bireylerin psikiyatri kurumları dışında yaşamlarına uyumlarını kolaylaştırmak, sosyal bütünleşmesini sağlamak ve hasta ailelerini de tedavi sürecine dahil ederek rehabilitasyon hizmetlerini kolaylaştırmayı sağlamaya çalışmaktadır. Amaç, toplumun geri kalanıyla eşit şartlarda mümkün olan en iyi yaşam ve sosyal entegrasyonu sağlamaktır (Stefansson and Hansson, 2001: 83).

İsveç'teki reform sürecinde de psikiyatri hastanelerinde yatak sayısının azaltılması sonucu hastaların toplum içerisinde tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri konusunda önemli ilerlemeler sağlanmıştır. Ancak bu amaçla özgül Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri kurulmamıştır ve bu hizmet daha çok yerel sosyal hizmetlerin sorumluluğunda geliştirilmiştir. Sosyal hizmetlerin bu kapsamda temel görevleri psikiyatri hastalarına evde destek sunmak, tek başına yaşayamayacak durumda olan hastalara barınma hizmetleri sağlamak, hastaların günlük aktivitelerini planlamak, rehabilitasyonlarını gerçekleştirmek ve hastalara korunaklı iş imkanları sağlamak olarak sayılabilir (Stefansson ve Hansson, 2001: 83).

### **2.3.6. Japonya**

Dünya'da meydana gelen toplum temelli hizmet modeline geçiş sürecinden Japonya'da etkilenmiş ve Japon hükümeti, 20 yılı aşkın bir süredir toplum odaklı bir zihinsel sağlık sistemi oluşturmak amacıyla çok sayıda zihinsel sağlık politikası ve kanunu oluşturmuştur. Ancak Japonya, Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı (OECD) üyesi ülkeler arasında 100.000 kişi başına ortalama 269 psikiyatri yatak sayısı ile en yüksek ortalamaya sahip ülke olması, intihar vakalarının görülme sıklığının fazlalığı ve 300.000'den fazla psikiyatri hastasının halen hastanelerde bakım hizmeti alıyor oluşu sebebiyle toplum temelli hizmet modeline geçiş sürecinin gerisinde kalmıştır (OECD, 2014: 11; Kanata, 2016: 471).

Japonya'da psikiyatrik sosyal çalışmacılar Ulusal Sağlık, Çalışma ve Refah Bakanlığı tarafından ulusal olarak lisanslanmaktadır. 1997 yılında Psikiyatrik Sosyal Çalışmacılar Yasası ile zihinsel engelli kişilerin rehabilitasyonunu ve sosyal katılımını teşvik etmek amacıyla ulusal sertifikasyon zorunluluk haline getirilmiştir. Ayrıca yasa gereği, Sougo Byouin (genel hastaneler), Seishin byoin (psikiyatri hastaneleri), Shinri Naika (psikiyatri kliniği klinikleri) ve yerel Ruh Sağlığı Refah Merkezleri (Hokensho) gibi tüm tıbbi kurumlarda en az bir psikiyatrik sosyal çalışmacı istihdam edilmek zorundadır. Mart 2016 sonunda kayıtlı psikiyatrik sosyal çalışmacı sayısı 71.371'dir (Sosyal Refah Promosyonu ve Ulusal Sınav Merkezi, 2016). 2012 yılında yapılan bir araştırmaya göre ise, psikiyatrik sosyal çalışmacıların %35'i tıp kurumlarında, %30.2'si toplumlarda, %13.4'ü devlet kuruluşları için çalışmaktadır (Kanata, 2016: 481; <http://tokyocounseling.com>).

Psikiyatrik sosyal çalışmacılar Japon Psikiyatrik Sosyal Çalışmacılar Derneği'ne (JAPSW) göre sosyal rehabilitasyon ve savunuculuk faaliyetleri yürütmekte, hastaların refahını iyileştirici çalışmalar gerçekleştirmektedir. Ayrıca sosyal çalışmacıların görevleri arasında hastalara danışmanlık yapmak, hastaların ailelerini desteklemek, sosyal kaynaklar sağlamak, toplum odaklı destek sağlamak, hastalarla daha yakın ilişki kurmak, tıbbi kurumlar ile toplum arasında köprü görevi oluşturmak, hastaların sosyal bütünleşmesini desteklemek, eğitim faaliyetleri sağlamak ve psikiyatri ekibi ile ilişki kurmak yer almaktadır. Bunun yanında okul sosyal hizmeti alanında ve işyerlerinde stres ve depresyon gibi ruhsal sorunları önleme çalışmaları da gerçekleştirmektedirler (<http://www.japsw.or.jp/>; Tanioka et al., 2002: 76)

### 2.3.7. Türkiye

Türkiye'de tıp alanında sosyal hizmet uygulamalarına 2011 yılında yayınlanan "Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi" ile yasal bir çerçeve oluşturulmuştur. Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi, sağlık kurum ve kuruluşlarından hizmet alan hastaların tedavi sürecini etkileyen psikososyal ve sosyoekonomik sorunlarının, sosyal hizmet mesleği ve disiplininin yöntem ve teknikleri ile zamanında çözümlenebilmesi ve bu kapsamda gerçekleştirilecek uygulamaların bütün ülke geneline yaygınlaştırılması amacıyla oluşturulmuştur. Yönergeye göre hastanelerde sosyal hizmet birimleri oluşturulmuştur. Sosyal hizmet birimlerinde görev yapan sosyal çalışmacıların görev ve sorumlulukları bu yönergede değerlendirilmiştir<sup>1</sup>. Psikiyatri alanında görev yapan sosyal

---

<sup>1</sup> Sosyal çalışmacının görev ve sorumlulukları şunlardır:

- a) Mesleki çalışmalarını ilgili mevzuata uygun olarak yürütür.
- b) Hastaneden hizmet alan,
  1. Kimsesiz, terk ve bakıma muhtaç hastalar,
  2. Engelli hastalar,
  3. Sağlık güvencesiz hastalar,
  4. Yoksul hastalar,
  5. Aile içi şiddet mağduru hastalar,
  6. İhmal ve istismara uğramış çocuk hastalar,
  7. Mülteci ve sığınmacı hastalar,
  8. İnsan ticareti mağduru hastalar,
  9. Yaşlı, dul ve yetim hastalar,
  10. Kronik hastalar,
  11. Ruh sağlığı bozulmuş hastalar,
  12. Alkol ve madde bağımlısı hastalar,
  13. Yabancı uyruklu olup tedaviden yararlanamayan hastalar

çalışmacılar da bu yönetmeliğe göre görev ve sorumluluklarını gerçekleştirmektedirler (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c).

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı ruh sağlığı politikasında (2006) hastane temelli modelden toplum temelli modele geçme kararı almıştır. Bu modelin ilk basamağı olarak da Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) açma kararı Sağlık Bakanlığı tarafından Nisan 2009’da alınmış ve pilot çalışmaların sonuçları değerlendirilerek Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge Şubat 2011’de yayınlanmış ve uygulaması başlamıştır. 2018 yılı aralık ayı itibari ile de Türkiye’de Kamu hastanelerine bağlı (özel ve üniversite hastaneleri hariç) sağlık tesislerine bağlı olan tescilli Toplum Ruh Sağlığı Merkezi sayısı 171’dir. (<https://www.cimer.gov.tr/>). Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri’nin işleyişi ile ilgili ayrıntılı bilgiye Türkiye’de Uygulanan Politikalar başlığı altında yer verilmiştir. Sosyal çalışmacıların görev yaptığı bir diğer psikiyatri uygulama alanı olan bu birimlerde gerçekleştirdiği görevler ise (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011b),

- Sorumlu olunan bölgedeki hastaların tespiti ve merkeze kaydını sağlamak için ilgili kurum ve kişilerle irtibat kurmak,
- Hasta ve/veya yakınlarıyla irtibat kurarak merkez hakkında bilgi edindirmek ve merkeze davet etmek,
- Hastaların, hastane, bakım kurumu, korumalı iş yeri ihtiyacına cevap verebilmek için ilgili kurumlarla irtibat kurmak,
- Damgalama karşıtı çalışmalar gerçekleştirmek ve bunun için kurumlar arası işbirliğini sağlamak ve geliştirmek,
- Hastaları sosyal ve hukuki hakları konusunda bilgilendirmek, karşılaştıkları güçlüklerin çözümlenmesinde destek hizmeti vermek,
- Sivil toplum kuruluşları ve diğer kurumlarla işbirliği sağlamaktır.

Ayrıca elde edilen bilgilere göre 2018 yılı itibari ile Sağlık Bakanlığı’na bağlı olarak görev yapan 1379 sosyal çalışmacı bulunmaktadır. Bu sosyal çalışmacıların 139’u Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri’nde görev yapmaktadır (<https://www.cimer.gov.tr/>).

- 
14. İl dışından gelen hastalar, öncelikli olmak üzere tıbbi sosyal hizmete ihtiyaç duyan hastalar için sosyal hizmet müdahalesini planlar ve uygular.
  - c) Hastalığa ve tedavi sürecine uyumda zorlanan hastaların uyumunu sağlamak için gerekli sosyal hizmet müdahalesini gerçekleştirir;
  - ç) Hastanede yatarak tedavisi tamamlandığı halde ikametine gidemeyecek derecede düşkün ve kimsesi bulunmayan veya aileleri tarafından alınmayan hastaların ikametine nakillerini koordine eder. Bu kapsamda mahalli idarelerle koordinasyonu sağlar.
  - d) Afetlerde, gerekli sosyal hizmet müdahalesini planlar ve uygular
  - e) Tıbbi sosyal hizmetle ilgili konularda hastane personeline, hasta ve hasta yakınlarına yönelik eğitimler yapar.
  - f) Mesleği ile ilgili kongre, sempozyum, eğitim vb. toplantılara katılır, mesleki projeler planlar ve uygular.
  - g) Rapor ve kayıtları gizlilik ilkesine uygun olarak tutar.
  - ğ) Çalışmalarından birim sorumlusuna karşı sorumludur.
  - h) Tek sosyal çalışmacı olması halinde birim sorumlusunun görevlerini yerine getirir.
  - ı) Birim sorumlusunca verilen diğer görevleri yerine getirir.

## 2.4.Ruh Sağlığı Kuramsal Temeli ve Psikiyatrik Sosyal Hizmet

Akıl hastalıklarının ve tedavilerinin doğasını açıklamak için bir dizi kuramsal bakış açısı kullanılmakta ve alanyazında farklı mesleklerin farklı teorileri benimsediği gözlemlenmektedir. Ruh sağlığı alanında geleneksel olarak iki anahtar perspektif vardır. Bunlar, *medikal model* ve *sosyal model*dir. İki modelin uygulanması açısından uzun zamandır tartışmalar yaşanmakta ve sosyal model savunucuları, ruh sağlığı alanında medikal modelin baskın olduğunu ve akıl sağlığı üzerinde gerçek anlamda tedavi sağlamadığı ve hastaları tam anlamıyla kapsamlı olarak ele almadığı yönünde eleştiri yapmaktadırlar. Bu eleştirilere ve yorumlara rağmen, ruh sağlığında biyomedikal yaklaşım 1870'lerden beri yaygınlığını korumuştur. Ruh sağlığında sosyal model ise, nispeten yeni bir alandır ve kökenleri ilk psikiyatri sosyal hizmet çalışmalarına dayanmaktadır (Bogg, 2009: 42). Bunların yanında perspektiflerin birleştirilmesi düşüncesi ile 1970'lerin sonlarında Engel tarafından geliştirilen *biyopsikososyal model*, 20. yüzyıl sonlarında psikiyatri alanında meydana gelen önemli gelişmelerden bir tanesi olmuştur. Son olarak ruh sağlığı alanında son yıllarda gittikçe artan oranda benimsenmeye başlanan ve birçok ülkede uygulanan önemli modellerden biri olan “*recovery/iyileşme modeli*” bireylerin yaşamları içindeki sosyal ve psikolojik meseleleri ele almalarına yardımcı olmada, iyileşmeyi temel alan bir modeldir.

Özetle bu başlık altında medikal model, sosyal model, biyopsikososyal model ve iyileşme modeli değerlendirilecektir.

### 2.4.1. Medikal Model

*Medikal Model/ Tıbbi Model*, Koch ve Pasteur zamanından bu yana batıda doktorlar ve psikiyatristler tarafından benimsenmiş olan ve bazen “hastalık modeli” olarak adlandırılan geleneksel bir tıbbi bakış açısıdır. Bu model iki temel ilkeye dayanır, birincisi bütün zihinsel bozukluklar bir beyin bozukluğudur, ikincisi ise tüm zihinsel olaylar nörolojik olaylardır. Hekim bir problem çözme yaklaşımı kullanarak hastadaki kusur veya disfonksiyona odaklanır. Tıbbi öykü, fizik muayene ve tanı testleri, belirli bir hastalığın tanımlanması ve tedavisi için temel oluşturur. Tıbbi model, spesifik hastalıkların ve durumların fiziksel ve biyolojik yönlerine odaklanmıştır. Bu bakış açısı bireyin yaşamında yer alan sosyal, kültürel ve çevresel faktörleri göz ardı edip bozuklukların zihinsel nedenlerle kaynaklandığını ileri sürer. Hastanın ve hastalığın yalnızca biyolojik boyutunun olmadığı biliniyor olmasına rağmen tıbbi eğitim, sorunların teşhisi ve tedavisi açısından ağırlıklı olarak medikal model odaklı verilmektedir. Tıbbi modele göre psikiyatrik hastalık bireyde bir kusur, eksiklik veya anormalliktir, ruhsal bozukluğa sahip olmak negatif bir durumdur ve kişinin kendisinden kaynaklanmaktadır. Bu hastaların sorunlarının çözümü, ancak bireyin tedavisi veya normalleşmesi ile mümkün olabilmektedir. Çare ajanı ise profesyonel yardımdır (Golightley, 2008: 24; Bogg, 2009: 45-46; Mosby's Medical Dictionary, 2009; Gill, 1994)

### 2.4.2. Sosyal Model

Sosyal model psikiyatrik bozuklukların yalnızca tıbbi modelle açıklanamayacağı fikrinin olgunlaşmasıyla ortaya çıkmıştır. Tıbbi yaklaşım, hastalıkları genetik, virüsler veya diğer

biyomedikal nedenlere dayandırırken, sosyal model daha çok sosyal ve çevresel nedenlere odaklanmaktadır. Sosyal model, tıbbi model gibi tanıya ve tıbbi tedavi yöntemine odaklanmak yerine sosyal sonuçlara ve yaşam kalitesinin nasıl iyileştirileceğine ve bireyin karşı karşıya kaldığı problemlere karşı nasıl güçlendirileceğine odaklanır. Bu yaklaşım, bireyin ruhsal bir bozukluğu geliştirmesinde, izolasyon, sosyo-ekonomik durum, kişisel anlatı, özsaygı ve stres gibi sosyal faktörlerin anahtar faktörler olduğunu öne sürmektedir (Đečević et al., 2015: 374; Golightley, 2008: 34).

Sosyal model hastayı sürecin merkezine yerleştirmekte ve bireyi kendi durumunun uzmanı olarak konumlamaktadır. Tıbbi model ise hastanın odak noktası olduğu konusunda itiraz etmemekle birlikte süreci yönlendiren hasta düşüncesine karşı profesyonel uzmanlığı vurgulamaktadır. Sosyal modele göre, psikiyatrik hastalık bir farktır. Psikiyatrik hastalığa sahip olmak negatif ya da pozitif bir durum değil, nötr bir durumdur. Ruhsal bozukluk birey ve toplum arasındaki etkileşimden kaynaklanmaktadır ve ruhsal bozuklukla ilgili sorunların çözümü, birey ile toplum arasındaki etkileşimin değişmesi ile mümkün olabilir. Çare aracı ise, kişinin kendisi ya da birey ile toplum arasındaki etkileşimi düzenleyecek bir savunucu olabilir (Bogg, 2009: 43-45; Gill, 1994; Oral ve Tuncay, 2012: 99).

Sosyal Perspektifler Ağı (SPN) 2002 yılında ruh sağlığı alanında sosyal modelin temel özelliklerini sıraladığı bir çalışma gerçekleştirmiştir. Buna göre sosyal model,

- İnsan sağlığı ve refahının karmaşıklığı görüşüne dayanır;
- Hastalık ve sağlığın oluşumunda sosyal faktörlerle birlikte biyoloji ve mikrobiyolojinin etkileşimini vurgulamaktadır;
- Bireylerin, grupların ve toplulukların iç ve dış dünyalarını ele alır;
- Geçmiş yaşantıları göz ardı etmeden savunmasız ve zayıf olan insanların sosyal ağlarını desteklemektedir;
- Sivil toplum kuruluşları ile işbirliği içinde çalışmaktadır;
- Birey ve toplum düzeyinde güçlendirmeyi ve kapasite geliştirmeyi vurgular ve farklılıkları hoşgörüyle ele alır;
- Hizmet kullanıcılarının, bakım verenlerin ve genel toplumun bilgi birikimine eşit değer verir ve baskıcı, yargısal ve yıkıcı olan tutum ve uygulamalara karşı onları destekler;
- Sağlık eşitsizlikleri ve sosyal dışlanmanın yaratılmasında güç ve hiyerarşinin doğası hakkında eleştirel bir anlayış geliştirir; ve
- Teori ve pratiğin gelişmesine ve sürecin ve sonucun eleştirel değerlendirilmesine destek olur (Duggan, 2002: 19).

Sosyal model, sosyal hizmetin genel bütüncül yaklaşımıyla iyi uyuşmakta ve ruhsal sağlık alanında sosyal hizmetin temel mantığını da oluşturmaktadır. Zaten sosyal modelin ortaya çıkışı da daha önce bahsedildiği gibi ilk psikiyatrik sosyal hizmet uygulamalarına dayanmaktadır. Bu açıdan ruh sağlığı alanında sosyal modelin en önemli savunucuları psikiyatrik sosyal çalışmacılardır.

### 2.4.3.Biyopsikososyal Model

Tıbbi modele yönelik eleştirilere cevaben geliştirilen, perspektiflerin birleştirilmesi düşüncesi 1970'lerin sonlarında tartışılmaya başlanmıştır. Psikiyatrist George L. Engel Science dergisinde yayınlanan 1977 tarihli makalesinde yeni bir medikal modele ihtiyaç duyulduğunu belirtmiş ve biyopsikososyal modelin önemine değinmiştir. Engel'e göre, hastalığın belirleyicilerinin anlaşılması ve akılcı tedavinin sağlanması ve sürdürülebilmesi için tıbbi bir model, bireylerin içinde yaşadığı sosyal bağlamı ve toplum tarafından tasarlanan tamamlayıcı sistemi de dikkate almalıdır. Biyopsikososyal model, hastalığı biyolojik faktörlerin (genetik, biyokimyasal, vb.), psikolojik faktörlerin (duygudurum, kişilik, davranış, vb.) ve sosyal faktörlerin (kültürel, ailevi, sosyoekonomik) karmaşık, değişken etkileşimlerine bağlayan geniş bir bakış açısıdır. Biyopsikososyal model, hastalığı virüs, gen veya somatik anormallikler gibi kabaca sadece biyolojik faktörlere bağlayan biyomedikal modele karşı çıkmakta ve bireylerin biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan bütüncül olarak değerlendirilmesi gerektiğini ifade etmektedir. Hastanın tedavisi ve sağlığının korunması sırasında sadece hastalığına yoğunlaşmak yerine onun içinde bulunduğu psikolojik ve zihinsel duruma yönelik bir yaklaşım biçiminin benimsenmesi ve onun toplumsal ve çevresel koşullarına göre tavır sergilenmesi biyopsikososyal bakış açısının yansımasıdır (Engel, 1977: 131-133; Gökçe ve Bulduklu, 2015: 42). Ruh sağlığı alanında görev yapan sosyal çalışmacılar hastalıkların sosyal sorunlarına odaklanmakta ve bu sorunları psikiyatri ekibi ile paylaşarak hastanın psikolojik ve biyolojik boyutuna olan etkilerine dikkat çekmektedirler. Aynı zamanda hastanın bütüncül olarak iyilik halinin sağlanması amacıyla sosyal durumundan kaynaklanan sorunların üstesinden gelmesi için müdahale planı oluşturmak ve uygulamak tıbbi alanda yer alan sorumluluklarındandır.

Biyopsikososyal model 20. yüzyıl sonlarında psikiyatri alanında ve genel olarak tıbbi alanda meydana gelen önemli gelişmelerden bir tanesini oluşturmaktadır. Bu modeli destekleyici ve geliştirici nitelikte olan bir diğer yaklaşım ise hasta merkezli yaklaşımdır. Hasta merkezli yöntemin özü, hekimin hasta için hastalığın ne ifade ettiğini anlama çabasıdır. Hekim hastalığı kendi dünyası açısından yorumlamak yerine, hastanın dünyasına girmeye çalışır. Levenstein'a göre bu, "hasta neden geldi?, beklentileri, duyguları ve korkuları neler?" sorusunu cevaplamayı içermektedir. Bu yaklaşıma göre hastalık değil hasta vardır, doktor merkezli uygulama değil hasta merkezli uygulama esastır (Levenstein vd., 1986: 24-30).

Bogg (2009), biyopsikososyal modele örnek olacak nitelikte bir tablo hazırlamıştır (Tablo 1). Biyolojik, sosyal ve psikolojik sorunlara örnekler verilen bu tabloda bu sorunlara yönelik tedavi yöntemleri ifade edilmiştir. Örneğin tabloya göre depresyon tanısı konulan bir hastanın tedavi yöntemi biyolojik açıdan anti depresanlarla yani medikal tedavi ile sağlanır. Sosyal açıdan, izolasyon problemi var ise eğer sosyal beceri eğitimi verilir, psikolojik açıdan ise hastada tespit edilen düşük öz saygı problemi için danışmanlık sağlanır. Bu tedavilerin her biri alanında uzman kişiler tarafından gerçekleştirilir. Bu noktada ruh sağlığı alanında görev yapan sosyal çalışmacıların hastalıkların sosyal sorunlarına odaklandığı ve bu sorunları psikiyatri ekibi ile paylaşarak hastanın psikolojik ve biyolojik boyutuna olan etkilerine dikkat çektikleri düşünülebilir. Aynı zamanda

hastanın bütüncül olarak iyilik halinin sağlanması amacıyla hastanın sosyal durumundan kaynaklanan sorunların üstesinden gelinmesi için müdahale planı oluşturmak ve uygulamak sosyal çalışmacının tıbbi alanda yer alan sorumluluklarındandır.

**Tablo 1. The Biopsychosocial Model**

|                   | <b>Semptomlar</b>                                                        | <b>Tedavi</b>                                                     |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Biyolojik</b>  | Depresyon<br>Psikoz<br>Anksiyete                                         | Anti-depresanlar<br>Anti-psikotikler<br>Sedatifler                |
| <b>Sosyal</b>     | İzolasyon<br>Yoksulluk<br>Ailevi sorunlar                                | Sosyal beceri eğitimi<br>Refah<br>Aile terapisi                   |
| <b>Psikolojik</b> | Başa çıkma becerilerinin eksikliği<br>Düşük öz-saygı<br>Travmatik hafıza | Beceri eğitimi<br>Danışmanlık<br>Bilişsel Davranışçı Terapi (CBT) |

**Kaynak:** Bogg (2009: 47)

#### **2.4.4. İyileşme Modeli (Recovery Model)<sup>2</sup>**

Ruhsal iyileşme ya da iyileşme modeli (recovery model), ruhsal bozukluğa sahip bireyin iyileşme potansiyelini vurgular ve destekler. İyileşme genellikle bu yaklaşımda belirli bir sonuçtan ziyade kişisel bir yolculuk olarak görülür ve umut, sağlam bir temel ve benlik duygusu, destekleyici ilişkiler, güçlendirme, sosyal içermeye, baş etme becerileri ve anlam geliştirmeyi içeren bir süreçtir. Ruh sağlığı alanında son yıllarda bu anlayışa giderek daha fazla vurgu yapılmaya başlanmış ve “iyileşme” terimi artık hem hizmet sunumu hem de akademik bağlamda sıklıkla duyulur olmuştur. Günümüzde bu yaklaşım, bazı ülkelerin ruh sağlığı veya madde bağımlılığı politikalarının yönlendirici ilkesi olarak açıkça benimsenmiştir. Ruh sağlığı hizmetlerinde psikososyal müdahaleler üzerine yapılan vurgu, bu modelde temel bir unsurdur. İyileşme kavramı, bireylerin yaşamları içindeki sosyal ve psikolojik meseleleri ele almalarına yardımcı olmada yaklaşımın temel faktörüdür. Bu bağlamda iyileşme modeli’ nin tanımı ele alındığında literatürde kavramın tartışmalı bir konu olduğu ve açık ve net olarak bir tanımın yapılamadığı gözlemlenmektedir. İyileşme her bireyin yaşadığı deneyime bağlıdır ve iyileşme modelinin temel ilkesi, söz konusu kişi için hangi durumda olursa olsun, “iyileşme” mümkündür şeklinde ifade edilmiştir (Mental Health Comission, 2005: 7; Anthony, 2000: 159-168; <https://encyclopedia.thefreedictionary.com>; Sullivan, 1997, s. 19-21). Boston Psikiyatri Rehabilitasyon Merkezi Müdürü William Anthony, 1993 yılında ruhsal sağlıkta iyileşme modelini tanımlamıştır.

<sup>2</sup> Recovery kelimesinin Türkçe’de “kurtulma”, “kurtarma” “iyileşme”, “iyileştirme”, “toparlanma”, gibi birçok karşılığı vardır. Bag (2018)’ın araştırmasında, pek çok anlamı çağrıştıran bu kavramın, kastını Türkçe anlamların tam olarak karşılayamadığı düşüncesi nedeniyle “recovery model” ifadesi kullanılmıştır. Bu çalışmada ise “recovery” karşılığı olarak, modelin içeriği gereği “tedavi edilen hasta” tanımının yerini, hastanın tedavi sürecine "aktif belirleyici" niteliğinde katılımı sebebiyle iyileştirme ya da kurtarma değil “iyileşme” kavramı tercih edilmiştir.

"İyileşme, kişinin tutumlarını, değerlerini, duygularını, hedeflerini, becerilerini ve/veya rollerini değiştirmeye dair derin ve kişisel, benzersiz bir süreçtir. Hastalığın neden olduğu sınırlamalarla bile tatmin edici, ümitli ve uzlaşmacı bir yaşam sürmenin yoludur. İyileşme, ruhsal hastalığın felaketle sonuçlanan etkilerinin ötesinde bir kişinin yaşamında yeni bir anlam ve amacın geliştirilmesini içerir." (Anthony, 1993: 4)

İyileşme modelinin tohumları, kurum temelli ruh sağlığı modelinden toplum temelli ruh sağlığı modeline geçiş sürecinde ekilmiştir. Ağır ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik uygulanan tedaviler sonucunda yalnızca hastalığın semptomlarının azaltılması ve ortadan kaldırılması önemli bir eksiklik olarak görülmektedir. Akıl sağlığı profesyonelleri, ruhsal bozukluğu olan kişilerin önemli bir oranının, tıbbi tedavi sonrasında kalıcı ve engelleyici semptomlara sahip olmaya devam ettiklerini ve önceki mesleklerine ve sosyal rollerine geri dönemediklerini kabul etmişlerdir. Ağır ruhsal bozukluğu olan bireylerinin ailelerinin yanında rehabilitasyonunun sağlandığı, takiplerinin yapıldığı, sosyal iyilik hallerinin sağlandığı ve benzeri hizmetlere yönelik uygulamalara ağırlığın verildiği toplum temelli hizmet modeline geçiş süreci ile, 1990'lı yıllardan itibaren iyileşme modeli kademeli olarak ortaya çıkmıştır (Jacop, 2015: 117-119; Anthony, 1993: 4).

İyileşme modeli ruhsal bozukluğu olan bireylerin yaşam kalitelerinin yükseltilmesi, işlevsellik düzeylerinin artırılması ve topluma eşit düzeyde katılımlarının sağlanması amacıyla geliştirilen bir modeldir. İyileşme süreci değerlendirildiğinde, süreç, ruhsal hastalığı olan kişilerin, ailelerinin, akıl sağlığı profesyonellerinin, halk sağlığı ekiplerinin, sosyal hizmetlerin ve toplumun iyimserlik ve bağlılıklarını gerektirmektedir. İyileştirme modeli, akıl hastalıkları ve sıkıntıları olan insanları ilerlemeye ve yeni hedefler koymaya teşvik eder. Hayatlarını anlamlandıran işler yapmalarını ve ilişkiler geliştirmeleri gerektiğini vurgular. İyileşme modeli bazı ülkelerde düzenli ekip süpervizyonları, üçlü diyalog yaklaşımıyla oluşturulan buluşmalar ve sürekli görüş alışverişlerinin yapıldığı tartışma gruplarıyla yapılan çalışmalar aracılığıyla uygulanmaktadır. Ancak iyileşme modelinin belirli ve sınırlandırılmış bir uygulama yöntemi bulunmamaktadır. Her bireyin özelliklerine göre farklı olarak devam etmektedir (Jacop, 2015: 117-119; Bag, 2018: 475; Onken, vd., 2007: 9-10; Anthony, 1993: 4). Bu anlamda Deegan (1988), iyileşme sürecinin düzensizliğinden ve belirli bir yöntemi olmadığından bahsetmiştir:

"Kurtarma, bir süreç, bir yaşam biçimi, bir tutum ve günün zorluklarına yaklaşmanın bir yoludur. Mükemmel doğrusal bir süreç değildir. Zaman zaman sürecimiz düzensiz işlemektedir ve bizler düzensizce, geri gidip, yeniden gruplanıyoruz ve yeniden başlıyoruz... İhtiyaç, engelliliğin zorluğunu karşılamak ve engelliliğin sınırları içinde ve ötesinde yeni ve değerli bir bütünlük ve amaç duygusunu yeniden tesis etmektir" (1988: 15).

Sosyal hizmet açısından değerlendirildiğinde ise, iyileşme modelinin değerlerinin ve söylemlerinin sosyal hizmet mesleği ile uyumlu olduğu görülmektedir. Sosyal çalışmacılar, çalıştıkları bireylerin ve ailelerin iyileşmesini desteklemek için hizmet etmekte, sıklıkla güçlü yönleri destekleme, refahı yükseltme, kendi kaderini tayin etme, baş etme becerileri geliştirme, çevresel faktörler üzerinde durma ve sosyal içerme gibi iyileşme modelinin temel unsurlarını içeren oldukça etkili yaklaşımlar kullanmaktadır. Sosyal destek ağları, iyileşme sürecinin önemli bir bileşeni olarak kabul edilmektedir, sosyal hizmet alanında

hastaların güçlendirilmesi açısından da bu durum aynıdır (British Journal of Social Work, 2015: 1-5; Starnino, 2009: 820-837).

Örneğin Kanada'da ki şizofreni teşhisi konulmuş kişilere yönelik uygulamanın değerlendirildiği bir çalışmada, iyileşmenin sağlanması için biyopsikososyopolitik bir çerçeveden bahsedilmektedir. Bu kavram iyileştirme için biyomedikal, psikolojik ve sosyal bağlamlara ek olarak, sosyo-politik bir bağlamı tanımlar; bu şekilde iyileşmenin toplumun tam üyeleri olmakla ilgili olduğuna vurgu yapılmaktadır. Şizofreni tanısı almanın bireyleri “daha az vatandaş” haline getirdiğinden bahsedilen bu çalışmada, insanları tam vatandaşlığa kavuşmak için desteklemek, anlamlı sosyal roller elde edilmesini sağlamak, damgalamaya meydan okumak ve bireylerin iyileşmesini desteklemek sosyal çalışmacıların öncelikli görevleri olarak değerlendirilmiştir. İyileşme modelinin ruh sağlığı alanında gelecekte daha fazla başvurulacak bir model olduğu ve sosyal hizmet mesleğinin ise, iyileşme modelinin gelişiminde ve uygulanmasında öncü bir rol üstlenmek için ideal bir konumda olduğu yapılan çalışmalarda da ifade edilmiştir (British Journal of Social Work, 2015: 3; Starnino, 2009: 820-837).

## **2.5.Psikiyatri Ekibi ve Psikiyatrik Sosyal Çalışmacı**

Sağlık alanında ekip çalışması sorunların gerçek anlamda bütüncül olarak ele alınabilmesi için temel bir unsurdur. 20. yüzyılın ortasından itibaren toplum temelli ruh sağlığı modeline geçişle, insan haklarına artan vurgu, kurumsallaşmanın zarar verici etkilerinin anlaşılması, aile ve hasta örgütlerinin katılımı, maliyet değeri ve terapötik toplum hareketinin etkisi ile birlikte “ekip çalışması”na verilen önem artmıştır (Mental Health Commission, 2006: 10). Ruhsal bozukluğu olan bireylerin biyolojik, psikolojik ve sosyal özellikleri ile birlikte ele alınabilmesi ve takip ve tedavilerinin bütüncül olarak gerçekleştirilebilmesi için çoğul etkenli bir yaklaşım ve dolayısıyla farklı meslek gruplarının bir arada ve etkileşim içerisinde faaliyette bulunması gerekmektedir. Bu açıdan ekip kavramı Katzenbach ve Smith (1993) tarafından, “Ekip, kendilerini ortak olarak sorumlu gördükleri ortak bir hedef, performans amaçları ve yaklaşımı benimseyen, birbirini tamamlayan yetenekte kişilerden oluşan küçük bir insan grubudur.” diye tanımlanmıştır. Bir ekibin temel unsurları, tamamlayıcı beceriler, ortak amaç, ortak performans hedefleri, işe ortak yaklaşım ve karşılıklı hesap verebilirliktir (Katzenbach ve Smith; 1993, <http://www.stephanehaefliger.com/>). Ekip çalışması literatürde “takım çalışması”, “multidisipliner ekip çalışması”, “disiplinlerarası işbirliği” gibi kavramlarla ifade edilmiştir. Kavramların anlamında bazı farklılıklara rağmen aynı amaç doğrultusunda kullanıldığı gözlemlenmektedir. Bu anlamda Bronstein (2003: 299) disiplinlerarası işbirliği kavramını kullanarak bu kavramı, "bireysel profesyonellerin kendi başlarına hareket ettiğinde ulaşılamayan hedefleri kolaylaştıran etkili bir kişilerarası süreç" olarak tanımlamaktadır. Sağlık alanında ise ekip, ortak hedefleri bireye kapsamlı, bütüncül, kaliteli, gereksinimlerin dikkate alındığı sağlık hizmeti vermek olan, iki veya daha fazla meslek grubunun işbirliği içinde çalıştığı, ortak kararların alındığı, kaynakların ortak kullanıldığı, ko-ordinasyon ve iletişimin sağlandığı ve karşılıklı güven temeline dayanan bir birlik olarak tanımlanmaktadır (Ulusoy ve Tokgöz, 2009: 55).

Psikiyatri alanı açısından değerlendirildiğinde ise, ekip çalışması günümüzde çağdaş psikiyatrik tedavi anlayışının ayrılmaz bir parçasıdır. Bireylerin, grupların ve toplumun ruh sağlığına etki eden faktörlerin çeşitliliği karşısında, gerek bu faktörlerin araştırılması, incelenmesi, gerekse de ruhsal bozukluğun tedavi edilmesi, koruyucu, önleyici hizmetlerin geliştirilmesi ve uygulanmasında ve toplum temelli ruh sağlığı birimlerinde rehabilitasyon hizmetlerinin sunulmasında birbirinden farklı bilgi ve deneyime sahip mesleklerle ihtiyaç duyulmaktadır. Bu sebeple psikiyatri ekibini oluşturan farklı profesyonellerin kendi mesleki bilgi ve becerileri ile birlikte, etkileşim halinde aynı ortak amaç için ekip çalışması gerçekleştirmesi psikiyatrik sağaltım açısından yadsınamaz bir öneme sahiptir. Psikiyatri ekibi, psikiyatristler, psikiyatri hemşireleri/hemşireler, meslek terapistleri, psikologlar/klinik psikologlar, sosyal çalışmacılar ve diğer ruh sağlığı profesyonellerinden oluşmaktadır. Disiplinler arası bir ekipte uzmanlar, disiplinler arası uzmanlık bilgilerini paylaşarak birlikte çalışırlar. Her profesyonel, kendi mesleki bilgilerinin koordinasyonundan ve ekibin diğer üyeleri ile bu bilgilerin paylaşılması ve uygulamada mesleki deneyimlerin aktarılmasından sorumludur. Tek bir uzmanlık alanının tüm cevaplara sahip olduğu görülmediğinden, her bir alan değerlidir ve tüm uzmanlıklar eşit statüye sahiptir (Özdemir, 1999: 18; Auliffe, 2009: 26).

Ekip çalışmasının etkin bir şekilde gerçekleşmesi için, ekip üyelerinin ortak hedeflere ve değerlere sahip olmaları, diğer takım üyelerinin yetkinliklerini anlamaları ve bunlara saygı duymaları, diğer disiplinlerden öğrenmeleri, karşılıklı güven sağlamaları ve farklı bakış açılarına açık olmaları gerekir. Çıraklı vd. (2015)'nin etkili ekip çalışmasının sağlıktaki önemini ele aldıkları çalışma da ekip çalışmasının faydalarını, yatış sürelerinin ve maliyetlerin düşmesi, gelişmiş hizmet sunumu, gelişmiş hasta memnuniyeti, çalışan memnuniyeti ve yenilik olarak sınıflandırmışlardır (s. 143-144). Ekip çalışmasının hastaya verilen bakımın sürekliliğini sağlama, hastayı kapsamlı ve bütüncül bir şekilde ele alma ve hasta ve çevresine destek sağlama gibi müracaatçı açısından faydaları olduğu gibi çalışanlar yani ekip açısından da çeşitli faydaları bulunmaktadır. Ruh sağlığı profesyonelleri açısından ekip çalışmasının getirdiği avantajlar ayrıntılı olarak ele alındığında ekip çalışmasının gerekliliği gözler önüne serilmektedir. Bunlar:

- Tüm psikiyatri ekibi üyelerinin kimi zaman zorlu (şiddet, intihar vb.) kimi zaman karmaşık klinik çalışmaları sıkı sıkıya bağlı ekip desteği ile gerçekleştirmesi,
- Müdahale sürecinde tüm “biyo-psikososyal-kültürel” bileşenleri ele alma ve kapsamlı bakım hizmetini sunma için işbölümü yapma,
- Hasta ve yakınlarla yönelik, farklı profesyonellerin birden fazla değerlendirme yapmasından ziyade multidisipliner ekibin tüm üyelerinin en etkili şekilde hastaya yaklaşarak hizmete hemen erişmesini sağlama,
- Tıbbi alanda ki diğer bir uzmanlık alanı hakkında daha fazla bilgi sağlama ve uygulamaya yönelik bu alan bilgisini özümseyerek beceri geliştirme.
- Profesyoneller arasında tecrübelerin paylaşılması ve her bir disiplinin müdahaleye yönelik farklı katkısı ile daha etkili bir tedavi ve bakım sağlama,
- Ekip toplantılarında vaka çalışmasının tüm ekip üyeleri tarafından değerlendirilebilmesi ve karşılıklı fikir alışverişi gerçekleştirme,

- Her ekip üyesinin iş tatmininin artmasını sağlayan yeni beceriler kazanması, karar verme sürecine katılabilmesi ve daha fazla sorumluluk üstlenmesi,
- Planlı ve koordineli hizmet sunma,
- Uygun maliyetli hizmet sunma, ve
- Bilgi paylaşımını arttırmak ve gerçekleştirilen uygulamaları kolaylaştırma şeklinde ifade edilmiştir (Mental Health Comission, 2006: 13).

Sosyal çalışmacılar, disiplinler arası ekiplerde genellikle kilit bir role sahiptir. Sosyal çalışmacıların sağlık alanında hastaların sosyal yönlerini ve problemlerini daha iyi bir şekilde keşfedebileceği ve hastanın bütüncül olarak değerlendirilmesi açısından ekibin önemli bir parçası olduğu yapılan çalışmalarda ifade edilmektedir. Genel olarak sosyal çalışmacıların psikiyatrik ekip içinde en önemli rollerinden birisi çevre ve aile koşullarına ilişkin bilgi toplamak ve bu koşulların hastanın davranışlarına ve ruhsal problemine nasıl yansıtıldığını tanımlamak ve psikiyatri ekibi ile bu bilgileri paylaşmaktır (Auliffe, 2009: 130; Arıkan ve Dilek, 1996: 13-15). Wilson vd. (2008)'nin "Social Work" isimli kitabında sosyal çalışmacıların interdisipliner ekip içerisindeki sahip olduğu becerilerle, rollerini değerlendirmişlerdir. Buna göre, sosyal çalışmacıların hizmet kullanıcılarını bütünsel bir bağlamda görebilmelerini sağlayan yönelimleri, değerleri ve etik duruşları bulunmaktadır ve bu özellikler kendilerine özgü niteliklerdir. Sosyal çalışmacılar hizmet kullanıcıları, bakım verenler, aileler ve profesyoneller arası ekiple ilişki kurma becerisine sahiptirler. Kaliteli kişilerarası ilişki kurarak ekip çalışmasını desteklerler. Sosyal çalışmacılar, ekip içerisinde irtibat kurma, müzakere yapma ve hizmet kullanıcılarını kaynaklara bağlama konusunda özellikle güçlü becerilere sahiptirler (s.409).

Duyan (1996) hastane ortamında tıbbi ekibe değindiği çalışmada ekip içerisinde işbirliğinin öneminden bahsetmiştir. Kurum içi ekip çalışmada tıbbi birimlerde sosyal çalışmacıların rollerini değerlendirmiştir. Bunlar:

- Sosyal çalışmacı hastalarla çalışırken çalışmayı diğer ekip üyelerinden bilgi alarak ya da onlara bilgi vererek yürütmeli,
- Ekip üyelerinden aldığı bilgilerle hastalara tedavi, bakım ve sağlık danışmanlığı için ekonomik, ruhsal ve sosyal açıdan gerekli olan bilgileri sağlamalı,
- Hastaneye ya da psikiyatri kliniklerine yatırılma ve hastaneden taburcu olma konusunda vaka değerlendirmelerine katılmalı ve ekip üyeleri ile mesleki konuları tartışmalı,
- Çalışmalarını gerektiğinde işbirliği içinde gerçekleştirmeli,
- Hekimlerle birlikte vizitlere katılarak onların önerileri doğrultusunda ve hastanın talebi doğrultusunda hastaya yardımcı olmalı,
- Hekimlere bilgi vermek ve hekimlerin önerilerini öğrenmek suretiyle tedaviye yardımcı olmalı,
- Ekonomik, sosyal ve ruhsal açıdan hekimlere düşüncelerini aktarmalı şeklinde ifade edilmiştir (s.105).

Ulusal Sosyal Çalışmacılar Derneği (NASW) sağlık alanında sosyal çalışmacıların, müracaatçıları, aileler ve topluluklar adına işbirlikçi ortaklıkları teşvik etmek, sürdürmek ve

güçlendirmek gibi vazgeçilmez bir rol oynadığından bahsetmiş ve ayrıntılı olarak sosyal çalışmacıların rollerine değinmiştir. Bunlar (2016: 32-33),

- Bağlı oldukları sağlık kuruluşunun görev ve işlevlerini benimserler ve uygularlar,
- Sosyal çalışma perspektiflerini, değerlerini ve müdahaleleri diğer sağlık disiplinlerinden ayırt ederler,
- Sosyal hizmet rollerinin ve sorumluluklarının açıkça ifade edilmesi ve ekibin diğer üyelerine iletilmesini sağlarlar,
- Müracaatçının ve ailenin refahı ve iyilik halleri ile ilgili sağlık ekibinin diğer üyelerine psikososyal içgörü, rehberlik ve tavsiyelerde bulunurlar,
- Diğer ekip üyelerinin ve sağlık organizasyonlarının rollerini ekip üyelerine ve müracaatçılara anlatırlar,
- Sağlık hizmetleri ortamında hastayı desteklemek amacıyla gerekli bütün ekip üyeleri profesyoneller ve STK'lar ile etkili iletişim kurarlar,
- Bakım planlaması, hastanın sevk ve takibi açısından savunuculuk yaparlar,
- Gizlilik prensibine uygun hareket ederler ve müracaatçının bilgilerini diğer ekip üyeleri ile paylaşırken tarafsız davranırlar,
- Müracaatçılar, aileler ve topluluklar için etkili ve koordineli hizmetleri teşvik eden bir organizasyon kültürünü teşvik ederler,
- Müracaatçıların bakım hizmetlerine erişiminin ve sürekliliğinin artırılması için ortaklıklar ve disiplinler arası ortaklıkları geliştirir ve sürdürürler,
- Müracaatçılar için hizmetleri planlamak ve iyileştirmek için uygun olduğunda ekip liderliğini paylaşırlar.

Bu anlamda sosyal çalışmacıların mesleki rolleri açısından değerlendirildiğinde ekip sürecinde odak alınan ruhsal bozukluğu olan bireylerin sosyal problemlerini diğer profesyonellere göre daha iyi teşhis edebilen, hastayı çevresi içinde değerlendirebilen, bütüncül perspektife önem veren, iletişim becerileri kuvvetli ve güvenli kişilerarası ilişkiler kurabilen ekibin önemli parçaları olduğu söylenebilir.

## **2.6.Psikiyatrik Sosyal Çalışmacının Rol ve Sorumlulukları**

Sosyal çalışmacı psikiyatri ortamlarında yer alması gereken önemli bir uzmanlık alanıdır. Hastalığın teşhisi öncesinden başlayarak, tedavi, takip ve rehabilitasyon çalışmalarına kadar her alanda sosyal çalışmacıların ortak ve farklı rol ve sorumlulukları bulunmaktadır. Psikiyatrik sağaltım sürecinin tüm aşamalarında hastaların bütüncül olarak ele alınması için rol ve sorumlulukların doğru değerlendirilmesi ve sosyal çalışmacıların işbirliği içine girdiği psikiyatri ekibine, müracaatçı ve çevresine bu rol ve sorumlulukların doğru ifade edilmesi gerekmektedir. Psikiyatrik sosyal çalışmacıların rol ve sorumlulukları literatürde farklı sınıflandırmalarla ele alınmıştır. Ülke örnekleri incelendiğinde de farklı gruplara ayrılarak ya da çalışma alanları göz önüne alınarak değerlendirildiği gözlemlenmektedir. Kanada Sosyal Çalışmacılar Derneği(CASW)'nin sınıflandırmasına göre ruh sağlığı alanında genellikle üç geniş sağlık hizmeti uygulamasında sosyal çalışmacının gerçekleştirdiği sorumlulukları vardır. Bunlar, önleme, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleridir (<https://www.casw-acts.ca/>). Doğan (2009) ruh sağlığı alanında sosyal hizmet uygulamalarını, koruyucu ruh sağlığı çalışmalarında, psikiyatrik ortamlarda ve sosyal

politikaların geliştirilmesinde sosyal hizmet olarak sınıflandırmıştır (s.212-216). Arıkan ve Dilek (1996) psikiyatrik tedavi sürecindeki rol ve sorumlulukları sınıflandırmış ve hastaneye yatış aşamasındaki etkinlikler ve taburculuk aşamasındaki etkinlikler olarak ifade etmiştir. Özden (2017) ise bireyle çalışma, grupla çalışma ve toplumsal düzey olarak sınıflandırmıştır (s.128-131). Corcoran and Walsh (2006) klinik sosyal hizmet uygulamalarını çocukluk dönemi, ergenlik dönemi, yetişkinlik dönemi ve yaşlılık dönemi sınıflandırmasıyla açıklamıştır. Avustralya Sosyal Çalışmacılar Birliği (2015)'nin çalışmasına göre sosyal hizmet uygulamaları kamu ruh sağlığı, yetişkin ruh sağlığı, özel uygulama alanı, topluluk ekipleri, çocuk ve ergen ruh sağlığı, temel ruh sağlığı bakımı, üçüncül zihinsel sağlık hizmetleri, sivil toplum kuruluşları (STK)'nın sağladığı ruh sağlığı hizmetleri, akıl hastalığı olan ebeveynlerin çocuklarına sağlanan hizmetler, önleme programları, perinatal hizmetler, annelik destek hizmetleri, yaşlı akıl sağlığı, gaziler ve şu anda hizmet veren Avustralya Savunma Gücü (ADF) personeli, yerli topluluklara sağlanan hizmetler ve uzmanlaşmış hizmetler şeklinde sınıflandırılmıştır (AASW, 2015: 3-4). Oral ve Tuncay ise ruh sağlığı alanında sosyal çalışmacıların rollerini, klinik düzey roller ve toplumsal düzey roller olarak iki başlık altında incelemiştir (2015: 105-109). Özdemir (1999) ise psikiyatrik tedavi kurumlarında sosyal hizmet uygulamalarını, hastaneye yatmadan önce, hastaneye yatış aşamasında, psikiyatrik tedavi kurumunda yatarak tedavi gördüğü sırada, taburculuk aşamasına hazırlık sırasında, taburculuk aşamasında ve izleme aşamasında gerçekleştirilen uygulamalar olarak sınıflandırmıştır (s.108-109).

Bu çalışmada koruyucu ruh sağlığı hizmetleri alanında, tedavi edici ruh sağlığı hizmetleri alanında ve rehabilite edici ruh sağlığı hizmetleri alanında sosyal çalışmacıların rol ve sorumlulukları değerlendirilecektir.

### **2.6.1. Koruyucu Ruh Sağlığı Hizmetleri Alanında Sosyal Çalışmacının Rol ve Sorumlulukları**

Ruhsal bozuklukların önlenmesi bir halk sağlığı önceliğidir. Ruhsal bozukluklar toplumsal anlamda büyük bir psikolojik, sosyal ve ekonomik yük oluşturmakta, aynı zamanda fiziksel hastalık riskini de arttırmaktadır. Bu bozuklukların neden olduğu yükü azaltmak için tek sürdürülebilir yöntem ise oluşmasını önlemektir (WHO, 2004: 13). Koruyucu ruh sağlığı hizmetleri ile ruhsal hastalıkların başlamasını önlemek ya da geciktirmek, hastalığın süresini azaltmak ve hastalığa bağlı yeti yitimini azaltmak amaçlanmaktadır. Koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin temelinde, hastalığa ait risk faktörlerinin olduğu ve bunlara yönelik politikalar geliştirilmesi gerektiği düşüncesi yatmaktadır. Bu bağlamda koruyucu stratejiler genellikle risk faktörlerine karşı yönlendirilir, dolayısıyla en üst düzeyde etkili olmak için bozukluğun başlangıcından önce belirli dönemlerde uygulanması gerekir. Bununla birlikte, bozukluk geliştiğinde, hastalığın seyri boyunca koruyucu tedbirler alarak, şiddetini, seyrini, süresini ve ilişkili sakatlığını azaltmak hala mümkündür (WHO, 2002: 7-8; Aksaray vd., 1999: 55).

Koruyucu hizmetlerin halk sağlığı sınıflandırması bulunmaktadır. Bunlar birincil koruma, ikincil koruma ve üçüncül korumadır.

**Birincil Koruma**, hastalığın henüz oluşmadığı risk altındaki bireylerde hastalığın meydana gelmesini önlemek amacıyla gerçekleştirilen profesyonel aktiviteleri ifade eder. İnsidansın

(belirli bir nüfusta belirli bir sürede ortaya çıkan yeni vakaların görülme hızı) azaltılması hedeflenmektedir. Birincil koruma, sağlığı kişisel ve toplumsal çabalarla korumaktır ve genellikle halk sağlığı alanının görevidir. Birincil korumanın amaçları arasında; neden olan etkenlerin eliminasyonu, risk faktörlerinin ortadan kaldırılması ya da azaltılması, hastalığa direncin artırılması ve hastalığın yayılmasına engel olunması yer alır. Fiziksel hastalıklarla ilgili örneğin bulaşıcı hastalıklarla ilgili birincil korunma, aşılama yoluyla hastalığın önlenmesi iken ruhsal sağlıkta, birincil korunma örnekleri, etiyolojik faktörlerin anlaşılabilmesi nedeniyle daha az sayıdadır. Bu nedenle, ruh sağlığında birincil korunma, olumsuz çocukluk deneyimleri gibi risk faktörlerinin azaltılmasına odaklanma eğilimindedir. Bunun yanında ruhsal hastalıklarda özellikle ağır ruhsal hastalıklarda daha birincil koruma çalışmalarının yapıldığı ve etkili olduğu örneklerde bulunmaktadır. Örneğin İngiltere’de, şizofreni hastalığının başlangıcından önce müdahale girişimlerini içeren yakın tarihli bir çalışma da ruh sağlığı ekibi şizofreninin premorbid semptomları hakkında aile hekimlerine eğitimler vermek amacıyla yakın bir şekilde çalışmıştır. Gençlerin bu belirtilerden bazılarını sahip oldukları tespit edildiğinde, genellikle kendi evlerinde psikoeğitim hizmeti verilmiştir. Bunun yanında ev tabanlı stres yönetimi, problem çözme stratejileri ve ilaç müdahaleleri de gerçekleştirilmiştir. Bu 4 yıllık pilot çalışmanın sonuçları, şizofreninin psikotik ataklarının ortaya çıkmasının belirgin şekilde azaldığını göstermiştir. Yine yapılan bazı çalışmalarda da şizofreninin erken evresini yaşayan bireyleri tanımlamanın ve takip etmenin mümkün olduğu gösterilmiştir (Compton et al., 2010: 3; Aksaray vd., 1999: 56; Corcoran and Walsh, 2006: 431).

Birincil koruma, aşağıdaki üç kategoride ele alınmaktadır (WHO, 2002: 8).

- Evrensel önleme: Genel halkı veya tüm nüfus grubunu hedefleyen koruma,
- Seçici önleme: Bir ruhsal bozukluk geliştirme riski, popülasyonun geri kalanına göre daha yüksek olan bireylerin veya alt grupların hedeflendiği koruma,
- Belirtilen önleme: Ruhsal bozukluk açısından yüksek risk altındaki kişileri hedefleyen koruma.

**İkincil Koruma,** psikiyatrik hastalıkların belirtilerini yeni göstermeye başlamış ya da riskli davranışlar sergilemeye başlamış bireylere yönelik sorunun erken saptanması ve süregelenleşmeden tedavi edilmesine yönelik hizmetlerdir. Bu nedenle, ikincil koruma, erken teşhise odaklanan müdahaleleri ifade eder. Bir hastalık erken teşhis edilirse derhal tedavi edilebilir ve ideal olarak çözülebilir. Erken teşhis ve müdahale, hastalık süresini azaltır, böylece herhangi bir zamanda hastalığı olan bireylerin sayısını azaltır. Tıbbi alanda ikincil korunma örnekleri arasında mamografi, kolonoskopi ve açık belirtiler gelişmeden önce kanserin en erken evrelerini tespit etmek için kullanılan diğer tarama önlemleri yer alırken, psikiyatride ikincil korunma örneği, depresyon ya da intihar düşüncesinin belirtilerinin erken teşhisi ile kronik depresyonun önlenmesi ve intihar girişimlerinin ya da intiharların tamamlanmasının önlenmesidir (Compton et al., 2010: 5; <https://www.psikolog.org.tr/>).

**Üçüncül Koruma,** hastalığın yol açtığı bozukluk ve yeti kaybı oranının azaltılmasına yönelik rehabilitasyon çalışmalarını kapsar. Üçüncül koruma özellikle psikiyatrik hastalıklar açısından oldukça önemli bir husustur. Genel olarak sağlık alanında üçüncül korumaya, fonksiyonel bozukluğu en aza indirmek için serebrovasküler bir kazanın

ardından rehabilitasyon hizmeti sağlama bir örnektir. Psikiyatride ise, üçüncül koruma, nüksetmeyi önlemeyi, psikiyatrik hastalığa eşlik eden başka bir hastalık geliştirme olasılığını azaltmayı ve psikososyal işlevin geliştirilmesine yönelik tedavileri sağlamayı içerir. Ağır ruhsal bozukluklar için gerçekleştirilen toplum temelli tedavi, sosyal beceri eğitimi, bireye ve aileye destek sağlama, sosyal destek gruplarının oluşturulması, toplum kaynaklarının harekete geçirilmesi ve istihdam sağlama gibi çalışmalar üçüncül korumaya örnektir (Compton et al., 2010: 5-6).

Sosyal çalışmacılar koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinde ekip çalışması içerisinde rol alır. Koruyucu çalışmalar daha çok eğitimler sağlanarak gerçekleştirilir ve özellikle erken çocukluk dönemine ait çalışmaları kapsar ve okullarda eğitimler vermek ve okul sosyal hizmeti gerçekleştirmek koruyucu çalışmalara örneklerdir. Stresli ortamları düzenlemek, bireylerin baş etme becerilerini geliştirmek, sağlığı korumanın teşviki ve muhafazası, temel ihtiyaçlar için yeterli standartlara ulaştırmak ve bilinen risklere (intihar, bağımlılık vb.) karşı özel korumayı sağlamak koruyucu ruh sağlığı çalışmalarının kapsamına girer. Toplumun sağlıklı ilişkiler kurması için destekleme, sosyal haklarını koruma, sosyal adalet için savunuculuk, hastalığın oluşumunu engellemek için eğitimler verme, ruhsal sorunların ortaya çıkmasına neden olabilecek hane içi şiddet, cinsel istismar, zorunlu göç, madde kullanımı gibi toplumsal risklere karşı stratejiler geliştirme, vaka yönetimi, ruhsal risk taraması ve araştırma, sosyal içerme ve krize müdahale vb. çalışmalar sosyal çalışmacıların rolleri arasındadır (AASW, 2015: 4-5; <http://www.casw-acts.ca/>).

Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge (2011)'ye göre, Türkiye'de koruyucu sağlık hizmetleri toplum sağlığı merkezlerinde görev yapan sosyal çalışmacıların sorumluluğundadır. Yönergeye göre sosyal çalışmacıların görevleri, hizmet götürülecek bölge ve toplumu tanımak, bölgenin sağlık ölçütlerini değerlendirerek sorunları ve öncelikleri saptamak, toplumda sağlık sorunu yaratan çevresel, sosyal, kültürel, demografik ve ekonomik koşulları saptamak, toplumda saptanan sorunların çözümlenmesine katkıda bulunacak kaynakları araştırmak, harekete geçirici, verimliliğini arttırıcı ve yeni kaynak oluşumunu sağlayıcı çalışmalar yapmak, afet sonrası dönemde sosyal hizmet işlerini yürütmek, okul yönetimleri ile işbirliği yaparak desteklemek ve toplum kalkınması hizmetlerinde görev almak gibi görevlerle ifade edilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müd., 2011). Ruhsal hastalıkların saptanması için risk gruplarının belirlenmesi oldukça önemlidir. Bu anlamda ruhsal risk taraması ve araştırması toplum sağlığı merkezlerinde görev yapan sosyal çalışmacıların sorumluluğuna verilmiştir.

Koruyucu ruh sağlığı hizmetleri ise Türkiye'de Ulusal ruh sağlığı eylem planı (2011)'nda değerlendirilmiş ve damgalama ve ayrımcılıkla mücadele, çocuğun psikososyal gelişimini destekleme programı, kadına yönelik aile içi şiddet ve sağlık sonuçlarını erken tanılama, intiharı erken tanıma gibi riskli gruplara yönelik yürütülmekte olan koruyucu ruh sağlığı programlarının aile hekimliği sistemine entegre edilmesi gerekmektedir ifadesi kullanılmıştır. T.C. Sağlık Bakanlığından elde edilen bilgiye göre Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planında yer alan 4.3 nolu riskli gruplara yönelik belirlenen koruyucu hizmetler şunlardır (<https://www.cimer.gov.tr/>):

1. *Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme Programı*: 2005'te başlanan program 2010 yılında Aile Hekimliği sistemine geçilmesi ile birlikte 81 il Aile Hekimliği sisteminde yürütülmektedir. Bu program ile aile hekimleri aracılığıyla anne, baba, gebe ve bebek psikososyal izleme düzenli olarak yapılmaktadır.

2. *Kadına Yönelik Aile içi Şiddeti Önleme ve Rehabilitasyon Hizmetleri* kapsamında 2008'de başlatılan ve hala devam eden program ile Aile Hekimliği sisteminde şiddeti önlemek amacıyla risk değerlendirme ve güvenlik planı oluşturma, adli süreci başlatma ve psikososyal destek sistemlerini yönlendirmeyi içeren bir dizi hizmet sağlanmaktadır.

3. Güncel psikiyatrik yaklaşımlar baz alınarak yaygın görülen ruhsal bozuklukların tanısı, yönetimi ve psikososyal destek hizmetleri *Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Hizmetlerini Güçlendirme Programı* kapsamında aile hekimliği sisteminde 2017 yılı itibariyle sunulmaya başlanmıştır. Program içerisinde İntihar Önleme, Depresyon, Psikoz, Demans, Çocuk ve Ergenlerde Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar, Diğer Önemli Ruh Sağlığı Bozuklukları, Anksiyete Bozukluğu vb. konularda aile hekimliğinin farkındalığının ve hizmet kalitesinin artırılması hedeflenmiştir. Şu an 17 ilde başlatılmış olup 81 ile yaygınlaştırılması planlanmaktadır.

#### **2.6.2. Tedavi Edici Ruh Sağlığı Hizmetleri Alanında Sosyal Çalışmacının Rol ve Sorumlulukları**

Tedavi edici ruh sağlığı hizmetleri poliklinik ve klinik hizmetleri şeklindedir. Tedavi edici hizmetler ekip çalışması içerisinde gerçekleştirilir. Hastanın poliklinikte karşılanması, yatışı planlanan veya yatışa direnci olan hastanın kliniğe uyumunun sağlanması, klinikte tedavi edilen hastanın taburculuk sonrası kendi yaşantısına dönmesi konusunda çalışmaların yapılması, hastanın toplumsal yaşantısının, toplumsal değerlerinin ve beklentilerinin bilinmesi ve sosyal çevresiyle temasa geçilmesi tedavi edici hizmetler esnasında gerçekleştirilmesi gereken hizmetlerdir (MEB, 2012: 13). Psikiyatrik hastalıkların teşhis edilmesi ile birlikte gerçekleştirilen tedavi hizmetleri esnasında ki uygulamalarda ekip içerisinde sosyal çalışmacıların rol ve sorumlulukları literatürde çeşitli şekillerde ele alınmıştır. Çiğdem ve Arıkan (1996) daha önce de belirtildiği gibi psikiyatrik tedavi sürecini iki aşama da ele almış ve hastaneye yatış aşamasındaki etkinlikler ve taburculuk aşamasındaki etkinlikler olarak değerlendirmişlerdir. Hastaneye yatış aşaması, taramalar sırasında toplumda saptanan, henüz hastaneye başvurmamış hastalara ev ziyaretlerini, hastanın başka bir kurumdan sevk edilmesi durumunda o kurumdaki yetkililerle görüşmeyi, hastanın ve bakım verenlerin tedavi kuruluşlarıyla ilişki kurmasına yardımcı olmayı ve hastanın hastaneye yatışa hazırlanmasını kapsayan hizmetlerdir. Sosyal çalışmacı bu hizmetleri psikiyatri ekibiyle birlikte gerçekleştirir ayrıca toplumsal değerlendirme yapar. Hastaneye yatış aşamasında hastaya ve ailesine hastaneyi ve tedavi kurumunu tanıtır, aileyle ilişki kurarak tedavi sürecinde hastaya karşı olumlu, kabul edici bir tutum geliştirmelerini sağlar ve hastaneye yatışla birlikte meydana gelen problemlerde aileye yardımcı olur. Taburculuk aşamasında ki etkinlikler ise, özellikle hastanın ailesiyle ve toplumdaki çeşitli gruplar ve kuruluşlarla bütünleşmesi üzerinde durulur. Hasta taburculuk öncesinde hazırlanmazsa toplumla bütünleşemez. Ayrıca yalnızca hastayı hazırlamak değil ailenin de hastanın dönüşüne hazırlanması oldukça önemlidir. Hastanın

döneceği ortam değerlendirilmelidir. Tedavi sonrası izleme etkinlikleri önemlidir. Taburculuk sonrası rehabilitasyon çalışmaları ve aynı nakdi yardımlar açısından ihtiyaç tespiti gibi durumlar değerlendirilmelidir (s.69-78)

Doğan (2009) psikiyatrik ortamlarda sosyal çalışmacının görevlerini, hastanın hastaneye yatışı öncesi, sırası ve sonrası aşamalarında ele almıştır (s. 213-215).

- *Hastaneye yatış öncesinde*, taramalar sırasında ruhsal sorunu olduğu saptanan ve hastaneye başvurmamış bireylere ev ziyaretleri yapmak ve hastaneye başvurmalarını sağlamak; hastayı ve aileyi hastaneye yatışa hazırlamak; hastaya ilişkin toplumsal değerlendirme yapmak.
- *Hastaneye yatış aşamasında*, sosyal inceleme raporu hazırlamak; hastanın maddi sorunlarına yönelik toplumsal kaynakları harekete geçirmek; hastaya ve ailesine hastaneyi ve tedavi programını tanıtmak ve hastaneye uyumlarını sağlamak; hastane ve hastanın evi ve sosyal ortamı arasında köprü oluşturmak; hastayı ve ailesini hastalıkla ilgili bilgilendirmek; bireyle ve grupla çalışma yapmak.
- *Hastaneye yatış sonrası*, hastayı ve ailesini taburculuğa hazırlamak; hastanın taburculuk sonrası sosyal ortamını araştırmak; taburculuk işlemlerinde hastaya ve ailesine yardımcı olmak; hasta ve ailesinin taburculuk sonrası yaşama uyumunu kolaylaştırmak; taburculuk sonrası takibini sağlamak.

Oral ve Tuncay (2015) sosyal çalışmacının klinik düzey rollerini, sosyal inceleme, psikoeğitim ve danışmanlık, taburculuk planlaması, bireyle çalışma, grup çalışması, savunuculuk, psikoterapi ve hizmet içi eğitim koordinasyonu olarak sınıflandırmıştır.

Daha önce de bahsedilmiş olan Ulusal Sosyal Çalışmacılar Derneği (NASW)'nin ifade ettiği sosyal çalışmacıların, ruh sağlığı kliniklerinde ve ayakta tedavi merkezlerinde gerçekleştirdiği görevler (NASW, 2011: 1):

- Müracaatçılara yönelik uygun hizmetlerin belirlenmesi,
- Biyopsikososyal değerlendirme yapmak ve sosyal hikayelerini almak,
- Madde kullanan müracaatçıları, destek sistemleri, fiziksel ve duygusal işlevsellik, finansal yeterlik, güvenlik, intihar ve cinayet düşüncesi vb. açısından değerlendirmek,
- Müracaatçının kendi kaderini tayin hakkı göz önünde bulundurularak, uygun tedavi ve rehabilitasyon planlarının uygulanması ve geliştirilmesi,
- Bazı özel ruh sağlığı sorunları için birey, aile ve grup terapilerinin doğrudan tedavi servislerinde sağlanması,
- Güvenliğe yönelik değerlendirme de dahil olmak üzere kriz yönetimi sağlamak,
- Müracaatçıyı savunuculuk,
- Vaka yönetimi hizmetleri, toplum kaynaklarının harekete geçirilmesi, diğer profesyonellerle işbirliği sağlama ve bununla sınırlı kalmayan görevler,
- Klinikler tarafından sağlanan ruh sağlığı hizmetlerinin daha geniş bir topluluğa tanıtılması,
- Program fonu sağlamak veya toplamak için bütçe yazılımı ve değerlendirmesine katılmak,

- Etik sorunları belirleme ve çözme,
- Personeli yönetmek, eğitim vermek ve denetlemek,
- Multidisipliner tedavi ekibinin bir parçası olmak ve bununla sınırlı kalmayan görevleri de içeren rollerdir.

Özdemir (1999) psikiyatrik tedavi kurumlarında sosyal hizmet uygulamalarını, hastanın hastaneye başvurduğu andan taburculuk sonrası izleme aşamasına kadar sıralamıştır ve klinikte yatış ve tedavi aşamasında sosyal çalışmacının görevlerini, hastanın tedaviden etkin şekilde yararlanmasına yönelik çevre düzenlemelerini yapmak, tedavi ekibince belirlenen tedavi planı ve hastanın hastalığı doğrultusunda toplumsal rol ve işlevlerini yerine getirmesi ve çevresi ile olumlu ilişkiler kurmasını sağlamak amacıyla sosyal kişisel çalışma ve sosyal grup çalışması gerçekleştirmek olarak değerlendirmiştir (s.108).

Bir başka çalışmada sosyal çalışmacının görevleri ruh sağlığı ortamlarında tedavi faaliyetlerine katılmak, akut psikiyatrik belirtiler, duygusal travma, ilişki sorunları, stres, sıkıntı ya da kriz yaşayan bireyler üzerine odaklanmak ve değerlendirmek, risk yönetimi, bireysel, çift, aile ve grup danışmanlığı gerçekleştirmek, müdahale ya da tedavi ve savunuculuk gibi faaliyetleri içerir. Sosyal hizmet, tüm müdahalelerin temeli olarak ilişkiyi kullanır (<https://www.casw-acts.ca/>).

Türkiye’de yasal olarak değerlendirildiğinde 2011 yılında hastanelerin bütün birimlerinde görev yapabilecek olan sosyal çalışmacıların yanında psikiyatrik sosyal çalışmacıların uygulamalarını da kapsayan “Tıbbi sosyal hizmet uygulama yönergesi” yayınlanmıştır. Bu yönergeye göre sosyal çalışmacılar; hastaneye başvuran hastaların psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik sorunlarını tespit eden, sorunlarıyla ilgili sosyal hizmet müdahalesini planlayan ve uygulayan, üniversitelerin dört yıllık sosyal hizmet bölümlerinden mezun sağlık personelidir. Madde 12’de sosyal çalışmacının görev ve sorumlulukları ele alınmıştır. Daha önce de ifade edildiği üzere sosyal çalışmacıların görev ve sorumlulukları şunlardır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c: 4-5):

- a) Mesleki çalışmalarını ilgili mevzuata uygun olarak yürütür.
- b) Hastaneden hizmet alan,
  1. Kimsesiz, terk ve bakıma muhtaç hastalar,
  2. Engelli hastalar,
  3. Sağlık güvencesiz hastalar,
  4. Yoksul hastalar,
  5. Aile içi şiddet mağduru hastalar,
  6. İhmal ve istismara uğramış çocuk hastalar,
  7. Mülteci ve sığınmacı hastalar,
  8. İnsan ticareti mağduru hastalar,
  9. Yaşlı, dul ve yetim hastalar,
  10. Kronik hastalar,
  11. Ruh sağlığı bozulmuş hastalar,
  12. Alkol ve madde bağımlısı hastalar,
  13. Yabancı uyruklu olup tedaviden yararlanamayan hastalar
  14. İl dışından gelen hastalar,

öncelikli olmak üzere tıbbi sosyal hizmete ihtiyaç duyan hastalar için sosyal hizmet müdahalesini planlar ve uygular.

- c) Hastalığa ve tedavi sürecine uyumda zorlanan hastaların uyumunu sağlamak için gerekli sosyal hizmet müdahalesini gerçekleştirir;

- ç) Hastanede yatarak tedavisi tamamlandığı halde ikametine gidemeyecek derecede düşkün ve kimsesi bulunmayan veya aileleri tarafından alınmayan hastaların ikametine nakillerini koordine eder. Bu kapsamda mahalli idarelerle koordinasyonu sağlar.
- d) Afetlerde, gerekli sosyal hizmet müdahalesini planlar ve uygular
- e) Tıbbi sosyal hizmetle ilgili konularda hastane personeline, hasta ve hasta yakınlarına yönelik eğitimler yapar.
- f) Mesleği ile ilgili kongre, sempozyum, eğitim vb. toplantılara katılır, mesleki projeler planlar ve uygular.
- g) Rapor ve kayıtları gizlilik ilkesine uygun olarak tutar.
- ğ) Çalışmalarından birim sorumlusuna karşı sorumludur.
- h) Tek sosyal çalışmacı olması halinde birim sorumlusunun görevlerini yerine getirir.
- ı) Birim sorumlusunca verilen diğer görevleri yerine getirir.

Bu anlamda genel olarak gerçekleştirilen çalışmalar değerlendirildiğinde hastaların tedavi sürecinde psikiyatrik sosyal çalışmacıların görevleri hastanın hastaneye yatışı öncesinden başlayıp taburculuk aşamasına kadar devam etmektedir. Bazı çalışmalarda taburculuk sonrası izleme etkinlikleri de görevlere dahil edilmiştir ancak günümüzde toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçişle birlikte bu görev toplum ruh sağlığı merkezlerine teslim edilmiştir. Hastaneye yatışı öncesinde sosyal çalışmacılar toplum taraması esnasında ruhsal rahatsızlığı fark edilen ve çeşitli nedenlerden (maddi imkansızlıklar, bakımveren konumunda olma, maddi gelir getiren kişi olma, bilgisizlik vb.) dolayı profesyonellere başvuramayan hastaların hastaneye başvurmalarını sağlamak, toplumsal değerlendirme yapmak ve hastanın ve ailesinin hastaneye yatış sürecine hazırlamak gibi görevleri bulunmaktadır. Hastaneye yatışı ve tedavi aşamasında hastanın ve ailenin kliniğe uyumlarını sağlamak, klinikle ve hastalıkla ilgili eğitimler vermek, sosyal inceleme raporu hazırlamak, hem hastaya hem de ailesine yönelik psikoeğitim ve danışmanlık hizmetleri gerçekleştirme, vaka yönetimi, hastanın durumuna uygun müdahale planı hazırlama ve uygulama, terapötik iletişim sağlama, psikiyatri ekibiyle işbirliği içinde çalışma ve hastanın sosyal çevresi ile ilgili bilgileri ekibe aktarma, psikiyatri ekibine yönelik uygulanan tedavi açısından sosyal modeli teşvik edici çalışmalar yapma, hizmet içi eğitimler sağlama, birey ve aile ile çalışma, hasta ve yakınlarının sosyal hakları konusunda bilgilendirme, toplum kaynaklarının harekete geçirilmesi, savunuculuk ve taburculuğa hazırlama gibi görevleri bulunmaktadır. Taburculuk aşamasında ise, taburculuk işlemlerinde hastaya ve ailesine yardımcı olmak, hastayı ve ailesini taburculuk sonrası yaşamlarına hazırlamak ve uyumlarını kolaylaştırmak, taburculuk sonrası hastanın gideceği sosyal ortamının düzenlenmesi, toplum ruh sağlığı merkezleri hakkında bilgilendirme yaparak rehabilitasyon çalışmalarına yönlendirmek ve takibinin bu merkezlerde nasıl gerçekleştirileceği ile ilgili bilgi vermek psikiyatrik sosyal çalışmacının görevleri arasında bulunur.

Kısaca bu görevlerden bazıları değerlendirildiğinde,

*Sosyal İnceleme raporu*, sosyal çalışmacılar tarafından hazırlanan bir çeşit mesleki rapordur. Müracaatçıların geçmişleri, yaşadığı sorunlar, potansiyel nedenleri ve şu anki psikososyal işlevselliklerini betimleyen sosyal çalışmacıların oluşturduğu özet niteliğinde

raporlardır. İyi hazırlanmış bir sosyal inceleme raporu psikiyatri ekibinin hastayı ayrıntılı olarak tanınmasında ve müdahale planı oluşturup uygulamasında oldukça önemlidir. Sosyal inceleme raporu, kısa ve öz olmalıdır, nesnel olmalıdır, müracaatçının güçlü yönlerine vurgu yapmalıdır ve bilgiye kolay ulaşılması açısından iyi düzenlenmelidir. Sosyal inceleme raporu hazırlarken hastadan, ailesinden ve sosyal çevresinden de bilgiler elde edilir (Sheafor and Horejsi, 2012: 278-279; Hasgöl, 2017: 364; Koşar, 1987: 35). Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi (2011)'nde sosyal inceleme raporu formu düzenlenmiştir. Buna göre, raporda şu bölümler bulunmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c):

1. Hastanın kimlik bilgileri,
2. Bilgi kaynakları (görüşme yapılan yer ve kişiler),
3. Sorunun tanımı,
4. Hastanın sağlık ve fiziksel durumu,
5. Hastanın psiko-sosyal ve ailevi durumu,
6. Hastanın barınma ve ekonomik durumu,
7. Değerlendirme,
8. Sonuç ve öneriler.

*Psikoeğitim ve danışmanlık*, Psikoeğitim, ruhsal hastalığın belirtileri, tedavisi ve gidişatı ile ilgili bir psikiyatrik bozukluğu olan bir kişinin ve ailesinin eğitimini ve bilgilendirici danışmanlık verilmesini ifade etmektedir. Psikoeğitim sağlamak tedavi aşamasında ve rehabilitasyon aşamasında sosyal çalışmacının görevleri arasındadır. Psikoeğitim hastaların ve ailelerin hastalıkları anlaması ve kabul etmesi ve hastalıkla başarılı bir şekilde başa çıkması için gerçekleştirilmektedir. Rehabilitasyon aşamasında psikoeğitimin hedefleri şiddetli akıl hastalıkları olan hastaların sık tekrarlayan atak dönemlerini azaltmak, ilaçların yanı sıra tedaviye uyumu sağlamak ve toplum temelli ruh sağlığı uygulamalarına katılımını teşvik etmektir. Psikoeğitim aynı zamanda ailenin baş etme becerilerini, iletişim ve problem çözme yeteneklerini güçlendirerek, bireyin ve aile üyelerinin refahı ve uyum sağlamasını hedefleyen uygulamalardır. Psikoeğitim grup psikoeğitimi ya da bireysel psikoeğitim olarak uygulanabilmektedir. Grup psikoeğitimi, aynı hastalığa sahip bireyler arasında etkileşim sağlanabilmesi, maliyetinin daha düşük olması ve aynı zaman içerisinde daha çok hastaya verilebilmesi gibi avantajlara sahiptir. Bireysel psikoeğitim ise daha fazla zaman ve maliyet gerektirmesine karşın, hastaya ya da aile bireyine ayrılan zamanın daha fazla olması, verilen eğitimin her bireye özel olması ve eğitim saatlerinin bireyle birlikte planlanabilmesi, oturumların hastaların ve aile bireylerinin kendilerini daha rahat ifade etmelerine olanak sağlaması ve eğitimden ayrılan hasta sayısının az olması gibi avantajlara sahiptir (Srivastava and Panday, 2016: 123-124; Zhao et al., 2015; Yurtsever vd., 2001: 34; Gümüş vd., 2016: 142; Oral ve Tuncay, 2012: 106).

*Vaka yönetimi*, genel bir tanım olarak, bireylerin sağlık bakım gereksinimlerini karşılamak için sağlığın değerlendirildiği, gereken aktivitelerin planlandığı, uygulandığı ve izlendiği multidisipliner bir sistemdir. Vaka yönetimi ile düşük maliyetle kaliteli bir sağlık bakım hizmeti sunmak hedeflenmektedir. Profesyonel bir sağlık bakımı verme modeli olan vaka yönetiminde, bütüncül ve sürekli bir bakım sağlanması, bireyin öz-bakım gücünün

yükseltilmesi, ekip işbirliği, hastaların hastanede yatış süresinin kısaltılması ve sağlık hizmetlerini sunanlar ile alanların memnuniyetinin artırılması önemli olan noktalardır. Vaka yöneticisi psikiyatri ekip üyeleri arasından belirlenmektedir. Vaka yöneticisi olarak sosyal çalışmacının görevi, ihtiyaç duyulan hizmet türünü tanımlama, kaliteli yaşamın önündeki engelleri araştırma, potansiyel yardımlara ulaşması için müracaatçılara savunuculuk yapma, bazı hizmetleri hasta ve yakınlarına doğrudan sağlama, planlanan hizmetin amaca ulaşp ulaşmadığını gözlemlene ve oluşabilecek sorunların çözümüne yardımcı olmaktır. Vaka yönetiminde izlenecek süreç, müracaatçının belirlenmesi; bütüncül ve tam bir değerlendirme/tanımlama; ulaşılacak sonuçları belirleme; planı hasta ve bakım verecek personelle görüşme; planı uygulama ve izleme, sonuçları analiz etme, planı değerlendirme ve gerekli düzenlemeleri yapma olarak sıralanmaktadır (Daş, 1999: 12; Sheafor and Horejsi, 2012: 80-81).

*Bireyle çalışma ve ailesiyle çalışma*, bireyler ile sosyal çalışma, kişilere, bire bir temelde, kişisel ve sosyal sorunları çözmek için yardımcı olmayı amaçlamayan çalışmalardır. Bireylerin problem çözme ve baş etme kapasitelerini geliştirmeyi ve ihtiyaç duyduğu kaynak, hizmet ve sistemlerle bir araya getirmeyi hedefleyen; ruhsal hastalıkla ilgili psikolojik, duygusal ve sosyal çevreden kaynaklanan baskıların üstesinden gelinmesi; sağaltım planına uyum sağlanması; ilaçların düzenli kullanılması; eğitim ve istihdam ile alakalı sorunların çözümlenmesi; aile ilişkilerinin düzenlenmesi; toplumla bütünleşmenin sağlanması gibi konularda hasta ve aile üyeleriyle yapılan bireysel çalışma uygulamalarıdır. Aileyle çalışma ise, herhangi bir üyesinde meydana gelen ruhsal bozukluk nedeniyle diğer bütün aile üyelerinin bu hastalıktan etkilenmesi sonucunda gerçekleştirilen çalışmalardır. Aile etkileşim içerisinde olan ve birbirine bağlı üyelerden oluşmaktadır. Herhangi bir bireyin karşılaştığı sorunlar genellikle bir aile içindeki dinamiklerden etkilenir ya da etkiler. Aile ile çalışmanın bir diğer gerekçesi ise, tüm üyelerin katılımının genellikle ruhsal bozukluğu olan bireyin tedavi süreci için gerekli olmasıdır. Çünkü genellikle ruhsal bozukluğu olan bireyler ailelerinin yanında yaşamakta ve bakım veren kişi aile üyelerinden birisi olmaktadır. Aileyle çalışma da bireyle çalışma gibi aynı hedeflere sahiptir. Ailenin problem çözme ve baş etme kapasitelerini geliştirmek temel amaçlardan bir tanesidir. Bunun yanında ailelere hem bireysel görüşmelerle hem de grup çalışması ile hastalık hakkında bilgi vermek, danışmanlık yapmak sosyal çalışmacının aile ile çalışma da en önemli rolüdür. Bireyle ve aile ile çalışma, planlı, yapılandırılmış ve düzenli seanslarla gerçekleştirilir (Zastrow, 2000: 76-77; Oral ve Tuncay, 2012: 107; Özden, 2017: 130).

*Savunuculuk*, bireyler, gruplar ya da topluluk adına sosyal adaleti sağlamak için gerçekleştirilen temsil etme, savunma, müdahil olma, destekleme gibi eylemlerdir. Sosyal çalışmacılar dezavantajlı grup üyelerinin insan hakları ve sosyal adalet ilkeleri çerçevesi içinde savunuculuğunu yapar. Hastalığın olumsuz etkisini minimum düzeye indirebilmek için hukuki ve kurumsal düzenlemelerin hastaların ve ailelerinin lehlerine işletilmesi konusunda savunuculuk rolünü üstlenirler. Savunuculuk faaliyetinde savunulan birey ve grup ile hareket etmek çok önemlidir. Savunuculuk rolü kapsamında sosyal çalışmacıların anahtar rolü, bütün insanların ihtiyaç duydukları bilgi, hizmet ve kaynaklara açık erişimleri ve karar verme sürecine katılımları için eşit fırsatların sağlanmasıdır (Uçan vd., 2015: 91-96; Sheafor and Horejsi, 2012: 75-76; Keçeci, 2017: 199)

*Taburculuk planlaması*, taburculuk işlemlerinde hastaya ve ailesine yardımcı olmak, hastayı ve ailesini taburculuk sonrası yaşamlarına hazırlamak ve uyumlarını kolaylaştırmak, taburculuk sonrası hastanın gideceği sosyal ortamının düzenlenmesi, hastanın taburculuk sonrası gideceği yerin olmaması ya da ileri derecede bakım gerektiren durumda olması halinde kurum bakımı sağlanması, gerekli kurumlarla irtibata geçmek, ailenin ekonomik açıdan sorunu varsa toplum kaynaklarını harekete geçirmek, toplum ruh sağlığı merkezleri hakkında bilgilendirme yaparak hastayı rehabilitasyon çalışmalarına yönlendirmek taburculuk aşamasında sosyal çalışmacının gerçekleştireceği görevler arasında bulunmaktadır (Zengin, 2011: 31-33; Duyan, 2003: 40).

### **2.6.3. Rehabilitasyon Edici Ruh Sağlığı Hizmetleri Alanında Sosyal Çalışmacının Rol ve Sorumlulukları**

Rehabilitasyon, ruhsal bozukluğun veya işlev bozukluğunun etkilerini azaltmayı amaçlayan ve hastaların kapasitelerini maksimum düzeyde kullanımını sağlamak için ruhsal, toplumsal ve mesleki işlevselliğin artırılmasına ve sonuç olarak da yaşam kalitesinin yükseltilmesine odaklanan hizmetler bütünüdür. Dünya Sağlık Örgütü rehabilitasyonu, engelliliğin yol açtığı sorunların etkisinin azaltılması ve sosyal bütünleşmeyi sağlamayı amaçlayan tedbirlerin uygulanması olarak tanımlanmıştır (WHO, 1980). Bu tanımdan yola çıkarak psikiyatrik rehabilitasyon, ruhsal bozuklukların yol açtığı semptomları en aza indirmek, hastanın toplumla bütünleşmesini sağlamak ve sosyal içermeyi teşvik etmek olarak tanımlanabilir. Psikiyatrik rehabilitasyonun temel amacı, bireylerin fonksiyonel eksikliklerini, ruhsal bozukluğun yol açtığı kişilerarası ve çevresel engelleri ortadan kaldırmak ve bağımsız yaşam, sosyalleşme ve etkili yaşam yönetimi becerilerini yeniden kazandırmaktır. Hastaların ruhsal hastalığın meydana getirdiği sosyal sorunlardan olan sosyal izolasyonun etkisinden kurtularak sosyalleşmesi ve toplumsal bir birey olabilmelerini sağlamak rehabilitasyonun temel amaçlarından biridir. Hastanın kendisini toplum içerisinde bağımsız bir birey olarak algılaması ve daha aktif olması için yapılacak olan her girişim rehabilitasyon hizmetleri içerisinde değerlendirilmektedir. Psikiyatrik rehabilitasyonda hastaların yeterlilik düzeyini artırmak için beceri eğitimi, aile eğitimi, akran desteği, meslek kazandırma, bireysel, çift, aile ve grup müdahaleleri, hasta-toplum etkileşim kaynaklarını artırma ve toplumun tutumlarını değiştirme gibi girişimler düzenli ve organize bir şekilde uygulanmalıdır (Craig: 3; Pratt vd., 2007: 15; Yıldız vd., 2003: 282).

01.07.2005'te kabul edilen 5378 sayılı 'Özürlüler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun' a göre,

“Rehabilitasyon: Doğuştan veya sonradan herhangi bir nedenle oluşan özürlü ortadan kaldırmak veya özürlülüğün etkilerini mümkün olan en az düzeye indirmek, özürlüye yeniden fiziksel, zihinsel, psikolojik, ruhsal, sosyal, meslekî ve ekonomik yararlılık alanlarında başarabileceği en üst düzeyde yetenekler kazandırarak; evinde, işinde ve sosyal yaşamında kendine ve topluma yeterli olabilmesi ve özürlünün toplum ile bütünleşmesi, ayrımcılığa karşı tüm tedbirlerin alınması amacıyla verilen koruyucu, tıbbî, meslekî, eğitsel, rekreasyonel ve psiko-sosyal hizmetler bütünüdür ifade eder.”

şeklinde ifade edilmiştir.

Mesleki rehabilitasyon ise,

“Özörlölerin yetenekleri döğrultusunda yapabilecekleri bir işte eğitilmesi, meslek kazandırılması, verimli kılınarak ekonomik ve sosyal refahının sağlanması amacıyla meslekî rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanmasının sağlanması esastır. Gerçek veya tüzel kişilerce açılacak olan özel meslekî rehabilitasyon merkezleri, yetenek geliştirme merkezleri ve korumalı işyerlerinin değişik tipleri ile özel işyerlerinde bireylerin bireysel gelişimleri ve yeteneklerine uygun iş veya becerilerini geliştirici tedbirler alınır.”

şeklinde ifade edilmiştir.

Dünya genelinde ruh sağlığı alanında kurum temelli hizmet modelinden toplum temelli hizmet modeline geçişle birlikte psikiyatrik rehabilitasyon hizmeti toplum temelli birimlere devredilmiştir. Türkiye’de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge (2011)’ye göre, bu birimlerde hizmetin kapsamı ağır ruhsal bozukluğu bulunan kayıtlı hastaların güçlendirilmesini ve toplumla bütünleşmesini hedef alan rehabilitasyon, psikososyal beceri kazandırma ve desteklemeye ilişkin plan, program ve çalışmaların yapılması, hastalık durumlarının değerlendirilmesi, tedavi edilmesi ve izlenmesi, topluma, hasta yakınlarına, sağlık personeline ve diğer ilgili personele ağır ruhsal bozukluklar alanında eğitim verilmesi esastır olarak ifade edilmiştir (2011b: 8). Bu anlamda Türkiye’de ağır ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik uygulanan rehabilitasyon hizmetlerinin gerçekleştirilmesi toplum ruh sağlığı merkezlerinin görevidir. Toplum içerisinde uygulanan ruhsal toplumsal rehabilitasyon programlarının bir çok avantajı bulunmaktadır, psikiyatrik hastalıkların yol açtığı sosyal, ekonomik, hukuki ve tıbbi sorunların üstesinden gelmek, hastaların hastaneye yatışlarını azaltmak ve böylelikle tedavi maliyetini önemli ölçüde düşürmek bunlardan bazılarıdır. Bu açıdan rehabilitasyon programları oldukça önemlidir (Barton, 1999: 528).

Çıtak (2017) çalışmasında Psikiyatrik rehabilitasyon sürecini ifade etmiştir. Bu süreç tanılama, planlama, girişim ve değerlendirme aşamalarından oluşmaktadır. Tanılama aşamasında hastanın sahip olduğu beceriler ve yaşadığı ortam, sosyal, eğitimsel ve mesleki ortamlarda işlevselliğini devam ettirebilmesi için gerekli olan destek kaynaklarının belirlenmesi gerekmektedir. Bunun yanında hastalığın semptomları, hastanın günlük yaşam aktiviteleri, kişiler arası ilişkileri, benlik algısı, motivasyon durumu, güç, tedaviye uyum ve yaşam becerilerinin tanımlanması gerekmektedir. Planlama aşamasında elde edilen bilgiler doğrultusunda hastanın toplumla bütünleşmesini sağlamak ve sosyal işlevselliğini güçlendirmek amacıyla kişinin durumuna uygun planlama gerçekleştirilir. Girişim aşamasında hastaların güçlü yönlerini geliştirmek; yaşam becerilerini öğrenmesini sağlamak; psikoeğitim, davranış geliştirme, relapsların önlenmesi için eğitimler verme, baş etme becerileri eğitimi ve mesleki rehabilitasyon uygulamaları ile hastalık yönetimi ve iyileşme için güçlendirmek bu aşamada uygulanan programlardır. Son olarak değerlendirme aşamasında ise hastanın uygulanan programlar doğrultusunda bireyin çevresi ile etkileşim içinde fonksiyonlarını en üst düzeyde devamlı olarak sürdürüp sürdüremediği değerlendirilir. Bu aşamalarda sosyal çalışmacı psikiyatri ekibiyle işbirliği içinde çalışır (s.140-145).

Ornellas (2014) çalışmasında sosyal çalışmacıların toplum temelli bakım alanında rollerini ifade etmiştir. Öncelikli rol sosyal çalışmacıların akıl sağlığı hizmetindeki geleneksel rolü olan, hastalar, aileler ve psikiyatri ekibi arasındaki etkili iletişimi kolaylaştırmaktır. Bunun

yanında vaka yönetimi, destekli istihdam, evde bakım, psikososyal destek, aile terapisi ve desteği, topluma yeniden entegrasyon ve bunlarla ilgili ihtiyaçlar konusunda yardımcı olma gibi görevleri bulunduğunu belirtmiştir (Ornellas, 2014: 60-61).

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge (2011)' ye göre daha öncede belirtildiği üzere sosyal çalışmacının görevleri:

- Sorumlu olunan bölgedeki hastaların tespiti ve merkeze kaydını sağlamak için ilgili kurum ve kişilerle irtibat kurmak,
- Hasta ve/veya yakınlarıyla irtibat kurarak merkez hakkında bilgi edindirmek ve merkeze davet etmek,
- Hastaların, hastane, bakım kurumu, korumalı iş yeri ihtiyacına cevap verebilmek için ilgili kurumlarla irtibat kurmak,
- Damgalama karşıtı çalışmalar gerçekleştirmek ve bunun için kurumlar arası işbirliğini sağlamak ve geliştirmek,
- Hastaları sosyal ve hukuki hakları konusunda bilgilendirmek, karşılaştıkları güçlüklerin çözülmesinde destek hizmeti vermek,
- Sivil toplum kuruluşları ve diğer kurumlarla işbirliği sağlamaktır.

Yönergeye göre, sosyal çalışmacı, psikolog ve hemşirenin ortak görev ve sorumlulukları ise şunlardır:

- Merkeze gelen hasta veya yakınlarına merkezin amacı ve işleyişi hakkında bilgi vermek.
- Hastalara bireysel danışmanlık hizmeti vermek, grup terapisi yapmak ve psikososyal beceri eğitimi vermek.
- Hasta ve ailelerine psiko-eğitim vermek.
- Gezici ekibinin çalışmalarına katılmak.
- Ev ziyareti sırasında yatış endikasyonu gerektiren bir durum tespit edilirse, hastanın ilgili kliniğe nakledilmesini sağlamak.
- Sosyodemografik veri formunu doldurmak, takip görüşmelerinde izlem ölçeklerini kullanmak.
- İstatistiksel bilgilerin toplanmasında ve değerlendirilmesinde görev almak.
- Merkeze devamı sağlanamayan hasta veya yakınlarıyla irtibat kurmak ve merkezin hastayla bağlantısını oluşturmak.
- Toplumun bilgilendirilmesiyle ilgili ve damgalama karşıtı çalışmalar yapmak. (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2011b)

Bu anlamda sosyal çalışmacıların psikiyatrik rehabilitasyon alanında görevleri, hastalar, aileler ve psikiyatri ekibi arasındaki etkili iletişimi sağlamak, bireysel danışmanlık hizmeti vermek, hasta ve ailelerine psikoeğitim vermek, birey, aile ve grup terapisi yapmak ve psikososyal beceri eğitimi vermek, damgalamayı önleyici çalışmalar gerçekleştirmek, toplum eğitimi sağlamak, hastaları sosyal ve hukuki hakları konusunda bilgilendirmek, topluma yeniden entegrasyon sağlamak, kurumlar arası iletişim ve işbirliği sağlamak, sosyal işlevselliği güçlendirici çalışmalar gerçekleştirmek ve mesleki rehabilitasyon olarak özetlenebilir.

Kısaca bu görevlerden bazıları değerlendirildiğinde,

*Sosyal içirme*, sosyal dışlanma ile aktif mücadele etme, kapsayıcı bir toplum, herkes için eşit fırsatlar ve düzgün yaşam standartları oluşturulması amacını ifade eden bir kavramdır. Ruhsal hastalıklar açısından değerlendirildiğinde ruhsal hastalığı bulunan bireylerin toplum dışına itilmesi, damgalanması ve sosyal dışlanmaya maruz bırakılması insanlık tarihi kadar eskidir. Ruhsal bozukluk tanısı konulmuş hastalar, tüm hastalar içinde, damgalanmanın olumsuz sonuçları ile en fazla karşılaşan bireylerdir. Damgalama, ruhsal bozukluğu olan kişilerin yanı sıra, onların arkadaşlarını, ailelerini ve dâhil oldukları toplulukları da olumsuz etkileyebilmektedir. Suçlayıcı, kurban edici yaklaşım ve tutuma maruz kalan bireyler toplumdaki diğer kişi ya da gruplar tarafından damgalama ve önyargı nedeniyle bazı hak ve menfaatlerden yoksun bırakılmaktadırlar. Ruhsal hastalıklara yönelik “damgalama” eğilimi ve bu eğilimin sonucu hastaların toplumdan “dışlanması”, hastaların ve yakınlarının yaşam kalitesini bozmakta, tedaviye uyumlarını ciddi şekilde engellemektedir. Böylece damgalama, bazen en az hastalığın kendisi kadar tehlikeli olabilmektedir (Avcil vd. 2016: 176-177; Bullock et al., 2015: 2-6)

Avrupa Komitesi’nin 2010 yılında gerçekleştirdiği çalışma da sosyal damgalama ve ruh hastalığından etkilenen insanların sosyal dışlanmalarının çok yönlü olduğunu ifade etmiştir (European Communities, 2010: 13). Bunlar:

- Damgalama ve sosyal dışlanma, insanların hayatta kalmalarına ve yaşamlarına devam etmelerine imkan sağlayan destek hizmetlerine erişmelerini engellemektedir.
- Damgalama ve ayrımcılık, ruhsal refahı daha fazla olumsuz etkileyen ve sosyal dışlanmayı şiddetlendiren bir kendini damgalama ve izolasyon döngüsüne katkıda bulunur.
- Akıl hastalığına yakalanan çocuklar ve gençler, okullarda akranlarından uzaklaşabilirler.
- Ruhsal hastalığa karşı halkın tutumları birçok ülkede hala oldukça olumsuzdur. Tehlikeli olma, yetkinlik ve iyileşme beklentileri ile ilgili kavram yanılgıları, toplumda ruhsal hastalığı olan kişilere yönelik hoşgörüsüzlüğe neden olmakta ve bu durum hastaların izolasyonuna neden olmaktadır.
- Olumsuz tutumlar ve ayrımcılık halkla sınırlı değildir. Damgalama ve ayrımcılığın sağlık hizmetleri, sosyal koruma sistemleri ve kamu politikalarında bireysel ve yapısal olarak mevcut olduğuna dair kanıtlar vardır.

Bütün bu olumsuz etkilerden ruhsal hastaları korumaya yönelik çalışmalar gerçekleştirmek toplum ruh sağlığı merkezinde görev yapan psikiyatri ekibinin ve sosyal çalışanların görevleri arasında yer almaktadır. Tedavinin amacı, hizmet alanların toplum hayatının bütün yönlerine katılmalarını ve katkı vermelerini sağlayacak hale gelmelerini sağlamak için ruhsal bozukluğu olan bireylerle birlikte çalışmaktır. Bakım planında sosyal içermenin artırılması yönünde çalışmalar gerçekleştirilir. Bu kapsamda tecrit ve marjinalleştirmenin azaltılması, hizmet alanların toplumla bağlarının güçlendirilmesi ve özgüvenlerinin artırılması yönündeki stratejiler temelinde uygulamalar planlanır (<http://www.istanbulsaglik.gov.tr>).

*Eğitim*, sosyal hizmet uygulamasının büyük bir bölümünü kapsamaktadır. Eğitim bireylere yönelik, gruplara yönelik olabileceği gibi topluma yönelik olarak da gerçekleştirilmektedir. Sosyal çalışmacılar, müracaatçı ya da müracaatçı gruplarının hayatın getirdiği zor durumlarla başa çıkması ya da sorunların ve krizlerin önceden tahmin edilmesi ve engellenmesi için eğitim verme rolünü gerçekleştirmektedir. TRSM’lerden hizmet alan bireyler ve aileleri; hak ve yükümlülükleri, merkezin yapısı ve işlevleri ile aldıkları tedavi hakkında bilgilendirilirler. Hastalara ve ailelerine yönelik yaşanan sorunlarla ilgili psikoeğitim vermek, hastalığın getirdiği zorluklar ve bakımveren bireyi ihtiyaçları doğrultusunda eğitimlerle desteklemek, alevlenme/atak dönemi belirtileri, ilaç kullanımı ve olası yan etkilerle ilgili bilgilendirmek, konan tanı ve hastalıklarının beklenen seyri hakkında ve hastalık riskini tetiklediği veya artırdığı bilinen faktörler ve hastalık ve alevlenme riskini azaltıcı faktörler ile ilgili bilgiler vermek gibi görevler sosyal çalışmacının eğitim faaliyetleri içerisinde yer alır. Toplum eğitimi açısından da sosyal çalışmacılar toplumun ruhsal hastalıklarla ilgili inanç ve tutumlarına yönelik ruh sağlığı ve hastalıkları konusunda bilinçlendirmek için kapsamlı eğitim çalışmaları planlamakla yükümlüdür (Sheafor and Horejsi, 2012: 78; Oral ve Tuncay, 2012: 109; <http://www.istanbulsaglik.gov.tr>.)

*Güçlendirme*, Adams (2003: 8) güçlendirmeyi; “bireylerin, grupların ve / veya toplulukların kendi yaşam koşullarını kontrol altına alabilmeleri ve belirledikleri amaçlara ulaşabilmeleri, böylece yaşamlarının kalitesini en üst düzeye çıkarmaları için kendilerine ve başkalarına yardımcı olacak araçlar” olarak ifade etmiştir. Güçlendirme, kelimenin tam anlamıyla “güçlü” anlamına gelmektedir, ancak sosyal hizmette bundan çok daha fazla anlam ifade eder, hem teori hem de metodu kapsar. Güçlendirme bireylerin, ailelerin, grupların, organizasyonların ve toplumun sahip olduğu güçlerini ön plana çıkarma, bu güçleri artırma, geliştirme, destekleme ve kendi kararlarını alarak yaşamları üzerindeki güç ve denetimlerini artırma ile eş anlamlı olarak kullanılabilir (Adams, 2003: 8; Duyan, 2012: 179-180; Apak, 2018: 400-402).

Sosyal çalışmacılar mikro, mezzo ve makro düzeyde birçok durumda çalışırken güçlendirme yaklaşımı kullanılabilir. Güçler yaklaşımında, müracaatçının ve çevresinin güçleri ortaya konarak müracaatçıyı suçlamanın önüne geçilir, müracaatçının motivasyonunu destekleyen durumun onun güçleri üzerine odaklanmak olduğunu bilerek müracaatçı ile sosyal çalışmacı arasında işbirliğine dayanan bir ilişki geliştirilir. Ayrıca bu yaklaşımda müracaatçı sorun çözme sürecinin baş mimarıdır (Şahin, 2001: 4; Erbay ve Tuncay, 2010: 157).

Toplum ruh sağlığı merkezlerinde sosyal çalışmacılar ağır ruhsal bozukluğu olan bireylerin ve ailelerinin güçlü yönlerini ortaya çıkararak hastaların da aktif olarak katılımı ile sosyal işlevselliği güçlendirici çalışmalar gerçekleştirirler.

## BÖLÜM 3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ VE BULGULAR

### 3.1.Araştırmanın Yöntemi

Bu çalışma koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici ruh sağlığı ortamlarında uygulanan psikiyatrik sosyal hizmet uygulamalarını ve psikiyatri alanında hizmet veren sosyal çalışmacıların görevlerini hizmet veren ve hizmet alanlarca derinlikli bir kavrayışla ortaya çıkarılması amaçladığından, nitel araştırma olarak tasarlanmıştır. Geleneksel olarak hem fen bilimlerinde hem de sosyal bilimlerde en yaygın biçimde kullanılan araştırma yöntemleri genel olarak ‘nicel araştırma yöntemleri’ olmuştur. Ancak son yıllarda yapılan çalışmalar kabaca tarandığında, giderek artan sayıda araştırmanın ya tamamen nitel bir metodolojiyi takip ettiği ya da nicel araştırma metodolojisinin bir tamamlayıcısı ve yordayıcısı olarak kullanıldığı görülmektedir (Topkaya, 2006: 113).

Pozitivist felsefenin egemenliği altında geçen dönemde geçerli bilim anlayışını doğa bilimlerinin kullandığı nicel yöntemler oluşturmakta iken yorumlayıcı yaklaşımın kökeni Wilhelm Dilthey ve Max Weber’e dayanmaktadır ve bu yaklaşımda nitel yöntem ön plana çıkmıştır. Yorumlayıcı yaklaşıma göre insanı odak alan bireysel ve toplumsal eylemlerin değerlendirilmesi için pozitivistler tarafından bilim dışı olarak kabul edilse de insana ait olan değerler, duygular, zaafılar, deneyimler, hissedişler gibi doğrudan gözlenemeyen ve sayısal veri haline getirilemeyen özelliklerin incelenmesi gerektiği düşüncesine varılmıştır. Bu anlamda nitel araştırmalar bireylerin ve grupların gündelik yaşam pratiklerini, bu yaşam pratikleri hakkındaki düşüncelerini, kararlarını, deneyimlerini içeren, insanların ve kültürlerin derinlemesine tanımını yapmak ve insanların gerçeklere yükledikleri anlamı, olayları, kavrayışları ve süreçleri ortaya koymayı amaçlayan bir eylemdir (Kümbetoğlu, 2017: 44-47; Neuman, 2017: 130-132).

Araştırma kapsamında verilerin toplanması ve analizinde nitel araştırma desenleri arasında yer alan fenomenolojik yaklaşımın (yorumlayıcı yaklaşım) kuramsal temelinden yararlanmaya çalışılmıştır. Fenomenolojik yaklaşım, farkında olunan ancak derinlemesine ve ayrıntılı bir anlayışa sahip olunmayan olgulara odaklanmaktadır ve insanların olguları yaşadıkları şekilde anlamaya çalışma ve ifade etme yaklaşımını benimsemektedir (Yıldırım ve Şimşek, 2011: 72). "Felsefe, felsefelerden değil, şeylerden, fenomenlerden hareket etmeli; şeylere, fenomenlere dönmelidir" sözüyle ünlenen Edmund Husserl’in geliştirmiş olduğu bu yöntem, öze ilişkin bilginin olanaklı olduğunu kabul etmeyen ondokuzuncu yüzyıl felsefesine tepki olarak ortaya çıkmıştır (Öktem, 2005: 28). Sosyal dünyayı anlamak için bireylerin ona yüklediği anlamlar sisteminin kavranması gerektiğini savunan fenomenolojik yaklaşım yaşanan insan deneyimlerini tanımlamak ve az sayıda insanla yoğun bir biçimde görüşerek ilişkiler geliştirmek, böylece sosyal olarak kurulan gerçekliğin insanlar arası ağlarını anlamayı amaçlamaktadır (Kümbetoğlu, 2017: 28-31; Altunışık vd., 2010: 63).

Daha açık şekilde fenomenolojik yaklaşımda amaç, günlük özneler arasında devam eden hayatın özneler tarafından nasıl anlamlandırıldığı sorusuna cevap aramak, bu süreçte kendimizin ve başkalarının davranışlarını nasıl kavradığımızı anlamak ve yaşadığımız toplumsal hayatta öznelerarası etkileşim sonucu ortaya çıkan ve nesnel anlamlar içeren davranış kalıplarını yeniden anlamlandırabilmek ve yapılandırabilmektir (Yaman, Ö. M.,

2013: 106). Bu anlamda bu çalışma psikiyatri tedavi kurumunda ve rehabilite edici psikiyatri kurumunda hizmet alanların ve hizmet verenlerin sosyal çalışmacı ile kurduğu etkileşim neticesinde sosyal çalışmacıya atfettikleri görevlere ilişkin anlamı ortaya çıkarmak açısından fenomenolojik yaklaşımın odağı ile uyum teşkil etmektedir.

Araştırmada veriler, sosyal bilimlerde yapılan çalışmalarda büyük bir oranda kullanılan veri toplama tekniklerinden biri olan derinlemesine görüşme tekniği ile elde edilmiştir. Derinlemesine görüşme, açık uçlu soruların sorulması, dinlenmesi, cevapların yazılı, sesli ya da görsel olarak kaydedilmesi ve görüşmeler neticesinde araştırmacının daha ayrıntılı bilgi elde edebilmek amacıyla ilişkili ilave sorularla araştırma konusunu detaylı olarak incelenmesini sağlar. Derinlemesine görüşme bir keşif faaliyetidir. Görüşmenin bir sohbet ve karşılıklı diyalog ortamında sürmesi bu yöntemin başlıca özelliğidir (Al, 2010: 18; Arıkan, 2013: 65; Kümbetoğlu, 2017: 71-72). Derinlemesine görüşmeler genellikle yapılandırılmış, yarı yapılandırılmış ve yapılandırılmamış görüşmeler olarak sınıflandırılmaktadır. Bu çalışmada yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılmıştır. Görüşme esnasında önceden hazırlanan rehber form kullanılmıştır. Ayrıca görüşmenin doğrultusunda yeni sorulara ve sorunlara değinme imkanı elde edilmiştir. Derinlemesine görüşme ile ilgili ayrıntılı bilgiye alt başlıkta yer verilecektir.

Araştırma da bir diğer veri toplama tekniği olan katılımcı gözlem yönteminden de faydalanılmıştır. Katılımcı gözlem, araştırmacının araştırma yapılan grupla birlikte fiilen aynı ortamda etkileşimde bulunarak yapmış olduğu gözlem türüdür. Araştırmada tercih edilen katılımlı gözlem modeli *kısmi katılımlı gözlem* olarak bilinen tekniktir. Bu tekniğe göre araştırmacı araştırmanın yapıldığı grupla tam zamanlı olarak değil, kısmi ve değişken zaman aralıklarıyla beraber olmaktadır. Bu anlamda psikiyatri tedavi kurumu olan hastanelerde psikiyatri ekibi ve sosyal çalışmacı ile gerçekleştirilen görüşmelerde ve rehabilite edici ruh sağlığı kurumu olan TRSM'de psikiyatri ekibi ve hastalarla yapılan görüşmelerde katılımcı gözlem tekniğini kullanılmıştır. Ancak hasta yakınları ile yapılan görüşmelerde bu teknikten faydalanılamamıştır. Katılımcı gözlem ile ilgili ayrıntılı bilgiye alt başlıkta yer verilecektir.

### **3.1.1.Derinlemesine Görüşme**

Derinlemesine görüşme, araştırılan konunun bütün boyutlarını kapsayan, daha çok açık açlı soruların sorulduğu ve detaylı cevapların alınmasına imkan veren, yüz yüze, birebir görüşülerek bilgi toplanmasına imkan veren keşif odaklı bir veri toplama tekniğidir. Görüşülen kişinin duygu, bilgi, tecrübe ve gözlemlerine ulaşma imkanı sağlar. Derinlemesine görüşme sosyal bilimlerde oldukça fazla kullanılan bir tekniktir (Tekin, 2006: 101).

Nitel araştırmalarda kullanılan derinlemesine görüşme tekniği, sosyal dünyadaki görünür olan birçok olgu, süreç, ilişkinin özüne inmeyi hedefleyen, görüşülen konuyu ayrıntılı olarak kavranmasını ve konu hakkında bütüncül bir değerlendirilmenin yapılabilmesine olanak sağlayan bir veri toplama aracıdır. Nitel veri toplanmasında üç temel biçimden söz edilebilir. Bunlardan birincisi yapılandırılmamış yani enformel sohbet tarzında gerçekleştirilen görüşmelerdir, ikincisi yarı yapılandırılmış olarak ifade edilen bir rehber form aracılığıyla gerçekleştirilen görüşmelerdir. Son olarak üçüncüsü ise, yapılandırılmış

görüşmeler denilen ve standart hale getirilmiş açık uçlu soruların önceden hazırlanarak yapıldığı görüşmelerdir (Kümbetoğlu, 2017: 72-73).

Bu çalışmada görüşmelerin tamamı yarı yapılandırılmış görüşme tekniğine uygun olarak gerçekleştirilmiştir. Önceden hazırlanmış rehber niteliğinde olan bir form kullanılmıştır. Bu form da temel değinilmesi gereken konulara yer verilmiş ancak görüşmenin gidişatına göre yeni sorular eklenerek ya da çıkarılarak görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Yarı yapılandırılmış görüşmelerde araştırmacı genel hatları ile bir yol haritasına sahiptir ve görüşülen kişinin ilgi ve bilgisine göre farklı sorular da sorularak konunun değişik boyutlarının çıkarılmasına fırsat sağlar (Altunışık, 2010: 92). Görüşmeler esnasında görüşülen bireyin özelliklerine göre görüşme rehber formunda değişiklikler gerçekleştirilmiştir. Bazı durumlarda soruların yerleri değiştirilmiş, bazı soruların bireysel değerlendirmeler neticesinde o katılımcıya sorulmaması gerektiğine kanaat getirilmiş, kimi zaman da sorular üzerinde küçük değişiklikler yapılarak daha anlaşılır hale getirilmiştir. Görüşmeler doğrultusunda yeni sorular eklendiği de olmuştur.

Araştırma sosyal çalışmacıların görevlerine ilişkin ayrıntılı bir değerlendirme sağlayabilmek adına hem hizmet veren grup olan ve sosyal çalışmacıların çalışma arkadaşları olan psikiyatri ekibi üyeleri hekimler, hemşireler ve psikologlarla hem de hizmet alan grup olan hasta ve hasta yakınları ile gerçekleştirilmiştir. Sosyal çalışmacıların kendi görevlerine ilişkin görüşleri de değerlendirilmiştir. Farklı gruplara 6 ayrı yarı yapılandırılmış görüşme formu hazırlanmıştır. Sosyal çalışmacı dışında ki psikiyatri ekibi üyelerine hazırlanan yarı yapılandırılmış soru sayısı 16 olarak belirlenirken, sosyal çalışmacılara yönelik hazırlanan yarı yapılandırılmış soru sayısı 21 olarak belirlenmiştir. Toplum ruh sağlığı merkezinde aktif olarak bir sosyal çalışmacının hizmet vermiyor oluşundan dolayı Ek 1’de yer alan toplum ruh sağlığı merkezinde çalışan sosyal çalışmacı’ya uygulanması planlanan yarı yapılandırılmış görüşme formu uygulanamamıştır. Hastalara yönelik hazırlanan yarı yapılandırılmış soru sayısı 37 iken, hasta yakınlarına yönelik hazırlanan yarı yapılandırılmış soru sayısı 35 olarak belirlenmiştir.

*Güvenirlilik ve iç geçerlik* sağlama adına hasta yakınları ile telefonla derinlemesine görüşmelerin dışında 74 mülakatın tamamında sosyal bilimler alanında daha önce mülakat deneyimi olan bir başka gözlemci hazır bulunmuştur. Seçilen gözlemcinin nitel araştırma yöntemine vakıf kişilerden seçilmiş olması, araştırmacının görüşmeler esnasında gözünden kaçırabileceği ayrıntıların kayıt altına alınmasına imkân sağlamıştır.

### **3.1.2.Katılımcı Gözlem**

Nitel araştırma yöntemlerinin en önemli ve en temel veri toplama metodlarından biri gözlemdir. Gözlem, görüşülen kişilerin doğal ortamında yapılan ve davranışların incelenmesini amaç edinen bir veri toplama tekniğidir. Gözlem tekniğinin en güçlü yönü, elde edilen verilerin tarafsızlığının diğer tekniklere göre daha yüksek olmasıdır. Çünkü insanların çoğunluğu kendilerine yöneltilen sorulara olduğu gibi cevap vermek yerine görünmek istediği gibi cevap verir. Ancak gözlem metodunda araştırmacı kendisini grubun bir üyesi olarak kabul ettirdiyse eğer katılımcılar olduğu gibi davranacaklardır. Bu araştırma da araştırmanın başlangıcından en son sürecine kadar katılımcı gözlem tekniği

kullanılmıştır. Katılımcı gözlemlerde araştırmacı kişinin ya da grubun içindedir ve grubun bir üyesi gibidir. Araştırmaya katılanlarla doğal, rahatsız etmeyici ve tehdit etmeyici bir şekilde etkileşmeye çalışır. Araştırmacı grubun içerisinde kişilerin davranışlarını doğrudan gözlemlene fırsatı elde eder ve kişilerle konuşarak davranışın gerisinde yatan nedenleri ortaya çıkarmaya çalışır. (Şahin, 2014: 163-166; Jackson, 1983: 39).

Gözlem yoluyla elde edilen bilgiler, olayın akışına uygun olarak kayda alınır ve gözlemci yaptığı gözlemleri hafızasında tutar ve gözlem süreci tamamlandıktan sonra hatırlayarak kaydeder. Araştırma da farklı gruplarla derinlemesine mülakat gerçekleştirilmiştir. Aynı zamanda bu gruplarla vakit geçirme fırsatı elde edilerek gözlem yapma imkanı doğmuştur. TRSM’de hastalarla birlikte hastaların boş zaman aktivitelerinde bulunulmuş birlikte çay içilerek sohbet edilmiştir. MRSHH’de psikiyatrist, hemşire, psikolog ve sosyal çalışmacıların kendilerine ait odalarında görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Ses kaydı ile kayıt tutmanın yanında bir gözlemci eşliğinde yazılı olarak da kayıt gerçekleştirilmiştir.

### 3.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmacı tarafından çalışmanın amaçları doğrultusunda hazırlanan yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme formu Ek 1’de sunulmuştur. Araştırmada altı ayrı veri toplama aracı kullanılmıştır. Bunlar;

1. **Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Ve Psikiyatri Kliniğinde Çalışan (Psikiyatrist, Psikolog, Hemşire, İş-Uğraş Terapisti vb.) Meslek Elemanlarına Uygulanan Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu:** Araştırmacının kendisi tarafından bu aşamaya kadar psikiyatri alanına ilişkin uygulamadan edinilen bilgi, gözlem ve literatür desteğiyle hazırlanmış, tez izleme komite üyeleri tarafından uygun bulunmuş ve Etik Kurul onayından geçmiştir.
2. **Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Çalışan (Psikiyatrist, Psikolog, Hemşire, İş-Uğraş Terapisti Vb.) Meslek Elemanlarına Uygulanan Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu:** Araştırmacının kendisi tarafından bu aşamaya kadar psikiyatri alanına ilişkin uygulamadan edinilen bilgi, gözlem ve literatür desteğiyle hazırlanmış, tez izleme komite üyeleri tarafından uygun bulunmuş ve Etik Kurul onayından geçmiştir.
3. **Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi ve Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Sosyal Çalışmacı’ ya Uygulanan Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu:** Araştırmacının kendisi tarafından bu alanda çalışmış sosyal çalışmacılarla görüşülerek ve literatür desteğiyle hazırlanmış, tez izleme komite üyeleri tarafından uygun bulunmuş ve Etik Kurul onayından geçmiştir.
4. **Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Çalışan Sosyal Çalışmacı’ ya Uygulanan Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu:** Araştırmacının kendisi tarafından bu alanda çalışmış sosyal çalışmacılarla görüşülerek ve literatür desteğiyle hazırlanmış, tez izleme komite üyeleri tarafından uygun bulunmuş ve Etik Kurul onayından geçmiştir.
5. **Psikatri Ünitelerinden (Poliklinik Ve Klinikler) Hizmet Alan Hastalara Uygulanan Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu:** Araştırmacının kendisi tarafından bu aşamaya kadar psikiyatri alanına ilişkin uygulamadan edinilen bilgi,

gözlem ve literatür desteğiyle hazırlanmış, tez izleme komite üyeleri tarafından uygun bulunmuş ve Etik Kurul onayından geçmiştir.

- 6. Psikiatri Ünitelerinden (Ruh Ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Klinik Ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezi) Hizmet Alan Hasta Yakınlarına Uygulanan Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu:** Araştırmacının kendisi tarafından bu aşamaya kadar psikiyatri alanına ilişkin uygulamadan edinilen bilgi, gözlem ve literatür desteğiyle hazırlanmış, tez izleme komite üyeleri tarafından uygun bulunmuş ve Etik Kurul onayından geçmiştir.

Bu yönerge doğrultusunda sorulan soruların ve cevapların detaylı incelenebilmesi amacıyla görüşmeler çoğunlukla ses kayıt cihazı ile kayıt edilmiştir. Ses kayıt cihazı ile görüşmeyi uygun bulmayan katılımcılarla yapılan görüşmeler görüşmelerin gerçekleştirildiği gözlemci yardımıyla yazılı şekilde kayıt edilmiştir. Ayrıca hasta yakınları ile yapılan görüşmeler, hasta yakınlarının TRSM'ye gelmemelerinden ve evlerinde görüşmeyi kabul etmemelerinde dolayı telefonla gerçekleştirilmiştir.

### 3.3. Veri Toplama Süreci

Araştırmanın verileri, yarı yapılandırılmış görüşme yönergeleri aracılığıyla oluşturulmuştur. Araştırmanın örnekleme seçilirken niteliksel araştırma yönteminin raslantısal olmayan örneklem seçimi uygun bulunmuştur. “Raslantısal olmayan örneklem seçim tekniklerinin kullanılmasının nedeni, bu tip araştırmaların bir hipotez test etmekten çok, bir keşfetme, bir anlama çabası içermesidir.” (Desncombe, 1998: 25). Raslantısal olmayan örneklem türleri arasında amaçlı örnekleme tekniğine başvurulmuştur. Bu teknikte katılımcılar, araştırmanın kuramsal altyapısı ve amaçlarına uygun olarak araştırmacı tarafından belirli kriter veya ölçütlere göre seçilmektedir (Kümbetoğlu, 2017: 99).

Araştırmanın katılımcıları hizmet veren grup açısından ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesi, psikiyatri kliniği ve TRSM'de çalışan, araştırmaya katılma istek ve motivasyonuna sahip psikiyatri ekibi (hekim, hemşire, psikolog ve sosyal çalışmacı) arasından seçilmiştir. Hizmet alanlar ise TRSM'de takipleri yapılan, ağır ruhsal bozukluğu olan ve en az bir kere psikiyatri tedavi kurumunda yatarak tedavi görmüş araştırmaya katılma istek ve motivasyonuna sahip hastalardan ve TRSM'de takipleri yapılan ve en az bir kere psikiyatri tedavi kurumunda yatarak tedavi görmüş hastası olan araştırmaya katılma istek ve motivasyonuna sahip hasta yakınları arasından seçilmiştir. Hizmet alanların psikiyatri tedavi kurumunda en az bir kere yatarak tedavi görmüş olmaları kriterinin belirlenme sebebi TRSM'de takipleri yapılan hastaların hastanede ki sosyal hizmet uygulamaları ve sosyal çalışmacının görevleri hakkında da değerlendirme yapabilmesi içindir.

Araştırmanın veri toplama süreci üç ayrı aşamada gerçekleşmiştir. Birinci aşamada; Celal Bayar Üniversitesi Başhekimliği'nden alınan izin (bkz. Ek 2) doğrultusunda psikiyatri kliniği hekim, hemşire ve psikologlarıyla, yarı yapılandırılmış görüşme formları kullanılarak yüz yüze görüşmeler yapılarak gerçekleştirilmiştir. Bu görüşmelerin her biri, çalışan personelin kendi odasında, ses kaydı ve gözlem notları almak yoluyla, ortalama 30 dakika olarak gerçekleştirilmiş ve en kısıtlı 15 dakika, en uzun 40 dakika sürmüştür. Bu görüşmeler 13.02.17 –17.02.2017 tarihleri arasında, 3 uzman hekim, 2 asistan hekim, 3

hemşire ve 2 psikolog ile görüşmek suretiyle gerçekleştirilmiştir. Birinci aşamada görüşülen veri kaynaklarının toplam sayısı **ondur**.

Veri toplama sürecinin ikinci aşaması; Manisa Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nden alınan izin (bkz. Ek 3) doğrultusunda Manisa Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde hizmet veren psikiyatri ekibi ile ve hizmet alan hastalarla yarı yapılandırılmış görüşme formları kullanılarak, yüz yüze gerçekleştirilen görüşmelerdir. Görüşmeler birebir görüşme yapmaya uygun olan herhangi bir odada, ses kaydı ve gözlem notları almak yoluyla, yine ortalama 30 dakika olarak gerçekleştirilmiştir. Görüşmelerin en kısıası 15 dakika, en uzununu 45 dakika sürmüştür. Bu görüşmeler 16.02.2017–10.03.2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Hasta yakınları ile yapılan görüşmeler, hasta yakınları Toplum Ruh Sağlığı Merkezine gelmemeleri ve evlerinde görüşme yapmayı kabul etmemeleri nedeniyle telefon numaralarına ulaşarak telefonda ses kaydı almak yoluyla gerçekleştirilmiştir. Bu görüşmeler 13.03.2017 - 30.03.2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. TRSM'de hizmet veren toplam 6 adet meslek elemanının ( 2 hekim, 4 hemşire) hepsiyle görüşme gerçekleştirilmiştir. Bunun yanında haftada 1 gün toplum ruh sağlığı merkezinde olmak suretiyle hastaneden görevlendirilmiş 1 psikolog ile de görüşme yapılmıştır. Birime kayıtlı 510 adet hasta bulunmasına rağmen, birime sürekli olarak devam eden 25 hastanın 22'si ile görüşme gerçekleştirilmiştir. Telefon ile ulaşılan hasta yakınları ise 10 kişidir. Bu bağlamda veri toplama sürecinin ikinci aşaması olan Manisa Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde 7'si hizmet veren psikiyatri ekibi üyesi ve 32'si hizmet alan hasta ve hasta yakınları olmak üzere toplam **otuz dokuz** kişi ile görüşme gerçekleştirilmiştir.

Veri toplama sürecinin üçüncü aşaması; Manisa Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nden alınan izin (bkz. Ek 3) doğrultusunda Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde hizmet veren psikiyatri ekibi üyeleri ile yarı yapılandırılmış görüşme formları kullanılarak, yüz yüze gerçekleştirilen görüşmelerdir. Görüşmeler mümkün olduğunca meslek elemanlarının (varsa) kendi odalarında ya da birebir görüşme yapmaya uygun olan herhangi bir odada, ses kaydı ve gözlem notları almak yoluyla, ortalama 20 dakika olarak gerçekleştirilmiştir. Görüşmelerin en kısıası 10 dakika, en uzununu 30 dakika sürmüştür. Bu görüşmeler 06.03.2017–26.03.2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Görüşmelerin gönüllülük esasına dayalı gerçekleştirilmesinden ve çalışanların iş yoğunluğundan dolayı hastane çalışanlarının her biri ile görüşme yapılamamıştır. MRSHH'nde görüşülen hemşire sayısı 15, hekim sayısı 10, psikolog sayısı 7 ve sosyal çalışmacı sayısı 3'tür. Veri toplama sürecinin üçüncü aşaması olan Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde toplamda **otuz beş** kişi ile görüşme gerçekleştirilmiştir.

Üç aşama da görüşülen hizmet veren (psikiyatri ekibi) kişi sayısı **52** ve hizmet alan (hasta ve hasta yakınları) kişi sayısı **32**'dir. Toplamda **84** kişi ile derinlemesine mülakat gerçekleştirilmiştir.

#### **3.4. Verilerin İşlenmesi ve Çözümlemesi**

Veri analiz süreci verilerden anlam çıkarmayı içermektedir. Nitel veri analizi elde edilen verilerden anlamlı ve sembolik bir yapı oluşturma süreci olarak tanımlanmaktadır. Niteliksel analiz veri oluşturma süreci ile birlikte örülen bir süreçtir. Niteliksel veri analizinde fikirler, kavramlar, temalar metnin tekrar tekrar okunmasından sonra oluşur.

Kavram ve kategoriler kodlar olarak ayrıştırılır. Kodlama yapılırken kullanılan kavramların kodlaması yapılan bölümdeki anlamı en iyi şekilde yansıtabilmesine özen gösterilmiştir ve belirli bir sıralama içerisinde kategorize edilmiştir.(Yurdakul, 2016: 2-8).

Analiz aşaması betimleme, sınıflama, ilişkilendirme ve yorumlamadan meydana gelmektedir. Bu araştırmada betimsel analiz yaklaşımı kullanılmıştır. Betimsel analizde görüşme çözümlerindeki verilerin özgün biçimlerine sahip kalınmakta ve bireylerin söylediklerini doğrudan aktarılmaktadır. (Kümbetoğlu, 2017: 152-154)

Görüşme yöntemiyle elde edilen verilerin analizi MAXQDA 2018 programı ile yapılmıştır. Nitel veri analiz programları veri depolamayı, kodlamayı, geri çağırmaı kolaylaştırır ama analizi araştırmacı yapar( Patton, 2014: 442).

### **3.5. Katılımcılar**

Araştırmaya katılan hizmet veren hekim, hemşire, psikolog ve sosyal çalışmacılar ile hizmet alan hasta ve hasta yakınlarına ait tanıtıcı bazı bilgilere aşağıda yer verilmiştir.

#### **Psikologlar**

*Psikolog-1:* 32 yaşında, lisans mezunu, bekar, lisans mezunu, 9 yıldır psikiyatri alanında çalışmakta, 2 buçuk yıldırda MRSHH'nde çalışmakta.

*Psikolog-2:* 34 yaşında, lisans mezunu, evli, çocuk psikiyatrisi alanında çalışmakta, 11 yıldır MRSHH'nde çalışmakta.

*Psikolog-3:* 32 yaşında, lisans mezunu, evli, eşi sosyal çalışmacı, 8 yıldır psikiyatri alanında çalışmakta, 5 yıldırda MRSHH'nde çalışmakta.

*Psikolog-4:* 26 yaşında, lisans mezunu, bekar, 4 yıldır sağlık alanında çalışmakta, 5 aydır MRSHH'nde çalışmakta.

*Psikolog-5:* 35 yaşında, lisans mezunu, bekar, 10 yıldır psikiyatri alanında çalışmakta, yaklaşık 7 yıldır MRSHH'nde çalışmakta.

*Psikolog-6:* 34 yaşında, lisans mezunu, evli, 13 yıldır mesleğini yapmakta, 10 yıldır psikiyatri alanında, MRSHH'nde çalışmakta.

*Psikolog-7:* 47 yaşında, lisans mezunu, bekar, 16 yıldır mesleğini yapmakta, 8 yıldır psikiyatri alanında, MRSHH'nde çalışmakta.

*Psikolog-8:* 37 yaşında, klinik alanında yüksek lisans mezunu, evli, 12 yıldır mesleğini yapmakta, 4 buçuk yıldır psikiyatri alanında, MRSHH'nde çalışmakta.

*Psikolog-9:* 29 yaşında, aile danışmanlığı alanında yüksek lisans mezunu, evli, 6 yıldır mesleğini yapmakta, 2 yıldır CBÜ Hastanesi'nde erişkin psikiyatrisi alanında bağlı olarak hizmet vermekte ancak hastanenin genel psikoloğu olarak görev yapmakta.

*Psikolog-10:* 33 yaşında, lisans mezunu, evli, 2010 yılından bu yana mesleğini yapmakta, CBÜ Hastanesi'nde psikiyatri kliniğine bağlı olarak görünmekte ancak hastane psikoloğu olarak görev yapmakta.

## **Hemşireler**

*Hemşire-1:* 35 yaşında, sağlık meslek lisesi mezunu, evli, 9 yıldır mesleğini yapmakta, 4 yıldır psikiyatri alanında, MRSHH'nde çalışmakta.

*Hemşire-2:* 39 yaşında, sağlık meslek lisesi mezunu, evli, 16 yıldır mesleğini yapmakta, 10 yıldır psikiyatri alanında, MRSHH'nde çalışmakta.

*Hemşire-3:* 37 yaşında, sağlık meslek lisesi mezunu, evli, 19 yıldır mesleğini yapmakta, 9 yıldır psikiyatri alanında, MRSHH'nde çalışmakta.

*Hemşire-4:* 45 yaşında, önlisans mezunu, evli, 26 yıldır mesleğini yapmakta, 10 yıldır psikiyatri alanında, MRSHH'nde çalışmakta.

*Hemşire-5:* 37 yaşında, önlisans mezunu, evli, 15 yıl hemşirelik yapmış, 12 yıldır da psikiyatri alanında, MRSHH'nde çalışmakta.

*Hemşire-6:* 32 yaşında, lisans mezunu, bekar, sağlık memuru, 9 yıldır psikiyatri alanında, MRSHH'nde çalışmakta.

*Hemşire-7:* 41 yaşında, lisans mezunu, önlisans ebelerlik, evli, 21 yıldır mesleğini yapmakta, 11 yıldır psikiyatri alanında, MRSHH'nde çalışmakta.

*Hemşire-8:* 30 yaşında, psikiyatri hemşireliği yüksek lisans mezunu, evli, 7 yıldır çocuk psikiyatrisi alanında, MRSHH'nde çalışmakta.

*Hemşire-9:* 40 yaşında, önlisans mezunu, evli, 22 yıldır mesleğini yapmakta, 12 yıldır psikiyatri alanında, MRSHH'nde çalışmakta.

*Hemşire-10:* 58 yaşında, sağlık meslek lisesi mezunu, evli, 40 yıldır mesleğini yapmakta, 10 yıldır psikiyatri alanında, MRSHH'nde çalışmakta.

*Hemşire-11:* 38 yaşında, lisans mezunu, evli, 15 yıldır mesleğini yapmakta, 7 yıldır psikiyatri alanında, MRSHH'nde çalışmakta.

*Hemşire-12:* 47 yaşında, sağlık meslek lisesi mezunu, evli, 30 yıldır mesleğini yapmakta, 10 yıldır psikiyatri alanında, MRSHH'nde çalışmakta.

*Hemşire-13:* 35 yaşında, lisans mezunu, evli, sağlık memuru, 12 yıldır mesleğini yapmakta, 10 yıldır psikiyatri alanında, MRSHH'nde çalışmakta.

*Hemşire-14:* 38 yaşında, lisans mezunu, evli, 16 yıldır mesleğini yapmakta, 7 yıldır psikiyatri alanında, MRSHH'nde çalışmakta.

*Hemşire-15:* 32 yaşında, lisans mezunu, evli, 10 yıldır mesleğini yapmakta, 5 yıldır psikiyatri alanında, MRSHH'nde çalışmakta.

*Hemşire-16:* 42 yaşında, lisans mezunu, bekar, 20 yıldır mesleğini yapmakta, 18 yıldır psikiyatri alanında, CBÜ Hafsa Sultan Hastanesi'nde çalışmaktadır.

*Hemşire-17:* 40 yaşında, lisans mezunu, evli, 19 yıldır mesleğini yapmakta, 5 yıldır psikiyatri alanında, CBÜ Hafsa Sultan Hastanesi'nde çalışmaktadır.

*Hemşire-18:* 33 yaşında, lisans mezunu, bekar, 10 yıldır mesleğini yapmakta, 7 yıldır psikiyatri alanında, CBÜ Hafsa Sultan Hastanesi'nde çalışmaktadır.

*Hemşire-19:* 35 yaşında, sağlık meslek lisesi çıkışlı, lisans mezunu, evli, 16 yıldır mesleğini yapmakta, 7 yıldır psikiyatri alanında çalışmakta ve 3 yıldır da TRSM’de görev yapmaktadır.

*Hemşire-20:* 43 yaşında, sağlık meslek lisesi çıkışlı, önlisans mezunu, evli, 24 yıldır mesleğini yapmakta, 10 yıldır psikiyatri alanında çalışmakta ve 4 yıldır da TRSM’de görev yapmaktadır.

*Hemşire-21:* 46 yaşında, sağlık meslek lisesi mezunu, evli, 26 yıldır mesleğini yapmakta, 13 yıldır psikiyatri alanında çalışmakta ve 1 yıldır da TRSM’de görev yapmaktadır.

*Hemşire-22:* 47 yaşında, sağlık meslek lisesi mezunu, evli, 27 yıldır mesleğini yapmakta, 4 yıldır da TRSM’de görev yapmaktadır.

### **Hekimler**

*Hekim-1:* 52 yaşında, evli, psikiyatri uzmanı, 20 yıldır mesleğini yapmakta, 12 yıldır MRSHH’nde çalışmaktadır.

*Hekim-2:* 30 yaşında, evli, çocuk ergen psikiyatrisi uzmanı, 6 yıldır mesleğini yapmakta, 9 aydır MRSHH’nde çalışmaktadır.

*Hekim-3:* 41 yaşında, evli, psikiyatri uzmanı, 18 yıldır mesleğini yapmakta, 10 yıldır psikiyatri alanında çalışmakta, 5 yıldır da MRSHH’nde görev yapmaktadır.

*Hekim-4:* 36 yaşında, evli, psikiyatri uzmanı, 4 yıldır mesleğini yapmakta, 4 yıldır MRSHH’nde çalışmaktadır.

*Hekim-5:* 42 yaşında, evli, psikiyatri uzmanı, 20 yıldır mesleğini yapmakta, 10 yıldır MRSHH’nde çalışmaktadır.

*Hekim-6:* 49 yaşında, evli, psikiyatri uzmanı, 27 yıldır mesleğini yapmakta, 10 yıldır psikiyatri alanında çalışmakta, 5 yıldır da MRSHH’nde görev yapmaktadır.

*Hekim-7:* 38 yaşında, evli, psikiyatri uzmanı, 14 yıldır mesleğini yapmakta, 10 yıldır psikiyatri alanında çalışmakta, 5 yıldır da MRSHH’nde görev yapmaktadır.

*Hekim-8:* 43 yaşında, bekar, psikiyatri uzmanı, 22 yıldır mesleğini yapmakta, 7 yıldır da MRSHH’nde görev yapmaktadır.

*Hekim-9:* 40 yaşında, evli, psikiyatri uzmanı, 26 yıldır mesleğini yapmakta, 20 yıldır psikiyatri alanında çalışmakta, 9 yıldır da MRSHH’nde görev yapmaktadır.

*Hekim-10:* 37 yaşında, evli, psikiyatri uzmanı, 13 yıldır mesleğini yapmakta, 10 yıldır psikiyatri alanında çalışmakta, 4 yıldır da MRSHH’nde görev yapmaktadır.

*Hekim-11:* 30 yaşında, bekar, çocuk psikiyatrisi asistan hekim olarak görev yapmakta, 1 buçuk yıldır CBÜ Hafsa Sultan Hastanesi’nde çalışmaktadır.

*Hekim-12:* 29 yaşında, bekar, çocuk psikiyatrisi asistan hekim olarak görev yapmakta, 1 yıldır CBÜ Hafsa Sultan Hastanesi’nde çalışmaktadır.

*Hekim-13:* 54 yaşında, 17 yıldır CBÜ Hafsa Sultan Hastanesi’nde öğretim üyesi (Prof. Dr.) olarak görev yapmaktadır.

*Hekim-14:* 48 yaşında, 20 yıldır CBÜ Hafsa Sultan Hastanesi'nde öğretim üyesi (Prof. Dr.) olarak görev yapmaktadır.

*Hekim-15:* 48 yaşında, 21 yıldır CBÜ Hafsa Sultan Hastanesi'nde öğretim üyesi (Prof. Dr.) olarak görev yapmaktadır.

*Hekim-16:* 64 yaşında, evli, psikiyatri uzmanı, 37 yıldır mesleğini yapmakta, 6 aydır da TRSM'de görev yapmaktadır.

*Hekim-17:* 63 yaşında, evli, psikiyatri uzmanı, 38 yıldır mesleğini yapmakta, 3 yıldır da TRSM'de görev yapmaktadır.

### ***Sosyal Çalışmacılar***

*Sosyal Çalışmacı-1:* 33 yaşında, lisans mezunu, evli, 10 yıldır mesleğini yapmakta, 2 buçuk yıldır MRSHH'nde çalışmaktadır.

*Sosyal Çalışmacı-2:* 34 yaşında, lisans mezunu, evli, 10 yıldır mesleğini yapmakta, 1 yıldır MRSHH'nde çalışmaktadır.

*Sosyal Çalışmacı-3:* 34 yaşında, lisans mezunu, evli, 8 yıldır mesleğini yapmakta, 3 yıldır MRSHH'nde çalışmaktadır.

### **Hizmet Alanlar**

#### ***Hastalar***

*Hasta-1:* 52 yaşında, şizofreni hastası, anne-baba vefat etmiş, kardeşleri var, yalnız yaşıyor, işçi olarak çalışmış, şu anda çalışmıyor, vefat eden babasının emekli maaşını alıyor, engelli kartı var, 18 yıl önce tanısı konulmuş, 3 kez hastaneye yatmış ve düzenli olarak TRSM'nin hizmetlerinden faydalaniyor.

*Hasta-2:* 45 yaşında, şizofreni hastası, anne-baba vefat etmiş, evli, 3 kızı var, ablası ve ailesiyle yaşıyor, işçi olarak çalışmış, şu anda çalışmıyor, engelli aylığı alıyor, birçok kez hastaneye yatmış sayısını bilmiyor ve düzeli olarak TRSM'nin hizmetlerinden faydalaniyor.

*Hasta-3:* 50 yaşında, şizofreni hastası, anne sağ, bekar, 3 çocuğu var, yalnız yaşıyor, işçi olarak çalışmış, 3 yıldır çalışmadığını ve emekliliğine bir yıl kaldığını ifade etti, 6-7 kez hataneye yatmış, 3 yıldır da düzenli olarak TRSM'ye geliyor.

*Hasta-4:* 36 yaşında, şizofreni hastası, anne ve baba ile birlikte yaşıyor, çalışmıyor, engelli aylığı alıyor, 20 yaşında tanısı konulmuş, 1 kez hastaneye yatmış, 6 yıldır düzenli olarak TRSM'ye geliyor.

*Hasta-5:* 27 yaşında, şizofreni hastası, abisi ile birlikte yaşıyor, engelli aylığı alıyor, engelli kartı var, 12 yaşında tanısı konulmuş, 10 kez hastaneye yatmış, 3 yılı aşkın süredir TRSM'ye düzenli olarak geliyor.

*Hasta-6:* 38 yaşında, şizofreni hastası, annesi, kız kardeşi ve kız kardeşinin eşi ile birlikte yaşıyor, 2008 yılında hastalık teşhis edilmiş ve 3 kez hastaneye yatmış, 2 yıldır düzenli olarak TRSM'nin hizmetlerinden faydalaniyor.

*Hasta-7:* 24 yaşında, bipolar bozukluk tanısı almış, anne, baba ve abisi ile birlikte yaşıyor, önlisans mezunu, engelli aylığı alıyor, 1 kez hastanede yatmış, düzenli olarak gelmesine de TRSM'nin hizmetlerinden faydalanıyor.

*Hasta-8:* 66 yaşında, alkol bağımlısı, annesi ile birlikte yaşıyor, çalışmıyor, engelli aylığı alıyor, 7 kez hastaneye yatmış, 5 senedir düzenli olarak TRSM'nin hizmetlerinden faydalanıyor.

*Hasta-9:* 31 yaşında, şizofreni hastası, annesi ve kardeşi ile birlikte yaşıyor, çalışmıyor, engelli aylığı alıyor, bir kez hastaneye yatmış, 5 aydır düzenli olarak TRSM'nin hizmetlerinden faydalanıyor.

*Hasta-10:* 55 yaşında, şizofreni hastası, yalnız yaşıyor, hastalığın teşhisi hasta 27 yaşında iken konulmuş, çalışmıyor, emekli, hastaneye çok kez yatıp çıkmış, 6 senedir düzenli olarak olmasa da TRSM'nin hizmetlerinden faydalanıyor.

*Hasta-11:* 61 yaşında, şizofreni hastası, yalnız yaşıyor, 1999 yılında hastalık teşhis edilmiş, hasta çalışmıyor, engelli aylığı alıyor, 3 kez hastaneye yatmış, düzenli olarak TRSM'nin hizmetlerinden faydalanıyor.

*Hasta-12:* 33 yaşında, şizoeffektif bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk tanısı konulmuş, ailesi ile birlikte yaşıyor, daha önce çalışıyormuş ancak hastalığın ortaya çıkması ile birlikte çalışmayı bırakmış, hastalık 23 yaşında iken teşhis edilmiş, hastaneye tekrarlayan yatışları olmuş, engelli aylığı ve engelli kartı var, 3-4 yıldır düzenli olarak olmasa da TRSM'nin hizmetlerinden faydalanıyor.

*Hasta-13:* 56 yaşında, şizofreni hastası, şizofreni hastası bir kardeşi ve sağlıklı başka bir kardeşi ile birlikte yaşıyor, engelli aylığı alıyor, daha önce çalışmış ancak rahatsızlığı sebebiyle çalışamıyor, düzenli olarak olmasa da TRSM'nin hizmetlerinden faydalanıyor.

*Hasta-14:* 53 yaşında, şizofreni hastası, şizofreni hastası bir kardeşi ve sağlıklı başka bir kardeşi ile birlikte yaşıyor, çalışmıyor, engelli aylığı alıyor, düzenli olarak olmasa da TRSM'nin hizmetlerinden faydalanıyor.

*Hasta-15:* 35 yaşında, bipolar bozukluk hastası, ailesi ile birlikte yaşıyor, hasta fırıncı olarak çalışıyor, askere gittiğinde rahatsızlığı farkedilmiş, hastaneye tekrarlayan yatışları olmuş, engelli aylığı alıyor, düzenli olarak olmasa da TRSM'nin hizmetlerinden faydalanıyor.

*Hasta-16:* 40 yaşında, şizofreni hastası, ailesi ile birlikte yaşıyor, emekli maaşı var, 5 kez hastaneye yatmış, 6 yıldır düzenli olarak TRSM'nin hizmetlerinden faydalanıyor.

*Hasta-17:* 33 yaşında, bipolar bozukluk hastası, ailesi ile birlikte yaşıyor, lisans ingilizce öğretmenliği mezunu, engelli kadrosu ile çalışırken rahatsızlığı sebebiyle şu anda çalışmıyor, 15 yıl önce tanı konulmuş, 8 kere hastaneye yatışı olmuş, engelli kartı var, 5 yıldır düzenli olarak TRSM'nin hizmetlerinden faydalanıyor.

*Hasta-18:* 47 yaşında, şizofreni hastası, annesi ve ailesi ile birlikte yaşıyor, bir oğlu var, engelli aylığı alıyor, 2 kez hastaneye yatışı olmuş, düzenli olarak olmasa da TRSM'nin hizmetlerinden faydalanıyor.

*Hasta-19:* 34 yaşında, psikotik bozukluk teşhisi konulmuş, evli, 3 çocuğu var, ailesi ile birlikte yaşıyor, hastalığı askerde iken farkedilmiş 2002 yılında tanı konulmuş, engelli aylığı alıyor, 4-5 kez hastaneye yatışı olmuş, 2-3 senedir düzenli olarak olmasa da TRSM'nin hizmetlerinden faydalanıyor.

*Hasta-20:* 40 yaşında, psikotik bozukluk teşhisi konulmuş, bekar, annesi ile birlikte yaşıyor, engelli aylığı alıyor, hastaneye tekrarlayan yatışları olmuş, düzenli olarak olmasa da TRSM'nin hizmetlerinden faydalanıyor.

*Hasta-21:* 43 yaşında, psikotik bozukluk teşhisi konulmuş, evli iki çocuğu var, ailesi ile birlikte yaşıyor, engelli aylığı alıyor, engelli kartı var, rahatsızlığı askerde iken farkedilmiş, 4 kez hastaneye yatmış, düzenli olarak olmasa da TRSM'nin hizmetlerinden faydalanıyor.

*Hasta-22:* 58 yaşında, şizofreni hastası, yalnız yaşıyor, engelli aylığı alıyor, hastaneye tekrarlayan yatışları olmuş, düzenli olarak TRSM'nin hizmetlerinden faydalanıyor.

### **Hasta Yakınları**

*Hasta yakını-1:* 50 yaşında, emekli, bakım verdiği kişi şizofreni hastası olan ablası, 3 kardeş birlikte bakıyorlar A.'ya, 15'er gün sırayla ya yanına gelip kalıyorlar ya da evlerine alıp kendi evlerinde bakıyorlar.

*Hasta yakını-2:* 32 yaşında, lise mezunu, evli, bir fabrikada işçi olarak çalışıyor, bakım verdiği kişi şizofreni hastası olan kız kardeşi, eşi, annesi ve kız kardeşi ile birlikte aynı evi paylaşıyorlar.

*Hasta yakını-3:* 58 yaşında, evli, emekli, bakım verdiği kişi şizofreni hastası olan kızı, kızının herhangi bir geliri yok, maddi ihtiyaçlarını kendisi karşılıyor.

*Hasta yakını-4:* 32 yaşında, evli, 2 çocuğu var, ev hanımı, bakım verdiği kişi şizofreni hastası olan eşinin kız kardeşi, eşi, iki çocuğu ve psikiyatrik rahatsızlığı olan eşinin kız kardeşi ile birlikte yaşıyorlar.

*Hasta yakını-5:* 67 yaşında, evli, 2 çocuğu var, emekli, bakım verdiği kişi şizofreni hastası olan oğlu, eşi ve oğlu ile birlikte yaşıyor.

*Hasta yakını-6:* 54 yaşında, evli, eski eşinden 2 çocuğu var, işsiz, bakım verdiği kişi şizofreni hastası olan eşi, eşi ile birlikte yaşıyor.

*Hasta yakını-7:* 47 yaşında, evli, 2 çocuğu var, lise mezunu, bir fabrikada işçi olarak çalışıyor, bakım verdiği kişi 25 yıldır evli olduğu şizofreni hastası olan eşi, 2 çocuğu ve eşi ile birlikte yaşıyor.

*Hasta Yakını-8:* 52 yaşında, 2 çocuğu var, SSK emeklisi, bakım verdiği kişi bipolar bozukluk teşhisi olan kızı, aynı zamanda kendisi de nakil bekleyen karaciğer hastası.

*Hasta yakını-9:* 59 yaşında, bekar, emekli matematik öğretmeni, bakım verdiği kişi şizofreni teşhisi olan erkek kardeşi, erkek kardeşinin bakımını annesi ile birlikte üstlenmekte, maddi geliri olmayan kardeşinin bakım masraflarını da annesi ile birlikte karşılamakta.

*Hasta yakını-10:* 40 yaşında, bekar, fabrikada çalışmakta, annesi, babası ve şizofreni hastası olan kardeşi birlikte yaşıyorlar, U.'nun bakımını anne ve babası ile birlikte üstlenmekte, babanın emekli maaşı ile birlikte eve gelir sağlayan tek kişidir.

### **3.6.Etik Hassasiyetler**

Araştırma uygulama aşaması öncesinde, Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırma Etik Kurulu'na sunulmuş ve 8 üyeli kurul tarafından, araştırmanın etik olarak uygunluğu kararı ve uygulama izni 16 Ocak 2017 tarihinde temin edilmiştir (bkz. Ek 4).

Katılımcılar derinlemesine görüşme süreci öncesinde çalışmanın amacı ve görüşmeler neticesinde elde edilecek verilerin ne şekilde kullanılacağı konusunda bilgilendirilmiştir. Telefonla yapılan görüşmeler dışında her katılımcıya imzalı “bilgilendirilmiş onam formu” verilmiştir. Görüşmelerin ses kayıt cihazı ile kaydedilmesi konusunda izinleri alınmış ve yalnızca izni olan katılımcılarla görüşmeler ses kaydı ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların çalışmaya ancak gönüllü olmaları halinde katılımları sağlanmıştır. Çalışmada görüşleri aktarılan hizmet veren hekim, hemşire, psikolog ve sosyal çalışmacılar ile hizmet alan hasta ve yakınlarının gerçek isimleri ve kendilerini tanıtabilecek ilave bilgiler, mahremiyetlerinin korunması etik ilkesi çerçevesinde gizli tutulmuştur.

### **3.7. Araştırma Bulgularının Analizi**

Araştırma bulgularının analizi üç ayrı gruba bölünerek gerçekleştirilmiştir. Bu gruplar psikiyatri ekibi, hasta ve hasta yakınları ve sosyal çalışmacılardır.

#### **3.7.1. Psikiyatri Ekibinin Hastane, TRSM ve Sosyal Çalışmacının Görevlerine İlişkin Görüşleri**

Bireylerin, grupların ve toplumun ruh sağlığına etki eden faktörlerin araştırılması ve önlenmesi; koruyucu ruh sağlığı hizmetlerin geliştirilmesi; ruhsal bozuklukların tedavi edilmesi ve sosyal işlevselliğin güçlendirilmesi amacıyla rehabilitasyon hizmetlerinin sunulması için birbirinden farklı bilgi ve deneyime sahip mesleklere ihtiyaç duyulmaktadır. Psikiyatri ekibi, psikiyatristler, psikiyatri hemşireleri/hemşireler, meslek terapistleri, psikologlar/klinik psikologlar, sosyal çalışmacılar ve diğer ruh sağlığı profesyonellerinden oluşmaktadır. Bu anlamda sosyal çalışmacı dışında ki psikiyatri ekibinin hastane ve toplum ruh sağlığı merkezlerinde sunulan hizmetler hakkında görüşleri ve sosyal çalışmacıların psikiyatri ortamlarında sunduğu görevleri değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen derinlemesine mülakat analizlerine bu başlık altında yer verilecektir. Psikiyatri ekibi üyeleri, Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde çalışan 10 psikiyatrist, 15 hemşire ve 7 psikolog; Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi'nde çalışan 3 psikiyatrist, 2 asistan hekim, 3 hemşire ve 2 psikolog ve Manisa Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde çalışan 2 psikiyatrist, 4 hemşire ve 1 psikolog olmak üzere toplam 49 sağlık çalışanından oluşmaktadır. Gerçekleştirilen ayrıntılı alanyazın çalışması, derinlemesine görüşmelerin ayrıntılı analizi ve katılımcı gözlem yoluyla elde edilen araştırma bulguları üç bölüme ayrılmıştır. “Koruyucu ruh sağlığı hizmetleri”, “Tedavi edici ruh sağlığı hizmetleri” ve “Rehabilite edici ruh sağlığı hizmetleri” olmak üzere üç ayrı tema altında psikiyatri ekibinin hastane, TRSM ve sosyal çalışmacının görevlerine ilişkin görüşleri analiz edilmeye çalışılmıştır.

### 3.7.1.1. Koruyucu Ruh Sağlığı Hizmetleri

Ruhsal bozukluklar bireylere, ailelere ve topluma büyük bir psikolojik, sosyal ve ekonomik yük oluşturmakta, aynı zamanda fiziksel hastalık riskini de arttırmaktadır. Bu bozuklukların neden olduğu yükü azaltmak için tek sürdürülebilir yöntem ise oluşmasını ve ruhsal hastalıkların neden olduğu yeti yitimini önlemektir (WHO, 2004: 13). Bu anlamda katılımcılara koruyucu ruh sağlığı hizmetleri hakkında ne düşündükleri, Türkiye’de bu uygulamaların nasıl gerçekleştirildiği ve bu alanda hangi uzmanlıkların görev yapması gerektiği soruları yöneltmiştir.

Katılımcıların verdiği cevaplar genel olarak Türkiye’de koruyucu hizmetlerin bulunmadığı olması halinde ise bir ekip çalışması ile gerçekleştirilmesi gerektiğine dair olmuştur.

*“Her halde öyle bir anlayış yok ülkemizde hani koruyuculuk sağlama açısından yer yer çeşitli ortamlarda gündeme geliyor ama tabi ki ruh sağlığı alanında çalışan tüm mesleklerin, sosyal hizmet uzmanının da mutlaka yer alması gerekir.” (hekim-15)*

*“Ülkemizde çok fazla yok sanırım koruyucu önleyici ruh sağlığı hizmetleri. Zaten böyle bir uygulama olacaksa tek başına psikiyatristlerin olması ne kadar faydalı olabilir. Böyle bir şey olduğunda psikolog, sosyal hizmet uzmanı, rehberlik uzmanları herkesin toplumla çalışabileceği bir sistem olmalı ekip işi olursa ancak böyle bir uygulama gerçekleştirilebilir.” (hekim-12)*

Diğer taraftan bazı katılımcılar ise, psikiyatrik hastalıkların geç farkedildiğinden ya da bireylerin ve ailelerinin psikiyatri hastalığı tanısını almak istemediği için profesyonellere geç başvurduklarından önleyici hizmetlerin gerçekleştirilemediğini ifade etmiştir.

*“Koruyucu ruh sağlığı alanı evet aslında biz hastanede çalıştığımız için bizim çok da ilgilimiz dahilinde olan bir alan değil çünkü hastalar bize hasta olup geliyorlar yani eee bir sıkıntının farkına varılmış şekilde geliyorlar. Yani birde şeydir psikiyatrik hastalıklar biraz geç farkedilir. Yani kimse yakınının psikiyatri hastası olduğunu kabullenmek istemez sorun oldukça fazla geliştikten sonra artık içinden çıkılmaz hal aldıktan sonra son çare olarak profesyonellere başvurulduğunu düşünüyorum ben o açıdan bu alan zor bir alan. Koruyucu önleyici hizmetler birçok tıp alanında var ama neden psikiyatride olmasın. Yani yalnızca ağır ruhsal bozukluklar açısından düşünmemek gerekir intihar örneğin önlenabilir. Tabi ağır ruhsal bozuklukların da çok ağırlaşmadan ilerlemeden stabil hale getirilebildiğini ve bir çok insanın sağlıklı insanlar gibi yaşayabildiğini de duyuyorum. Nasıl olacak bilmiyorum önemli bir konu. Yani koruyucu çalışmalar genellikle halk sağlığının alanına girer ya da birinci basamağın bu anlamda oralarda bu çalışmanın yapılması gerekir diye düşünüyorum. Yani bunun için bi ekip kurulabilir. Hekiminden hemşiresinden psikoloğundan sosyal hizmet uzmanına kadar. Böyle olabilir yani.” (hemşire-17)*

Türkiye’de ruhsal sorunlar yaşayan bireylerden yalnızca altıda birinin uzman yardımı aldığı yapılan çalışmalarda ifade edilmiştir. Ruhsal bozukluk yaşayan bireyler açısından uzman yardımına başvuramamanın çeşitli sebepleri olabilir. Ruhsal sorun yaşayan bireylerin ve ailelerinin yaşadığı maddi sorunlardan kaynaklı olarak sağlık kurumuna ulaşamama durumu olabileceği gibi damgalanmaktan korkma ya da ruhsal hastalıklar konusunda yeterli bilgiye sahip olmama gibi etkenler uzman yardımına başvurma konusunda engel teşkil ediyor olabilir (Yılmaz, 2012: 4). Çoğu ruhsal hastalık ergenlik döneminde başlayarak, ilk yetişkinlik döneminde ortaya çıkar. Bu dönemde toplumun hastalığa ilişkin olumsuz değer yargı ve tutumları, bireyin ve ailelerin damgalanma endişesi yaşamasına

neden olabilir. Bu gibi etkenler erken dönemde psikiyatrik yardım almayı engeller ve hastalıkların kronikleşmesine ve olumsuz seyrine yol açar.

Koruyucu hizmetler birincil koruma, ikincil koruma ve üçüncül koruma olarak sınıflandırılmaktadır. Birincil Koruma, henüz oluşmadan hastalığın meydana gelmesini önlemek amacıyla gerçekleştirilen profesyonel aktivitelerdir. İkincil koruma, psikiyatrik hastalıkların belirtilerinin erken saptanması ve süregelenleşmeden tedavi edilmesine yönelik hizmetlerdir. Üçüncül koruma ise hastalık meydana geldikten sonra yeti yitiminin azaltılmasına yönelik hizmetlerdir. Koruyucu ruh sağlığı hizmetleri denildiğinde genellikle katılımcıların “birincil koruma” yı kastettikleri gözlemlenmektedir.

*“Koruyucu önleyici hizmet gerçekleştirilmiyor ki. Ülkemizde yok böyle bir hizmet. Zaten hastaneye gelen kişi bir sorunun varlığını çoktan farkedip gelmiş oluyor. Yani hastalık başlamış oluyor. Bununla ilgili yurt dışında yapılan çalışmalarda olumlu sonuçların olduğu görülüyor ama maalesef ülkemizde buna yönelik bir uygulama yok. Sosyal hizmet uzmanları da zaten hastanedeki görevlerini gerektiği gibi yerine getiremiyorlar onlara bir sorumluluk yüklemek pek te iyi olmaz. Yani olmayan bir şey hakkında konuşmak saçma” (hekim-2)*

Üçüncül koruma, nüksetmeyi önlemeyi ve hastaneye tekrarlayan yatışların önüne geçilmesini, psikiyatrik hastalığa eşlik eden başka bir hastalık geliştirme olasılığını azaltmayı ve psikososyal işlevin geliştirilmesine yönelik tedavileri sağlamayı içerir. Bu anlamda hastanede yatış aşamasında ve toplum ruh sağlığı merkezlerinde rehabilitasyon aşamasında gerçekleştirilecek hizmetler bulunmaktadır. Bu açıdan hastaların taburculuk sonrası yaşama (tedavinin sürdürülmesi, ev, aile ilişkileri, iş yaşamı vb.) hazırlanması, bireye ve aileye destek sağlama, toplum kaynaklarının harekete geçirilmesi ve TRSM’lerde gerçekleştirilen sosyal beceri eğitimi, sosyal destek gruplarının oluşturulması, mesleki işlevselliği artırıcı çalışmalar üçüncül korumaya örnektir. Ancak katılımcıların düşünceleri genel olarak hastaneye gelen kişilere yönelik koruyucu hizmetlerin gerçekleştirilemeyeceği yönündedir (Compton et al., 2010: 5-6; Yıldız, 2011: 85).

*“Bu alanda sosyal hizmet uzmanı da görev almalı fakat iyi işlemediğini düşünüyorum bu alanın STK’lar üzerinden işlediğini düşünüyorum ben. Hastane bazlı koruyucu ruh sağlığı hizmeti diye bir şey yok zaten. Buraya hasta olmayan, hasta olma ihtimali soru işareti olan bir bireyin gelme ihtimali yok zaten. Buraya gelen semptomları ile geliyor. Özellikle çocuk psikiyatri ve erişkin psikiyatride artık hani semptomlar çıktıktan sonra bireyler buraya getiriyorlar. Bununda sebebi başlangıcını tanımıyor aileler ya da bireyler, artık her şey bozulmaya başladığında buraya başvuruyorlar. Bir sebebi de şu sistem sosyal olarak da işlemediği için az önce de konuştuk yani aile buraya önleyici hizmet basamağında başvurduğunda onlara yapılabilecek bir şey yok aslında o yüzden başvurmasına da gerek yok. Ama bu genel olarak STK’lar üzerinden yapılıyor. Sivil toplum kuruluşlarına başvuruyor aileler onlar oradan yönlendirme yapmaya çalışıyor.” (psikolog-9)*

Koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinde sosyal çalışmacıların rol alıp almaması gerektiği ile ilgili olarak ise katılımcılardan bazıları sosyal çalışmacının mutlaka aktif olarak bu alanda hizmet vermesi gerektiğini savunurken bazıları ise sosyal çalışmacıların bu alanda rolleri olduğunu düşünmediklerini belirtmişlerdir.

*“Tabi ki sosyal hizmet uzmanı aktif olarak bu alanda hizmet etmeli zaten koruyucu-önleyici bir sistem kurulacaksa bunlardan biri tabi ki sosyal hizmet uzmanı olmalı. Çünkü baktığım kadarıyla aileyle şeyi tespiti sağlama kişinin durumunu tespit etme*

*aile durumunu ev ortamını işi varsa işiyle ilgili bütün tespitleri sosyal hizmet uzmanının oradaki gözlemi önemli.” (psikolog-10)*

*“Koruyucu önleyici hizmet gerçekleştirilmiyor ülkemizde ama ruh sağlığı eylem planında birinci basamak hekimlere yani aile hekimlerine bu rolü devretmenin planlandığı belirtildi. Sosyal hizmet uzmanlarının böyle bir rolünün sanmıyorum olduğunu. Varsa bile halk sağlığı alanında görev yapan sosyal hizmet uzmanları varsa onların görevidir. Hastanedeki uzmanların değil.” (hekim-7)*

Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge (2011)’ye göre, koruyucu sağlık hizmetlerinin toplum sağlığı merkezlerinde görev yapan sosyal çalışmacıların sorumluluğunda olduğu ifade edilmiştir. Sonuç olarak katılımcıların ortak görüşü Türkiye’de koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin bulunmadığı yönündedir. Psikiyatri ekibi koruyucu hizmetlerden birincil korumayı yani hastalığın oluşmadan önlenmesini kastetmekte ve hastanede ve TRSM’lerde uygulanan hizmetleri koruyucu hizmetler olarak görmemektedirler. Bu alanda sosyal çalışmacıların görevinin olmadığını düşünen katılımcıların yanında koruyucu hizmetlerin gerçekleştirilmesi için psikiyatri ekibinin kurulmasını ve sosyal çalışmacılarında bu hizmetler için önemli bir uzmanlık alanı olduğunu düşünen katılımcılarda bulunmaktadır (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2011d)

### **3.7.1.2. Tedavi Edici Ruh Sağlığı Hizmetleri**

Tedavi edici ruh sağlığı hizmetleri ruh sağlığının önemli bir uygulama alanı olup yapılan görüşmelerin temel konularından birini oluşturmaktadır. Tedavi edici ruh sağlığı hizmetleri teması derinlemesine görüşmelerin ayrıntılı analizi ve alanyazın taraması sonucunda kategorilere ayrılmıştır. Medikal model, ekip çalışması ve sosyal çalışmacının görevlerine ilişkin görüşler bu başlık altında değerlendirilecektir.

#### **3.7.1.2.1. Medikal Model**

Medikal model, hastalık modeli olarak da adlandırılan batıda özellikle psikiyatristler tarafından benimsenmiş geleneksel bir tıbbi bakış açısıdır. Bu modelde hastaların yalnızca biyolojik boyutuna odaklanılmakta sosyal ve psikolojik yönü göz ardı edilmektedir. Ayrıca hastalık anormal bir durumdur ve bundan tek kurtuluş yolu medikal tedavidir. Katılımcıların görüşleri değerlendirildiğinde psikiyatri ekibinde ki bütün uzmanlık alanları genel olarak hastane uygulamalarının medikal model ağırlıklı olduğuna dair cevaplar vermiştir.

*“Bu hastane de medikal odaklı yaklaşımın olduğunu düşünüyorum.” (psikolog-2)*

*“Hastane de 10 üzerinden değerlendirirsem 8 medikal, 2 sosyal açıdan değerlendiriliyor hastalar.” (psikolog-8)*

*“Bu klinikte medikal model odaklı çalışılıyor.” (hemşire-17)*

*“Öncelik medikal ağırlıklı ancak bireylerin sosyal yönlerine de dikkat ediliyor.” (hekim-1)*

Psikiyatri ekibinin genelinin görüşü hastanelerde ki uygulamaların medikal model ağırlıklı olduğu yönündedir. Ancak yalnızca çocuk psikiyatrisi alanında sosyal modelin daha ağırlıklı ve medikal modelle başabaş olduğuna dair cevaplar alınmıştır.

*“Sosyal odaklı olduğunu söyleyebilirim. İlaç tedavimiz bizim çok çok düşük dozlarda hani genel olarak hafta içi bir aktivite planımız var rehabilitasyon merkezimiz var. Rehabilitasyon derslerimiz var sürekli saat başı derslerimiz var işte el sanatları, halk oyunları, müzik, resim derslerimiz var genellikle rehabilitasyon hani sosyal odaklı bir plan içindeyiz.” (hemşire- 8)*

*“Bu hastanede hem medikal hem sosyal açıdan başa baş bir uygulama olduğunu düşünüyorum benim hizmet verdiğim servis açısından.” (psikolog- 7)*

Katılımcı hekimlerin görüşleri incelendiğinde hastane uygulamalarının medikal model ağırlıklı olmasının nedeninin hastaların hastaneye alevlenme/atak döneminde başvurmalarından kaynaklı olduğunu belirttikleri gözlemlenmiştir. Alevlenme dönemi, hastalık belirtilerinin yoğun ve şiddetli bir şekilde görüldüğü dönemlerdir. Bu dönemlerde yatışmanın sağlanması önceliklidir ve daha çok medikal tedavi ile yatışma gerçekleşir.

*“Biz daha çok bu klinikte medikal ağırlıklı yaklaşıyoruz. Hastaların alevlenme dönemlerini en hafif şekilde atlatmalarını sağlamak öncelikli hedefimiz bu açıdan daha çok medikal tedavi sunuyoruz. Sonrasında hemşirelerimizin de yaptığı bir takım uygulamalar var sosyal yönden sabah sporu, günaydın toplantıları bizimde katıldığımız, müzik ya da belirli günlerde bir takım sosyalleşme etkinlikleri. Hani sosyal yönünü tamamen gözardı ettiğimiz söylenemez.” (hekim-6)*

*“Yani önceliğimiz tabi ki medikal odaklı buraya alevlenme döneminde olan hastalar geliyor onları öncelikle yatıştırmamız stabil duruma getirmemiz gerekiyor. Sonrasında sosyal açıdan yaklaşım sağlanması gerekiyor sosyal modele yönelik uygulamaların yeterli olduğunu düşünüyorum.” (hekim-3)*

Çağdaş psikiyatride tedavi anlayışının temelinde ilaç tedavilerinin yanı sıra bireysel ve grup terapileride yer almaktadır. İlaç tedavisi ve psikososyal yaklaşımların birlikte uygulanmasının, tek başına ilaç tedavisi uygulamasına göre nüksü önlemede ve hastane yatışlarını azaltmada daha etkili olduğu yapılan çalışmalarda bulunmuştur (Doğan vd., 2002: 73; Deveci vd., 2008: 267). Gerçekleştirilen terapiler hasta bireyin sorunlarıyla baş etmek için yeni beceriler geliştirmesini ve benlik saygılarının artmasını sağlamakta aynı zamanda hastanın iletişim kanallarını açık tutarak yaşadığı semptomları kontrol altına alma fırsatı vermektedir. Bu doğrultuda bazı katılımcılar hastanelerde gerçekleştirilen tedavi uygulamalarının medikal model ağırlıklı olmasının sebebini terapi uygulamalarının gerçekleştirilememesi ile ilişkilendirmiştir. Hekim-15 ve psikolog-4 hastanelerde terapi gerçekleştirmenin zor olduğunu vurgulamışlardır.

*“Bu klinikte medikal model daha ağırlıklı. İster istemez tabi herkes kendi yaptığını savunur ama teropötik girişimler daha bireysel olan şeyler, çok belli sınırlarda görebildiğimiz için hastaların çok büyük bir kısmını terapiden beklediğimiz anlamda, yani mesela gelip gitmek bile büyük bir dert aslında. Yani düzenli gelip gitmeyi uzun süre gelip gitmeyi gerektiriyor hastaların bir çoğunluğu da onu yapamadığı için daha medikal ağırlıklı gitmek durumunda kalıyoruz.” (hekim-15)*

*“Zaten hastanelerin ve psikiyatri servislerinin temeli medikaldir. Zaten biz yatan hastaları terapi anlamında çok müdahale edemiyoruz. Alevli dönemlerde yatıyorlar, iletişim kurmada da problem yaşıyoruz ve bireysel görüşme anlamında çok yardımcı olamıyoruz. Ama ona rağmen grup çalışmasının yapılması benim servisimde, hergün etkinliklerin olması mesela grup çalışması dışında rehabilitasyon etkinlikleri var bu da tamamen medikal odaklı olmadığını gösterir. Diğer hastanelerin mesela devlet hastanelerinin psikiyatri servislerinde daha çok medikal bir tedavi uygulanıyor.*

*Hastanenin tek servisi psikiyatri servisi olmadığı için ona yönelik bir rehabilitasyon hocaları gönderilmiyor, rehabilitasyon odaları olmuyor benim gördüğüm kadarıyla. Burası psikiyatri hastanesi olduğu için bu anlamda destekliyor aslında aktivitelerle destekliyorlar.” (psikolog-4)*

Sharac vd. (2010) gerçekleştirdikleri gözden geçirme çalışmasında, psikiyatri ekibi içinde hemşirelerin ortalama %48 gibi bir oranla hasta ile en fazla vakit geçiren ekip üyesi olduğunu ve hemşirelerin genellikle hastaların en çok bakım hizmetleri ve uğraşı terapilerine zaman ayırdıklarını saptamışlardır (Sharac et al., 2010: 914). Türkiye’de Ünsal vd. (2014)’nin psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin rollerine ilişkin görüşlerinin değerlendirildiği çalışmalarında ise, ilaç tedavilerinin ardından en çok gerçekleştirdikleri çalışmalar gözlem, günaydın toplantısı, iş uğraş terapisi ve sosyal aktivite toplantılarıdır. Bu anlamda hemşire katılımcılar çoğunlukla hastanede ki uygulamaların medikal ağırlıklı olduğunu ama klinikte kendi sorumluluklarında gerçekleştirilen aktivitelerin birer sosyal model örnekleri olduğunu savunmaktadırlar (Ünsal vd., 2014: 90-92).

*“Asıl medikal model odaklı ama sosyal model odaklı da çalışılıyor. Mesela hastalarımızla aktivitelerimiz oluyor. Spor yaptırıyoruz. Bunun gibi yani.” (hemşire-5)*

*“Medikal ağırlıklı olduğunu düşünüyorum ama sosyal aktiviteler de yaptırıyoruz.” (hemşire-1)*

Medikal model daha önce de bahsedildiği gibi tanıya ve tıbbi tedaviye odaklanırken sosyal model, sosyal sonuçlara ve yaşam kalitesinin nasıl iyileştirileceğine ve bireyin karşı karşıya kaldığı problemlere karşı nasıl güçlendirileceğine odaklanmaktadır. Bu anlamda hastanelerde uyguladıkları sosyal aktivitelerin sosyal modele örnek olduğunu ifade eden hemşirelerin yanında bu düşüncenin aksine bunu eleştiren hemşirelerde bulunmaktadır.

*“Medikal model sanırım daha fazla uygulanıyor çünkü sadece tedavi odaklı bir çalışma var ilaçla hani biz hastalar için müzikler açsak, sporlar yapsak ya da değişik aktiviteler düzenlese de bunların sosyal açıdan çok iyileştirme sağladığını düşünemiyorum. Hani sanki yeterli değil gibi.” (hemşire-10)*

*“Yani biz daha çok tıbbi bakımı yapıyoruz. İlaçla tedavi onun yanında burda yaptırdığımız hani spor fizik hareketleri, müzik dinleme gibi şeyler var ama sosyal böyle mi oluyor.” (hemşire-12)*

*“Evet tamam işte yani medikal ağırlıklı olduğunu düşünüyorum çünkü neticede alevlenme ile gelmiş hasta daha çok ilaç ağırlıklı hastanın krizini atlatmak odaklı olacaktır. Bu gayet normal bence. Ama şunu da yani söyleyebilirim hastaların yaşadıkları sorunlarda çok fazla yani burda her gün müzik dinletip spor yaptırmak sosyal model odaklı olduğumuzu göstermez bence yani hastanın yaşadığı ya da yani eee hastaneden sonra yaşayacağı sorunları görmek gerekiyor. Görmek çok önemli hani ben dediğim gibi en çok gözlem sahibi biz (hemşireler) olduğumuz için bir de anlatılıyor bize bazı şeyleri hani farkediyorum ama ben hemşireyim ve yani hani benim görev tanımım sonuçta belli. Biz burda çok ağır durumda olan ee hastalarla çalışıyoruz mesela bir hasta vardı kendini küçükken köpek ısırdığı için köpek olduğunu düşünüyor ara sıra havlamak istiyor birini ısırmak istiyorum diyor. Ama aynı hasta başka bi tarafta yani ziyaretine gelen küçük kızının ondan korkması üzerine o kadar üzülüyor ki bunu gelip bizimle paylaşıyor yani benden kaçıyor diye. Bu çok insani bir şey ve sadece tıbbi tedavi bunu iyileştiremez bence.” (hemşire-15)*

Daha önce çok kez ele alındığı gibi sağlığın tanımını bu nokta da tekrar hatırlamak yerinde olacaktır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık, yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan tam bir iyilik halidir. Yani tam bir iyilik halinin ve yaşam kalitesinin sağlanması için hastalara biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan bütüncül yaklaşmak gerekmektedir. Bu da psikiyatri alanında ancak ekip çalışması ile mümkün olabilir. Tek bir uzmanlık alanının bütün boyutlara hakim olduğu düşünülemez. Ruh sağlığı alanında görev yapan sosyal çalışmacılar hastalıkların sosyal yönlerine odaklanmakta ve sosyal sorunları psikiyatri ekibi ile paylaşarak hastanın psikolojik ve biyolojik boyutuna olan etkilerine dikkat çekmektedir. Katılımcıların bazıları hastaların sosyal sorunlarının gözardı edildiğine dikkat çekmiş ve ekip çalışmasını ve sosyal çalışmacıları eleştirmiştir.

*“Hasta sorunlarının teşhisi açısından da eğer hastalığı ise uzmanlarımız eğitimlerini eee almışlar bu konuda yapıyolar teşhislerini ama sanki eksik bir şeyler var. Ne kadar hastalığına yönelik ilaçta versen yeterli gelmiyor gibi. Yani birçok sorunları oluyor hastalarımızın özellikle ailelerinin de. Ben bazen hani düşünüyorum bu hastayı taburcu ediyoruz evet ama sonra ne olacak diye. Ya yine yatacak ya da ailesinin ilgisine göre iyi olmaya çalışacak. Ama ya ilgisiz ihmal eden bi aile ise bilemiyorum yani eksik bazı parçalar var.” (hemşire-14)*

*“Yani biz daha çok tıbbi bakımı yapıyoruz. İlaçla tedavi onun yanında eee buda yaptırdığımız eee hani spor fizik hareketleri müzik dinleme gibi şeyler var ama sosyal böyle mi oluyor. Onların (sosyal çalışmacıların) bu konuda bir hareketi yok.” (hemşire-12)*

*“Serviste bence daha çok medikal odaklı hizmet veriliyor. Çok sosyal odaklı olduğunu düşünmüyorum zaten orada hemşire var psikiyatrist var psikologda yok sosyal hizmet uzmanı da yok ama olması gerekiyor bence servisin kendisinin olması gerekiyor. Çünkü kopuk oluyoruz mesela bizde bu durumdan şikayetçiyiz.” (psikolog-10)*

*“Psikososyal açıdan bireyler bir bütün olduğu için o yüzden medikal değil bütüncül bakmak lazım psikiyatri hastalarına daha fazla. Aile özellikleri de önemli olduğu için bu yüzden sosyal hizmet uzmanı önemli.” (hemşire-18)*

#### 3.7.1.2.2.Ekip Çalışması

Sağlık alanında ekip, hastalara/ailelerine kapsamlı, bütüncül, kaliteli ve yaşam kalitesinin yükseltilmesine yönelik sağlık hizmeti vermek amacıyla, ortak hedefler doğrultusunda hareket eden, sağlık profesyonellerinin işbirliği içinde çalıştığı, ortak kararların alındığı, ko-ordinasyon, karşılıklı etkileşim ve karşılıklı güven temeline dayanan bir birliktir. Psikiyatri alanında ise çağdaş psikiyatrik tedavi anlayışının temel bir parçasıdır. Katılımcıların hemen hemen hepsinin ortak görüşü de bu yöndedir. Psikolog-3'ün şu ifadesi psikiyatri alanında ekip çalışmasının önemini açıklar niteliktedir: “Psikiyatri hizmetinin mutlak unsuru, bütün üyelerinin aktif olarak katıldığı ekip çalışması olmazsa olmaz bence.... Bu üyelerin arasında, hekimi, hemşiresi, psikologu, sosyal çalışmacısı, sağlık memuru gibi. Eklemeler olabilir ama çıkarımın olmaması gerekir.”. Psikiyatri alanında ekip çalışmasının mutlaka olması gerektiği görüşüne sahip olan katılımcıların birçoğuna göre çalıştıkları psikiyatrik tedavi kurumlarında ekip çalışması

gerçekleştirilememektedir. Katılımcı psikologların tamamı ise görev yaptıkları psikiyatri tedavi kurumlarında iyi bir ekip çalışmasının olmadığına dair görüş bildirmişlerdir.

*“Ekip çalışmasında çok iyi olduğumuz söylenemez. Kopukluklar var. Hocalar ayrı hemşire grubu ayrı. Yani çok öyle süper bir diyalog olduğu söylenemez. Ekip çalışanları hekimler, hemşireler, asistanlar ve personelden oluşuyor.” (hemşire-17)*

*“Ekip ruhunun içinde bazı parçalanmışlıklar var. Özellikle evet ben bu hastaneye geldiğim zaman çok şaşırmıştım. Psikiyatristler bir alanda psikologlar bir alanda hemşireler bir alanda, mecbur oldukça bir araya geliyorlar bunun dışında herkes işini yapıyor. Yani o ekip ruhunu çok göremedim.” (hemşire-19)*

*“Ekip çalışmasını ise yetersiz buluyorum. Hekimlerle ve hemşirelerle etkin bir ekip çalışması yürüttüğümüz söylenemez... ekip içinde hiç çalışmadım sosyal hizmet uzmanı ile” (psikolog-2)*

*“Ekip çalışmasının yetersiz olduğunu düşünüyorum. Her meslek grubunun kendi içinde iletişimi iyi. Hastayla çalışma noktasında bir ekip fikri yok.” (psikolog-6)*

*“Ekip çalışmasını olumsuz değerlendiriyorum. Yani ekip çalışması çoğu serviste birimde yok, bazılarında var o da tamamen işte çalışan kişilere bağlı. Hastalar bize yönlendirme yoluyla geliyorlar. Serviste yatan hastalarla da aynı şekilde test görüşme taleplerini sistemden yönlendirme ile yapıyorlar bizde ne testi istendiyse gidiyoruz, görüşme istendiyse veya yapıyoruz... Ekip yok gibi ama hekimler ve hemşireler aralarında ekip olabilirler. Ben ekibin bir parçası olmaktan ziyade ara sıra bilgisine başvurulmuş kişiyim. Sosyal hizmet uzmanları da ekibin parçası değil.” (psikolog-3)*

*“Bizim hastanemizde çok fazla ekip çalışması yok çünkü çok düzensiz psikiyatristlerin ziyaret saatleri bizim günaydın toplantılarımız vesaire bir araya gelemiyoruz, aynı zamanda müsait olamıyoruz burada biz görüşmede alıyoruz, ekip çalışması anlamında yetersiz buluyorum.” (psikolog-4)*

Bu konuda daha önce yapılmış çalışmalar incelendiğinde, örneğin Özdemir (1999)’in çalışmasında da aynı doğrultuda sonuçlar elde ettiği gözlemlenmiştir. Çalışmada, “çalıştığınız tedavi kurumunda hangi zamanlarda multidisipliner ekip çalışması uygulanmaktadır” sorusuna yönelik alınan cevaplar incelendiğinde Türkiye’de psikiyatri tedavi kurumlarında hiçbir aşamada tam anlamı ile oluşan ve çalışan multidisipliner ekip çalışması uygulaması olmadığı saptanmıştır (Özdemir, 1998: 213). Katılımcıların bazıları ise bulundukları psikiyatri tedavi kurumlarında ekip çalışmasının olmayışını ya da gerektiği gibi çalışmamasını fiziki şartların uygun olmaması ile ilişkilendirmiştir.

*“Hastane ortamında ekip çalışması iyi değil mesela 10 üzerinden puan vermemiz gerekirse 3’ü geçmez çünkü psikiyatrist kopuk, hemşire kopuk, psikolog kopuk, idare kopuk bu benim kendi görüşüm yani. Mesela fiziki şartlar zaten uygun değil. Ben şimdi a... birime bakıyorum birimde servisimiz var orada ne hekim odası var ne psikolog odası var ne grup çalışması yapılabilecek ne hastanenin mahremiyetini gözeterek görüşme yapılabilecek bir oda yok. A... birimde de sadece hekim odası var onu ortak kullanmaya çalışıyoruz onda da ne ışıklandırma, havalandırma birçok sıkıntısı var. Hasta odalarını anlatmıyorum bile yani orası karanlık. Biz hizmeti bir şekilde götürmeye çalışıyoruz.” (psikolog-8)*

*“Ekip çalışması mı? O da ne demek? Hastayla iletişimden uzak, işlerin başkalarının üzerine bırakılmaya çalışıldığı, meslek ve mesleğin alanı yani yaptırılan, beklenen iş*

*uyumsuzlukları, sağlanamayan fiziki şartlar gibi devam edebiliriz. Tabi bunlar birleşince nitelik düşünüyor.” (psikolog-1)*

*“Ekip çalışması var ancak fiziki koşullar, mevzuat uygun olmayabiliyor. İnsanlar kendi birikimleri ile birşeyler yapmak istiyor ancak az önce de saydığım gibi engeller var.” (psikolog-7)*

Psikiyatri tedavi kurumlarında etkin bir ekip çalışmasının gerçekleşmesi için bazı koşulların sağlanması gerekmektedir. Bunlardan biri yönetim tarafından oluşturulan destekleyici ortamdır. Destekleyici ortam sağlama ile psikiyatri ekip üyeleri arasında ileri düzeyde işbirliği, karşılıklı güven ve uyum sağlanır. Bu açıdan uyumlu ve aktif bir ekip çalışması için yöneticilerin bu koşulları oluşturan örgütsel bir kültür geliştirmesi gereklidir (Özdemir, 1998: 63). Bu açıdan yönetimin eleştirisini yapan hemşire-8 ve hemşire-9 servislerde meydana gelen yer değişikliklerinin kurulmuş olan ekip ruhuna engel olduğunu düşünmektedirler.

*“Yani bu serviste kesinlikle kurulmuş bir ekip dinamiği var fakat rotasyon diye bir konumuz gündemde hani rotasyonla değişimler biraz o ekip dinamiğini bozuyor bence olmamalı ekip eğer sağlamsa biz onu hani sağlamış durumdayız şu anda hekimlerle psikolog arkadaşımızla hemşireler olarak uyumlu bir ekibiz.” (hemşire-8)*

*“Ekip olarak sosyal hizmet uzmanının katılması gerektiğini düşünüyor. Her şeyden haberi olması gerektiğini düşünüyorum. Ama zaten idari kısımdan da böyle bir ekibin kurulmasını çok istemiyorlar. Sürekli yer değişikliği yapıyorlar. Çok da motivasyon ve sahiplenerek çalışamıyorsun.” (hemşire-9)*

Ekip çalışmasının bazı temel özellikleri bulunmaktadır. Psikiyatri alanında gerçekleştirilen ekip çalışmasında her sağlık profesyonelinin eşit statüde olduğunu kabul etmek ve her üyenin mesleki deneyimlerinden faydalanmak bunlardan bir tanesidir. Tek bir sağlık profesyonelinin bir hastanın tıbbi, psikolojik ve sosyal açılardan bütün yönlerine hakim olduğu ve onun tek kaynak olduğu düşünülemez. Ancak yapılan bazı çalışmalarda sağlık alanında ekip çalışmasının daha çok hekimin liderliğinde ilerlediği ve ekibin liderinin her zaman hekim olması gerektiği görüşünün hakim olduğu bulunmuştur. Bu çalışmalara göre, daha çok hekimler geleneksel bir anlayışa sahiptirler ve ekipte karar aşamasında son sözü söyleyen her zaman hekim olmalıdır düşüncesini dile getirmektedirler. Ekibin başarısı için ekip çalışmasında, liderlik süreci paylaşılmalı ve yeri geldiğinde değiştirilebilir olmalıdır. Ekip üyeleri ise bu düşünceye açık olmalıdırlar (Lafçı vd., 2016: 55-62; Kılınç, 2001; Ulusoy ve Tokgöz, 2009: 55). Bu açıdan ekip çalışmasına yönelik katılımcılardan alından cevaplar incelendiğinde birçoğunun görüşü ekip çalışmasında liderin hekim olduğu yönündedir. Psikolog-1 kısaca bu durumu açıklamıştır. *“Hekimler ekibin başı konumunda ve hemşireler ve biz (ekip üyeleri)”*. Hekimi ekip lideri olarak gören katılımcı psikiyatri ekibi üyeleri, hekimlerin otorite figürü olduğunu ifade etmekte ve etkin ekip çalışması için hekimlerin ekip çalışmasına istekli olması gerektiğini belirtmektedir.

*“Ekip çalışması şöyle bizim ekibimiz içerisinde ben varım psikolog olarak doktorlar var, hemşireler var ve tıbbi sekreterler var. Zaman zaman onlara da eğitim veriyoruz. Toplum ruh sağlığı merkezinde de oluyor bu eğitimler. Yani şöyle bir şey ekibi ekip yapan şey maalesef en başta genelde biz bunu kendi aramızda da böyle görüyoruz maalesef doktor. Yani doktor ekibe yaklaşıyorsa, servisin içerisinde ne bileyim ortak bir hava geliştirebiliyorsa evet ekip birbirine biraz daha yaklaşıyor gibi. Doktor geldi*

*bi nevi otorite figürü hadi gelin sende gel sende gel hepinizi istiyorum dediği zaman hani bu şöyle görünüyor hani bir araya gelip harıl harıl çalışmıyoruz ama birlikte işte diyoruz ki Perşembe günleri sabah kahvaltısı yapalım. Hani doktorda gelsin söz bile böyle dönüşüyor. Hani doktor ekibin içerisinde olduğu zaman nedense sistemde bizde birazda öyle en yoğun kişi doktor en riskli kararları alan kişiler doktor ve ekiple en az görüşen kişi yine doktor. Hastayı da en az gören kişi yine doktor. Yani bizim öyle bir araştırmamız oldu. Hastayı en çok süre olarak gören kişi kim? Kat temizleyicisi çıktı. Ama en kritik kararları alan doktor en az gören kişi. Vizitte ne kadar hasta oturuyorsa yani bu böyle bir şey.” (psikolog-5)*

Bazı hemşire katılımcılar ise hekimlerle ekip çalışması gerçekleştiremediklerini, kliniklerde görevlerinin hekimlerin kararlarını uygulamak olduğunu ifade etmiş ve aralarında ki iletişimin kötü olduğuna vurgu yapmışlardır.

*“Ekip çalışması da açıkçası hemşire arkadaşlarımla iyi bir iletişimimiz var ancak hekimlerle çok da iyi bir iletişimimiz olduğunu düşünmüyorum açıkçası ekip çalışması içinde değilde kararların hekimler tarafından alındığı ve bize sadece uygulamanın düştüğü bir ekip bu.” (hemşire-7)*

*“Biz daha çok hemşire arkadaşlarla görev dağılımı yapıyoruz o yüzden benim ekibimin bir parçası onlar. Hekimler de ekibin içerisinde ama şöyle bir ekip çalışmasından ziyade onların isteklerini yerine getirmek bizimkisi. Hastalarla da çok fazla iletişime geçtiklerini söyleyemeyeceğim. Onun dışında başka ekip üyesinden bahsedemem bizim serviste psikoloğun da geldiği oluyor ama onunla bir paylaşım yapmıyoruz. Sosyal hizmet uzmanı desen o hiç yok.” (hemşire-13)*

Hekimlerin görüşleri ise kendilerinin ekip lideri olduğu yönündedir. Ancak hekim-7’ye göre çabalarına rağmen tam anlamıyla multidisipliner bir ekip kurulamamıştır, hekim-10’a göre ise medikal model ağırlıklı çalışmak ekip çalışması oluşturma önünde engel teşkil etmektedir.

*“Ekip çalışması ise benim beklediğim istediğim gibi değil. Ekip sadece hekim ve hemşireden oluşmamalı, benim biraz kişisel gayretimle psikoloğu da ekibin içine kattığımızı düşünüyorum tabi onunda istekli olması önemliydi o da öyle. Biz biraz ekip lideri konumunda gibi olduğumuz için bizim isteğimiz önemli. fakat sosyal hizmet uzmanı sürekli olarak maalesef ekibimize dahil değil.” (hekim-7)*

*“Ekip çalışması gerçekleştiremiyoruz. Hemşire arkadaşlar bizim yönlendirmelerimizi gerçekleştiriyor. Hasta hakkında sorduğumuz konular oluyor ama birlikte karar almıyoruz biz alıyoruz onlar uyguluyor. Ekip çalışması bu demek değil. Tıbbi alanda ekip işi biraz zor çünkü medikal model ağırlıklı uygulamalarımız hep. Eee bir de ekipte psikolog, klinik psikolog, sosyal çalışmacı olmalı ama maalesef.” (hekim-10)*

Katılımcıların bazılarının (çoğunluğu hemşire katılımcılar) görüşü ise ekip çalışmasının iyi olduğu yönündedir. Ancak psikiyatri ekibinin üyelerinin kimler olduğu sorusuna çoğunluğu hemşiler ve hekimlerden oluşan bir ekibimiz var diye cevap vermişlerdir, nadir olarakta bu ekibe psikologlar dahil olabilmektedir.

*“Ekip çalışmasının iyi olduğunu düşünüyorum.... Ekip içinde hekimlerimiz ve biz varız.” (hemşire-1)*

*“Ekip çalışmasının güzel olduğunu düşünüyorum ama ekibimizde sadece doktor ve hemşire var”. (hemşire-2)*

*“Ekip çalışmasının iyi olduğunu düşünüyorum, güzel uyumlu bir ekibimiz var .... Ekip içinde hekimlerimiz, hemşirelerimiz ve psikoloğumuz var”. (hemşire-3)*

*“Ekip çalışması bence güzel. Ekibin içerisinde biz, doktorlarımız, psikolog ve hasta bakıcılarımız var.” (hemşire-10)*

*“Bu klinikte özellikle ekip çalışması çok önemli. Ekip çalışmasının iyi olduğunu düşünüyorum... ekibimizde daha çok hekim arkadaşlarımla ve hemşire arkadaşlarla iletişim halindeyiz” (hekim-3)*

*“Hekimler, hemşire arkadaşlarımız ve bazen psikolog arkadaşımız (ekibin üyeleri).” (hekim-4)*

Hekimlerle kurdukları ekip çalışması içinde hemşireler kendi rollerine dikkat çekmişler ve hastayı en çok gözlemleyen ve bunları hekime aktaran kişiler olduklarına dikkat çekmişlerdir.

*“Ekip çalışması konusuna gelince ise bizim kliniğimizde hekimler ve hemşire arkadaşlarımızla iyi bir iletişimimiz var. Biz hastalarla en çok vakit geçiren kişileriz bence yani onların sorunlarını şikayetlerini ilerlemelerini biz gözlemliyoruz öncelikle ve hekimlerimize eee bunları aktarıyoruz. Bir sorunu varsa iletiyoruz. Bunun dışında yani ekip içinde başka meslek elemanı var mı diye soruyorsanız eğer eee bence yok. İhtiyaç halinde psikolog ve sosyal hizmet uzmanı geliyor. Bu noktada sosyal hizmet uzmanı eee en az iletişim kurduğumuz meslek elemanı.” (hemşire-11)*

*“İyi bir ekip çalışması oluyor hekimlerimizle iletişimimiz iyi hastayla ilgili en çok gözlemci biz olduğumuz için yani bizim bizim bu konuda bilgimize başvuruyorlar yani bu açıdan ben ekibimizi iyi buluyorum.” (hemşire-15)*

Psikolog-4’te klinikte ekip çalışması içinde çalışmadıklarını bunun yerine hemşirelerin sağlık profesyonelleri arasında iletişimi sağlayan ve hasta için gerekli yönlendirmeyi yapan kişiler olduğundan bahsetmiştir.

*“Aslında oldukça görev tanımlarımız oldukça farklı olduğu için ee bizim şöyle düşünelim hemşire odaklı aslında doktor kısmında doktora yönlendiriyor psikologla görüşme yapması kısmında tamam bize sistemden doktor istiyor ama daha çok hemşire aracı oluyor bizim hepimizin arasında ki iletişime hastayla, hemşirelerin belli sayıda ilgilendikleri hastalar var o onun şikayeti doğrultusunda bize yönlendirilecekse veya sosyal hizmet uzmanı yardım edecekse atıyorum ek bir konsültasyon olacaksa doktoruna bilgileri o veriyor...” (psikolog-4)*

Sosyal çalışmacılar, disiplinler arası ekiplerde genellikle kilit bir role sahiptir. Psikiyatri alanında hastaların bütüncül olarak değerlendirilmesi açısından tedavi hizmetlerinin tamamlayıcı parçası ve destekleyicisidir. Sosyal çalışmacılar hastalar, bakım verenler, aileler ve disiplinler arası ekiple etkili ilişki kurma becerisine sahiptirler. Kaliteli kişilerarası ilişki kurarak ekip çalışmasını desteklerler ve ekiple hasta ve hasta yakınları arasında ilişkiyi güçlendirirler. Ancak alanyazın taramasında sosyal çalışmacıların ekip çalışması içinde batıda etkili oldukları kadar Türkiye’de etkili olamadıkları gözlemlenmektedir. Ergün vd. (2014)’nin gerçekleştirdiği “Ülkemizdeki Psikiyatri Kliniklerinin Tedavi Edici Ortam Yönünden İncelenmesi” isimli çalışma kapsamında 195 psikiyatri kliniği olan hastanelerle görüşülmüştür. Ekip üyelerinin sayılarının belirtildiği çalışmada sosyal çalışmacılar psikiyatri ekibinde yer almamışlardır (Ergün, 2014: 8-19). Sosyal çalışmacıların psikiyatri ekibinin içinde yeterince etkili olamamasının ve

görülmemesinin en büyük nedeni sayı yetersizliğidir. Sosyal çalışmacı sayısı Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2005 verilerinde, yüz bin kişiye Almanya’da 477, Hollanda’da 176, İngiltere’de 58 olarak bildirilmiştir. Türkiye’de ise yüz bin kişiye 1 sosyal çalışmacı düşmektedir (Akarçay, 2013: 34; Ulaş, 2008: 3). Sağlık Bakanlığı’ndan dilekçe yazılarak elde edilen bilgiye göre 2018 yılı Ağustos ayı itibari ile bakanlığa bağlı olarak istihdam edilen sosyal çalışmacı sayısı 1379 olarak belirtilmiştir. İstihdam edilen sosyal çalışmacı sayısı Sağlık Bakanlığı 2011 yılı verilerine göre 613 iken bu oran 7 yılda 2 katına çıkmıştır. Özellikle Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin açılmasıyla birlikte bu sayının arttığı düşünülmektedir. Fakat katılımcıların da ifade ettiği gibi, istihdam oranında ki artışa rağmen psikiyatrik tedavi kurumlarında sosyal çalışmacıların halen yeterli sayıda olmadığı gözlemlenmektedir.

*“Yetersiz sayıdan bence (ekip çalışmasının olmayışı) çünkü ruh sağlığı hastanesinin sosyal hizmet uzmanı kadro sayısı normalde 9 ama şu anda 2 kişi çalışıyor. Ve o 2 arkadaş hastanenin tüm işleyişinden sorumlular bunun yanında ekstra görevlendirildikleri başka yerlerde var.” (hemşire-19)*

İhtiyacı karşılayan, nitelikli ve güvenilir bir ruh sağlığı hizmeti ancak sayı ve nitelik bakımından yeterli ekip üyelerinin bulunduğu uyumlu bir ekip ortamında gerçekleştirilebilir. Katılımcıların görüşleri değerlendirildiğinde psikiyatri ekibinin hemen hepsi sosyal çalışmacıların ekip çalışmasına dahil olmadığını ifade etmişlerdir. Bunun sebebinin sayı yetersizliğinden kaynaklı olduğunu belirten ekip üyeleri de bulunmaktadır.

*“Ekibin içerisinde sosyal hizmet uzmanlarını göremiyorum. Sadece ihtiyaç durumunda o da en zorda kaldığı zaman başvuru şeklinde oluyor.” (hemşire-7)*

*“Hastanemizde yeterli sosyal hizmet uzmanı yok o yüzden çok fazla şeye yetişemiyorlar.” (hemşire-3)*

*“...sosyal çalışmacıyla çalıştım ama ekip olarak karşılıklı iletişim halinde çalışmıyoruz. Ben ona konsültasyon yazıyorum hastanın sorunuyla ilgili o da onunla ilgili bir rapor hazırlayıp bana iletiyor. Bir iletişimimiz yok.... Kendi birimlerinde yetersiz sayıdalar. Olması gerektiği gibi bir hizmet yok ben ekibin bir parçası olmaları gerektiğine inanıyorum. Bütüncül tedavi böyle sağlanır ama onları kliniklerde göremiyoruz. Kendiliğinden gelip hastaları incelemiyorlar her hasta için sosyal inceleme raporu hazırlamıyorlar ben talep edersem ancak öyle. Ama bu hastalar için mutlaka gerekli olan şeyler bunlar. (hekim-5)”*

Hekim-2 ise sosyal çalışmacılarla ekip çalışması yürütememelerinin sebebinin sayı yetersizliği sebebiyle olabileceği gibi sosyal çalışmacıların genel isteksizliklerinden de kaynaklanabileceğini ifade etmiştir.

*“Hemşire arkadaşlarım, hekim arkadaşlarım, psikoloğumuz ekip arkadaşlarım. Arasına sosyal çalışmacıda oluyor. Ama burada sosyal çalışmacıların sayı eksikliğinden ve yahut bilmiyorum genel isteksizliklerinden yeterince güzel bir ekip çalışması yürütebildiğimizi düşünmüyorum. Daha önce çalıştığım kurumda böyle değildi direk ekibin bir üyesiydi sosyal çalışmacı ve ondan çok fazla faydalanmaktaydık ekip olarak. Hastaların çevre koşullarını değerlendirir ailesiyle çalışma yapar çok güzel bir sosyal inceleme raporu hazırlardı bizim için. Ama burada öyle olmuyor.” (hekim-2)*

Psikologların tamamının görev yaptıkları psikiyatri tedavi kurumunda sosyal çalışmacı ile ekip içinde hiçbir zaman çalışmadıklarını ifade ettikleri gözlemlenmiştir.

*Ekip içinde çalışmadım hiç sosyal hizmet uzmanı ile (psikolog-2)*

*Bu hastanedeki sosyal hizmet uzmanlarıyla pek çalışma fırsatım olmadı herkes kendi alanına hakim daha çok. Daha önce çalıştığım yerde sosyal hizmet uzmanı hem SHU hem de hemşire olarak çalışıyordu. Uyumlu olarak çalıştık. Buradakilerle TRSM'dekiler daha farklı gözlemlediğim kadarıyla. (psikolog-7)*

*Ekip yok gibi ama hekimler ve hemşireler aralarında ekip olabilirler. Ben ekibin bir parçası olmaktan ziyade ara sıra bilgisine başvurulmuş kişiyim. Sosyal hizmet uzmanları da ekibin parçası değil. (psikolog-3)*

Bunun sebebinin sosyal çalışanların ve psikologların görev yaptıkları psikiyatri tedavi kurumlarında kliniklere bağlı olarak değil de ayrı bir birimde farklı bir bina da çalışmalarından kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Sosyal çalışanlar ve psikologlar konsültasyon istemi ile klinikte hastalara yönelik hizmet sağlamaktadırlar. Psikologlar sosyal çalışanlardan farklı olarak günaydın toplantılarına katılarak ya da grup terapileri gerçekleştirerek kliniklerde daha fazla vakit geçirebilmektedir. Bazı katılımcıların görüşlerinde bu doğrultudadır.

*“Ekip çalışmasını da yani iyi olarak değerlendirebilirim. Hemşirelerle sürekli iletişim halindeyiz, psikolog arkadaşlar geliyor günaydın toplantılarımıza katılabiliyorlar. Ekip böyle siz sanırım sosyal hizmet uzmanı açısından sorularınızı yöneltiyorsunuz siz söylemeden ben cevap vereyim sosyal hizmet uzmanlarıyla ekip olarak iletişim halinde çalışıyor musunuz dersiniz hayır. Ayrı birimleri var ve bilgi talebimiz doğrultusunda bize dönüş yapıyorlar bu kadar.... Evet çalıştım. Ama söylediğim gibi bu ekip çalışması değildi konsültasyon istemi ile bilgi talebimiz oluyor o da talebimize geri dönüş yapıyor”. (hekim-6)*

*“Bence sosyal beceri, iletişim hepsinin içinde terapilerde hepsinin içinde aktif olmalı eee taburculuk öncesi, taburculuk sonrası bence ekibin içinde olmalı dışardan değilde ekip içerisinde bulunmalı. Ayrı bir binadalar servislerden uzaktalar. Telefonla ulaşıyoruz eee kendilerine sadece, eee yani böyle izole olmamalılar.” (hemşire-5)*

*“...yani ekip içinde başka meslek elemanı (hekim ve hemşire dışında) var mı diye soruyorsanız eğer eee bence yok. İhtiyaç halinde psikolog ve sosyal hizmet uzmanı geliyor. Bu noktada sosyal hizmet uzmanı eee en az iletişim kurduğumuz meslek elemanı.” (hemşire-11)*

*“Yani şöyle birebir sürekli bir ekip içinde bulunmuyoruz. Odası zaten bizden uzak ayrı bir yerde. Birebir çalışmıyoruz ama bizim kurum çocuğumuz çok fazla ve aileleriyle problemlili olan istismara uğrayan çocuklarımız çok fazla hani onlarla ilgili bildirimler görüşmeler yapması için hani biz talep giriyoruz talep doğrultusunda hani sosyal hizmet uzmanı ile iş birliği yapıyoruz. (hemşire-8)”*

*“Çalıştık telefonla aradık, ama burda olmuyor yani bizim için ekibin bir parçası değil. İhtiyaç durumunda yani eee ulaşıyoruz hekimlerimiz talep yazıyor yani.” (hemşire-12)*

Katılımcıların çoğu sosyal çalışanla gerçekleştirdikleri çalışmanın yüzyüze değil telefonla ya da konsültasyon istemi göndererek gerçekleştirildiğini ifade etmiştir. Ekip çalışması karşılıklı iletişim kurarak gerçekleştirilmeli ve kararlar alınırken ekip üyelerinin birbirleri ile etkileşime geçmesi gerekmektedir.

*“Ekibin içerisinde sosyal hizmet uzmanlarını göremiyorum. Sadece ihtiyaç durumunda o da en zorda kaldığı zaman başvuru şeklinde oluyor... Yani telefonla görüşmek ekip çalışması ise evet..” (hemşire-7)*

*“Sosyal hizmet uzmanı ekimizin içinde hiç değil. Olması gerekli mi bilmiyordum yani hasta adresi ve telefon bilgileri hani hukuki durumlar olunca onları arıyoruz ama burda serviste onları çok az görüyoruz.... Diyorum ya ekip içinde çalışmadım yani daha önce de çalışmadım sadece bilgi talep edince arıyoruz telefonla. Daha çok telefonla görüşüyoruz.” (hemşire-14)*

*“Şimdi az önce soruda birebir ya da ekip içinde çalıştınız mı diye soruyordu yani ben sosyal hizmet uzmanıyla yani hiç görüşmedim anlamına gelmesin bu sadece ben birebir bir çalışma gerçekleştirmedim ya da ekibimizin içinde de bulunmadı. Biz sosyal hizmet uzmanlarını bilgi talebiyle arıyoruz. Hastanın bir şeye ihtiyacı var örneğin hasta yakınına ulaşamıyoruz o zaman sosyal hizmet uzmanını arıyoruz ya da taburcu olacak kuruma yerleşmesi lazım o zaman sosyal hizmet uzmanını arıyoruz. Bazen doktorlarımızın aileyle ilgili bilgi talebi olabiliyor bildiğim kadarıyla o zamanda görüşülüyor. Ama yani bunların hepsi telefonla iletişim şeklinde yüzyüze değil.” (hemşire-15)*

*“Evet çalıştım. Yani aslında ekibin direk bir üyesi değiller ama ihtiyacımız olduğu dönemlerde onlara konsültasyon istemi gönderip ulaşabiliyoruz.” (hekim-1)*

*“Sosyal hizmet uzmanı ekip çalışması gerçekleştirmedim fakat konsültasyon istemi ile ondan bazı bilgileri talep ettim ya da hasta ile alakalı bazı sosyal meseleleri aktardım.” (hekim-8)*

Psikiyatri alanında bütüncül yaklaşımın sağlanması ve hastanın kapsamlı olarak bütün yönleri ile değerlendirilebilmesi için hastanın durumu göz önünde bulundurularak bir ekip kurulması ve ekibin bütün üyelerinin karşılıklı etkileşim içinde çalışma yapması gerekmektedir. Bu anlamda sosyal çalışmacılar, psikiyatri ekibi içinde hastaların sosyal problemlerine odaklanan ve hastayı çevresi içinde değerlendirebilen, toplumla bağlantı kuran ve iletişim becerileri kuvvetli olan bir sağlık profesyoneli olarak ekibin olmazsa olmaz parçalarındandır. Bazı katılımcılar ekibin bir bütün olduğunu ve biyopsikososyal yaklaşımın sağlanması açısından sosyal çalışmacıların ekip içinde mutlaka bulunması gerektiğini ifade etmişlerdir.

*“Psikiyatrik ve psikolojik her hastalığın temeli biyopsikososyaldir. Yani sosyal kısımda işin içine giriyorsa sh uzmanı da bu alanda rol almalı. Sosyal hizmet uzmanı bizim üzerimizden sosyal alanı almalı. Hastanede mutlaka olmalı. Sosyal hizmet uzmanı bilinmiyor ama. Ruh sağlığı bir bütündür. Ekip de bütün olmalı eksik taraflar var.” (hekim-11)*

*“Tamamlayıcı unsur olarak (sosyal çalışmacılar) gerekli. Biyopsikososyal yaklaşım açısından ben biyolojik boyutu değerlendiriyorsam, psikolog arkadaşım psikolojik boyutu değerlendiriyorsa sosyal hizmet uzmanı da sosyal boyutu değerlendirmesi açısından, bütüncül yaklaşım açısından tamamlayıcı rolde.(hekim-2)*

*“Yani bence olması gereken birebir hem bizim hem sosyal hizmet uzmanlarının klinikte ekibin bir parçası olarak rol almamız.” (psikolog-4)*

*“Ekip olarak sosyal hizmet uzmanının katılması gerektiğini düşünüyorum. Her şeyden haberi olması gerektiğini düşünüyorum. Onun haricinde bir sıkıntı yok.” (hemşire-9)*

### *3.7.1.2.3.Tedavi Edici Ruh Sağlığı Alanında Psikiyatri Ekibinin Sosyal Çalışmacının Görevlerine İlişkin Görüşleri*

Bu tema altında psikiyatri tedavi kurumunda görev yapan sosyal çalışmacıların görevlerine ilişkin psikiyatri ekibinin görüşleri değerlendirilecektir. Sosyal çalışmacının görevleri, sosyal inceleme, birey ve ailesi ile çalışma, birey ve grupta yönelik savunuculuk, vaka yöneticisi, ruh sağlığı bakımında sosyal modeli teşvik edici, psikoeğitim ve danışmanlık ve taburculuk planlaması alt başlıklarına ayrılmıştır.

#### *3.7.1.2.3.1. Sosyal İnceleme*

Sosyal inceleme her alanda sosyal hizmetin çekirdeğini oluşturmakta, bu yönü ile insanı biyopsikososyal bir varlık olarak çevresi içinde ele almaktadır. Sosyal inceleme raporu müracaatçı hakkında bilgi toplanması, elde edilen bilgiler ışığında değerlendirme yapılması, değerlendirme sonrasında ulaşılan sonuç ve sorun çözme amacıyla geliştirilen müdahale planını kapsayan bir mesleki kayıt türüdür. Sosyal hizmet mesleğinde sosyal inceleme, ilgili müracaatçının (hastanın) bireysel özelliklerini, sorunlarını, sorunların gelişme nedenini, içinde bulunulan durumun olumlu ve olumsuz yanlarını, bireylerin sosyal çevre koşullarını, yaşam kalitesini ve diğer bireylere etkilerini ayrıntılı olarak sistematik bir biçimde ele alarak aydınlatma, anlama, belirleme ve müdahale planı geliştirme süreci olarak özetlenebilir (Artan, 2016: 3; Özbesler, 2015: 18). Bütün uygulama alanlarında olduğu gibi psikiyatri alanında da yapılan sosyal inceleme ve değerlendirme hastanın bütüncül olarak ele alınmasına, psikiyatri ekibiyle elde edilen bilgiler paylaşılarak tedavi aşamasında sürecin doğru bir şekilde işlemesine ve böylelikle hastanın yararına en etkili tedavi planının geliştirilmesine ve en uygun kararlar alınmasına imkan sağlar. Bu anlamda katılımcılara sorulan “Sosyal çalışmacılar ve psikiyatri alanındaki işlevleri hakkında ne düşünüyorsunuz?” sorusuna yönelik elde edilen cevaplar değerlendirildiğinde psikiyatri ekibinin bazılarının sosyal çalışmacıları sosyal inceleme raporu hazırlayan uzmanlık alanı olarak değerlendirdiği gözlemlenmiştir.

*“Hastanın ailesiyle iletişime geçerek hastanın öyküsünü ayrıntılı olarak değerlendirmek, ailelere ulaşmak,...”(hekim-7)*

*“Hasta, ailesi ve çevresel faktörlerin incelenmesi sosyal hizmet uzmanının görevlerinden biri, buna yönelik bir rapor hazırlıyorlar sanırım ama her hastaya değil..” (hemşire-13)*

*“Sosyal çalışmacılar özel birimleri var ve bizim isteğimiz bilgi doğrultusunda sosyal inceleme olabilir ya da hastanın ailesine ulaşılmasını talep ediyor olabiliriz, bunlar doğrultusunda bize hizmet veren uzmanlık alanı.” (hekim-10)*

*“İyi çalışan bir sosyal hizmet uzmanının aslında burada çok fazla yapacağı şey var. Yani istismar hastaları, ihmal hastaları geldiğinde kesinlikle inceleme ve aile değerlendirmesinin yapılması gerekiyor özellikle çocuk polikliniğinde kesinlikle bunun yapılması gerekiyor. Bu burada kesinlikle gözden kaçıyor.” (psikolog-9)*

Sosyal çalışmacının temel görevlerinden birinin sosyal inceleme raporu hazırlamak olduğu ifade edilse de katılımcılar görev yaptıkları psikiyatri tedavi kurumunda sosyal incelemenin yalnızca hekimin talebi doğrultusunda gerçekleştirildiğini belirtmişlerdir.

*“Bir de sosyal inceleme raporu çok önemli tabi ne yazık ki talep doğrultusunda yapılabilen durumlar bunlar. (psikolog-4)”*

*“Kendi birimlerinde yetersiz sayıdalar. Olması gerektiği gibi bir hizmet yok ben ekibin bir parçası olmaları gerektiğine inanıyorum. Bütüncül tedavi böyle sağlanır ama onları kliniklerde göremiyoruz. Kendiliğinden gelip hastaları incelemiyorlar her hasta için sosyal inceleme raporu hazırlamıyorlar ben talep edersem ancak öyle. Ama bu hastalar için mutlaka gerekli olan şeyler bunlar.” (hekim-5)*

*“...bizim istediğimiz çalışmaları gerçekleştiriyorlar aileyle görüşüp sosyal inceleme raporu hazırlama mesela.” (hekim-10)*

Hemşire-13 yalnızca hekim talebiyle bazı hastalara sosyal inceleme raporu hazırlanmasını eleştirmiş, olması gerekenin ise yatan bütün hastalara yönelik sosyal inceleme raporu hazırlamak olduğunu *“Olması gerekense eğer bi kere her hastayı görmeliler inceleme raporu yazmalılar. Aile incelemesi yapmalılar, sorunları tespit etmeliler ve ona yönelik hizmet oluşturmaları. (hemşire-11)”* cümleleriyle ifade etmiştir. Katılımcıların çoğunluğu sosyal inceleme raporunun yatan bütün hastalar için hazırlanması gerektiği görüşündedir. Ancak görev yaptıkları psikiyatri tedavi kurumunda bunun gerçekleştirilememesi nedeni olarak sosyal çalışmacıların sayı yetersizliği görülmektedir.

*“Öncelikle servislerde kalan yani yatışı yapılan hastalarla ilgili yani her şeyden önce sosyal inceleme raporunun eksiksiz ve tam olarak tüm hastalara bence hazırlanması gerekiyor. Ama maalesef bu gibi bir hastanede bu kadar hasta varken ve sayıları bu kadar azken böyle bir şey olamaz. Hepsine sosyal inceleme raporu hazırlayamazlar. Sosyal inceleme raporu bence çok önemli bir konu.” (psikolog-3)*

*“Bu hastane de öncelikle her yatan hasta için ben sosyal inceleme raporu hazırlanması gerektiğini düşünüyorum ama yetişemiyorlar sanırım.” (hekim-6)*

Katılımcıların sosyal inceleme ile ilgili görüşleri irdelendiğinde psikiyatri ekibi tarafından sosyal incelemenin sosyal sorunların tespitini yapmak olarak ele alındığı görülmektedir. Sosyal hizmet tarihinde ilk kez Richmond (1917), müracaatçıların sorunlarına doğru “teşhis” koyabilmek için kapsamlı psiko-sosyal incelemeler gerçekleştirmiştir. Bu anlamda sosyal inceleme bireylerin sosyal sorunlarının tespit ve teşhis edildiği bir çalışma olarak değerlendirilebilir. Sosyal çalışmacının mesleki eğitimi ve mesleki değerleri, “teşhis”, “değerlendirme” ve “iyileştirme planları geliştirme” ve bunları uygulamasını sağlayan bilgi, beceri ve değer temelini elde etmesini sağlar (Uluğtekin, 2004: 89; Artan, 2016: 2-3). Ancak katılımcıların değerlendirmeleri ele alındığında hastaların sosyal sorunlarının sosyal çalışmacılar tarafından “teşhis” edilmediği aksine klinikte görev yapan hemşireler ya da hekimler tarafından sosyal sorunların belirlenip sosyal çalışmacıya yönlendirildiği belirtilmiştir.

*“Şimdi eğer biz bütüncül yaklaşımı destekliyorsak. Hastanın biyolojik boyutu kadar yani sosyal boyutuda varsa sosyal hizmet uzmanı her hastayı görmeli bence yani. Eee hastaların onunla ilgili sorununu ben tayin edip onu çağırdıktan sonra bir anlamı yok. Ya ben daha önemli bir sorununu tayin edemiyorsam hastanın.” (hemşire-11)*

*“Hastaların sorunlarının teşhisi açısından da şöyle tıbbi açıdan evet hekimlerimiz alanında uzman ve (hastanın) hastalığına uygun tedaviyi yapıyorlar bunu sorgulama durumu da bana kalmaz ancak hastaların sadece biyolojik yönünün olmadığı aşikar biz sağlığın tanımını yaparken 4 yıl boyunca eğitimimizde de biyolojik psikolojik ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali diye öğrendik. Şimdi biyolojik açıdan bir tedavi sağlanıyor sorun tespit ediliyor ancak sosyal açıdan sorun tespiti kesinlikle yapılmıyor. Çünkü bu konuda uzman kişi biz değiliz. Yani hastane prosedürlerine göre sorunu ben tespit edeceğim sosyal hizmet uzmanına yönlendireceğim bu mümkün mü? Ben bir sağlık memuruyum ya da konsültasyonu yazan kişi de hekim. O açıdan yetersiz buluyorum. Sorun tespitini direk sosyal hizmet uzmanları yapmalı o yüzden klinikte gelip bizzat bulunmalı. Ha bu nokta da sayılarının yetersizliğinin de farkındayım.”* (hemşire-13)

*“Psikiyatri alanı için aslında çok önemli olduklarını düşünüyorum ben (sosyal çalışmacıların). Çünkü hastaya bütüncül yaklaşmak gerekli tıbbi yönünü biz değerlendirirsek ki asıl sorun orada ama sosyal sorunlarını da sosyal hizmet uzmanları tedavi etmeli. Bir de ben eksikliğini hissediyorum çünkü sosyal inceleme raporu görmek istiyorum her yatan hastada ama maalesef. Şimdi hasta yatıyor biz yakınına bir daha göremiyoruz ama öğrenmemiz gereken şeyler olduğunda bunu karşılaması gereken ekip çalışanı sosyal hizmet uzmanı olmalı ama olamıyor.”* (hekim-6)

*“Benim düşüncem biraz daha hastaları tanımalılar, servislerde kliniklerde vakit geçirmeliler, bunları dediğim gibi 2 -3 haftalık bir süreçte plan dahilinde yapabilirler. Atıyorum hani hastanız taburcu gelin alın demek yerine sadece ya da bunlarda da çoğunu zaten biz yürütüyoruz, çünkü onları aramak işte tekrardan konsültasyon girmek, dönüş almak bu istişareyi yapmak bize zor geliyor aslında bir numarayı çevirip biz hasta yakınıyla iletişim kurunca daha rahat oluyor çünkü daha sağlıklı ilerliyor işler böyle. Benim düşüncem biraz daha bunları tespit etmeliler yani burada sosyal sorunları olan hastalar var mesela sürekli biz arada aracıyız işte doktor bey böyle oldu işte vasisini arıyorsa avukat bey böyle oldu işte sosyal çalışmacı ile istişare halindeyiz hani bu da bizi biraz yoruyor aslında çünkü bizim alanımızda değil uzmanlık alanımız değil bu. Mesela atıyorum hastayı tanıyıp bizden de belki destek alabilirler bizde bu konuda destek oluruz mesela bakım merkezi mi olacak, aile yanına mı yerleşecek başka bir kuruma mı yerleşecek bunlarla ilgili hani işleyişi sağlamalılar mı ya da vasisi mi bunu mahkeme açacak, yapacak hani bu yönde yönlendirmeleri, bilgilendirmeleri olabilir bu süreçte. Çünkü biz mesela var bir hastamız var mesela C.İ. diye biz hastayı tedavi ettik Ekt tedavisi bitti 1 ay oldu göndereceğiz gönderemiyoruz, nereye göndereceğimizi bilmiyoruz, avukatına ulaşmaya çalışıyoruz, ailesine ulaşmaya çalıştık, bu süreçte sosyal hizmet uzmanı arkadaşlar yardımcı oldular sağolsunlar ama noldu şimdi tekrar bu hasta burada kalıyor şimdi.”* (hemşire-6)

Bu noktada hekim-7 ise sosyal sorunların tespit edilememe nedenini sosyal çalışmacıların hastalarla sürekli iletişim halinde olmaması yönüyle değerlendirmiş. Hastalarla kurulan iletişim, hastanın ve çevresindeki sorunların çözümüne yönelik müdahalede en önemli araçtır. Bu çalışma açısından değerlendirildiğinde genel olarak katılımcıların görüşlerine göre, sosyal çalışmacıların sürekli kliniklerde bulunmamaları hastalarla iletişimin ve ilişki kurmanın önünde ki en büyük engellerden biridir.

*“Hastalarla sürekli iletişim halinde değiller, birçok hasta ile de hiç iletişime geçmiyorlar çünkü sadece bizim talep ettiğimiz hastalarla ilgili çalışma yapıyorlar e*

*bu durumda sosyal sorunun teşhisini biz yapmış oluyoruz yani biz tanıyı koyuyoruz o tedavi ediyor gibi.” (hekim-7)*

Hekim-13 ve hekim-16 her hastayı ilk önce sosyal çalışmacının görmesi ve bir sosyal inceleme raporu hazırlaması bu rapor eşliğinde hekime ya da servise gönderilmesi gerektiğini düşünmektedir. Hekim-13 ve hekim-16’nın ifade ettikleri bu durum bütün hastalara sosyal inceleme yapılması ve hastaların sosyal sorunlarının teşhisi açısından oldukça önemli bir öneridir.

*“Mesela silahlı kuvvetler insanların çoğu beğenmez ama bu tarz şeylerin uzmanlık alanlarının en iyi çalıştığı sektörlerdendir. Ben hayatımda ilk defa en uygun sosyal hizmet uzmanı çalışmasını askerlikteyken yaşadım mesela. Önce hasta sosyal hizmet uzmanına giderdi o genel olarak bir aile örüntüsü çevre anemnezi vesaire falan alırdı bizim önümüze bir sayfalık bir raporla gelirdi hasta ondan sonra biz tedavi yoluna giderdik. Çok güzel bir ekip çalışması oluyordu.” (hekim-13)*

*“Yani bence bizim hastane için söyleyeyim kesinlikle son derece önemli bir rolü var. Biz uzun yıllar öncesinde 90lı yıllarda sosyal hizmet uzmanlarını direk polikliniklerde görevlendirmiştik hastane de yatan hastaların ilk muayenesi yani ilk servise alınmadan önce mutlaka sosyal hizmet uzmanından geçiyordu. Yani aileleriyle her zaman iletişim kurmak çok kolay olmayabilir. Özellikle ilk hastaneye geldiği zaman aileleriyle birlikte geliyorlar. Sonra bazen gelir ya da gelmeyebilir. Yani akıl hastalarının maalesef böyle bir durumu var. O yüzden ilk giriş anındaki öyküsünü değerlendirelim diye özellikle ailesiyle gelenleri hastaneye yatışı yapılanları servise alınmadan önce mutlaka sosyal hizmet uzmanı onların bir kendilerine göre standart değerlendirme formları vardı her dosyada o mutlaka olurdu. Yani ben çalıştığım sürece idareci olarak da hekim olarak da sosyal hizmet uzmanlarının o ilk andaki aldıkları verileri son derece yararlı gördüm hasta takibinde. Şu anda öyle bir uygulama olduğunu sanmıyorum.” (hekim-16)*

#### *3.7.1.2.3.2. Birey ve Ailesi İle Çalışma*

Birey ve ailesi ile çalışma, ruhsal hastalıkla alakalı olarak meydana gelen psikolojik ve sosyal sorunları çözmek amacıyla bireylerle ve aileleri ile gerçekleştirilen ve temelde bireylerin ve ailelerinin problem çözme ve başetme becerilerini geliştirmeyi hedefleyen çalışmalar bütünüdür. Planlı yapılandırılmış ve düzenli olarak gerçekleştirilen bu çalışmalar bireyleri ve ailelerini ihtiyaç duyduğu hizmetlerle biraraya getirmeyi, tedavi planına uyum sağlamayı, hastalığın oluşturduğu baskıları azaltmayı, aile içi ilişkileri düzenlemeyi, topluma yeniden entegrasyonu ve eğitim ve istihdam ile alakalı sorunların çözülmesini içerir (Oral ve Tuncay, 2012: 107). Bu açıdan sosyal çalışmacıların ruh sağlığı alanında ki temel görevlerinden biri olan birey ve ailesiyle çalışma ile ilgili psikiyatri ekibine yönelik sorulan “Psikiyatri alanında çalışan sosyal çalışmacıların birey ve ailesiyle çalışma görevi hakkında ne düşünüyorsunuz?” sorusu karşısında alınan cevaplar genellikle bu rolün yerine getirilemediği yönündedir.

*“Bireyle çalışma yani hastanın bütün sosyal sorunlarını ortadan kaldırmak için sorunları tespit edip bu yönde gerçekleştirilen çalışmalar olsa gerek. Ama sosyal hizmet uzmanları özellikle hastanelerde bu rollerini gerçekleştiremiyorlar bence. Çünkü kapsamlı çalışma için hastanın tüm yönleri ele alınmalı ailesi çevresi çalışıyorsa iş çevresi değerlendirilmeli, güçlü yönleri, zayıf yönleri ayrıntılı değerlendirme yapılmalı ama öyle değil. Sosyal hizmet uzmanları yalnızca konsültasyon istemi ile hastanın sorununu hekimden öğrenip ona çözüm arıyor. Ya da sosyal inceleme istendiğinde ise sadece durum bu bu diye rapor yazıyor yani müdahale*

*sürecinde yeterince olmuyor. Aileyle çalışma ise hiçbir şekilde olmuyor. Zaten hastane dışına çıkamıyorlar ki nasıl olsun.” (hemşire-17)*

*“Bizim alanımızın önemli bir ayağı bence sosyal çalışma çünkü ailevi ve bireysel çok problemleri oluyor hastaların, istismara çok açıklar, haklarını bilmiyorlar, taburculuk sonrası geri dönüş çok fazla ilaçlarını düzenli kullanmıyorlar ben mutlaka düzenli kullanmaları gerektiğini anlatıyorum ailelere ama bunun için yeterince bilinçli değiller. Bunları kazandırmak eğitimler vermek, destek sağlamak, çevresini düzenlemek, hakları konusunda bilinçlendirmek (sosyal çalışmacıların) işlevleri arasında ama yapılabildiğini düşünmüyorum.” (hekim-5)*

Katılımcı psikiyatri ekip üyelerinin cevapları değerlendirildiğinde çoğunluğunun sosyal çalışmacıların birey ve ailesiyle çalışma görevlerinin kapsamını ayrıntılı olarak bilmedikleri gözlemlenmektedir. Hekim-9’un birey ve ailesiyle görüşme ile ilgili olarak verdiği cevap bunu göstermektedir, *“Ne tür çalışma yapılıyor mesela ekonomik durumuna yönelik kaynak sağlama ise en çok bunu yapıyorlardır sanırım.”* Hemşire-3’e göre ise sosyal çalışmacılar psikiyatrik tedavi kurumunda yalnızca bireyle ve ailesiyle çalışma yapmakta bu da irtibat sağlama şeklinde olmaktadır. *“...yalnızca bireyle ve ailesiyle çalışma yaptıklarını bunun da ailesine ulaşmak gibi bir çalışma olduğunu biliyorum”*. Hastaların ailelerine ulaşmak bireyle ya da ailesiyle çalışma görevi kapsamına girmemektedir. Bu açıdan verilen bu cevaplar bazı psikiyatri ekibi üyelerinin tam anlamıyla bu rolün ayrıntısından haberdar olmadığını ortaya çıkarmaktadır.

Katılımcılardan bazıları ise sosyal çalışmacıların birey ve ailesiyle çalışma gerçekleştirdiğini fakat bu çalışmaların kısıtlı görevler çerçevesinde oluştuğunu ifade etmiştir.

*“Birey ve ailesiyle çalışma gerçekleştiriyor olabilir o da kısmen. Söylediğim gibi ben kapsamlı bir çalışma göremiyorum.” (hekim-2)*

*“Yani birey ve ailesiyle çalışma yapıyorlar ama o da şey odaklı işte oraya mı yerleşecek bakım merkezine mi gidecek, hastaneden mi taburcu olacak gibi bu çerçevede evet birey ve ailesiyle çalışma yapıyor.” (psikolog-3)*

*“Birey ve ailesiyle çalışma derken de yani bireyin ailesine ulaşmak görevleri var sosyal hizmet uzmanlarının. Biz talep edince oluyor ama çalışma derken sorunlarını ortadan kaldırmak anlamında ise maalesef onu da ben göremiyorum ya da ben bilmiyorum.” (hemşire14)*

*“Bizim dediğim gibi bilgi talebimiz doğrultusunda bilgi elde etmek için aileye ulaşıyor. Ya da bireyin bazı sıkıntılarını gidermek açısından bireye yardım ediyorlar ama ayrıntılı bir çalışma yapıldığını ben yine düşünmüyorum.” (hekim-7)*

Psikolog-8 bireyle ve ailesiyle çalışma kapsamında sosyal çalışmacıların görevlerini ayrıntılı olarak değerlendirmiştir.

*“Şizofreni hastalarının psikotik hastalıkların en büyük handikapları nedir işte mesela akut döneminde yıkım oluyor. Siz bunu medikal tedaviyle akut döneminden kurtardınız hastayı ama bunu kurtardıktan sonra hastanın zihinsel sosyal yıkımı var, sosyal içe çekilme var, işte bunun toplumda damgalanması var, diğer insanlarla uyum sağlaması var yani bunları anlatabilmek için hani aileler bile hastayı tam istemiyor sosyal hizmet uzmanlarının esas yaptığı iş benim gördüğüm ailelere ulaşmak, ailelerine hastayla ilgili bilgi vermek, ailelerine hastaya nasıl bakım yapacakları, ne tür müdahale*

*edebilecekler, ilacı nasıl takip edebilecekler işte kötüleşme olduğu zaman bu tür alevlenme bulgularını takip etme, sosyal destek verme, yakınları yoksa onları bakım merkezlerine yönlendirme, ailenin maddi durumu uygun değilse devletin sağladığı bir sürü imkan var mesela engelli maaşı gibi ama bir çok aile bunu bilmiyor onun la ilgili bilgilendirme gibi birçok görevi var. Sosyal endikasyonu ilgilendiren her alanla sosyal hizmet uzmanı çalışıyor zaten.” (psikolog-8)*

Psikolog-8 yaptığı değerlendirme sonrasında görev yaptığı psikiyatri tedavi kurumundaki sosyal çalışmacının bu görevini tam anlamıyla gerçekleştirememelerinin nedenini değerlendirirken, sosyal çalışmacıların daha çok telefonla bağlantı kurmaya çalışmaları, hastane dışına çıkamamaları ve sayılarının yetersiz olması gibi etkenleri dile getirmiştir.

*“Sosyal hizmet uzmanları daha çok telefonla bağlantı kurmaya çalışıyor aile yakınlarıyla, muhtarlarla aileye ulaşmaya çalışıyor. Bizim orada çok fazla hasta var yani ama sadece 3 tane sh uzmanı var. Bir kişi zaten bir servise bakmıyor birçok servise bakıyor. Ve hani yazışmaları çok fazla onların. Onlarda konsültasyon usulü çalışıyor mesela hekim mesela aile geçmişini öğrenmek istiyor, tedavi geçmişini öğrenmek istiyor bu hastanın yaşam koşulları ile ilgili bilgi almak istiyor sonuçta bizim hastalık değil hasta var yani hasta ne olmuştaki bu hale gelmiş. Sonuçta tedavi etseniz bile hani dönerkapı olayı var ya hasta gelir hastaneye tedavi olur ilacını kullanır çıkar bırakır tekrar gelir. Ancak o şekilde görüşmeye çalışıyor yüzyüze çıkma görüşme imkanı zaten yok.” (psikolog-8)*

Hemşire-6 ise sosyal çalışmacıların sayı yetersizliğinin görevlerinin önünde engel teşkil etmemesi gerektiğini, isterlerse buna çözüm bulabileceklerini dile getirerek bu rolü gerçekleştirmeleri için servislerde daha çok bulunup hastayla temasa geçmeleri gerektiğini belirtmiştir.

*“Çalıştım hastanemizde 4 kişi falan var ama sanırım sayıları yeterli değil, belki başka eksiklerde olabilir, belki kişisel işe bakış açısı da etkiliyordur. Yani çalışma prensibi gereği böyle olabilir ama bence daha fazla aktif olmaları gerekir. Belki hani nasıl olur 5 gün mesai var hastanede atıyorum bugün 4 saatini sabahdan bu serviste geçirebilir 4 saatini aşağıdaki serviste geçirebilir yani toptasınız burda 10 tane birim var 500 hasta var mesela 4 e böldüğünüzde 500 hastayı 120 hasta falan oluyor kişi başına düşen. Bu 120 hasta da burada hiç kalmıyorsa 3 hafta kalıyor. Biraz daha servislerde bulunup hastayla temas edebilmeli, temastan kastettiğim bazı şeyleri araştırabilmeli, analiz yapabilmeli, yani sadece böyle şu hastaya ben ulaşamadım, numarası yok bakıyor ikametgâhı neresi ona göre oradaki muhtara ulaşp onu öyle çözebilir ya da sistemden belki ulaşıyor ailesine bilmiyorum yani ben polisi arayıp bu yardımı ondan da alabilirim neticede.” (hemşire-6)*

Görev yaptığı psikiyatri tedavi kurumunda sosyal çalışmacı çalışmayan, asistan olan hekim-11 bireyle ve ailesi ile çalışma görevini kendilerinin gerçekleştirdiğinden ve bunun iş yüklerini arttırdığından bahsetmiştir.

*“Taburculuk planlaması olsun terapi çalışmaları olsun, bireyle çalışma, ailesiyle görüşme bunlar hep bizim yaptığımız şeyler. İş yükümüz artıyor tabi. Her hastanede özellikle çocuk psikiyatrisinde kesinlikle olması lazım. Herkes sınırlarını bildiği sürece psikoloğundan, sosyal hizmet uzmanına herkese ihtiyaç var bence. Sosyal alanda onlar bizden daha önce biyopsikolojik alanda biz daha öndeyiz. Psikologlar her aşama da minimal minimal rol oynuyorlar. Bu alanda hastanenin eksiği var.” (hekim-11)*

Ruhsal hastalığa sahip aile ferdinin bulunması aileler için oldukça fazla psikolojik, sosyal ve ekonomik yük oluşturmaktadır. Bu açıdan hem bireylerin tedavisinde destek sağlamaları hem de aile içi ilişkilerin sağlıklı sürdürülmesi için aile bireyleri ile çalışma oldukça

önemlidir. Katılımcıların bazılarının görüşleri değerlendirildiğinde sosyal çalışmacıların özellikle aileyle çalışma noktasında eksik kaldığını düşünmektedirler.

*“Mesela bizim çocuklarımızın aileleri çok zor durumdalar ilk öğrendiklerinde çok şaşkınlık inkar ediyorlar tedavi açısından hemen ikna olamayabiliyorlar çok üzgünler yani onlara destek olunması gerekiyor. Biz klinikte yatan çocuklara çeşitli sosyal aktivitelerle destek sağlıyoruz ancak onlar bir başına değiller neticede ailelere birilerinin destek sağlaması gerekiyor. Ama aileler çok yalnız kalıyor, kimseye anlatamıyorlar bizimle paylaşıyorlar çok fazla sıkıntılarını ama bizim asli görevimiz bu değil. Bu açığı kapatmaları gerektiğini düşünüyorum (sosyal çalışmacıların).” (hemşire-8)*

*“Bu hastaların tek bir boyutu yok sosyal açıdan sıkıntılılar ailelerine yükler, aileleri artık tükenmiş ama onlara ben fiziksel sağlıktan daha çok sorumlu personelim bu durumda kim onlara bu konularda yardım edecek destek olacak? Dediğim gibi ben (sosyal çalışmacıların sağladıkları hizmetin) olması gerektiği gibi olduğunu düşünmüyorum.” (hemşire-6)*

*“Ailelerle iletişim önemli aileler çok bunalmış durumda onlara destek verilmesi gerekiyor. Ancak bu hastane de daha çok irtibat sağlamakla görevliler gibi geliyor bana kuruma yerleştirilecekse kurumla irtibat sağlamak ya da aileye ulaşılacaksa onlara ulaşmak gibi.” (hekim-6)*

Bunun yanında hemşire-11 ise aile ile kısıtlı da olsa çalışmanın yapıldığını ancak bireylerle çalışılmadığını dile getirmiş. *“Hastalara ulaşmak konusunda aileyle çalışma yapılıyor olabilir, bazen hekimlerimiz aileyle ilgili bazı bilgiler istiyor o zaman yapıyor olabilirler. Ama bireyle çalışılmıyor bence.”* Genel olarak değerlendirildiğinde bunun önünde ki en büyük etkenin sosyal çalışmacıların kliniğe bağlı olarak çalışmamalarından dolayıyla hastaları yalnızca hekimin talebi doğrultusunda görmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Katılımcıların bazılarının görüşü ise sosyal çalışmacıların bireyle ve ailesiyle çalışma görevini tam anlamıyla gerçekleştirmesi için hastanın ve ailesinin yaşadığı sosyal ortamında değerlendirilmesi ve çalışmanın bu doğrultuda yapılması gerektiği yönündedir.

*“Mesela tamam taburculuk sonrası onların (hastanede görevli sosyal çalışmacının) görev alanı içine girmiyor olabilir ama hastanın ailesinin bu hastalığa adapte edilmesi, çevresinin uygun hale getirilmesi hep yerinde incelemeyle yapılabilecek durumlar. Benim hastanın ailesiyle çevresiyle ilgili bilgi talebim oluyor ama sanırım telefonla görüşerek elde ediyorlar yerinde değil yani yine. Bu da çok yüzeysel olmasını sağlıyor... (birey ve aile ile görüşme) Mutlaka olmalı yerinde ortamında çevresinde yapılan bir hizmet olmalı telefonla değil.” (hekim-5)*

*“Ailelerin yaşadığı sorunlar çok fazla olduğu için onlara yerinde çalışmalar da gerçekleştirebilir. Ama sanırım bizim hastanemizde bilgi talebimiz olduğunda telefonla elde ediliyor bilgiler kaynak sıkıntısı dolayısıyla.” (Hekim-7)*

### 3.7.1.2.3.3. Birey ve Gruplara Yönelik Savunuculuk

Toplum içinde savunmasız kişilerin sosyal koşullarının iyileştirilmesi amacıyla gerçekleştirilen savunuculuk rolü, bireylerin ve grupların yasal ve kurumsal düzenlemelerden en etkin şekilde faydalanmalarını sağlar. Sosyal çalışmacıların en temel rollerinden biri olan savunuculuk görevi ruhsal hastalık nedeniyle meydana gelen, bireyleri

ve aileleri olumsuz etkileyen sorunları en aza indirebilmek ve sosyal adaleti sağlamak için bireyler ve gruplar adına faaliyette bulunmaktır. Sosyal çalışmacıların bu rolü gerçekleştirirken müracaatçıların ihtiyaç duyduğu hizmeti sağlamak için yalnız kendi kurumunda değil, diğer kurumlarda da –sosyal aksiyon- da dahil harekete geçmesi gerekebilir (Brown et al., 2015: 46; Uluğtekin, 2004: 94). Ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik savunuculuk görevi değerlendirildiğinde en temelde bu hastaların sahip olduğu haklardan haberdar olması gerekmektedir. Özellikle Türkiye açısından ele alındığında ruhsal rahatsızlığı olan bireylerin büyük bir bölümünün uzman yardımı almadığı daha önce ifade edilmişti. Bu durum bu hastaların ve ailelerinin haklarından haberdar olmadan savunmasız bir şekilde yaşadığını göstermektedir. Katılımcılara yönelik sorulan “sosyal çalışmacıların birey ve gruplara yönelik savunuculuk görevi hakkında ne düşünüyorsunuz?”, “sosyal hizmet uzmanının psikiyatri alanında gerçekleştirdiği görevler sizce nelerdir?” gibi sorulara verilen cevaplar değerlendirildiğinde psikolog katılımcılar tarafından özellikle hastalara haklarını öğretmek ve onları bilinçlendirmek için sosyal çalışmacıların bu alanda çok gerekli oldukları ifade edilmiştir.

*“Sosyal Hizmet uzmanına ilişkin edindiğim izlenimler, hastaların sosyal ayağı diyebilirim. Hatta hukuksal. Hastaların bilinçlendirilme ve farkındalıklarının artırılması açısından çok faydalılar... Sosyal hizmet uzmanı psikiyatri alanında çok gerekliler. Sosyal ve hukuki hakları öğreten ve bilinçlendiren, yol gösterici, rehber, doğru kaynaklara ulaştıran kişiler olarak nitelendirilebilir” (psikolog-1)*

*“Yani şöyle söylüyüm psikolojiyle sosyal hizmet uzmanlığı biraz birbirine yakın olmasına rağmen herhalde şundan dolayı uzun süreçte Hacettepe’de tek bölüm olmasından dolayı çok ben tanımamışım bu bölümü branşı. Çalışmaya başladığım zaman yani bir hastanın haklarını mesela ona söyleyen ona anlatan ve o hakları ona iade eden veren çok fazla bir eksiklik olduğunu düşünüyordum. Yani hastanın gidecek yeri yok evi yok ailesi istemiyor yani bi psikolog bunları ancak konuşarak çözebilir ama hani kanun nezdinde çıkartıp da masaya şunlar şunlar var kardeşim diyemiyor. Ama sosyal hizmet uzmanı yani gerçekten şu sadece hastalar için konuşmuyorum yani yaşlı insanlarda var bakım gerektiren insanlarda var bunların düzenlenmesi bunların ihtiyaçları. Yani ben nasıl yaklaşıyorum olaya biraz bilgim birazda vicdanımla kanun içerik bilmiyorum ben. Ama sosyal hizmet uzmanı burada bu işi çok iyi götürüyor. Yani ben mesleğe girdikten sonra bu hastanede çalıştıktan sonra çok daha değerini anladım.” (psikolog-5)*

Ruhsal hastalığı olan bireylerin maddi ve manevi açıdan savunmasız olduğunu ifade eden hemşire-12 kurduğu “İşte (sosyal çalışmacılar) savunmalılar hastaları, hastalarımız maddi olarak manevi olarak savunmasızlar. Aileleri bile bırakıp gidiyor e o zaman ne olacak. Belki bi maaş bağlanırsa yani o zaman ailesi biraz olsun saygı duyabilir.” cümlesiyle sosyal çalışmacıların savunuculuk rolleri sayesinde ruhsal sağlığı bozuk bireylerin toplumda bir yer bulabileceğini belirtmiştir. Ancak özellikle ruhsal bozukluğu olan bireyler açısından savunuculuk rolü çok önemli olmasına rağmen katılımcıların çoğunluğu görev yaptıkları psikiyatri tedavi kurumunda sosyal çalışmacıların savunuculuk rolünü gerçekleştiremediğini ya da kısmen gerçekleştirdiğini ifade etmiştir.

*“... ben bu (savunuculuk) görevlerinin çok eksik olduğunu düşünüyorum. Hastalarımız haklarını bilmiyorlar yönlendiren çok fazla olmuyor. Haklarını onlara teslim etmeliler (sosyal çalışmacılar) onları her anlamda özellikle hukuki anlamda korumalıdır.” (hemşire-11)*

*“Savunuculuk çok güzel bir rol olması mutlaka gerekiyor ama dediğim gibi hizmetler çok yüzeysel.” (hekim-5)*

*“Hastanın hayat koşullarını öğrenmek, adli konular ve bakım konularında desteğini almak önemli özellikle çocuk psikiyatrisi için...bunlardan birey ve gruplara yönelik savunuculuk yapıyor olabilir o da kısmen. Söylediğim gibi ben kapsamlı bir çalışma göremiyorum.” (hekim-2)*

Sosyal çalışmacıların savunuculuk da dahil bir sürü görevi olduğunu ifade eden katılımcılar, görev yaptıkları psikiyatri tedavi kurumunda yalnızca ailelere ulaşmak için sosyal çalışmacılarla iletişime geçtiklerinden bahsetmiştir. Ayrıca sosyal çalışmacıların birimlerin ayrı bir binada olması ve yalnızca talep doğrultusunda hizmet vermesi, hastaların hepsini görmesinde ve bahsedilen rolleri gerçekleştirmesinde en büyük engellerden biri olarak görülmüştür.

*“Mesela hastalara yakınlarına sosyal sağlıklarının korunması açısından destek olmalılar, haklarını anlatmalılar yani bir sürü rolleri var ama sadece aileye ulaşma açısından onlara ulaşmamız mesleklerini tam anlamıyla yerine getiremediklerini gösteriyor.” (hemşire-5)*

*“Söylediğim gibi yalnızca hasta yakınlarına ulaşmak olmamalı görevleri hastalarla daha çok temasa geçmeliler. Çünkü bunlar psikiyatri hastası çok fazla sorunları var sosyal sorunları bir tanesinin kalacak yeri yok bir tanesinin babası şiddet uyguluyor, bir tanesinin bakımını yapacak kimsesi yok, bir tanesi istismar ediliyor yani şu anda olan hastalar için demiyorum da gün yüzüne çıkmamış bir sürü sorunu var bu insanların o yüzden o binadan dışarı çıkmalılar. Sonuçta ben bildirmezssem bir sorun olduğunu nereden bilecekler. Biz bildirim yaparsak geliyorlar.” (hemşire-6)*

Psikolog-4 ise savunuculuk görevini tam anlamıyla yerine getiremediklerini düşündüğü sosyal çalışmacıların savunuculuk rolü kapsamında gerçekleştirmesi gereken rollerini sıralamıştır.

*“Sosyal hizmet uzmanlarının hastaların hakları konusunda eğitici, onlara haklarını teslim edici, sosyal ortamını düzenleyici, ailesi de tabi buna dahil edilmeli, hasta ve yakınlarının maddi ihtiyaçları varsa bununla ilgili de sistemi harekete geçirici gibi rolleri olmalı.” (psikolog-4)*

Katılımcıların bazılarına göre sosyal çalışmacıların yalnızca hekimin talebi doğrultusunda hastalarla temasa geçmeleri savunuculuk görevinin gerçekleştirilmesinin önünde engel teşkil etmektedir.

*“Savunuculuk görevini düşünüyem, yani hastaları görmüyorken yalnızca bizim talebimiz doğrultusunda ulaşıyorken nasıl savunuculuk yapacaklar.” (hemşire-1)*

*“savunuculuğu gerektiği gibi yapabildiklerini zannetmiyorum bir kere hastaya benim talebim doğrultusunda ulaşıyor yani savunuculuk yapıyorlarsa bile çok az sayıda hastaya savunuculuk yapıyorlardır, yani onlara haklarını öğretmek gibi hizmetler bunlar sanırım,” (hekim-1)*

Hekim-7’de hastalardan gelen talep doğrultusunda sosyal çalışmacıya istemde bulunulduğundan böylelikle savunuculuk görevinin gerçekleştirildiğinden bahsetmiştir. *“hastanın hakları konusunda bilgilendirmek. Bununla ilgili çok soru geldiği için bizim servisimizde sosyal hizmet uzmanından bilgilendirme yapılması talep edilmişti.*

*Bilgilendirme yapmışlardı.” Özellikle hastaların günaydın toplantıları esnasında sosyal hakları ile ilgili çok fazla soru yönelttikleri belirtilmiştir. Bu açıdan sosyal çalışmacıların birey ve gruplara yönelik savunuculuk rollerini gerçekleştirmeleri için psikiyatri ekibi  yeleri ile birlikte servislerde yapılan günaydın toplantılarına katılmaları katılımcılar tarafından  onerilmiştir. Sosyal çalışmacıların en azından haftada bir gün belli bir zaman diliminde klinikte düzenli olarak bulunmaları psikiyatri ekibinin çoğunluğu tarafından istenmektedir.*

*“...işte sabahları günaydın toplantılarında katılmaları bence çok önemli çünkü sosyal hizmet uzmanının alanını ilgilendiren çok fazla soru geliyor hastaların hakları ile ilgili örneğin ve o konularla ilgili hastaların çok fazla merak ettiği ve bilmediği şeyler var. Yani bilgilendirme amaçlı da çok anlamlı olur... hastalarla birebir temasları çok olmadığı için birey ve gruplara yönelik savunuculuk çok yapamıyorlar.” (psikolog-3)*

*“Arada eğitimler vermeliler, hastalara yakınlarına haklarını anlatmalılar, eee yani biz çok karşılaşıyoruz günaydın toplantılarında bu sorularla. Hemşire hanım, arkadaşım maaş alıyormuş bende alsam olmaz mı. Eee yani bunun ayrıntısını ben bilemem yani aslında hastalardan çok soru gelince biraz öğrendim elimden geldiğince bişeyler anlatıyorum ama yani eee benim görevim değil ki. Arasıra gelip eğitim verseler anlatsalar. Hastalar bu konularda onları dinler. Yani bu hastanede sayı yetersizliğini biliyorum, yetişemiyorlar sanırım ama bi çözüm formül bulsalar keşke her hafta en azından bir gün bi kaç saat servislerde ge irebilseler.” (hemşire-11)*

*“Bu rolleri gerçekleştirebildiklerini düşünmüyorum bir o ununu dediğim gibi belki sayı azlığından belki de kişisel mesleğe bakış açılarından. Güzel maddeler (sosyal çalışmacının görevleri olan birey ve aile ile çalışma, sosyal inceleme, savunuculuk, vaka yöneticisi) saydınız bir o ununu yapmak bizim görevimiz oluyor maalesef. Olması gerekenler bunlarsa eğer daha fazla aktif olmaları gerekiyor. Hastaların yasal hakları ile ilgili soruları olabiliyor biz bunlara cevap veremeyiz. Benim ayrıntılı bilgim yok zaten. Burada serviste belirli bir zaman aralığında bulunursa eğer o zaman hastalar sorularını sorabilirler.” (hemşire-6)*

Hemşire-15 birey ve gruplara yönelik savunuculuk görevini hastaların kurum bakımına yerleştirilmesi ve ekonomik destek sağlanması gibi görevlerle betimlemiş ve bunların gerçekleştirilmesi hastaların savunuldu unu gösterir demiştir. “şimdi az önce dedim ya hani kurum bakımına yerleştirme eee ekonomik destek sağlama bunlar hep hastanın haklarını savunmak adına yapılmaz mı yapılır. Eee o zaman bu rolü yapıyorlar bence bizim hastanede.” Hekim-7 ise savunuculuk görevinin çok önemli bir görev olduğunu vurgulamış ancak sosyal  alışmacıları her hastaya ulaşamadığı konusunda eleştirmiştir.

*“Oldukça önemli rolleri var. Özellikle ihmal edilmesi yüksek dezavantajlı bir grup olan psikiyatri hastaları açısından eee hakları konusunda bilgilendirmek onların haklarını savunmak oldukça önemli bunun yanında da az önce de söylediğim rolleri gerçekleştirebilecek başka meslek elemanı yok... ama her hastaya ulaşabilseler keşke.” (hekim-7)*

#### 3.7.1.2.3.4. Vaka Yöneticisi

Vaka yönetimi kaynakları etkin bir şekilde kullanarak hasta bakımını iyileştirmek ve bakım kalitesini yükseltmek amacıyla geliştirilen bir yöntemdir. Literatürde bakımın yönetimi, ortak yönetim gibi isimlerle de ifade edilen vaka yönetimi en az maliyetle en kaliteli bakımın verilmesinin hedeflendiği bir sistemdir. Hasta, ailesi ve toplumun gereksinimi olan

hizmetlerin koordine edilmesi vaka yöneticisinin görevidir. Vaka yöneticisi hemşire, hekim ve sosyal çalışmacı olabileceği gibi psikiyatri ekibinden herhangi bir üye olabilir. Ancak literatürde vaka yöneticiliği ile ilgili hemşirelerin yaptığı çalışma çok fazladır. Vaka yöneticisi olarak sosyal çalışmacının görevi, ihtiyaç duyulan hizmet türünü tanımlama, kaliteli yaşamın önündeki engelleri araştırma, potansiyel yardımlara ulaşması için müracaatçılara savunuculuk yapma, hospitalizasyon, rehabilitasyon veya evde bakım ihtiyacına karar verme, bazı hizmetleri doğrudan sağlama, planlanan hizmetin amaca ulaşip ulaşmadığını gözlemlleme, hastanın takibi ve oluşabilecek sorunları tespit edip çözümüne yardımcı olmaktır. Bunu yanında hastanın kaliteli hizmet almasında başarıya ulaşmak için vaka yöneticisi hizmet sağlayan psikiyatri ekibinde ki her sağlık profesyonelinin aktif katılımını sağlamalıdır (Kayahan ve Aksoy, 2001: 35-36; Yılmaz vd., 2013).

Katılımcıların “sosyal çalışmacıların psikiyatri alanında ki vaka yöneticiliği rolü hakkında ne düşünüyorsunuz” sorusuna verdiği cevaplar değerlendirildiğinde büyük bir çoğunluğunun sosyal çalışmacıların vaka yöneticiliği yapmadığını ifade ettiği gözlemlenmektedir. Bu konuda en net ve kısa cevabı hekim-4 ve hekim-6 vermiştir. “*Vaka yöneticisi değiller.*” Hemşire-14 bunun sebebini sosyal çalışmacıların ekip çalışmasına katılmamasından kaynaklı olduğunu belirtmiştir. “*Eee vaka yöneticiliği...Bu görevi şey olarak biliyorum ekiple çalışırken bir hastayla ilgili çalışmada yönlendirme olabilir. ama dediğim gibi bu hastanede bu da pek mümkün değil çünkü ekip içinde pek değiller.*” Hekim-8 ise sosyal çalışmacıların hekimlerin talebi dışında hastaları görmemesinden dolayı vaka yöneticisi olmadıklarını dile getirmiştir. “*Hayır böyle bir görev gerçekleştiriyorlar. Hastaları görmüyor ki vakanın yöneticiliğini yapsınlar*”

Bazı katılımcılar ise vaka yöneticiliği rolünü yalnızca hastanın taburculuk sonrası nakli ve bir bakım kurumuna yerleştirilmesi gibi görevler olarak betimlemişlerdir. Bu açıdan vaka yöneticiliğini, sosyal çalışmacıların bu hastanede en çok gerçekleştirdiği görevlerden biri olarak tanımlamışlardır. Ancak kimsesiz hastaların bakım kurumuna yerleştirilmesi vaka yöneticiliği rolünü tam anlamıyla karşılayan bir görev değildir. Bu açıdan bu değerlendirme bu rolün ne olduğunun tam olarak bilinmemesinden kaynaklı olarak yapılmıştır.

*“Bakımını planlama evet onu yapıyorlar bu hastane açısından en çok sosyal hizmet uzmanlarına biçilen rol bu. Bu hasta ne olacak nereye gidecek işte bakım merkezine mi gidecek gibi bunları halletmelerini istiyor idare, bunları yapıyorlar evet.”* (psikolog-3)

*“Vaka yöneticiliğinden kastedilen bir bakım kurumuna yerleştirmekse eğer evet bazen böyle hastalarımız oluyor hekimlerimiz temasa geçiyor, naklini yapıyorlar. Ama onun dışında yönetici olarak bir rolleri yok.”* (hemşire-11)

Psikiyatri ekibi üyelerinden hekim ve hemşireler vaka yöneticiliği rolünü kendilerinin gerçekleştirdiğine vurgu yapmışlardır.

*“Mesela vaka yönetimi rolü bizim hekimlerle gerçekleştirdiğimiz bir uygulama, taburculuk planlaması da öyle hasta ne zaman çıkacak, tedavisi nasıl olacak, ailesi ne zaman gelmeli, taburculuk işlemleri falan bunları hep biz yapıyoruz...”* (hemşire-16)

*“Vaka yöneticisi değiller vaka yöneticisi olan bizleriz, hemşire arkadaşlarda bu rolü yerine getiren kişiler. Ha hastanın bi bakım kurumuna yerleşmesi konusunda desteklerini alıyoruz.”* (hekim-5)

*“Tıbbi birimlerde vaka yöneticisi genellikle hekimlerdir. Vaka yöneticiliği rolü de yok” (hekim-7)*

Hekim-1 ise vaka yöneticiliği rolünün hemşirelerle hekimlerin gerçekleştirdiği bir rol olduğu düşüncesi ile sosyal çalışmacıların böyle bir rollerinin olmadığını ve olmalarının da gerekmediğini dile getirmiştir. *“Vaka yöneticisi değiller olması gerektiğini de düşünmüyorum.”*

Görev yaptığı psikiyatri tedavi kurumunda sosyal çalışmacı bulunmayan hekim-11 ise sosyal çalışmacıların böyle bir rollerinin olmasının ve kendi hastanelerinde bu görevi gerçekleştirmelerinin çalışmalarını kolaylaştıracağı düşüncesi ile, *“Yönlendiricilik ve eksiklerin giderilmesi konusunda vaka yöneticisi rolü bence olsa muhteşem olur.”* cümlesini kurmuştur.

#### *3.7.1.2.3.5. Ruh Sağlığı Bakımında Sosyal Modeli Teşvik Edici*

Ruh sağlığı alanı uygulamalarına sosyal hizmetin temel yaklaşımı medikal değil sosyal modele dayanmaktadır. Sosyal model, sosyal hizmetin genel bütüncül yaklaşımıyla iyi uyuşmakta ve ruhsal sağlık alanında sosyal hizmetin temel mantığını da oluşturmaktadır. Sosyal model, tıbbi model gibi tanıya ve tıbbi tedavi yöntemine odaklanmak yerine sosyal sonuçlara ve bireylerin yaşam kalitesine odaklanır. Ancak daha önce de bahsedildiği gibi ruh sağlığı ekibinin çoğunluğunun görüşü görev yaptıkları psikiyatri tedavi kurumunda medikal model ağırlıklı uygulamalar gerçekleştirildiği yönündedir. Psikolog-2 bu durumu net olarak ifade etmiştir. *“Bu hastane de medikal odaklı yaklaşımın olduğunu düşünüyorum.”* Bu açıdan gerçekleştirilen alanyazın çalışması ve derinlemesine görüşmelerin analizi neticesinde katılımcılara *“Görev yaptığınız psikiyatri tedavi kurumunda gerçekleştirilen uygulamalarda sosyal çalışmacıların sosyal modeli teşvik ettiklerini düşünüyor musunuz?”* sorusuna verdiği cevaplar incelendiğinde hemen herkesin sosyal çalışmacıların bu rolü gerçekleştirmediği yönünde görüş bildirdiği görülmektedir.

*“Sosyal modeli teşvik edici bir çalışma yapmıyorlar.” (psikolog-3)*

*“Benim kliniğimde sosyal modelin teşvikiyle ilgili bir çalışma da yapılmadı.” (hemşire-5)*

*“Sosyal modelin de teşvik edildiğini hiç düşünmüyorum.” (hemşire-7)*

*“Sosyal model teşvik edilmiyor bizim kliniğimizde medikal model ağırlıklı hizmet oluyor. Hastaların atak süreçlerini kontrol altına alabilmek için ilaç tedavisi gerçekleştiriliyor. Sosyal açıdan pek bir çalışma yapılmıyor.” (hemşire-11)*

*“Yok kesinlikle ruh sağlığı alanında sosyal modeli teşvik eden bir kişinin bulunduğunu düşünmüyorum ben hastanemizde. Bence kesinlikle her uygulama tıbbi model üzerine yani e tamam tıbbi alandayız hepimiz ama bu hastaların bir çok sorunu var her alanda yok yok yapılmıyor. Olmuyor yani keşke olsa.” (hemşire-14)*

*“Bir kere sosyal modeli teşvik eden bir meslek grubu maalesef yok.” (psikolog-2)*

Katılımcılar sosyal çalışmacıların böyle bir rolü gerçekleştirememesinin sebebini psikiyatri ekibinin aktif üyeleri olmamasına, klinikte bulunmamalarına, odalarının ayrı bir binada

olmasına ve hastalara yalnızca hekimlerin talebi doğrultusunda hizmet vermesine bağlamıştır.

*“Sosyal modeli çok teşvik edemiyorlar sanırım bunun için bizzat ekibin aktif üyesi olması gerekir.” (psikolog-1)*

*“Sosyal modeli teşvik etmiyorlar etmeleri için klinikte bizzat bulunmaları gerekir. Kendi birimlerinde daha çok oluyorlar.” (hemşire-1)*

*“Yok keşke sosyal modeli teşvik eden olsa ama ne yazık ki olmuyor. Ekibin içinde olacaktı sosyal modeli teşvik edecek!” (hemşire-15)*

*“Sosyal modeli ne yazık ki teşvik etmiyorlar söylediğim gibi biz eğer onlara ulaşırsak bizim talep ettiğimiz görevi yerine getiriyorlar. Sorunu biz teşhis ediyoruz neticede. Ama ruh sağlığı bakımında sosyal modeli teşvik edici rollerinin özellikle önemli olduğunu düşünüyorum.” (hekim-1)*

*“Yok bu kesinlikle olmuyor. Sosyal çalışmacıyla aynı ortamda bile bulunamıyoruz ki çoğunlukla bizi bu modeli uygulamaya sevk etsin. Biz hastaların sosyal yönlerine de odaklanıyoruz ancak alevlenme döneminde olan hastalar için daha çok medikal ağırlıklı bir yaklaşım söz konusu.” (hekim-5)*

Hastaların yalnızca medikal boyutunun olmadığına vurgu yapan hemşire-6 sosyal sorunlarla ilgili kim hastalara yardım edecek sorusunu yönelterek sosyal modelin teşvik edilmediğini ifade etmiştir.

*“Mesela dediğim gibi biz medikal model odaklı çalışıyoruz sosyal modeli teşvik etmiyorlar nasıl ederler bilmiyorum ama görevleri ise eğer böyle bir durum söz konusu değil. Birde bu hastaların tek bir boyutu yok sosyal açıdan sıkıntılılar ailelerine yükler, aileleri artık tükenmiş ama onlara ben fiziksel sağlıktan daha çok sorumlu personelim bu durumda kim onlara bu konularda yardım edecek destek olacak? Dediğim gibi ben olması gerektiği gibi olduğunu düşünmüyorum.” (hemşire-6)*

Katılımcı psikiyatri ekibi üyelerinden özellikle hastaların alevlenme dönemlerini yatıştırmak açısından medikal model ağırlıklı olarak hizmet verdiklerini ifade eden hekimler, sosyal çalışmacının psikiyatri tedavi kliniğinde sosyal modeli teşvik edici rolünün olmasını istemektedirler.

*“Sosyal modeli teşvik keşke etseler etmiyorlar.” (hekim-6)*

*“Maalesef sosyal modeli teşvik edici çalışmaları yok, ama bu rol olsaymış keşke” (hekim-7)*

*“Hayır maalesef sosyal modeli teşvik eden bir uzmanlık alanı yok hastanemizde” (hekim-8)*

*“Hayır maalesef sosyal modeli teşvik edilmiyor” (hekim-10)*

#### *3.7.1.2.3.6. Psikoeğitim ve Danışmanlık*

Psikoeğitim, psikososyal rehabilitasyonun esası olarak hizmet eder ve amacı bilgi ve davranışta bir değişim oluşturmaktır. Psikiyatri alanında psikoeğitim, hasta ve ailesinin psikiyatrik hastalık nedeniyle meydana gelen problemleriyle ve yetersizlikleriyle baş etme

yeteneklerini geliştirme yöntemlerine odaklanmakta ve hasta ve aileyi güçlendirmeyi hedeflemektedir. Hasta ve ailesi için psikoeğitimin hedeflenen amaçları, bakımveren yükünü ve stresi azaltmak; hastalığın tekrarlamasını önlemek ve hastaneye yatışları azaltmak, yaşam kalitesini arttırmak; hasta ve ailenin başa çıkma becerilerini geliştirmek; davranış değişiklikleri oluşturmak; emosyonel destek sağlamak; hastalığın belirtilerini öğretmek; ilaç eğitimleri vermek ve tedaviye uyumu sağlamak gibi hedefleri bulunmaktadır. Danışmanlık kapsamında da hastanın tıbbi, ekonomik, sosyal, hukuki boyutları ile ilgili talep ettiği bilgiler konusunda danışmanlık hizmetinde bulunmak sosyal çalışmacının görevleri arasındadır. Psikoeğitim ve danışmanlık psikiyatri tedavi kurumunda ki sosyal çalışmacılar tarafından gerçekleştirilebileceği gibi toplum ruh sağlığı merkezlerinde görev yapan sosyal çalışmacıların da önemli rolleri arasında yer almaktadır. Katılımcıların psikoeğitim ve danışmanlık rolüne ilişkin görüşleri değerlendirildiğinde çoğunluğunun bu rolün gerçekleştirilemediğine ilişkin düşünceleri bulunmaktadır. Psikolog-3 bu konuda düşüncesini ifade etmiştir. *“Psikoeğitim ve danışmanlıkta yok yapılmıyor”*. Psikoeğitim ve danışmanlık görevinin gerçekleştirildiğini ifade eden psikiyatri ekibi katılımcılar ise kısmen gerçekleştirilen bir görev olduğunu belirtmiştir.

*“Eğitim olmazsa olmazı danışmanlık yönlendirme olmazsa olmazı eee ama yeterli yapıldığını düşünmüyorum.” (hemşire-11)*

*“Psikoeğitim ve danışmanlığında kapsamlı olduğunu düşünmüyorum. Kısmen bazı bilgileri aktarma gibi danışmanlık hizmeti veriliyor olabilir.” (hekim-7)*

Bazı katılımcılar sosyal çalışmacılar tarafından psikoeğitim görevinin gerçekleştirilmediğini yalnızca danışmanlık hizmetlerinin hastaların sosyal hakları ile ilgili merak ettiklerini onlara aktarmak amacıyla verildiğini ifade etmiştir.

*“Danışmanlık sanırım en çok gerçekleştirdiği rol olabilir taburculuk planlamasında ki bazı uygulamalar ile birlikte neden dersiniz hastaların ve yakınlarının en çok merak ettiği konular sosyal hakları bu konu için sosyal hizmet uzmanı ile görüşüyorlar danışmanlık alıyorlar. Psikoeğitimin ise yapıldığını düşünmüyorum. Hastaların hastalığı kabullenmesi, hastalığı anlaması ve onunla en sorunsuz şekilde yaşamayı öğrenmesi için yapılan eğitimleri kastediyor ama bu rolü daha çok hemşireler yani biz ve psikologlar yapıyor sanırım.” (Hemşire-17)*

*“Psikoeğitim ve danışmanlık, psikoeğitim değil ama danışmanlık kısmını işte şöyle bir hastalığım var maaş alabilirmiyim, şöyle destek alabilir miyim, bakım merkezine yatabilir miyim gibi konularda danışmanlık talebinde bulunuyorlar ama hastalık anlamında bir danışmanlık değil. Bu kendi mesleklerine dahil olan konularda danışmanlık yapıyorlar, hastalara.” (psikolog-4)*

Katılımcıların görüşleri irdelendiğinde görev yaptıkları psikiyatrik tedavi kurumunda sosyal çalışmacıların bu rol kapsamında yalnızca hastalara sosyal hakları (engelli maaşı, kurum bakımı vb.) konusunda eğitim verdiği konusunda düşüncelerini bildirmiştir. Oysa bu görev psikoeğitim ve danışmanlık rolünün hedeflerini karşılamakta oldukça yetersiz kalmaktadır. Hekim-8 bu konuda düşüncesini *“Bu hastane de sanırım en çok hastaların hukuki hakları ile ilgili bilgi talebi oluyor hasta ve yakınları tarafından. Sanırım onlarla ilgili danışmanlık yapıyorlar.”* şeklinde ifade etmiştir. Bazı katılımcılar ise psikoeğitim ve danışmanlık rolünün yalnızca hasta ve yakınlarının talebi doğrultusunda

gerçekleştirildiğini ifade etmiştir. Yani bu rol kapsamlı olarak bütün hastalara yönelik gerçekleştirilmemektedir.

*“Danışmanlık yapıyorlar evet. Hasta ve yakınların talep ettikleri bilgilere yönelik te eğitim veriyorlardır.” (hekim-8)*

*“Çoğunlukla psikoeğitim ve danışmanlık kısmını da yapıyorlar yani hasta yakını buraya geliyor onları bilgilendiriyorlar.” (psikolog-5)*

Bazı katılımcılar ise psikoeğitim ve danışmanlık rolünün sosyal çalışmacıların sayı yetersizliğinden kaynaklı olarak gerçekleştirilmediği yönünde görüş bildirmiştir.

*“Arada eğitimler vermeliler, hastalara yakınlarına haklarını anlatmalılar, eee yani biz çok karşılaşıyoruz günaydın toplantılarında bu sorularla. Hemşire hanım, arkadaşım maaş alıyormuş bende alsam olmaz mı. Eee yani bunun ayrıntısını ben bilemem yani aslında hastalardan çok soru gelince biraz öğrendim elimden geldiğince bişeyler anlatıyorum ama yani eee benim görevim değil ki. Arasına gelip eğitim verseler anlatsalar. Hastalar bu konularda onları dinler. Yani bu hastanede sayı yetersizliğini biliyorum, yetişemiyorlar sanırım ama bi çözüm formül bulsalar keşke her hafta en azından bir gün bi kaç saat servislerde geçirebilseler.” (hemşire-11)*

*“Yok yapsalar keşke güzel bi uygulama ama yok. Sanırım sayı yetersizliği bunların en büyük etkeni.” (hekim-5)*

#### 3.7.1.2.3.7. Taburculuk planlaması

Taburculuk planlaması, ruhsal rahatsızlığı olan bireyin tedavisinin gerçekleştirilmesi ve artık hastanede bulunmasına gerek kalmadığı süreçte gerçekleştirilen uygulamaları kapsamaktadır. Bu süreçte hasta ve ailesinin taburculuk hakkında bilgilendirilmesi ve bu sürece uyumlarının sağlanması, hastanın ve ailesinin taburculuk sonrası döneme hazırlanması, hastanın taburculuk sonrası gideceği yerin olmaması ya da ileri derecede bakım gerektiren durumda olması halinde kurum bakımının sağlanması, gerekli kurumlarla irtibata geçilmesi, ailenin sosyoekonomik açıdan sorunlarının değerlendirilerek gerekli müdahalenin gerçekleştirilmesi, ilaç kullanımı ile ilgili eğitimlerin verilmesi ve hastanın takibi ile ilgili ayrıntılı bilgilendirme gibi hizmetler gerçekleştirilir. Bu anlamda katılımcılara “Sosyal çalışmacının taburculuk planlaması görevi hakkında düşünceleriniz nelerdir?” “Taburculuk aşamasında hangi görevleri gerçekleştiriyorlar?”, “Sosyal çalışmacıların, hastaların taburculuğu aşamasında gerçekleştirdiği roller var mı sizce? gibi sorular yöneltilmiştir. Elde edilen cevaplar değerlendirildiğinde çoğunlukla sosyal çalışmacının bu görevi kısmen gerçekleştirdiği yönünde cevaplar alınmıştır. Katılımcılar taburculuk planlaması görevinin kapsamını taburculuğu gelen hastanın yakınıyla iletişim kuramadığı dönemlerde hasta yakınıyla irtibat sağlamak ve gerekli hallerde hastaların kurum bakımına yerleştirilmesi şeklinde değerlendirmişlerdir. Bu da bu görevden beklenen hizmetlerin oldukça azını kapsamaktadır.

*“Taburculuk aşamasında bazı hastaların ailelerine ulaşamıyor çünkü aileler hastalarını genelde bırakıp gidiyorlar ve takip etmiyorlar süreci. Bu durumda sosyal hizmet uzmanı hasta yakınına ulaşarak gerekli bilgileri veriyor, hekim ve hemşirelere görüşme sonucu elde ettiği bilgileri aktarıyor. Ya da kurum bakımı gerekiyorsa eğer gerekli kurumlarla irtibat sağlayarak naklini sağlıyor... Bunun gibi görevler.” (psikolog-1)*

*“Herhalde serviste yatan hastaların ailelerine ulaşmak, kimsesiz hastayı ya da ailesinin kabul etmediği hastayı kuruma yerleştirmek gibi görevleri var.” (psikolog-6)*

*“Ulaşamadığımız hasta yakınına ulaşmak için başvurmuştuk bir de hastanın bakım evine yerleştirilmesi hususunda yardımcı olmuştu.” (hemşire-10)*

*“Biz sadece taburculuk aşamasında aileye ulaşmak için başvuruyoruz.” (hemşire-2)*

*“Biz hastanın iletişim bilgilerine ulaşamadığımız durumlarda sosyal hizmet uzmanına başvuruyoruz ya da taburculuk sonrası bakım ihtiyacı olan bakacak kimsesi olmayan hastaların kuruma yerleşmesi için ulaşıyoruz. Onun dışında ne gibi sorumlulukları var ben bilmiyorum bizim kliniğimizde de ben çok uzun zamandır çalışmama rağmen sosyal hizmet uzmanına bunların dışında başvurulduğumuzu hatırlamıyorum.” (hemşire-4)*

*“Sosyal hizmet uzmanı yani eee tam görevlerini ben bilmiyorum da bizde şunu yapmıştı eee hani hasta taburcu olacaktı yakınına ulaşamıyordu sonra kuruma yerleştirilmesi gerekti sanırım çok uzun sürdü hani bu durumda ama sonunda hasta gitmişti yani.” (hemşire-12)*

Psikiyatri ekibi üyelerinden hekim ve hemşireler taburculuk planlaması görevinin kendi görevleri olduğunu sosyal çalışmacılara bazı durumlarda dışarıdan yardım almak amacıyla başvurduklarını ifade etmişlerdir. Bazı katılımcılar ise bu durumun iş yükünü arttırdığını ifade ederek sosyal çalışmacının psikiyatri ekibinin aktif üyeleri olmaları gerektiği üzerine vurgu yapmıştır.

*“İşte söylediğim gibi hasta taburcu olurken yakınına ulaşamıyorsak o zaman ona söylüyoruz. Ya da yatarken yine hasta yakınına ulaşılması gereken başka bir problemi varsa. Ya da yakını olmadığı için taburcu edemiyorsak sosyal hizmet uzmanından yardım istiyoruz...Taburculuk planlamasını da biz gerçekleştiriyoruz hekimlerimizle ama hastanın ailesine ulaşılması gerekiyorsa o zaman yardım alıyoruz.” (hemşire-1)*

*“Mesela bakım yöneticisi rolü bizim hekimlerle gerçekleştirdiğimiz bir uygulama, taburculuk planlaması da öyle hasta ne zaman çıkacak, tedavisi nasıl olacak, ailesi ne zaman gelmeli, taburculuk işlemleri falan bunları hep biz yapıyoruz.” (hemşire-16)*

*“Taburculuk planlaması olsun terapi çalışmaları olsun, bireyle çalışma, ailesiyle görüşme bunlar hep bizim yaptığımız şeyler. İş yükümüz artıyor tabi. Ekip içinde olsalar...” (hekim-11)*

*“Yok şimdi taburculuk sonrası hastayı kuruma yerleştirme ya da ailesine haber verme dışında planlama hekimin isteği üzerine talepleri doğrultusunda bizim görevimiz.” (hemşire-15)*

*“Taburculuk planlamasını biz hemşire hanımlarla birlikte yaparız. Burada en önemli görev hemşire hanımların açıkçası bizim yönlendirmelerimizle. Sosyal hizmet uzmanları da yine ihtiyaç durumunda kurum bakımı gibi buralarda sürece dahil ediliyor.” (hekim-7)*

*“Taburculuk planlaması mı? Hayır taburculuk planlaması bizim yönlendirmelerimizle hemşire hanımların gerçekleştirdiği görevlerden.” (hekim-8)*

Katılımcıların görüşleri irdelendiğinde sosyal çalışmacılarla yalnızca hastanın ailelerine ulaşamayan durumlarda ve hastanın kurum bakımına alınması gerektiği hallerde irtibata

geçtikleri gözlemlenmektedir. Oysa bu görevler taburculuk planlaması rolünün hedeflerini karşılamakta oldukça yetersiz kalmaktadır. Bazı katılımcılar bu durumu eleştirmişler ve taburculuk planlaması görevinin yalnızca bunları kapsamaması gerektiği hakkında görüş bildirmişlerdir.

*“Taburculuk planlamasında örneğin benim hasta hazırlanmalı düşünce olarak eee aile hazırlanmalı, sosyal çevresi düzenlenmeli hastanın eee ya da ne bileyim aileye bu aşamada eğitimler verilmeli ama biz taburculuk planlaması olarak sadece hasta yakınına ulaşmak anlamında ya da kurum bakımına yerleştirmek anlamında ulaşıyoruz sosyal hizmet uzmanına.” (hemşire-5)*

*“Taburculuk esnasında kuruma yerleştirme aileye ulaşma en çok yaptığı görevler ama onun dışında taburculuk planlaması denilince onların çevrelerini taburculuk sonrası ortamlarını hazırlama gibi görevleri yerine getirmiyorlar sanırım.” (hemşire-11)*

*“Taburculuk planlaması örneğin öyle kapsamlı bir planlama yapmıyorlar hastanın taburcu olurken ailesine ulaşamıyorsa ulaşmak için ya da kalacak yeri yoksa bir kuruma yerleştirilmesi için arıyoruz sosyal hizmet uzmanlarını. Bunun dışında taburculuk planlamasında eğer psikoeğitim gerçekleştirilmesi gerekiyorsa yapmıyor. Benim kaç hastam taburcu oluyor onların sosyal problemleri mutlaka oluyor ama yalnızca benim talep ettiğim hastayla ilgileniyor sosyal hizmet uzmanı benim talep ettiğim konu üzerinden.” (hekim-1)*

*“...mesela tamam taburculuk sonrası onların görev alanı içine girmiyor olabilir ama hastanın ailesinin bu hastalığa adapte edilmesi, çevresinin uygun hale getirilmesi hep yerinde incelemeyle yapılabilecek durumlar. Benim hastanın ailesiyle çevresiyle ilgili bilgi talebim oluyor ama sanırım telefonla görüşerek elde ediyorlar yerinde değil yani yine. Bu da çok yüzeysel olmasını sağlıyor... hastanın sevkini naklini yapıyorlar. Ama bunun içinde farklı görevlerde varsa yapmıyorlar ki var diye düşünüyorum.” (hekim-5)*

Psikiyatri ekibinin çoğunluğuna göre sosyal çalışmacıların bu hastanede en çok gerçekleştirdiği görev taburculuk planlaması görevidir. Ancak daha önce de ifade edildiği gibi bu rolü kapsamlı olarak yerine getirmekten ziyade kısmen gerçekleştirdikleri yapılan yorumlardan çıkarılmaktadır.

*“Bizim hastanemizde daha çok taburculuklarda aileye ulaşılması için kullanılıyor sosyal hizmet uzmanları onun dışında sosyal hizmet uzmanlarını aktif olarak hiç kullandığımıza rastlamadım. Taburculuklarda da telefon numarasına ulaşamazsak telefon numarasına ve adresine ulaşılması diye ulaşıyoruz. Onun dışında herhangi bir şeyde kullanmadık. Ama sayıları az belki ondandır belki bilemem.” (hemşire-5)*

*“Bu rollerden (birey ve aile ile çalışma, vaka yönetimi, savunuculuk, sosyal modelin teşviki) bence işte hasta taburcu olurken yakınına ulaşamazsak ona ulaşmak ve yahut yakını hastayı almak istemiyorsa onu bi kurumu yerleştirmek konusunda çalışıyorlar sanırım en çok bu hastane de bu da taburculuk planlaması rolüne giriyorsa tam anlamıyla o rolü gerçekleştiriyorlar. Onun dışında bu rollerin hiç birini yaptıklarını düşünmüyorum.” (hemşire-7)*

*“Hasta yakınlarına ulaşmak onlardan bilgi almamız gereken durumlar olabiliyor ya da mesela taburculuk aşamasında hastanın yakınına ulaşamazsak onlar ulaşip çağırabiliyorlar, kimsesi olmayan hastaya yer buluyorlar, naklini sağlıyorlar gibi görevleri var. Önemli olan bir alan tabi...taburculuk planlamasını biz yapıyoruz*

*onların yaptığı taburculuğunda sorun çıkan hastanın sorunuyla ilgili çözüm bulmak. Yani bir noktasında varlar taburculuğun. O da her hasta için değil zaten.” (hekim-4)*

*“Taburculuk planlaması da aslında en alt düzeyde iştir. Ama uygulamada bu hep ön plana çıkıyor maalesef sosyal hizmet uzmanları açısından.” (Hekim-13)*

Sosyal çalışmacıların taburculuk planlaması rolünün önemine vurgu yapan psikolog-9 sosyal çalışmacıların mutlaka kliniklerle bulunması gerektiğini verdiği örnekle belirtmiştir. *“Geçenlerde yaşadığımız bir mevzu işte 80 küsur yaşındaki amcaı yerleştirecek yer bulamıyoruz çünkü biz modeli bilmiyoruz o modelin nasıl uygulanacağını bilmiyoruz. O yüzden olmak zorunda yani burada yapacakları çok iş var.”* Yine bir örnekle durumu anlatan hemşire-3 sosyal çalışmacıların hastanın taburculuğu için uğraştığını ancak bazı prosedürler nedeniyle hastayı taburcu edemediklerini ifade etmiş ve yasal işlemlerin bu kadar uzamaması konusunda eleştiride bulunmuştur.

*“Bu servis açıdan bir örnek vermem gerekirse 1 yıl yatmak durumunda kalan hastamız oldu. Hastanın gidecek yeri yok, sosyal hizmet uzmanı bu hastayı yerleştirmek için uğraşıyor ama sanırım prosedürler nedeniyle hasta burada 1 yıl kalmak durumunda kaldı. Bu hastanın boşu boşuna 1 yıl boyunca yer kaplaması demek bizim açımızdan kendisi açısından ise boşuna vakit kaybı demek bir süre sonra da zaten hasta burada çok uzun süre kaldığı için yeniden hastalık belirtilerini göstermeye başladı. E bu durum üzücü tabi ki hem bizim açımızdan hem de hasta açısından. Bu gibi durumlarda prosedür işlerinin bu kadar sürmemesi gerekiyor.” (hemşire-3)*

Tedavi edici ruh sağlığı hizmetleri temasının altında, sosyal çalışmacıların rollerine ilişkin değerlendirilmiş olan başlıkların yanında psikiyatri ekibinin belirttiği bazı önemli görüşlerde bulunmaktadır. Örneğin hemşire-9 sosyal çalışmacıya atfedilen bütün rollerin gerçekleştirilmediğini, bu sorumlulukları kendisinin gerçekleştirdiğini ifade etmiş ve sosyal çalışmacıları aktif olmamak yönünde eleştirmiştir.

*“Bu rollerin hiç birini tam anlamıyla gerçekleştirmiyorlar çoğunu da hiç gerçekleştirmiyorlar. Bizim talebimiz doğrultusunda birşey yaparsa yapıyorlar ama aktif değil. Yoksa normalde servis üzerinden döner alıyorlar ama servisle alakaları yok. Kurumdan gelen bir çocuğumuz var mesela taburcu olacak mesela kurumla ben muhatap oldum bu benim görevim değil mesela yani bizim hastanede hemşire üzerinden yürüyor işler. Kurumdaki çocuklar gelir buraya kıyafetti şuydu buydu birçok ihtiyaçları olur. Hemşiresiyle ben muhatap olurum kurum yöneticisiyle ben muhatap olurum arayıp gelmezler ihtiyaçlarını getirmezler ben ararım ben sinirlenirim ben gerilirim ama haberi olmaz sosyal hizmet uzmanının. Yani bir işbirliği içinde değiliz eğer bir ekip sayarsak biz doktor ve psikologtur. Ekip say dersiniz bu disiplinler arasında var.” (hemşire-9)*

Aynı doğrultuda görüş bildiren hemşire-6 sosyal çalışmacıların servislerde daha çok vakit geçirmesi gerektiğini ve hastaları tanıyarak sosyal sorunlarını kendilerinin tespit etmesi gerektiğini dile getirmiştir.

*“Benim düşüncem biraz daha hastaları tanımalılar, servislerde kliniklerde vakit geçirmeliler, bunları dediğim gibi 2 -3 haftalık bir süreçte plan dahilinde yapabilirler. Atıyorum hani hastanız taburcu gelin alın demek yerine sadece ya da bunlarda da çoğunu zaten biz yürütüyoruz, çünkü onları aramak işte tekrardan konsültasyon girmek, dönüş almak bu istişareyi yapmak bize zor geliyor aslında bir numarayı çevirip biz hasta yakınıyla iletişim kurunca daha rahat oluyor çünkü daha sağlıklı ilerliyor işler böyle. Benim düşüncem biraz daha bunları tespit etmeliler yani burada sosyal sorunları olan hastalar var mesela sürekli biz arada aracıyız işte doktor bey*

*böyle oldu işte vasisini arıyorsa avukat bey böyle oldu işte sosyal çalışmacı ile istişare halindeyiz hani bu da bizi biraz yoruyor aslında çünkü bizim alanımızda değil uzmanlık alanımız değil bu. Mesela atıyorum hastayı tanıyıp bizden de belki destek alabilirler bizde bu konuda destek oluruz mesela bakım merkezi mi olacak, aile yanına mı yerleşecek başka bir kuruma mı yerleşecek bunlarla ilgili hani işleyişi sağlamalılar mı ya da vasisi mi bunu mahkeme açacak, yapacak hani bu yönde yönlendirmeleri, bilgilendirmeleri olabilir bu süreçte. Çünkü biz mesela var bir hastamız var mesela C.İ. diye biz hastayı tedavi ettik Ekt tedavisi bitti 1 ay oldu göndereceğiz gönderemiyoruz, nereye göndereceğimizi bilmiyoruz, avukatına ulaşmaya çalışıyoruz, ailesine ulaşmaya çalıştık, bu süreçte sosyal hizmet uzmanı arkadaşlar yardımcı oldular sağolsunlar ama noldu şimdi tekrar bu hasta burada kalıyor şimdi.” (hemşire-6)*

Sosyal çalışmacıların görevlerini gerçekleştirmede ki en büyük engellerinden birisinin sayılarının yetersizliği olduğunu da ifade eden hemşire-6, bu duruma bir çözüm bulunması gerektiği düşüncesi ile fikirlerini dile getirmiştir.

*“Çalıştım hastanemizde 4 kişi falan var ama sanırım sayıları yeterli değil, belki başka eksiklerde olabilir, belki kişisel işe bakış açısı da etkiliyordur. Yani çalışma prensibi gereği böyle olabilir ama bence daha fazla aktif olmaları gerekir. Belki hani nasıl olur 5 gün mesai var hastanede atıyorum bugün 4 saatini sabahdan bu serviste geçirebilir 4 saatini aşağıdaki serviste geçirebilir yani toplasanız burda 10 tane birim var 500 hasta var mesela 4 e böldüğünüzde 500 hastayı 120 hasta falan oluyor kişi başına düşen. Bu 120 hasta da burada hiç kalmıyorsa 3 hafta kalıyor. Biraz daha servislerde bulunup hastayla temas edebilmeli, temastan kastettiğim bazı şeyleri araştırabilmeli, analiz yapabilmeli, yani sadece böyle şu hastaya ben ulaşamadım, numarası yok bakıyor ikametgâhı neresi ona göre oradaki muhtara ulaşip onu öyle çözebilir ya da sistemden belki ulaşılıyor ailesine bilmiyorum yani ben polisi arayıp bu yardımı ondan da alabilirim neticede.” (hemşire-6)*

Psikolog-3 ise sayı yetersizliğine vurgu yaptığı sosyal çalışmacıların iş yüklerini daha fazla arttırmamak adına gerekli gördüğü durumlarda dahi sosyal çalışmacılara ulaşmaktan çekindiğini ifade etmiştir.

*“Yani bizim hastane açısından açıkçası direk aklıma gelen ilk cümlelerle söyleyeyim başından beridir hep sayıları az sosyal hizmet uzmanlarının eksik kişi ile çalışıyorlar o yüzden yükleri çok fazla ve birebir açıkçası servisle ideal düzeyde ilgilenemiyorlar. O yüzden çoğu zaman onlara böyle ekstra bir iş çıkarmamak adına birçok şeyi serviste sosyal hizmet uzmanını da ilgilendiren konuları aman işte yok şey yapmıyım bunu da yönlendirmiyim diye çoğu zaman kendim halletmeye çalıştım.” (psikolog-3)*

Psikiyatri ekibini çoğunluğu sosyal çalışmacıların görevlerini hastane de hasta yakınına ulaşmak ve taburculuk aşamasında gidecek yerinin olmaması halinde hastaları kuruma yerleştirmek olduğunu ifade etmiştir. Hastaların sosyal açıdan değerlendirilmesi gerektiğini söyleyen hemşire-10 sosyal çalışmacıların görevlerini yeterince gerçekleştiremediği düşüncesindedir.

*“Yani az önce söylediğim hasta yakınına ulaşmak dışında daha fazla görevleri olmalı bence onlara ayrı bir birim açıldıysa eğer. Adına baktığımızda sosyal hizmet uzmanı demek ki sosyal alanla alakalı bir meslek. Hastanede çalıştıklarına göre hastaların sosyal alanıyla alakalı olmaları gerekiyor. E ama hastaların sosyal yönüne odaklanıldığını ne yazık ki ben göremiyorum. Hastalarımız örneğin taburcu oluyorlar ama yeniden hastaneye yatıyorlar bu serviste çok oluyor bu durum. Neden geri geliyorlar peki yaşadıkları yerde olan bi sorundan mı iyi bakılmadığından mı*

*ilaçlarını takip eden olmadığından mı bunlar araştırılmalı ki sosyal yönden de hasta iyi olabilsin.” (hemşire-10)*

Hemşire-7 ise evrak ve nakil işlemleri dışında bütün rollerini aksattığı düşüncesi ile sosyal çalışmacıları eleştirmiştir. *“O kadar çok işleri var ki bunların çoğunu yapabileceklerini zannetmiyorum çoğunlukla evrak ve ulaşım işleri yapıyorlar. Gerçekten de onların işlerini yapabildiklerini zannetmiyorum hastanede.”* Bunun yanında sosyal çalışmacıların hastalardan izole olduğu fikri birçok katılımcı psikiyatri ekibi üyesi tarafından dile getirilmiştir.

*“Bence sosyal hizmet uzmanları çok izole kendi birimlerinde oturarak iş yürütmeye çalışıyorlar. Ben hastaların adreslerine ve telefonlarına ulaşmamızı sağlamaları dışında çok bir yardımlarını görmedim.” (hemşire-7)*

*“Bence sosyal beceri, iletişim hepsinin içinde terapilerde hepsinin içinde aktif olmalı eee taburculuk öncesi, taburculuk sonrası bence ekibin içinde olmalı dışardan değilde ekip içerisinde bulunmalı. Ayı bir binadalar servislerden uzaktalar. Telefonla ulaşıyoruz eee kendilerine sadece, eee yani böyle izole olmamalılar.” (hemşire-5)*

*“Sosyal hizmet uzmanları yapması gereken görevleri yapıyorlar fakat hastalardan izoleler.” (hemşire-13)*

Psikiyatri ekibinin çoğunluğunun görüşü sosyal çalışmacıların bu alan için oldukça önemli bir sağlık profesyoneli oldukları yönündedir. Ancak katılımcılar tarafından psikiyatri tedavi kurumunda görevlerini yeterince gerçekleştirememeleri konusunda da eleştirilmiştir.

*“Psikiyatri alanında çok gerekli olduğunu düşünüyorum sosyal hizmet uygulamalarının ama eee gerçekten bu hastane de yani olması gereken bir uygulama var mı o sorgulanabilir. Biz kliniklerde pek fazla göremiyoruz sosyal hizmet uzmanını.” (hemşire-5)*

*“Bence oldukça önemliler bu hastane ve bu hastalar için ama görevlerini gerektiği gibi yerine getirebilirlerse.” (hemşire-6)*

*“Psikiyatri alanı için aslında çok önemli olduklarını düşünüyorum ben. Çünkü hastaya bütüncül yaklaşmak gerekli tıbbi yönünü biz değerlendiriyorsak ki asıl sorun orada ama sosyal sorunlarını da sosyal hizmet uzmanları tedavi etmeli...” (hekim-6)*

### **3.7.1.3.Rehabilite Edici Ruh Sağlığı Hizmetleri**

Rehabilite edici ruh sağlığı hizmetleri psikiyatrik bozukluğun yol açtığı sorunların en aza indirilmesi ve sosyal bütünleşmenin sağlanması amacıyla gerçekleştirilen uygulamaları kapsayan ruh sağlığı alanının önemli bir alanıdır. Rehabilite edici ruh sağlığı hizmetleri teması derinlemesine görüşmelerin ayrıntılı analizi ve alanyazın taraması sonucunda kategorilere ayrılmıştır. Sosyal model, ekip çalışması, psikiyatri servisine yatışın azaltılmasında TRSM’nin etkisi ve sosyal çalışmacının rehabilite edici hizmetlere yönelik görevlerine ilişkin görüşler bu başlık altında değerlendirilecektir.

#### **3.7.1.3.1.Sosyal Model**

Sosyal model ruhsal bozuklukların yalnızca tıbbi modelle açıklanamayacağı fikri ve bireyin yalnızca biyolojik boyutunun değil sosyal yönünün de olduğu düşüncesinin olgunlaşmasıyla ortaya çıkmıştır. Daha önce de belirtildiği gibi ruh sağlığı alanı

uygulamalarına sosyal hizmetin temel yaklaşımı medikal değil sosyal modele dayanmaktadır. Sosyal model bireylerin refahına ve yaşam kalitesine odaklanmaktadır. Ruh sağlığı alanının önemli bir parçası olan rehabilite edici hizmetler bireylerin daha çok sosyal yönlerine odaklanan ve bireylerin iyilik hallerinin artırılması için uğraşan bir alandır. Bu açıdan rehabilite edici ruh sağlığı hizmetlerinin uygulama alanı olarak görülen toplum ruh sağlığı merkezinde görev yapan psikiyatri ekibinin “Bulunduğunuz merkezde verilen psikiyatri hizmetini sosyal model kavramını dikkate alarak nasıl değerlendirirsiniz?” sorusuna verdiği cevaplar değerlendirildiğinde, tedavi edici ruh sağlığı alanıyla rehabilite edici ruh sağlığı alanı arasında bir karşılaştırma yapıldığı gözlemlenmektedir.

*“Hastane çok daha farklı belli bir süre için genellikle akut vakalar gelir, onların alevlenme işte yangın çıkmıştır yangınları söndürülür ve iş biter. Burada ise tam tersi yangını söndürülmüş konumdaki insanların tekrar rahatsız olmamaları... Bizim hastaların temel özellikleri şey zaten ağır ruhsal hasta olmaları, işte hastanede yatmış olmaları, ağır ruhsal hastalık sebebiyle bir yerde memur değil, vesaire değil, çalışan konumda değil- bu insanların daha çok topluma uyumlarını arttırmak eksikse yapamıyorlarsa yeniden kazandırmak. Onun için çok farklı kulvarlar. O kadar farklı ki. Orada sadece siz belli bir zaman diliminde hastalığı yatıştırmakla, sakinleştirmekle, kontrol altına almakla uğraşırsınız. Buradakiler zaten kontrol altında. O yüzden orada daha medikal, aktif tedavi var, burada ise sosyal yön çok daha ağırlıklı, psikolojik yön, ailelerin eğitimi, hastaların hastalıkları konusunda bilinçlendirilmeleri daha ön planda tabi ki ailelerinde, diğer kurum ve kuruluşlar aracılığıyla onlara hem bu hastaları tanıtmak, onlarla iş birliği içine girmek. Hastaneye göre çok daha şey konumundayız yani sadece bir gelip geçici tedavi oldu çıktı gitti konumu değil, Manisa’da yaşadığı sürece o insan bizimle bir şekilde irtibatlı olacak, irtibatımız kesilmeden sürecek.” (hekim-17)*

*“TRSM de daha çok sosyal model ağırlıklı çalışılıyor. Birde burada yaptığımız iş daha görünür niye görünür hastadan geri bildirim alıyorsunuz ve olumlu geribildirim aldığınız zamanda mutlu oluyorsunuz. Hastane de tam alevlenme döneminde gelmiş hastalar ve sadece tıbbi tedavi süreci gerçekleşiyor. Bu anlamda ben burada çalışmaktan daha mutluyum mesela.” (Hemşire-19)*

Psikiyatri ekibinin düşüncesi psikiyatri tedavi kurumunda alevlenme döneminde olan hastaların yatıştırılması amacıyla tıbbi tedaviye ağırlık verildiği, ancak rehabilite edici hizmetlerin hastaların yatışma döneminde olması hasebiyle daha çok sosyal model odaklı çalışıldığı yönünde olmuştur.

#### 3.7.1.3.2.Ekip Çalışması

Tedavi edici ruh sağlığı alanında olduğu gibi rehabilite edici ruh sağlığı alanında da farklı sağlık profesyonellerinin işbirliği içinde çalıştığı bir ekip ortamına ihtiyaç vardır. Toplum ruh sağlığı merkezinde hizmet veren psikiyatri ekibi üyelerinin görüşleri değerlendirildiğinde, daha önce psikiyatri tedavi kurumunda da görev yapmış olan hemşire-19’a göre toplum ruh sağlığı merkezinde ekip uyumu hastanelere oranla daha fazladır.

*“Ekip ruhunun içinde bazı parçalanmışlıklar var. Özellikle evet ben bu hastaneye geldiğim zaman çok şaşırmışım. Psikiyatristler bir alanda psikologlar bir alanda hemşireler bir alanda, mecbur oldukça bir araya geliyorlar bunun dışında herkes işini yapıyor. Yani o ekip ruhunu çok göremedim. Toplum ruh sağlığı merkezinde ise*

*hastaneye göre ekip çalışması daha fazla ve daha da önemli çünkü burada işte eğitimler düzenliyoruz, damgalama karşısı çalışmalar falan yapıyoruz, ev ziyaretlerimiz oluyor bunları ekip halinde yapıyoruz. Hekim hemşire psikolog arkadaşlar ve sosyal hizmet uzmanı arkadaş varken birlikte ev ziyaretleri yapıyorduk ama şu anda yok.” (hemşire-19)*

Bunun yanında psikiyatri ekibi üyelerinden toplum ruh sağlığı merkezinde devamlı olarak görev yapan hekim ve hemşirelerin görüşleri ekip çalışmasının tam anlamıyla gerçekleştirilemediği yönündedir. Toplum ruh sağlığı merkezinde devamlı olarak görev yapan bir psikolog ve sosyal çalışmacı yoktur. Psikolog psikiyatrik tedavi kurumundan haftanın bir günü gelmekte ve her hafta gelen psikolog değişmektedir. Sosyal çalışmacı ise hiç gelmemekte ihtiyaç durumunda ise hastalar ve yakınları hastaneye yönlendirilmektedir. Bu durumdan dolayı ekip üyeleri ekip çalışması konusunda eksikliklerin olduğunu ifade etmişlerdir.

*“Burada da şu anda devamlı bir sosyal hizmet uzmanı olsun istiyoruz ama hastanede de yetersiz olduğu için ayrıca oradan buraya kaydırılamıyor. Çok sıkışsak biz buradan oraya yönlendiriyoruz. Talebimizi iletiyoruz. Sonuçta buranın kadrosunda var yani her elemanın olması kıymetli eğer yoksa onun görevleri başkalarının üzerine kalıyor ya da yapılmıyor. Hani sosyal hizmet uzmanının bir eksikliğinin olmama ihtimali yok olsa iyi daha iyi olurdu ekip çalışması.” (hekim-16)*

*“Ekip anlamında eksiklikler var mesela bizim psikolog arkadaşımız doğum yaptı onun yerine gelen psikolog arkadaşlarda elinden geleni yapıyorlar ama her hafta değişiyorlar bir bütünlük sağlanamıyor o zaman. Sosyal hizmet uzmanı bize veremiyorlar çünkü hastanede 2 kişi çalışıyorlarmış o ayakta eksik. Hekimimiz iki tane oldu ama herkes daha özverili olursa birşeyler yapabiliriz. Son 1 yıldır falan biraz daha sıkıntılıyız. Ben geldiğim zaman sosyal hizmet uzmanı vardı ama tayin edildi sonra bir daha sosyal hizmet uzmanı görmedik biz.” (hemşire-20)*

*“2 doktor, 4 hemşireyiz, psikoloğumuz hastaneden geliyor haftada 1, sosyal hizmet uzmanımız yok. Ama olması gerekiyor.” (hemşire-22)*

### *3.7.1.3.3.Psikiyatri Servisine Yatışın Azaltılmasında TRSM’nin etkisi (Döner Kapı Fenomeni)*

Kronik ruhsal bozukluğu olan bir grup hastada, hastaneye yatış ve çıkış sıklığının fazla oluşu “döner kapı” fenomeni olarak isimlendirilmektedir. Döner kapı fenomeni ağır ruhsal bozukluğu olan bireylerde daha fazla görülmektedir. Yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde hastaneye yatış çıkış sıklığının fazla olmasının arkasında birçok etkenin yattığı gözlemlenmektedir. Bunlar arasında tedaviye uyumsuzluk, madde kullanımı gibi etkenlerin yanında, yetersiz hasta izlemi ve yetersiz rehabilitasyon hizmeti de önemli etkenlerdendir. Bazı araştırmacılar ise tekrarlayan yatışların ekonomik sorunlar, barınma sorunları ve sosyal problemler gibi nedenlerden de kaynaklı olduğunu ifade etmişlerdir. Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin etkin olarak yürütüldüğü ülkelerde ‘döner kapı olgusu’ başarıyla aşılmıştır (Aydın vd., 2014: 186; Gültekin vd., 2013: 226; Botha vd., 2010: 462-467). Bu anlamda katılımcı psikiyatri ekibine “Ağır ruhsal bozukluğu olan hastalar sizce neden tekrarlayan şekilde hastaneye yatıyorlar” ve “TRSM uygulamalarının, ağır ruhsal bozukluğu olan bireylerin tekrarlayan şekilde hastaneye yatışlarının önüne geçtiğini düşünüyor musunuz” soruları yöneltilmiştir. Alınan cevaplar

değerlendirildiğinde psikiyatri kliniğinde hizmet veren hekim-13 verdiği cevapla hastaların tekrardan hastaneye yatışlarının sebebinin devlet politikasına bağlamıştır.

*“Biz buna rehospitalizasyon diyoruz. Yani yeniden hastaneye yatış bunların arasında en önemli şey hastanın ilaçlarını düzenli kullanmaması ikincisi en yakın çevresi olan ailenin yeterince destek olmaması var. Birde mesela İngiltere gibi ülkelerde psikiyatrist sayısından daha çok rehabilitasyon uzmanı, sosyal çalışma uzmanı gibi sektörler daha yaygın ve bunlar hastanın ortamında tedavisinin sürdürülmesini sağlamak ya da tedavisini bozucu ortamların değiştirilmesini sağlamak vesaire gibi devlet politikalarıyla çalışarak hastanın öncelikle doktora yani psikiyatriste sonra da kuruma olan ihtiyacını azaltıyorlar aslında. Yani aslında bu bizim için şey ülke politikasıyla ilgili bir şey. Çünkü orada bir takım sorunlar var... biz devlet hastanelerinden birisinde belediye ile bir anlaşma yapmıştık. Şizofreni hastaları taburcu oluyorlar mesela aylık iğnelerini yaptırırlarsa tedavi bitecek. Aylık iğnelerinin yapılmasını sağlama da çalışmıştık beraber doğru dürüst enjeksiyonu yapılan hastalar hastanelerde yatmıyorlardı mesela. Ama yani bunlar için devlet politikası gerekiyor. Hastaneden çıkışta takip olmadığından çoğu hasta yeniden yatıyor. Kendi hastalıkları gereği tedaviyi istemeyenler var onlar ayrı tabi ha birde desteksizlikten dolayı tedavisini alamayanlar var ya da ilgisizlikten dolayı. Ekip halinde çok güzel çalışma olabilir. Keşke bizimde kliniğimizde sosyal hizmet uzmanı olsa.” (hekim-13)*

Hemşire-17 özellikle madde bağımlısı hastalarda döner kapı fenomeninin çok fazla olduğuna vurgu yapmış ve hastaların hastaneden çıktığında takip edilmediği konusunda eleştiride bulunmuştur.

*“Özellikle bağımlılık hastaları tekrar tekrar geliyor. Yani 2 kezden fazla yatmaması gerekiyor ama 16 kez alkol bağımlılığı nedeniyle burada yatan hasta var amatem falan kabul etmiyor. Bunların takibi tekrar geldiğinde anlıyoruz ki tekrar başvurduğunda devam ediyor. Ya da zaten kronik ataklarla işte şizofreni olsun bipolar olsun hep ataklarla devam ettiği için dönemsel atak olduğu zaman onlarda tekrar geliyor. Ama sadece şey olarak yakınları takip edip getiriyorlar. Yani sağlık personelinin herhangi bir takip yok. Oysa hastaneden taburcu olduktan sonra hasta bir takip süreci olsa bunu da kim yapar bilmiyorum sosyal hizmet uzmanları mı? Hasta ilaçlarını kullanıyor mu, başka ekonomik sosyal ne sıkıntıları var bakılsa tekrarlayan yatışların belki önüne geçilebilir.” (hemşire-17)*

Psikolog-8 ise hemşire-17 gibi hastaların takip edilmediği konusunu dile getirmiştir. Taburculuk sonrası takibi yapılmayan hastalarda tekrarlayan yatışların olduğu katılımcılar arasında yaygın görüştür.

*“bir sorun çözmek istediğin zaman bizim yani fizyolojik yönü var tıbbi yönü var sosyal yönü var bireysel yönü var az önce söylediğim şeye geliyor dönerkapı şeyine siz hastayı yatırıyorsunuz hastaneye tıbbi boyutunu hallettiniz alevlenme bitti ama yıkım var, sosyal endikasyonu var e bu ne olacak siz onu geri gönderdiğiniz zaman bireyde zaten sorunlar da varsa sosyal olarak da destek yoksa takip yoksa bu hasta yine gelir. E siz şimdi sorunu çözmüş mü oldunuz olmadınız? ...” (psikolog-8)*

TRSM uygulamaları ile yatış sıklığının azalıp azalmadığı sorusuna yönelik cevaplar değerlendirildiğinde psikiyatri ekibi üyeleri tarafından toplum temelli uygulamaların hastalara olumlu yönde yansıdığı ve yatış sıklıklarını azalttığı belirtilmiştir. Hemşire-21 bir örnekle bu durumu açıklamıştır. “Buraya başlayıp ta yatma sıklıkları çok azalıyor. Mesela bi kızımız var hiç konuşmayan buraya geldiğinde, şu anda çok güzel sohbet ediyor.”

Hekim-16 ise TRSM’de verilen hizmetin amacının yatış sıklığını azaltmak olduğunu söylemiş ve hastaların takiplerinin yapılarak yatışları engelleyebildiklerini belirtmiştir.

*“Buraların amacı o zaten yatışı düşürmek, yatıştan önce hastaların takibini yapabilmek tam aynı şeyde değil ama yurt dışında olan o gündüz hastanesi denen kavrama yakın bir çalışma tarzı var buranın. Bizim görevimiz burada hastaların ilaçlarını düzenli kullanıp kullanmadıklarını izlemeye çalışıyoruz, bazen ufak tefek eklemeler yapıyoruz. Bazen hastalar daha durumu kötüleştiği zaman hastaneye yönlendiriyoruz falan ama esas amaç yatışı engellemek, faydası da olduğunu düşünüyorum... Eğer takip edilmezse (hasta) kendi kendine kalıyor, bir süre sonra ilacı bırakıyor, iletişim kurmamaya başlıyor tekrar vesaire artık ondan sonra tekrar hezeyanlar şunlar bunlar geliyor. Burada da bunlar gelişebilir ama daha önceden burada önlem alınabilir. Birde burada ilacını içip içmediği daha takip edilebiliyor. Buraya gelmesi bir anlamda bir çeşit denetim altına girdiği sosyal ilişkilerini sürdürdüğü, kendi içinde kapalı kalmadığı anlamına da gelebilir tabi ama en önemlisi izleyebilmek.” (hekim-16)*

Hemşire-19’a göre TRSM’ler hastaların sürekli takiple alevlenme gelişmeden belirtilerin farkedilmesini sağladığı için yatışların azaltılmasında önemli bir uygulama alanıdır.

*“Evet öyle çünkü hastayı bütüncül olarak yaşadığı ortamda değerlendirme şansımız oluyor. Birde sürekli aynı hastaları takip ettiğimiz içinde mesela hastalığın alevlemeye girmeden önceki belirtilerini de yakalayabiliyorsunuz bu anlamda TRSM önemli bir ayak fakat yeni kuruldu ülkemizde biliyorsunuz ani 2011 yılında kuruluş aşaması bazı sıkıntılar var bazı ayakları eksik mesela sosyal hizmet uzmanı ayağı, psikolog ayağı eksik tabi genel söyleyemem ama çalıştığım burası açısından daha çok hizmet hemşireler üzerinden yürüyor.” (hemşire-19)*

Bu konuyu bir örnek ile açıklayan hemşire-19 toplum temelli uygulamanın yatışı nasıl düşürdüğü üzerine vurgu yapmıştır. *“Mesela şöyle bir vakamız var burası açılmadan önce hasta şizofreni hastası sıklıkla hastaneye yatışları var mesela 1 yıl içerisinde 5’in üzerinde yatışı varken aynı hasta TRSM açıldıktan sonra aradan geçen 6 yıla rağmen hastanın hastaneye yatışı yok.”* Hemşire-22 ise görev yaptığı TRSM’de daha çok şizofreni hastaları olduğundan dolayı şizofreni hastaları üzerinden durumu ifade etmiş ve yatış sıklığının azaltılmasında TRSM uygulamalarının önemine dikkat çekmiştir.

*“Hasta neden hastaneye yatar ilacını bıraktıncaya kadar birde sosyallikten kendisini uzaklaştırırsa bu da çünkü hastalığı alevlendiren bir şey. Hastalık alevlenirse hastaneye yatar. Ama buraya geldiği süre içerisinde hastalık alevlenmiyor ya da biz onu gözlemliyoruz ek tedavi ile bunu ekarte ediyoruz. Yani bu şekilde mesela bir tane hastamız var burası açılmadan önce her ay hastaneye yatıyormuş burası 2011 de açıldı, 2011 den bu yana bir tane yatışı yok, buna benzer bir sürü var. Haa hiç mi yatış yok tabi ki var yani bu süregelen bir hastalık yani bu hastaya sen hadi bu iğneyi yapıyorum artık ömür boyu iyileş yani sıfırlama diye bir şey yok. Zaten şizofreni hastalığı bir beyin hastalığı beyindeki bozukluklardan ileri gelen bir hastalık yani sen şıppadak sihirli değneğin yok ki bunu sıfırlayacaksın yok böyle bir şey. Ne yapacaksın bununla ömür boyu en iyi şekilde yaşayarak, hastalıkla mücadele ederek normal insanlar gibi hayatını devam ettirmek. En önemli olan şey budur. Yani insanın hayatını hastalığa rağmen en iyi şekilde yaşamasını sağlamak. Ya amacımız bu.” (hemşire-22)*

#### 3.7.1.3.4.Rehabilitate Edici Ruh Sağlığı Alanında Psikiyatri Ekibinin Sosyal Çalışmacının Görevlerine İlişkin Görüşleri

Bu tema altında rehabilitate edici ruh sağlığı kurumu olarak değerlendirilen Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde görev yapan sosyal çalışmacıların görevlerine ilişkin psikiyatri ekibinin görüşleri değerlendirilecektir. Görüşmeler çerçevesinde TRSM’de devamlı görev yapan bir sosyal çalışmacının olmadığı görülmüştür. TRSM ilk açıldığında bir sosyal çalışmacının devamlı olarak çalıştığı hizmet verenler tarafından ifade edilmiştir. Bu noktada yapılan görüşmeler neticesinde sosyal çalışmacının ihtiyaçlar duyulan ve olması halinde gerçekleştirmesi gereken görevleri, birey ve gruplara yönelik savunuculuk, birey ve ailesi ile çalışma, sosyal işlevselliği güçlendirici, damgalamayı önleyici (sosyal içerme) ve eğitim alt başlıklarına ayrılmıştır.

##### 3.7.1.3.4.1.Birey ve Gruplara Yönelik Savunuculuk

Birey ve gruplara yönelik savunuculuk görevi daha önce de belirtildiği üzere ruhsal hastalık nedeniyle meydana gelen sorunların üstesinden gelinmesi ve bireylerin ve grupların sahip olduğu haklar konusunda bilgilendirilerek sosyal adaleti sağlamak üzere faaliyette bulunmaktadır. Bu görev psikiyatrik tedavi kurumlarında da rehabilitasyon kurumlarında da hastanın bulunduğu bütün ortamlarda sosyal çalışmacıların gerçekleştirmesi gereken önemli bir görevdir. Bu açıdan toplum ruh sağlığı merkezinde görev yapan psikiyatri ekibine yönelik sorulan “sosyal çalışmacıların birey ve gruplara yönelik savunuculuk görevi hakkında ne düşünüyorsunuz?”, “sosyal hizmet uzmanının psikiyatri alanında gerçekleştirdiği görevler sizce nelerdir?” gibi sorulara verilen cevaplar değerlendirildiğinde ekip içinde sosyal çalışmacının bulunmadığı kurumda en çok sorun yaşadıkları konunun hastaların haklarına yönelik sorduğu sorulara ve bu konuda yaşadığı sıkıntılara cevap verememeleri olduğu gözlemlenmektedir.

*“Bizim hastalarımızın aslında gerçekten çok ihtiyacı var. Sosyal hakları, ailevi durumları, çok haksızlığa uğrayabiliyorlar, haklarını bilmiyorlar, ihtiyaç sahibi gerçekten büyük bir kısmı. Sosyal hizmet uzmanı onlara faydalı olabilir aslında ama işte kendisi burada var olabilirse olur. Biz hastaneye yönlendiriyoruz orada ki arkadaşlar ilgileniyorlar biz telefon ediyoruz hasta yönlendirdik diye öyle. Örneğin ev ziyaretleri esnasından 1 örnek vereyim benim iki tane hastam var ikisi de kardeş biz ona ev ziyaretinde bulunduk yani öyle bir evde yaşıyorlar ki bina çökmek üzere yani ortadan direk tutturmuşlar tavanı falan üzerlerine çökmesin diye neyse işte orayı ziyaret ettik oraya gittik ama çok böyle kendimi daha da kötü hissettim ben çok öyle hangi yolu izlerim bilmiyorum şimdi nereye başvuracağım kaymakamlığa mı belediyeye mi yoksa sosyal hizmetlere mi? Ben bir şey yapabilir miyim bilmiyorum. Buradan gittim hastanede ki sosyal hizmet uzmanı arkadaşlarla görüşmeye çok fazla anlamıyorum onların konularından ben hasılı o hastam için hiç bir şey yapamadım onlar kendi çabalarıyla bir şeyler yapmaya çalışıyorlar. Böyle eksiklikler çok oluyor bizde.” (hemşire-20)*

Psikiyatri ekibine göre hastalar sosyal haklarından haberdar değiller ve sosyal çalışmacının birimde daimi olarak hizmet vermemesi sebebiyle ekip olarak bu konu da hasta ve yakınlarına hekimler ve hemşireler yardımcı olmaya çalıştıklarını ifade etmişlerdir. Görüşülen her ekip üyesi hasta ve yakınlarının sorunlarının çözümü ve haklarının onlara teslim edilmesi açısından birimlerinde mutlaka sosyal çalışmacının görev yapması gerektiği üzerine vurgu yapmıştır.

*“Görevleri çok fazla eğer yapılırsa. Durumu olmayan hastalarımız çok, onların yeşil kartlarıdır, sağlık güvenceleridir, otobüslerde inme binme alanındaki kart mesela onlara bedava hizmetler sunuluyor çoğu kişinin bunlardan haberi yok. Ya da rahatsız oluyor mesela hasta ben otobüse binince ücretsiz denmesini istemiyorum diyor o zaman benim hasta olduğum belli oluyor diyor. Biz onları hani rahatlatıyoruz yani başka bir hastalığı olanda bu kartı alabilir diye, mesela inatla birisi almak istemiyordu biz onunla konuşarak onu ikna ettik. Mesela biz bir aileye gittik gerçekten oturulmayacak durumda ev başlarına çöktü çökecek durumda yani fare koysan yaşamayacak durumda sosyal hizmet uzmanına ulaştık, kaymakamlıklara, şuraya buraya falan ama bu yılda bir şey yapılamadı. O insanlar orada yani ben bu sene gerçekten evimde uyuyamadım yani onları düşünmekten her yağmur yağdığında herşeyde o kablolar ortada açık acaba bir şey oldu mu diye bu insanları görünce insanın içi elvermiyor. Burada daimi bir sosyal hizmet uzmanımız olsa daimi bir psikoloğumuz olsa burada işte psikolog buraya her hafta geliyor ama her hafta farklı kişi geliyor ama buraya adapte olması hastaların bir sorunu olduğunda. Mesela bu hafta bir psikoloğa sorununu anlatıyor hasta ama bir daha ki hafta diğer psikoloğa anlatmak istemiyor aynı derdi baştan anlatmak istemiyor. Bu açıdan hem sosyal hizmet uzmanının hem psikoloğun daimi olması şart bence.” (hemşire-22)*

Her ne kadar hastalara sosyal hakları konusunda bilgilendirme yapmaya çalışsa da kanunları ayrıntılı olarak bilmedikleri için hasta ve yakınlarına yeterince yardımcı olamadıklarını ifade eden hemşire katılımcılar hasta ve yakınlarını bu noktada hastaneye yönlendirmek zorunda kaldıklarını söylemiştir.

*“Bence TRSM’lerin olmazsa olmazı sosyal hizmet uzmanları. Onların alanını ilgilendiren birçok sorunla karşılaşabiliyoruz. İşte biliyorsunuz özürlü maaşlarından tutun barındıkları yerdeki sorunlardan tabi ki bunlar direk sosyal hizmet uzmanı arkadaşların alanına giriyor. Biz bu açıdan eksik kalmış oluyoruz... Hastaların ev ziyaretlerimiz sırasında genelde sorduğu sorular maddi kaygılarından kaynaklı olan sorular. İşte evi yıkılmak üzere olan bir hastanın evine ziyaretine gidiyorsunuz. Temel ihtiyaç bağırtıyor onun barınmaya ve o yerin onarılmaya ihtiyacı var. Şimdi tabi soru bununla ilgili gelince siz bununla ilgili kanunları, nasıl bir yol izleyebilir, nereye başvurabilir bunlarda tabi eksik kalıyorsunuz. Şöyle diyorsunuz hastanemizin sosyal hizmet uzmanı var sizi oraya yönlendirelim.” (hemşire-19)*

*“Mesela sosyal hizmet uzmanı prosedürü biliyor. Sosyal hizmet uzmanı hastanın sosyal haklarını biliyor ama biz bilmiyoruz. Sosyal hakları nedir bir hastanın mesela otobüse ücretsiz binmek, engelli kartı almak, mesela bakım yardımı almak, özürlü maaşı almak. Bunların prosedürlerini biz bilmiyoruz ama sosyal hizmet uzmanı biliyor. Mesela bir hastanın bakım merkezine yerleştirilmesi bu sosyal hizmet uzmanının görevi biz böyle bir şey yapamıyoruz... sosyal hizmet uzmanı burada olsa da hastaların bazen sosyal hakları ile ilgili soruları oluyor ama biz bazen bu sorulara cevap veremiyoruz neden sosyal haklarını tam olarak biz bilmiyoruz hastaların. Ama bir sosyal hizmet uzmanı biliyor onun gelip hastaların sorularına cevap vermesi iyi olur ama yok hiç gelmedi hastanede de zaten sayıları çok azmış, 2 kişi mi ne varmış. Mesela şu var bazı hastalarımızın adresleri yanlış, telefon numaraları yok, onlar sosyal hizmet uzmanları bunları bulabiliyorlar, telefon numaraları buluyorlar, adres buluyorlar bize veriyorlar ama bizde sosyal hizmet uzmanı olmadığı için ulaşmakta zorlanıyoruz hastalara. Mesela şeyleri çok geniş kapsamlı prosedürleri mesela bakım yardımı alması gereken kişi işte 500 den aşağı gelir durumu olması gerekiyor herhalde 400 mü öyle bir şey tam olarak bilmiyorum ve ya engelli maaşı almak için neler gerekiyor, prosedür nedir? Bunları genelde biz bilmiyoruz.” (hemşire-22)*

Hastaların özlük haklarından haberdar olmadığından bahseden hekim-17 ise, bu durumun hastaneye ekonomik açıdan daha fazla yük getirdiğine dikkat çekmiştir. Bu anlamda bütün

ekibin görüşü sosyal çalışmacıların daimi olarak TRSM’de görev yapması gerektiği üzerine yoğunlaşmaktadır.

*“En çok ihtiyaç duyduğumuz burada kişilerin özlük hakları var bir takım bilmediği, işte bir özürlü kartı çıkarabilecek, rahatsızlığı nedeniyle bir sosyal gelir falan vesaire yoksa işte iki aylık yardım alacak bunlar için başvurularda bulunacak vesaire ve benzer şeyler. Diğer bir kısmı çalışmadığı için bir şey yapamadığı için işte belli yerlerde parça parça çalışmış ama şeyi yok sosyal güvencesi bizim hastaların büyük bir çoğunluğunun yeşil karttır ya da anneden babadan kalan şeylerdir, bazıları kendileri rahatsızlık nedeniyle malulen emekli olan insanlardır yani normal şekilde çalışan bir insanımız yok. Burada da onlara düşen görev onların bir takım bilmedikleri sosyal haklarını eğer varsa bir sorunları bir açmazları vesaire devreye girmek. Onlara bunlara anlattığınız zaman onlar anlatmıyorsa sen anlattığın zaman haa! öyle mi alınabiliyormuş mu diyen çok hastamız oldu, hastanede de aynı şeyleri yaptık biz yıllarca. Çünkü bir yeşil kartın farkında değillerdi, 2022 sayılı yasa ile 3 aydan 3 aya belli bir aylık alındığının farkında olmayan o kadar çok insan var ki! Biz yönlendiriyorduk özellikle hekim olaraktan çünkü onların yeşil kartlı olması bu defa hastanenin şeyine yansiyordu, hastane de ücretli hasta olarak yatmaya başlıyor, döner sermayeye yansıyor ister istemez, hastane gelirlerinin artmasını sağlıyor. Buranın kuruluşunda da sosyal hizmet uzmanı ve psikolog ayrılmaz bir parça, olmazsa olmazlarından.” (hekim-17)*

#### 3.7.1.3.4.2. Birey ve Ailesi İle Çalışma

Birey ve ailesi ile çalışma, ruhsal hastalık nedeniyle meydana gelen sorunların üstesinden gelinmesi ve yaşam kalitesinin artırılması amacıyla birey ve ailesinin güçlendirilmesini ve başatma becerilerinin artırılmasını hedefleyen çalışmalar bütünüdür. Toplum ruh sağlığı merkezinde görev yapan psikiyatri ekibine sorulan “Birey ve ailesi ile çalışma bu birimde gerçekleştiriliyor mu?”, “sosyal çalışmacının birey ve ailesi ile çalışma görevi ile ilgili düşünceleriniz nelerdir” sorularına yönelik elde edilen cevaplar irdelendiğinde TRSM’de birey ve ailesi ile çalışma gerçekleştirildiğini ifade etmişlerdir ancak bu görevi hekimler ve hemşireler gerçekleştirmektedir. Bu anlamda hemşire-21 bireyle çalışma kapsamında merkezde gerçekleştirilen uygulamaları değerlendirmiş ve merkezin bu noktada özellikle fiziki şartlar açısından eksik kaldığını dile getirmiştir.

*“Öğretmenleri geliyor halk eğitimden yarım gün öğleden sonraları, sabahları biz bir şeyler vermeye çalışıyoruz işte gündem oturumları dramaları var, güncel konular hakkında tartışılıyor, kitap okuma saatlerimiz var kitapları veriyor onlar okuyor o hikaye hakkında ne düşünüyor onları konuşuyoruz. Sosyal etkinlik saatlerimiz var ama kafelere falan götürmeyi istiyoruz, sinemalara götürmeyi istiyoruz ama durumları çok iyi olmayan hastalarımız var götürdüğümüz zamanda biz karşılıyoruz elimizden geldiği kadar onu da her seferinde ne kadar yapabileceğiz. Çok şey veremiyoruz, sunamıyoruz aslında sosyal şeyler daha fazla olsa daha iyi olacak, alanımız iyi olsa spor faaliyetleri olsa ne bileyim resim odası ayrı bi yerde olsa malzemeler olsa yani daha rahat olsa daha iyi olur. Fiziksel şartlarımız kötü olduğu için çok iyi hizmet veremiyoruz sosyal açıdan da. Yani bizim amacımız bu insanları topluma kazandırmak. Bazı şeyleri kendilerinin yapmasını sağlamak. Buraya geldiğinde hiç konuşmuyor mesela bazı hastalar şu anda sohbet ediyor gayet güzel iletişimleri var kendileri buraya gidip gelebiliyor. Bizim amacımızda zaten hastaları rehabilite edebilmek, topluma kazandırmak.” (hemşire-21)*

Hekim-16 ise bireyle çalışmayı değerlendirdiği konuşmasında bu görevin özellikle hastaların takibi noktasında çok önemli olduğunu dile getirmiş ve hastaların sosyal ilişkilerinin sürdürülmesi açısından bireyle çalışmanın önemine vurgu yapmıştır.

*“Eğer takip edilmezse kendi kendine kalıyor, bir süre sonra ilacı bırakıyor, iletişim kurmamaya başlıyor tekrar vesaire artık ondan sonra tekrar hezeyanlar şunlar bunlar geliyor. Burada da bunlar gelişebilir ama daha önceden burada önlem alınabilir. Birde burada ilacını içip içmediği daha takip edilebiliyor. Buraya gelmesi bir anlamda bir çeşit denetim altına girdiği sosyal ilişkilerini sürdürdüğü, kendi içinde kapalı kalmadığı anlamına da gelebilir tabi ama en önemlisi izleyebilmek” (hekim-16)*

Aile ile çalışma görevi ile ilgili olarak da hemşire-22 ailelerin özellikle hastalığı bilmemesine ve hastalarına nasıl davranacakları konusunda sıkıntı yaşamalarına dikkat çekmiş ve bu konuda hekimlerin yöneticiliğinde çalışmalar gerçekleştirdiklerinden bahsetmiştir.

*“Sosyal olarak da ailesiyle de aile toplantılarımız oluyor bizim, ailelerde bazen anlayamıyorlar hastaları, bilmiyorlar çünkü hastalığı tanımıyorlar, hastalarını tanımıyorlar, öyle olunca da aileler nasıl davranacağını bilmiyorlar. O yüzden burada doktorumuz, bizler aile toplantısı yapıp onların sorunlarını, onlara nasıl yardımcı olabileceğimizi ailelere anlatmaya çalışıyoruz. Toplantılarda bizde bulunuyoruz notlar alıyoruz toplantıyı doktor yönetiyor. Doktorumuz söylüyor bizde telefon numaraları var bütün danışanların ailelerini çağırıyoruz. Aralarında gelemeyenlerde oluyor bir daha ki toplantıya onlarda geliyorlar öyle yani. Eskiden 15 günde bir yapıyorduk toplantıları, şimdi biraz aksadı bunlar ama aile toplantıları çok verimli geçiyor. Ama doktorumuz yapıyor bizde bulunuyoruz.” (hemşire-22)*

Hemşire-21 birey ve ailesi ile çalışma görevinin kendilerinin ve hekimlerin gerçekleştirdiklerini dile getirmiş bu uygulama kapsamında özellikle ilaç takibinin öneminden bahsetmiştir.

*“Biz yapıyoruz, takiplerini biz yapıyoruz. Hekimimizin ailelerle görüşmeleri oluyor. Psikoloğun bize verdiği eğitimler var ona göre bizde hastalara her toplantıda önce sorular soruyoruz nasılsınız uykularınız nasıl ilaçlarınızı içiyor musunuz ilaçlarınız bitti mi gibi bu alanlardaki açığı biz kapatıyoruz.” (hemşire-21)*

Hemşire-22 ise bireyle çalışmayı ayrıntılı olarak nasıl gerçekleştirdiklerini şizofreni hastaları açısından ifade etmiştir. Birinci aşama da ilaç kullanımının önemine vurgu yaptıklarını ifade eden katılımcı sonrasın da iş ve uğraşı terapisi ile hastaların becerilerini geliştirmek amacıyla özel hocalarla çeşitli aktivitelerin gerçekleştirildiğini dile getirmiştir.

*“Pozitif belirtileri öğrenlerini yapıyoruz, haplarına dikkat çekiyoruz, bunu devamlı vurguluyoruz, mesela hastalık nedir hastalığı çok anlatıyoruz sürekli, yani öyle bir sefer anlatıp geçmiyoruz sürekli ilaçların ne kadar önemli olduğunu vurguluyoruz. Bunu önce birinci safha hastaların ilaç kullanmasının önemi, bunu çok vurguluyoruz. İkinci ise pozitif belirtileri yani hasta normal insanlarda olduğu gibi mesela sabah kalkıp kahvaltısını yapması, evden çıkması, buraya gelmesi, burada arkadaşları ile ilişki kurup yemeğini yemesi, çayını içmesi, etkinliklere katılması, öğleden sonra ise rehabilitasyon merkezimiz var hocalar geliyor mesela el sanatları hocaları geliyor, ince motor kayboluyor çünkü ince motor, onu geliştirmek için dikiş diktiriyor, resim yaptırıyor, yani bir sürü ritim hocamız var hocamız çok, mesela kek pasta yapıyor, öyle hocamız var her güne 1 tane hocamız var. Burada hem eğleniyorlar yani sırf burası eğitim eğitim ders ders değil. Mesela burada bazen müziği açıp şıkıdım şıkıdım oynuyoruz bile onlarla beraber. Ondan sonra onlarla ne bileyim bir şeyler paylaşıyoruz ve mutlu da oluyorlar.” (hemşire-22)*

Hemşire-20 birey ve aile ile çalışmayı kendilerinin gerçekleştirdiklerini belirtirken bu konu da eksik kaldıklarını ve hastaları psikiyatri tedavi kurumunda görev yapan sosyal çalışmacılara yönlendirdiklerini söylemiştir.

*“Burada biz hastaların sosyal sıkıntılarının farkındayız. Bizim burada yapabildiğimiz şeyler oluyor ailesiyle görüşüyoruz, onları yönlendiriyoruz sosyal hizmet uzmanına ama bazen gücümüzün yetmediği şeyler de oluyor verdiğim örnekte ki gibi o insanlar hala bir kış geçti üzerinden o evde oturuyorlar. Yani yapamadığımız şeylerde var onların rahatsızlığını da duyuyoruz ama elimizden bir şey de gelmiyor.” (hemşire-20)*

Katılımcıların görüşleri genel olarak değerlendirildiğinde birey ve ailesi ile çalışma kapsamında hekimlerin, hemşirelerin ve özel eğitimcilerin gerçekleştirdikleri uygulamalar mevcuttur. Bireylerle ve ailelerle bilinçlendirme, eğitim sağlama ve beceri geliştirme gibi çeşitli çalışmalar yapılmaktadır. Ancak sosyal çalışmacının hizmet vermediği bu merkezde bu çalışmalar gerçekleştirilirken sosyal çalışmacılara ihtiyaç duyulduğu da katılımcılar tarafından ifade edilmiştir.

#### 3.7.1.3.4.3. Sosyal İşlevselliği Güçlendirici

Sosyal işlevsellik, çalışabilme, kişiler arası ilişkileri sürdürebilme ve kişisel bakımını yapabilme şeklinde tanımlanmaktadır. Bireyin sosyal işlevsellik düzeyi genel yaşam işlevselliğini etkilemektedir (Aşık ve Barlas, 2016: 94). Sosyal işlevsellikteki bozulma ağır ruhsal bozukluklarda görülen belirtilerden biridir. Bu açıdan özellikle rehabilitasyon çalışmalarının amacı hastaların sosyal işlevselliğini güçlendirmektir. Bu anlamda ekip çalışması gerçekleştirmek ve bütün sağlık profesyonellerinin iş birliği içinde hasta odaklı çalışması gerekmektedir. TRSM’de görev yapan hekim ve hemşirelerin sosyal işlevselliğin güçlendirilmesine yönelik düşünceleri incelendiğinde, daha çok kişiler arası ilişkilerinin güçlendirilmesi açısından bu görevin değerlendirildiği gözlemlenmektedir. Hekim-16 hastanın merkeze devamı ile sosyal ilişkilerinin sürdürüldüğünü ifade ederek bu durumu açıklamıştır. *“Buraya gelmesi bir anlamda bir çeşit denetim altına girdiği sosyal ilişkilerini sürdürdüğü, kendi içinde kapalı kalmadığı anlamına da gelebilir.”* Hemşire-21’de TRSM uygulamalarının amacını hastaların topluma kazandırılması olarak belirtmiş ve merkeze gelen hastaların kişiler arası ilişkilerinin arttığına vurgu yapmıştır.

*“Yani bizim amacımız bu insanları topluma kazandırmak. Bazı şeyleri kendilerinin yapmasını sağlamak. Buraya geldiğinde hiç konuşmuyor mesela bazı hastalar şu anda sohbet ediyor gayet güzel iletişimleri var kendileri buraya gidip gelebiliyor. Bizim amacımızda zaten hastaları rehabilite edebilmek, topluma kazandırmak.” (hemşire-21)*

Hemşire-22 ve hekim-17 ‘de merkezde ki uygulamaların hastaların topluma uyumlarını sağlamak adına gerçekleştirildiğini belirtmiştir. Hemşire-22’ye göre TRSM uygulamaları hastaların kendilerine olan güveni arttırmaktadır. Hekim-17’ye göre ise beceri ve yeteneği geliştirmek adına hizmet sağlanmaktadır.

*“Şimdi buraya geldiklerinde bu şizofreni hastaları içe kapanıyor, hastalığın verdiği bir şey bu, içe kapanmalarını önliyoruz mesela. Hastaların sosyalleşmesini sağlıyoruz, arkadaş ediniyor, insanları tanıyor, davranışlara da yansıyan bir hastalık bu davranışlarını düzeltiyor yani daha böyle bir topluma yakın hissediyor geldiği zaman, toplumdan dışlanmış değil de toplumun içinde kendisine bir yer edinmiş oluyor. Mesela kendini ifade etme özgürlüğü var, kendine güveni artıyor, mesela*

*drama da bir konu seçiyoruz o konu hakkında herkes fikirlerini beyan edebiliyor yani onlara özel olduklarını hissettiriyoruz. Yani benlik duygularının gelişmesini sağlıyor, diğer türlü ailesi onlara hiç değer vermemiş, önemsememiş, fikirlerini ifade etmesine izin vermemiş, öyle umursamıyor aileler hasta oldukları için ama biz burada değer verdiğimiz için onların kendilerine güvenlerini artırıyor bir şekilde.” (hemşire-22)*

*“Buraya gelmek zorunlu değil, hasta seçimi serbest özgür olduğu için bizim hastaların çoğunun bile ilaçlarını yazan biz değiliz raporunu çıkaran biz değiliz, hastanede ki ya da dışarıda ki hekimi. Buraya geldiği zaman ne oluyor daha çok burada ki sosyal faaliyetler için daha işte işlevsel olması için sosyalleşmesi için buraya geliyor bizimde amacımız o, isterse ilaç, medikal tedavisi de burada sağlayabiliyor... Burada yangını söndürülmüş konumdaki insanların tekrar rahatsız olmamaları, artı var olduklarında eğer ruhsal bir eksiklik varsa işte genellikle beceri yetenekte pek çok -bizim hastaların temel özellikleri şey zaten ağır ruhsal hasta olmaları, işte hastanede yatmış olmaları, ağır ruhsal hastalık sebebiyle bir yerde memur değil, vesaire değil, çalışan konumda değil- bu insanların daha çok topluma uyumlarını arttırmak eksikse yapamıyorlarsa yeniden kazandırmak.” (hekim-17)*

Hekimlerin ve hemşireler TRSM’ye gelmenin bile hastaları başka hastalarla biraraya getirmesi sebebiyle sosyal işlevselliğe katkı sağladığı görüşündedirler. Bunun yanında ekibin gerçekleştirdiği bir takım uygulamalarda bulunmaktadır. Ancak sosyal çalışmacının görev yapmadığı merkezde bu uygulamalar hekim ve hemşireler tarafından gerçekleştirilmektedir.

#### 3.7.1.3.4.4. Damgalamayı Önleyici

Ruh sağlığı alanında ele alınan damgalamayı önleyici çalışmaların amacı ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik toplum tarafından gerçekleştirilen aşağılayıcı, itibar zedeleyici, negatif tavır ve tutumların üstesinden gelmektir. Ruhsal hastalığa sahip bireyler, damgalamadan en fazla etkilenen gruplardan birini oluşturmakta ve durum hasta ve yakınlarında sosyal izolasyona sebep olmaktadır (Saillard, 2010: 15). Daha önce de belirtildiği üzere damgalama ruhsal hastalıkların tedavisinde önemli bir sorun oluşturmakta ve hasta ve yakınlarının yardım alma süreçlerini olumsuz etkilemektedir. Bu anlamda TRSM’lerin en önemli görevlerinden birisi damgalama karşıtı çalışmalar gerçekleştirmektir. Toplum Ruh Sağlığı Uygulama Yönergesi (2011)’nde “damgalama karşıtı çalışmalar gerçekleştirmek ve bunun için kurumlar arası işbirliğini sağlamak ve geliştirmek” sosyal çalışmacıların rolleri arasında ele alınmıştır. TRSM’de görev yapan psikiyatri ekibinin damgalama ve damgalama karşıtı çalışmalarla ilgili görüşleri ele alındığında hekim-17 şehirleşmenin damgalamayı tetiklediğini belirtmiştir.

*“Ben mesela damgalamanın çok büyük sorun olduğunu düşünmüyorum. Gelişme artıkça büyük sorunlarda sorun haline gelmiş, kırsalda köylerde sorun değildir damgalama daha çok büyük şehirlerde sorun artmaya başladı bunlarda da korku nedeniyle güvenlik nedeniyle sorun oldu. Bilinmezlikten öte insanlar doğaldan uzaklaştıkça kırsal alandan uzaklaştıkça apartmanlara yerleştikçe daha korkak hale geliyor. Damgalama gelişmişlikle alakalı artıyor ama her anlamda damgalama sadece hastalıkla alakalı değil.” (hekim-17)*

Hemşire-21 hastaların aileleri tarafından da olumsuz muameleye maruz bırakıldıklarını ifade etmiş ve toplum tarafından hoş görülmediklerini söylemiştir. Ona göre hastalar TRSM’de daha hoş görülme bir ortamla karşılaşmaktadır.

*“Kendilerini ifade etmeleri, evden dışarı çıkmaları, çünkü ailelerde bunları çok anlayamıyor bence burada kendi ayarlarında insanlar var kendilerini daha hoş görüyorlar yani dışarda toplum bunları çok hoş görmüyor, iteliyor kakalıyor, belki sen delisin diyorlar bu onların zoruna gidiyor ve sürekli içine kapanıyor” (hemşire-21)*

Katılımcılara göre hastalar ve yakınları ruhsal hastalığının bilinmesini istemedikleri için toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet almaktan kaçınmaktadır.

*“Şeyde yaşadık mesela ev ziyaretlerine gittiğimiz zaman kovulduğumuz zamanlar da oldu çünkü mahalleden saklıyor hastası olduğunu kimse bilmiyor e sizde ruh sağlığı aracıyla gidiyorsunuz e bu da şey oluyor mahallede kimse bilmiyordu siz nasıl gelirsiniz buraya kim dedi size falan öyle.” (hemşire-19)*

Bunun yanında hastalar toplumsal damgalamaya maruz kalmamak adına sosyal haklarından da feragat etmeyi isteyebilmektedir. Hemşire katılımcılar bu hastalara danışmanlık yaparak hastalara haklarını iade etmek adına çalışmalar gerçekleştirdiklerini belirtmiştir.

*“Durumu olmayan hastalarımız çok, onların yeşil kartlarıdır, sağlık güvenceleridir, otobüslerde inme binme alanındaki kart mesela onlara bedava hizmetler sunuluyor çoğu kişinin bunlardan haberi yok. Ya da rahatsız oluyor mesela hasta ben otobüse binince ücretsiz denmesini istemiyorum diyor o zaman benim hasta olduğum belli oluyor diyor. Biz onları hani rahatlatıyoruz yani başka bir hastalığı olanda bu kartı alabilir diye, mesela inatla birisi almak istemiyordu biz onunla konuşarak onu ikna ettik” (hemşire-21)*

Hemşire-19 gerçekleştirdikleri damgalamayı önleyici çalışmaları açıklamıştır. Bu çalışma kapsamında hemşireler tarafından daha çok eğitimler verilerek damgalamanın önüne geçilmeye çalışılmaktadır.

*“Toplumsal bilgilendirme toplantıları yaptık, TRSM ile ilgili hazırladığımız broşürleri dağıttık, müdürlükten gelen psikolog arkadaşlarla buna yönelik videolar izledik, hizmet içi eğitimlerimizde kendimizde damgalamaya yönelik sunumlar hazırladık, bunun dışında aile eğitimleri yapıyoruz, gruplar oluşturduk hastalıkla ilgili hastalığın ne demek olduğu, belirtilerinin neler olduğu onlarla ilgili eğitimler yaptık, onun dışında yerel medyada da çalışmalar yaptık. Bu anlamda olumlu geri bildirimlerde alıyoruz.” (hemşire-19)*

Hemşire-22 ise ne kadar çalışma yapılırsa yapılsın toplumsal damgalamanın önüne geçilemediğinden bahsetmiştir. Hastalar ve yakınları bu sorunun üstesinden hastalığı en yakınlarından bile gizleyerek gelmeye çalışmaktadır. Sağlık profesyonellerinin bile damgalama gerçekleştirdiklerini belirten hemşire katılımcı bir örnekle bu durumu açıklamıştır.

*“Damgalama var ya inan kendileri de bu konuda hassaslar kendileri de bu konuda sorun yaşıyorlar çünkü mesela çevrelerinde, ailelerinde, bunlara yani şimdi bunlar geri zekalı değil tamam mı zekaları normal insanlar, senin davranışının ne anlama geldiğini onlar anlıyorlar, eğer sen ona kişiliğine saldırıda bulunmayıp değer verirken bunları hissediyorlar ve hissettikleri zamanda mutlu oluyorlar. Ama mesela toplum bunlara deli deyip geçiyor mesela değer vermiyor, önemsemiyor, horluyor tamam mı ondan sonra bunlar tabi bunu görünce kendileri de çekiniyorlar damgalama konusunda. Mesela konu komşu bilsin istemiyor, ailesinden bile gizleyenler var. Dün ben telefon görüşmesi yaptım mesela orada psikiyatrik hasta var mı diyorum çünkü hastaneden bize numaralar geliyor biz onları arayıp hastayı davet ediyoruz. Aslında*

*hasta ama yok burada diyor mesela bunu diyen hastanın kendisi çünkü ben biliyorum telefon numarası o kişiye ait ve bize liste geliyor hastaneden. Kendisi bile bunu saklıyor bizden bile saklıyor. İşte neden saklama gereği duyuyor toplumun bunları horlamasından dolayı tek neden bu. Normal nasıl kalp hastalığımız var şeker hastalığımız var bu da bunun gibi bir şey şekliyle düşünürsen damgalamayıp. İnan sağlık personelimiz bile damgalıyor, doktorlarımız bile damgalıyor hayatım. Sen bu durumda ne yapabilirsin ki ne kadar toplumu değiştirmeye çalışsan da aslında toplum değişmiyor biliyor musun? Ama biz yine bu damgalama konusunda elimizden geldiği kadar hastalara hassas davranıyoruz. Mesela kendileri espri bile yapabiliyorlar bu konuda. Yani biraz aşıyoruz gibi geliyor ama toplumu değiştiremiyorsun hastaları da değiştiriyorsun da toplum değişmiyor. Toplum yine konu komşu akraba eş dost seni damgalıyor.” (hemşire-22)*

Bu konuda sosyal çalışmacının olmaması ile ilgili pek fazla yorum yapmayan katılımcılar ekip çalışması içinde yapılması gereken bu uygulamanın mevcut sağlık profesyonelleri ile gerçekleştirildiğini dile getirmişler.

*“Sosyal hizmet uzmanı ekip içinde olmadığı için bu rolü (damgalamayı önleyici) elimizden geldiği kadar biz yapıyoruz.” (hemşire-20)*

#### 3.7.1.3.4.5. Eğitim

Toplum ruh sağlığı merkezlerinde, psikiyatri ekibi tarafından, hastalara ve ailelerine sahip oldukları hak ve yükümlülükler, hastalık, hastalığın belirtileri, ilaç kullanımının önemi, nasıl kullanılacağı, merkezin yapısı ve işlevleri ile ilgili eğitimler verilerek ortaya çıkabilecek sorunların ve krizlerin önceden tahmin edilmesi ve engellenmesi hedeflenmektedir. Bunun yanında sağlık personeline yönelik TRSM’nin işleyişi ve yapısı ile ilgili eğitimler de verilmektedir. Katılımcıların görüşleri irdelendiğinde eğitim faaliyetlerinin bu merkezde daha ön planda olduğu ifade edilmiştir. Hekim-17’nin açıklaması bu duruma güzel bir örnektir. *“Ailelerin eğitimi, hastaların hastalıkları konusunda bilinçlendirilmeleri (bu merkezde) daha ön planda tabi ki ailelerinde. Diğer kurum ve kuruluşlar aracılığıyla onlara hem bu hastaları tanıtmak, onlarla iş birliği içine girmekte bu faaliyet kapsamında uygulanıyor.”* TRSM’de mevcut sağlık profesyoneli ile hastalara planlanmış eğitimler uygulanmaktadır. Gerçekleştirilen bu eğitimler hemşire-22’ye göre hastaların sosyal izolasyonunu önlemektedir.

*“Bizim yaptığımız nedir hastalara genelde iğnelerini yapıyoruz, hastalara ilaçlar konusunda eğitimler veriyoruz, gruplar kuruyoruz mesela bu gruplar nedir mesela şizofren grubu, bipolar grubu bu gruplarda 12 madde var bunları seans seans uyguluyoruz. Bu 12 madde nelerdir dersiniz mesela tabi grubun amacı, grupta verilecek eğitimler, bunlar neler mesela, ilaçlar, ilaç yan etkileri, ilacı neden bırakmaması gerektiği yani biz bunları 12 seansta gruba anlattık, mesela sosyal becerilerini arttırmak, işlevselliğini arttırmak. Şimdi de mesela sabahları dersler gibi eğitimlerde bulunuyoruz. Nelerdir bu eğitimler mesela pazartesi günleri gündem oturumu yapıyoruz, salı günleri bilinçlendirme yapıyoruz, çarşamba günleri drama yapıyoruz, perşembe günü kitap okumamız var cuma günü de serbest etkinliğimiz var. Grup oyunları yapıyoruz. Hastalarımız yani bir nevi okul gibi düşünüyorlar. Eğitilirken şimdi buraya geldiklerinde bu şizofreni hastaları içe kapanıyor, hastalığın verdiği bir şey bu, içe kapanmalarını önliyoruz mesela.” (hemşire-22)*

Ailelere yönelik eğitimlerin hekimlerin yöneticiliğinde gerçekleştirildiği katılımcılar tarafından ifade edilmiştir.

*“Sosyal olarak da ailesiyle de aile toplantılarımız oluyor bizim, ailelerde bazen anlayamıyorlar hastaları, bilmiyorlar çünkü hastalığı tanımıyorlar, hastalarını tanımıyorlar, öyle olunca da aileler nasıl davranacağını bilmiyorlar. O yüzden burada doktorumuz, bizler aile toplantısı yapıp onların sorunlarını, onlara nasıl yardımcı olabileceğimizi ailelere anlatmaya çalışıyoruz. Toplantılarda bizde bulunuyoruz notlar alıyoruz toplantıyı doktor yönetiyor.” (hemşire-22)*

Sağlık personeline yönelik TRSM’nin işleyişi ve yapısı ile ilgili eğitimler de sağlanmıştır. Bu kapsamda aile hekimlerine eğitimler verilmiştir ve amacı ulaşılamayan ruhsal bozukluğu olan hastalara aile hekimleri aracılığı ile ulaşmaktır. Hemşire-19 bu konuda bir açıklama yapmıştır,

*“Hastalar hastaneden de yönlendiriyor. Bizim yaptığımız tarama sonucunda da ulaştığımız davet ettiğimiz hastalar var onlar kendileri de gelebiliyor yakınlarıyla ve yahut ta aile hekimliklerinden işte bizim kurumlarla görüşmelerimiz olmuştur TRSM nedir nasıl başvurulur gibi oralardan da yönlendiriliyor bize. Biz manisa da ki tüm aile hekimlerini genel sekreterlik aracılığıyla topladık ve hepsine bir bilgilendirme toplantısı bir sunum yaptık. Onların yönlendirdiği hastalarımızda var.” (hemşire-19)*

Toplum ruh sağlığı merkezleri hakkında yönerge (2011b)’ye göre, hasta ve ailelerine psikoeğitim vermek sosyal çalışmacı, psikolog ve hemşirenin ortak görev ve sorumlulukları arasında yer almaktadır. Ancak hemşire katılımcılardan bazıları kendilerini psiko-eğitim konusunda yeterli görmediklerini ifade etmişlerdir. Bu noktada psikoeğitim faaliyetlerinin gerçekleştirilmesinde sosyal çalışmacılara ve psikologlara ihtiyaç duyulduğu gözlemlenmektedir.

*“TRSM önemli bir ayak fakat yeni kuruldu ülkemizde biliyorsunuz ani 2011 yılında kuruluş aşaması bazı sıkıntılar var bazı ayakları eksik mesela sosyal hizmet uzmanı ayağı, psikolog ayağı eksik tabi genel söyleyemem ama çalıştığım burası açısından daha çok hizmet hemşireler üzerinden yürüyor. Halk eğitimden öğretmenler de geliyor eliş dersleri falanda yapıyorlar fakat ama mesela psikoeğitim yapacaksınız e siz bu konuda yetersiz kalabilirsiniz.” (hemşire-19)*

### **3.7.2.Hasta ve Hasta Yakınlarının Hastane, TRSM ve Sosyal Çalışmacıya İlişkin Görüşleri**

Sosyal hizmet insan ile doğrudan etkileşim içerisinde olan mesleki bir disiplindir. Bireylere ve gruplara, kişisel ve sosyal sorunlarını çözmek amacıyla, yardımcı olmayı amaçlamayan çalışmaları kapsamaktadır. Bu anlamda mesleki olarak sosyal hizmet müracaatçıların sosyal işlevselliğini güçlendirmek adına gerçekleştirilen hizmetler bütünüdür (Selcik ve Güzel, 2016: 461-462). Ruh sağlığı alanında hastaların, psikiyatrik hastalık oluşmadan korunması, hastalık geliştikten sonra ilerlemeden tedavi edilmesi ve yeti yitiminin önlenmesi amacıyla rehabilitasyon hizmetlerinin gerçekleştirilmesi psikiyatri ekibiyle birlikte sosyal çalışmacıların sunduğu mesleki uygulamalardır. Bu açıdan bu başlık altında sosyal çalışmacılar ile en çok etkileşim halinde olan hasta ve hasta yakınları ile gerçekleştirilen derinlemesine görüşmeler ve alanyazın taraması sonucunda, hastane ve toplum ruh sağlığı merkezlerinde sunulan hizmetlerin değerlendirilmesi ve sosyal çalışmacıların görevlerine ilişkin görüşlerinin irdelenmesi amaçlanmıştır. Görüşülen hasta yakınları sayısı 10, görüşülen hasta sayısı 22’dir. Elde edilen araştırma bulguları üç bölüme ayrılmış ve “Koruyucu ruh sağlığı hizmetleri”, “Tedavi edici ruh sağlığı hizmetleri” ve

Rehabilite edici ruh sağlığı hizmetleri” temaları altında hasta ve hasta yakınlarının hastane, TRSM ve sosyal çalışmacının görevlerine ilişkin görüşleri analiz edilmeye çalışılmıştır.

### 3.7.2.1.Koruyucu Ruh Sağlığı Hizmetleri

Ruhsal bozuklukların hastalar, hasta yakınları ve toplum üzerinde ki oluşturduğu psikolojik, sosyal ve ekonomik yükü azaltmak için öncelikle yapılması gereken hastalığın oluşmasını önlemek ve eğer hastalık oluştuysa ruhsal hastalıkların neden olduğu yeti yitimini engellemektir. Bu anlamda hastalara koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin gerçekleştirilip gerçekleştirilmediğinin anlaşılması açısından “ruhsal hastalığınızı önceden biliyor muydunuz?”, “bu hastalıkla ilgili hastalık oluşmadan önce herhangi bir sağlık profesyoneli tarafından bilgilendirildiniz mi ya da bilgilendirici video seyrettiniz mi?” gibi sorular yöneltilmiştir. Soruya cevap veren hasta ve yakınlarının çoğu hastalık hakkında bilgisi olmadığını belirtmiştir.

*“Hayır nerden insanın başına gelmeyince nerden bilsin.” (hasta yakını-8)*

*“Yok ben hastalanmadan duymadım duyunca da önce ailem çok korktu ben de tabi onların o halini görünce. Annem çok üzüldü kaç doktora götürdü hani bende eskiden beri hep varmış bi değişiklik ama annem farkedememiş öyle diyor ama belki önceden farketsek bilsek ilerlemezdi hastalığın diyor ama buna da şükür. Daha kötü olanları görüyom da burda.” (hasta-16)*

Hastalığı daha önceden bilenler ise genellikle yakınlarında bu hastalıkla daha önce karşılaşan bireylerdir. Bunun yanında kitle iletişim araçlarından da bu hastalık hakkında ayrıntılı olmasa da bilgi edinenler mevcuttur.

*“Ya ben bilmiyordum ama ablam yaşamıştı. Eşi olmuştu onlar fark etti zaten. Önce dedik büyü yaptılar herhalde hocalara gittik ama Allahtan ablamlar bilinçli olduğu için doktorlara gittik işte” (hasta yakını-3)*

*“Nasıl bir hastalıktır evet hani televizyondan falan duymuştum da yani ayrıntısı hakkında fazla bir bilgim yoktu. Teşhis konduğu zaman öğrendik bizde.” (hasta yakını-1)*

Hasta yakını-2 şizofreni hastası olan kız kardeşinin hastalığını eşinin farkettiğini ve böylelikle bir profesyonel yardımına başvurduklarını dile getirmiştir. Ancak daha önceden bir sağlık profesyonelinin örneğin aile hekiminin hastalığı farkedememesi konusunda eleştiri de bulunmuştur. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011a)’nda koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin aile hekimliği sistemine entegre edilmesi gerekmektedir ifadesi kullanılmıştır. Bu kapsamda da gerçekleştirilmesi planlanan çalışmalar sürdürülmeye devam edilmektedir. Hasta yakını-2’nin ifadesi hizmet alanların da bu yönde talebi olduğunu gözler önüne sermektedir.

*“Hayır bilmiyordum. Kardeşimden sonra öğrendim. Biz hep birlikte olduğumuzdan fark edemiyoruz erken teşhis edilmiyor bu yüzden ama bir profesyonel fark etseydi belki daha erken başlardık tedaviye mesela sağlık ocağı hekimi. Şimdi eşim fark edip söyleyince ona da bozuldular annemle kardeşim ama olsun başka türlü nasıl tedavi olacaktı?” (hasta yakını-2)*

Koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinde ikincil koruma psikiyatrik hastalıkların belirtilerini yeni göstermeye başlamış ya da riskli davranışlar sergilemeye başlamış olan dönemde

bireylere yönelik sorunun erken saptanması ve süregelenleşmeden tedavi edilmesine yönelik hizmetlerdir. Bu aşama da toplumun hastalığa ilişkin olumsuz değer yargı ve tutumları ve ruhsal hastalık konusunda ki bilgisizlik ya hasta ve hasta yakınlarının sağlık profesyonellerine geç başvurmasına ya da öncelikle tıbbi tedavi dışında ki yöntemlere (din hocaları, türbe, yatır, muska, bitkisel tıp, kurşun dökme vb.) başvurmasına neden olabilmektedir. Bu gibi etkenler erken dönemde psikiyatrik yardım almayı engeller ve hastalıkların kronikleşmesine ve olumsuz seyrine yol açabilir.

*“Ben aslında çocukluğundan itibaren bazı şeylerin aksak gittiğini yani hastalık olduğunu bu şizofreni bunun tanısını ben koyamam doktor değilim ama çocukluğunda şimdi aramızda bizim 9 yaş gibi de bir yaş farkı var. Biraz oyuna katılmama çocuklara o arkadaş yaş grubu oynarken oyuna katılmama arkadaş edinmede zorluk burlarda çünkü ben çok dışa dönük çocukluğumu çok iyi hatırladığım için çok sokakta oynayan çok arkadaş edinen bir çocuktum buralarda bir aksaklık var hep annemlere söylüyordum ama annemler bunu hiçbir zaman kabul etmediler yani hep reddedildi bunda toplumun bu hastalığa bakış açısı da etkili tabi...ben gene bi kaç kere defalarca aynı şeyi dile getirdim fakat ben ailemden aynı cevabı alınca taktir edersiniz ki bende belli bir yaşa gelmiş belli bir eğitim almış insanım ağırıma gitti ve ben sustum en son tabi askerdeyken patlak verdi zoru görünce aileden uzak daha sonrasında seyri değişti işin yani...Tabi doktor bey de dedi onu çok geç kalınmış yani belki o ilk sıralarda ortaokulda ilkokulda belki çocukluğunda bir psikiyatrist bir psikolog eşliğinde göz önüne alınsaydı takip edilseydi belki daha hafif atlatıp hayatını daha güzel kaliteli yaşayabilirdi” (hasta yakını-9)*

*“İlk önce ailem farkettiler, ondan sonra yani başka metotlara başvurdular yani dua şey hoca gibi, anlamadılar hastalığın belirtilerini. Ondan sonra psikiyatrik bir rahatsızlıkım, ruh sağlığında tedavi gördüm 2002 yılında travma geçirmişt看. Çok büyük bir travma. 2003 yılından beri bipolar hastasıyım.” (hasta-17)*

*“Şimdi fark edilmesi şöyle askerde ben rahatsızlık ateş geçirdim rahatsızlık olarak. Askerde rahatsız çok ölecek gibiydim yani. Ondan sonra hocalara gittim o zaman hocalar muska yazdı muska iyi geldi o zaman. Doktora da gittik de o zaman hocalar iyi geldi bana. Askere gittim, askerlik yaptım, askerden geldikten sonra bir daha hastalandım. Gene hocalara gittik Çanakkale de gittim hocaya, hocaya gittim ama hocaların faydası olmadı bu sefer .. doktora gittim onun muayenesine gittim doktora gittim bu sefer onun ilaçları iyi geldi, ondan sonra daha iyi oldum.” (hasta-21)*

Katılımcıların verdiği cevaplar daha önce herhangi bir sağlık profesyonelinden ruhsal hastalıkla ilgili bir eğitim almadığı bu sebeple de hastalığı daha önceden tanımadığı yönünde olmuştur. Hasta yakını-5 verdiği cevapla bu durumu kısaca dile getirmiştir. “Yok kızım ne eğitimi biz hastalığı hiç bilmiyorduk ki. Karşılaşınca da tabi şok olduk. Bu ruhsal hastalıklar kabul edilmesi zor bilmeyince kimse anlatmayınca da daha zor.”

### **3.7.2.2. Tedavi Edici Ruh Sağlığı Hizmetleri**

Tedavi edici ruh sağlığı hizmetleri başlığının altında hastane uygulamaları ile ilgili yorumlara yer verilecek ve hastanelerde sosyal çalışmacıların görevlerine ilişkin hasta ve hasta yakınlarının görüşleri değerlendirilecektir. Tedavi edici ruh sağlığı hizmetleri, ağır ruhsal hastalıkların yalnızca “alevlenme/atak” dönemlerine odaklanmakta, hastalığın alevlenmesine zemin hazırlayan biyopsikososyal etmenleri gözardı etmekte ve alevlenmenin bastırılması sonrasında hastanın sosyal ve mesleki işlevselliğine katkıda bulunmayı hedeflememektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a: 21). Hastalık hakkında daha

önce hiçbir bilgisi olmayan veya sağlık profesyoneli tarafından yeterince bilgilendirilmemiş aileler hastalıkla ilk karşılaştıklarında çaresiz hissetmekte ve çok sık hekim değiştirmektedir. Hasta yakını-5 farklı hekimlere gitmenin olumsuz yanının çok fazla ilaç değişikliği yapılması ve hastalarının üzerinde denenmesi olduğunu belirtmiştir.

*“...sürekli hastaneye doktora gide gele semih beyle sürekli biz genelde yüzde doksan ben, semih beyin dışında başka doktorlara da gittim ege üniversitesinde profesöre de götürdüm değişik doktorlara da götürdüm sonra tekrar geri dönüş yaptık her gittiğimiz yerde kobay gibi deneme oluyor deneme olunca da yani şu ilacı deneyelim bu ilacı deneyelim bu sefer o arada çocuğu mahvediyor mahvoluyor yani hastalığı yani bir noktada ya ilaçlar ağır geliyor ya hafif geliyor sizin anlayacağınız yani bu kadar vücut o ilaca alışınca kadar veya o ilacı bıraktıktan sonraki vücuttaki bişey mesela o tepki olayı çocuğu mahvediyor yani dolayısıyla biz de diyoruz ki ya şimdi sık sık bu işi değiştirmek iyi değil. İzmirde ki profesörde dedi siz bu doktor tam teşhisi koymuş semih bey, incelediği o da şeylerle ege üniversitesinde profesöre götürdüm, dedi siz aynı doktorunuza gidin doktorun şeyinden dedi fazla sağa sola dedi yönelmeyin dedi bak dedi sonra dedi ben dedi bakmecem demem dedi ama şimdi bende dedi değişik ilaçlar kullanırdım bu sefer siz bundan zarar çekersiniz dedi biz de ona inandık güvendik biz de artık bundan sonra işte 99 dan beri bu tedaviye devam ediyoz, gidiyoz” (hasta yakını-5)*

Hasta-21’de çok fazla hekim değiştirdiğini dile getirmiştir.

*“1 ay yattım... Hastanede yattım 10 gün bir cezalı yattım 10 gün cezalı yattım, olaya karıştım yaralama yaptım ondan 10 gün yattım. Ama ondan sonra O yattıktan sonra bir daha 20 gün yattım normal olarak. Bir daha yattım yani. Çok da doktor gezdim 5-6 doktor gezmişimdir yani çok doktor gezdim.” (hasta-21)*

Çoğunlukla ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların hastaneden ayrıldıktan sonra ilaç kullanımı ve taburculuk sonrası takipleri yalnızca kendi inisiyatiflerine bırakılabilmekte bazen de bu konuda hiçbir bilinçlendirme yapılmayan ailelerinin sorumluluğunda olmaktadır. Bu durumda tekrarlayan yatışlar (döner kapı fenomeni) kaçınılmaz hale gelmektedir. Hasta ve hasta yakınlarının çoğunluğu hastaneye çok fazla yatış çıkış yaptıklarından bahsetmiştir.

*“Çook çok geçen sene baya bir iki ay aralıksız yattı ondan sonra afyonda yattı bir 10 gün iki defa arka arkaya burda yattı ruh sağlığında. Önceleri de yattı Celal Bayar’ın psikiyatri servisinde de yatmıştı.” (hasta yakını-1)*

*“Valla kızım 2-3 kez Yeşilyurt’ta yattı. 3-4 de burda yattı. 2-3 Yeşilyurt’ta yattı sonra yer bulamadık bir daha mecburen 3-4 de burda.” (hasta yakını-3)*

*“İlk dönemde yatmamış görümcem yatmak istememiş hastaneye kabul etmemiş hastalığını sonra yatırmışlar mecburen. Evden falan gitmiş o yüzden yatırmak zorunda kalmışlar. Ondan sonrada sürekli tedavi altında...Görümcem çok çok yatmış yani benim 6 yılda yaklaşık bir 10 defa yatmıştır. 6 yıl öncesinde de var.” (hasta yakını-4)*

*“Hiç hatırlamıyorum ama aşağı yukarı 16 seneden beri belki de atıyorum 10 kere yatmasa da 8 kere yatmıştır.” (hasta yakını-8)*

Hasta-15 hastaneye tekrarlayan yatışlar yapmasının sebebini düzenli ilaç kullanmamasına bağlamıştır. İlacını düzenli içememesinin nedeni hastalık içgörüsü olmasını engelleyen ağır ruhsal bozukluğudur.

*“Akrabalar beni hastaneye yatırdılar. A.Y. diye bir doktor var bilirsiniz 9 Eylül Hastanesinde o beni ruh sağlığı hastanesinde araştırma yapıyormuş bu hastane üzerinde beni aldı 9 Eylül hastanesine götürdü 2-3 yıl tedavi gördüm, ilaçlarımı içmedim, Celal Bayar’da yattım, ilaç zehirlenmesi oldum Lityum zehirlenmesi, Ruh Sağlığı Hastanesi’nde bana bakmayan doktor kalmadı. 18-19 ay yattım şimdi 1 aydır iyiyim, ilaçlarımı kullanıyorum... Şimdi S. hanım diye bir doktor var ruh sağlığı hastanesinde, sağ olsun bütün doktorlar benimle ilgilendi ama ben ilaçları içmedim niye içmediğimi de bilmiyorum. Çünkü ilaçları içmediğim zaman bir ağırlık hissediyordum kendim de bir çekimserlik, bir hüzüntü, bir anlamsızlık, içmediğim zamanlar saz çalıyordum, türkü söylüyordum, coşkulu oluyordum, yaratıcı oluyordum, neşeli oluyordum ama sonunda kara bir kuyu gözüktüğü belli ilaçları kullanmazsan. bu hastalıkta ilaç kullanmak şart.” (Hasta-15)*

Kurum temelli modelin en büyük dezavantajları hastaların taburculuk sonrası takiplerinin olmaması ve tekrar tekrar hastaneye yatmasıdır. Bu açıdan temel hedeflerinden biri tekrarlayan yatışları önlemek olan toplum temelli ruh sağlığı sistemine 2006 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından kabul edilen Türkiye Ulusal Ruh Sağlığı Politika Metni ile geçilme kararı alınmıştır. 2018 yılı aralık ayı itibari ile de Türkiye’de toplam 171 tescilli toplum ruh sağlığı merkezi açılmıştır. TRSM’nin tekrarlayan yatışları önleyip önlemediği ile ilgili hasta ve hasta yakınlarının görüşlerine rehabilite edici ruh sağlığı hizmetleri başlığı altında yer verilecektir.

#### *3.7.2.2.1. Tedavi Edici Ruh Sağlığı Alanında Hasta ve Hasta Yakınlarının Sosyal Çalışmacının Görevlerine İlişkin Görüşleri*

Bu tema altında tedavi edici ruh sağlığı kurumu olarak değerlendirilen hastanelerde görev yapan sosyal çalışmacıların görevlerine ilişkin hasta ve hasta yakınlarının görüşleri değerlendirilecektir. Sosyal çalışmacının görevleri, hasta ve hasta yakınları ile yapılan görüşmeler ve elde edilen veriler neticesinde dört alt başlığa ayrılmıştır. Bunlar birey ve gruplara yönelik savunuculuk, birey ve ailesi ile çalışma, psikoeğitim ve danışmanlık ve taburculuk planlamasıdır. Görüşmeler esnasında hasta ve hasta yakınlarının bazılarının sosyal çalışmacıyı ilk defa duyduğu ve hastanede ne gibi görevi olduğunu bilmediği gözlemlenmiştir.

*“Sosyal hizmet uzmanı ilk defa duyuyorum. Hastanede ki görevi ne bilmiyorum.” (hasta yakını-8)*

*“Sosyal hizmet uzmanını duymadım. Ne iş yapar ki?” (hasta-7)*

*“Duymadım daha önce yeni duydum. Görüşmedim de.” (hasta-11)*

*“Daha önce sosyal hizmet uzmanını duymadım.” (hasta-21)*

*“Yok bilmiyorum ben sosyal hizmet uzmanını. Hastanede hemşireler, doktorlar vardı. Psikoloğu da gördüm ama sosyal hizmet uzmanını ne duydum ne gördüm.” (hasta yakını-1)*

#### *3.7.2.2.1.1. Birey ve Gruplara Yönelik Savunuculuk*

Ruhsal bozukluk nedeniyle toplum içinde savunmasız kalan kişilerin sosyal koşullarının iyileştirilmesi amacıyla gerçekleştirilen savunuculuk görevi, bireylerin ve grupların hukuki ve kurumsal düzenlemelerden en etkin şekilde faydalanmalarını sağlamak ve bu konularla

ilgili hasta ve hasta yakınlarını bilgilendirmek şeklinde ifade edilebilir. Ruhsal hastalık nedeniyle birçok hasta ve hasta yakını sahip olduğu haklarının farkında değildir ve sosyal hakları konusunda bilgilendirilme ve bilinçlendirilme eksikliği nedeni ile hak kaybına uğramaktadırlar. Bunun yanında hastalar çevresi tarafından ihmale uğrayabilmektedirler. Bunları tespit edip engellemek sosyal çalışmacıların görevleri arasında yer alır. Bu açıdan hasta ve hasta yakınlarının görüşleri değerlendirildiğinde çoğunluğunun haklarından haberdar olmadığı gözlemlenmektedir. Sahip olduğu bazı haklardan haberdar olanlar ise ya kendisi gibi hasta olan kişilerden bilgi edinmiş ya da sosyal çalışmacı dışında ki diğer sağlık personelinin haklarını öğrenmiştir.

*“Engelli kartını kimsenin söylemesiyle alakası yok ben burdan arkadaşlardan duydum engelli kartının alındığını, Aile Sosyal Politikalar Bakanlığına kendim gittim aldım... Maaş içinde SGK’ya başvurduğum sonra hastaneye gittim muayene olmak için kağıtlara imza attım ondan sonra heyete girdim önce Celal Bayar’a gittim sonra akıl hastanesine gittim oradan da rapor aldım sonra emekli oldum.” (hasta-21)*

*“Benim bir emekli maaşım var 1300 lira maaş alıyorum ben. Malulen emekli oldum. Hastane de bir doktor vardı adli tıpa gitti o orada bana sana rapor alalım dedi rapor çıkaralım sana emekli yaptı beni o. 86 senesinde benim aklımın ucundan bile geçmiyordu. Benim emekli maaşım var annemin hiçbir güvencesi yok 90 yaşında annem benim sigortamla bakılıyor. Onu mesela sigortadan emekli yapma durumum olabilir mi?” (hasta-8)*

*“Benim başhekim yolluyor kağıtları. Ankaradan onay geldi öyle emekli oldum. Sosyal hizmet uzmanını yok görmedim.” (hasta-22)*

Birey ve gruplara yönelik savunuculuk hasta ve yakınlarının sahip olduğu haklar konusunda bilgilendirerek haklarının korunmasını içermektedir. Katılımcıların görüşleri değerlendirildiğinde çevresinde ki hastalardan ya da sosyal çalışmacı dışında ki sağlık personelinin duydukları örneğin engelli aylığını alabilmek için hastanede ki sosyal çalışmacıya kendilerinin başvurdukları yönündedir. Sosyal çalışmacılar kliniğe gelip hakları konusunda hastaları bilgilendirmemiştir.

*“Şimdi engelli maaşı ile ilgili bilgi almak için kardeşim yanına gitmişti ona sorduğu sorulara cevaplar vermiş şunu yap bunu yap buraya git diye. Onun dışında bir hizmet almadık biz hastanede ki sosyal hizmet uzmanından. Bir de engelli kartını biz bilmiyorduk ondan bahsetmiş. Öyle yani.” (hasta-14)*

*“Yani bize böyle bi maaşı söylediler hekimler ama T. nin (şizofreni hastası erkek kardeş) bu kapsamda olup olmadığını söylemediler yani yanımıza gelip bir bilgilendirme yapan olmadı sosyal hizmet uzmanı gibi, şu nedenle yani aileniz bakıyor durumunuz ona bakabilecek durumda yani alır hak kazanır denmedi yoksa yani maaş evet olduğunu söylediler yoksa alanlar var orda biliyorum.” (hasta yakını-9)*

*“Ben mesela şöyle bir şey var benim aylığım yoktu, aylık yaptırmak istedik. Diğer hastaların vardı. Özürlü aylığım olsun istedik o zaman biz kendimiz gidip görüşmüştük. Bir de bu engelli kartı yaptırdık, kent kartı yaptırdık onlar için görüştük. Bilgi verdi bize” (hasta-5)*

Şizofreni hastası yakınının intiharı sonrası sosyal çalışmacı ile görüştüklerini ifade eden hasta yakını-4 sosyal çalışmacıdan hasta olan eşinin kardeşi’nin hakları konusunda bilgi aldıklarını ve hastanın güçlenmesi açısından engelli aylığının çok önemli olduğunu

anlattığını söylemiştir. İntihar durumunda sosyal çalışmacının hasta ile görüşmeye kliniğe geldiği gözlemlenmektedir. Ancak bu durum yine sosyal çalışmacının inisiyatifiyle değil hekimin konsültasyon talebiyle olmaktadır.

*“Orda A. Bey (sosyal çalışmacı) vardı orda onun gibi dediniz sanırım. Evet A. Beyle irtibata geçiyorduk, A. Beyden sonra da daha kimseyi görmedim. E.’nin maaş konusuyla ilgili o bilgilendirmişti bizi E.’yi yanıma alma kararı verdiğimde. Hani en azından kendine güveni gelir. Hani en azından sizin yanında kendini fazlalık hissetmez kendi ayaklarının üzerinde durduğunu anlar gibilerinden. O tür konuşmalar yaptık. Hastalığını da fazla anlatmadı çünkü doktoru daha iyi bildiği için. Hastalığıyla ilgili çok bir şey konuşmadık. Daha çok maddiyatın onu ne kadar güçlendireceğini, onu anlatmaya çalıştı.” (hasta yakını-4)*

Ağır ruhsal bozukluğu olan ve vesayet altına alınan hastalar özellikle çevrelerinde ki kişiler tarafından ihmal edilebilmektedir. Bu konu da eşinin kardeşleri tarafından gerçekleştirilen ihmali ifade eden hasta yakını-6, kime başvuracağını nasıl bir yol izleyeceğini bilemediğini belirtmiştir.

*“Bizim birde şeyimiz var bu kadının (şizofreni hastası olan eşi) abileri var evli abileri var, mahkemeye götürdüler babamız öldü parası kaldı dediler 600 milyon aylığından bize bi üç kağıt yapmışlar bakım parası çıkarmışlar bizim hanıma almışlar yani onu şu anda kesildi de ben orada söyledim ama hiç ilgilenmedi ordaki memur ya (TRSM’de bulunan hekim)... Yok hastane de değilde toplum ruh sağlığı merkezine geldim ordaki hiç ilgilenmedi adam yani hastaneye git dedi, mahkemeye gitcektim de mahkemeye gitsemde bir sürü şey var yani bir dilekçeyle olmuyor ispatlayamıyoz yani. Bizim haberimiz olmadan yapmışlar bunu yani abileri babamızın parası var diye bi gün mahkemeye götürdüler bunu orada yengesi var bunun şey yani bu yengesi bunun şeytanlık yapmış bende bu paranın kesilmesini istiyorum yani alınmasın... Şimdi şu anda bir evi var onların, mirasçı imza atmıyorum ben şimdi imzalamıyorum diyom o parayı çektiniz bu parayı çektiniz üçkâğıt yaptınız devleti dolandırdınız diye, biz burda bir evde oturuyoz elektririk su yok yani ceyran yok o yok bu yok öyle idare oluyoz birde bişey olmazsa bize yardım etmediler yani hani devletin parasını boşuna kullandılar yani. Birde bizim doktorumuz var ilaç yazan o herşeyi biliyor ama işte ne yapalım ona da anlattım ben ama bişey yapamayız dediler. Ben şimdi mahkemeye gitmek istiyom savcılığa verelim diyom hani şimdi sizle alakalı ya bu, bunlar faydalanma değil abla bak bunlar bizi daha evden de kandırmaya çalışıyorlar yani bi para almışlar müteahhitten gelin imzalayın bizim karıyı tutmuşlar götürmüşler imzalatırıyorlar orayı burayı kimliğini verin kimliğini verin valla ben bıktım yani bu abileri dolandırıcı yani ben napayım?” (hasta yakını-6)*

Yaşadığı bir deneyimi anlatan hasta-16 ise, sosyal çalışmacıların görevleri ile ilgili çok bilgili olmadığını ancak hasta ve yakınlarının ekonomik açıdan sahip olduğu hakları onlara teslim ediyorsa eğer bu mesleğin çok önemli bir meslek olduğunu dile getirmiştir.

*“Hastane de bir hizmet almadım çünkü benim öyle bir talebim olmadı serviste yatarken bir gün günaydın toplantısında bi arkadaş dedi ki benim ailemin maddi durumu yok ben onlara yüküm hiçbir kazancım yok çalışamıyorum da bunu çok dert ediyom kendime dedi. Buraya ilçeden gelmesi bile para nasıl gelip gitsinler yanıma beni görmeye dedi onları özledim dedi. O zaman doktor şey demişti hemşire hanıma sosyal hizmet uzmanıyla görüşelim bir rapor hazırlasın demişti. Sonra arkadaşım toplantıdan sonra sormuş hemşire hanıma demişki ailenle görüşecek rapor hazırlayacak sana belki engelli maaşı bağlanır onların durumuna bakılır demiş. Benim bildiğim bu kadar onunla (sosyal çalışmacı) ilgili... Yani eğer insanların maddi ihtiyaçlarını karşılıyorsa önemli bir meslek. Çünkü bak arkadaş ailesiyle bile görüşemedi bu sebepten.” (hasta-16)*

Sosyal çalışmacılar hekimlerin konsültasyonu ile hasta ve hasta yakınları ile görüşmekte ya da ayaktan tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının direk sosyal çalışmacıya başvurması ile onlarla çalışma yapmaktadır. Bu durum sosyal çalışmacıların birey ve gruplara yönelik savunuculuk rolünü tam anlamıyla gerçekleştirmesinde en büyük engellerden biridir. Çünkü hastalar ve yakınları ancak haklarından haberdar olduktan sonra bu konu da talepte bulunabilmektedir. Birçok hasta da haklarını bilmediği için hak kaybına uğramaktadır.

#### 3.7.2.2.1.2.Birey ve Ailesi İle Çalışma

Birey ve ailesi ile çalışma görevi ile ilgili daha önce ayrıntılı açıklama yapılmıştır. Bu başlık altında hasta ve hasta yakınlarına sosyal çalışmacının kendileri ile psikolojik ve sosyal sorunlarını çözmek amacıyla birebir görüşme gerçekleştirip gerçekleştirilmediği sorulmuştur. Katılımcılardan tamamının verdiği cevaplar sosyal çalışmacıların kendileri ve aileleri ile görüşmediği yönündedir.

*“Hayır. Hiç hastane de görmedim... Herhangi bir hizmet almadım. Daha çok doktorlar ve hemşirelerle irtibat halinde kardeşim de.” (hasta yakını-9)*

*“Hayır hastane de hiç görüşmedik yani hani bilmiyoruz da aslında” (hasta yakını-10)*

*“Yok ben başvurmadım görmedim yani sosyal hizmet uzmanını. Ailemde görüşmedi” (hasta-6)*

*“Ben almadım pek bi hizmet az bi görüştük işte o kadar (engelli maaşı ile ilgili bilgi almak).” (hasta-9)*

*“Hastanede hiç görmedim. Yani insan bir gelip sormaz mı bir sorunuz var mı bir ihtiyacınız var mı maddi durumum kötü diyelim neden gelip bakmıyorlar. İlla hastane de herşeyi hemşire mi yapacak bir gelseler ya yanımıza...Yok ne beni gören oldu ne ailemi ben işte hemşire hanımlar burdakiler (TRSM’de çalışan) bir hastanedeki sosyal hizmet uzmanına danış dedi diye telefonla aradım burda o da bilmiyom bilmiyom dedi bende kapattım kızıp.” (hasta-10)*

*“Ben hiç görüşmedim kendim sosyal hizmet uzmanı ile.” (hasta-13)*

*“Sosyal hizmet uzmanı ben klinikte yatarken benim servisine hiç gelmedi ki ben görmedim orda hemşire hanımlar vardı bir de doktor bey sorunumuzu onlara söyledik biz. Ben görmedim yani onu (sosyal çalışmacı)” (hasta-18)*

*“Görüşmedim. Sadece doktorları görüyordum. Hemşireler ve doktorlar... Hastanede sosyal hizmet uzmanından her hangi bir hizmet almadım ben.” (hasta-19)*

Katılımcıların görüşleri irdelendiğinde sosyal çalışmacıların psikiyatri tedavi kurumu olan hastanelerde birey ve aileyle çalışma görevini gerçekleştirmediği anlaşılmaktadır.

#### 3.7.2.2.1.3.Psikoeğitim ve Danışmanlık

Psikoeğitim, daha önce de belirtildiği üzere ruhsal bozukluk nedeniyle meydana gelen sorunların üstesinden gelinmesi için hasta ve yakınına güçlendirme amacıyla gerçekleştirilen hizmetler bütünüdür. Hasta ve yakınlarının gereksinimi olan konularda eğitimini ve bilgilendirici danışmanlık verilmesini ifade etmektedir. Yaşam kalitesini yükseltmeyi hedefler. Katılımcıların psikoeğitim ve danışmanlıkla ilgili olarak verdiği

cevaplar değerlendirildiğinde hastane de görev yapan sosyal çalışmacıdan en çok aldıkları hizmetin danışmanlık hizmeti olduğu gözlemlenmektedir. Daha çok sosyal hakları konusunda bilgi isteyen hizmet alanlara danışmanlıkta bulunan sosyal çalışmacılar, elde edilen verilere göre hasta ve hasta yakınlarının güçlenmesi amacıyla herhangi bir hizmet sağlamamıştır.

Katılımcıların çoğunluğu sosyal çalışmacıya engelli aylığı hakkında bilgi almak için başvurmuşlardır.

*“Engelli maaşı ile ilgili doktorumuzun bizi yönlendirdiği bi sosyal hizmet uzmanı vardı ama ablamın babamdan aldığı maaşı olduğu için ondan yararlanamadık. Sadece bunun için görüştük başka görüşmemiz olmadı. Bu konuda bize danışmanlık yaptı...”* (hasta yakını-2)

*“Hayır görüşmedim. Yani görüşenlerde sanırım maaş bilgisi için başvuruyorlarmış. Şimdi benim doktorum o durumu hallettiği için ben gidip onlara sormadım. Hastane de başka bir görev yapıyorlar mı bilmiyorum. Sanırım görevleri sadece hastalara maaş alıp alamayacakları alabilirlerse nerelere başvurmaları gerekiyor yani aşamaları ne gibi bilgiler vermek.”* (hasta-15)

*“Sosyal hizmet uzmanı ile karşılaşmadım ben malulen emekli olacağım zaman doktorum yardımcı olmuştu. Şimdi buradaki hastalardan duyuyorum hastaneye yanına gideceklerini söylüyorlar birşeyler soracaklarını söylüyorlar danışmanlık yapıyor galiba.”* (hasta-18)

*“Ben değilde kardeşim ilk başta bilgi almaya gitmişti işte maaş ile ilgili ücretsiz ulaşım kartı ile ilgili.”* (hasta-20)

*“Ben hastanenin sosyal hizmetler birimine gittim onlarda beni sosyal yardımlaşmaya sevkettiler. Hastaneye gönderdiler beni hastaneye gittim rapor çıkardım maaşa bağlandım. Maaş için başvurdum onlara. İşte kömür yardımı yapıyorlar bir de 3 ayda bir 1000 lira alıyorum.”* (hasta-3)

Bazı hasta ve hasta yakınları sosyal çalışmacıdan bakım hizmetleri konusunda danışmanlık hizmeti aldıklarını ifade etmişlerdir.

*“Ben görüşmedim de kızım görüşmüş herhalde demiş üvey babam var demiş kızkene yani evlenmeden, ben eve gitmek istemiyorum demiş. Sosyal hizmetçide demiş ki ona seni demiş mavi ne mavi bir yer var demiş seni oraya yerleştirelim demiş.. mor çattıydı herhalde”* (hasta yakını-3)

*“E. intihar etmişti. Annesi ikinci evliliğini yaptıktan sonra intihar etmişti. 1 ay yoğun bakımda kaldı hani, kalkamadı sürekli altı falan temizleniyordu. Hani A. Bey dedi buna dedi kimse bakmak istemez bakım evine yatalım. Ben E. 'nin düzeldiğini gördüm hiç konuşmuyordu, konuşmadı sonra E. 'nin düzeldiğini gördüm ben dedim, bütün işlemler yapılmıştı, benim kendi vicdanım rahat etmedi o zaman daha E. 20 yaşındaydı çok gençti hani genç bir kızdı ben kabul etmedim o konuyu kapattırdım. Ben kendim dedim yanımda kalsın idare edebilirsem 1-2 yıl dedim deneyeceğim dedim. Edemezsem dedim tekrar konuşuruz düşünüyoruz dedim. Şimdi E. 'de beni üzüyor, illa ki oluyor sorunları ama çok beni boğacak kadar olmuyor.”* (hasta yakını-4)

*“Bakım evinin olduğunu söyledi bana (sosyal çalışmacı), yengem bakım evine vermek istememiş vercekmiş de beni düşünüp vermemiş. Ben demiş zaten yemeği yapıyorum sofraya bir kaşık fazla koysak nolur demiş abime üzülmüş yani beni bakım evine vermek istememiş, imza atmamış.”* (hasta-5)

*“Evet. Onlar beni sosyal yardımlar müdürlüğüne gönderdiler orada da (anneme maaş bağlanıp bağlanamayacağını) sordum olmadı... Sosyal hizmet uzmanıyla birkaç sefer görüştim annemin bakımı emekliliği meselesi için görüştim. Ben gittim. Bakım için gelenler oluyor eve. Onun dışında pek bi yardım almadım yani benim sorduklarım dışında bana bişey söylemedi. Sorduğum sorulara cevap verdi o da zaten şeye yönlendirdi beni sosyal yardımlara.” (hasta-8)*

Sosyal çalışmacının görevinin yalnızca hastalara engelli aylığı sağlamak olduğunu düşünen hasta-6, maaşı olduğu için sosyal çalışmacıya başvurmayı gerek görmediğini ifade etmiştir. *“Babamdan maaş alıyoruz o yüzden gerek görmedim, hiç başvurmadım sosyal hizmet uzmanına.”* Hasta ve hasta yakınlarının çoğunluğu sosyal çalışmacının görevinin engelli aylığı ve ücretsiz ulaşım kartı konusunda danışmanlık yapmak olduğunu ve başka bir görevinin olmadığını düşünmektedir. Hasta ve hasta yakınlarının psikoeğitimle ilgili düşünceleri değerlendirildiğinde *“Sosyal çalışmacı size sizin başvurduğunuz sorunlar dışında hastalığınızla ilgili ya da yaşadığınız sorunlarla ilgili herhangi bir eğitim verdi mi?”* sorusuna karşılık olarak başvurduğum konu dışında her hangi bir hizmet almadım yanıtıyla karşılaşmıştır.

*“Yani ben pek bir hizmet almadım sorduğumuz bazı soruları cevapladı o kadar... İşte sorduğumuz bazı sorulara cevap verdi. Onun dışında hani bana başka bişey pek anlatmadı. Sürekli telefonu çaldı zaten.” (hasta-12)*

*“Yok eğitim falan vermedi ben çok yattım çıktım hiç görmedim servise geldiğini bilmiyorum.” (hasta-16)*

*“Hayır bir eğitim vermedi.” (hasta-17)*

Hasta-10 ise sosyal çalışmacının ilgisizliğinden dert yanmıştır. Hasta sorduğu sorulara cevap alamadığını dile getirmiştir.

*“Valla 3-4 kere başvurdum ben bilmiyom o bizim bilgimiz dışında falan bir daha da aramadım sizin dedim bir şey bildiğiniz yok. Emekliliğimle ilgili bir şey sordum şimdi 3 senede bir yenileniyormuş. Dedim bana mesaj geldi ben dedim tekrar baştan tırnağa hastanede görüncekişim dedim yani bu nasıl oluyor biz onu bilmeyiz dediler. Ondan sonra ne sorduydum ben haa dışarda İstanbul civarında başka TRSM var mı diye sordum onu tam olarak biz bilemeyiz araştırmanız lazım bizim bilgimiz dışında. Bu sefer ben dedim sizin hiç bir şey bildiğiniz yok devletten oturduğunuz yerden maaş alıyorsunuz dedim kapattım telefonu hatta kaydetmişler telefonu. Haklıyım ben hiç bir şey bildiği yok.” (hasta-10)*

Katılımcıların görüşleri genel olarak değerlendirildiğinde sosyal çalışmacıların yalnızca kendilerine başvuran hastalara yönelik sosyal hakları konusunda danışmanlık hizmeti verdiği, psikoeğitim faaliyetlerini ise gerçekleştirmedikleri gözlemlenmektedir.

#### *3.7.2.2.1.4.Taburculuk planlaması*

Hasta ve hasta yakınlarının taburculuk planlaması ile ilgili görüşlerini değerlendirmek amacıyla *“Taburculuğunuz esnasında size kimler yardımcı oldu”, “Taburculuk sırasında size ilaç kullanımı, hastanızla nasıl iletişim kuracağınız, hastalığa ya da hastanızla nasıl uyum sağlayacağınız ve takibinin nasıl yapılacağı ile ilgili bilgiler veren oldu mu? gibi sorular yöneltilmiştir.* Hasta ve hasta yakınlarının tamamının verdiği cevaplar sosyal çalışmacının taburculuk aşamasında kendilerine yardımcı olmadığı ve görüşmeler

gerçekleştirmedığı yönünde olmuştur. Hasta ve hasta yakınları genellikle hemşirelerin kendilerine yardımcı olduklarını belirtmiştir.

*“Hayır kendimiz taburcu ettik. Birisi gelip yardımcı olmadı hemşire hanımlar yardım etti yönlendirdi. İşte şu ilacı şöyle kullanacak bunu böyle şu zaman gelin gibi. Bir de doktoruyla görüştük bizim ne yapmamız gerekiyor nasıl davrancaz diye bilmiyoruz ya o da anlattı işte şöyle şöyle davrandı mı mutlaka dikkat edin kontrolleri aksatmayın ilaçları aksatmayın diye.” (hasta yakını-5)*

*“Hayır herşeyi kendimiz hallettik” (hasta yakını-10)*

*“Taburculuğum da sadece hemşire hanımlar yardımcı oldu sağolsunlar başka kimseyi görmedim ben zaten doktorumu görüyorum. Hemşire hanımlar yani orda.” (hasta-6)*

*“Taburculuk zamanında ailem yanıma geldi hemşirelerle onlar halletti işlerimi başka kimse yardım etmedi.” (hasta-12)*

*“Taburculuğumda yok bir hizmet vermedi yanıma hiç gelmedi ben hiç görmedim onu (sosyal çalışmacı).” (hasta-13)*

*“Taburculuk aşamasında da işlerimi hemşireler ve hasta bakıcılar yürüttü sağolsunlar.” (hasta-6)*

*“Taburcu olurken sosyal hizmet uzmanını görmedim hemşire hanımlar ailemi çağırdılar onlar hemşirelerin yönlendirmeleri ile taburculuk işlemlerimi gerçekleştirdi.” (hasta-17)*

*“Yok dediğim gibi ben hiç görmedim sosyal hizmet uzmanını ne yattığım dönemde ne yatış dönemimde ne de taburculukta.” (hasta-18)*

Hastanede yatmış ve TRSM’de takipleri devam eden hasta ve hasta yakınlarından elde edilen bilgiler neticesinde sosyal çalışmacıların taburculuk planlaması görevini gerçekleştirmedığı gözlemlenmektedir.

### **3.7.2.3.Rehabilitasyon Edici Ruh Sağlığı Hizmetleri**

Rehabilitasyon edici ruh sağlığı hizmetleri, psikiyatrik hastalığın yol açtığı problemleri azaltmak ve hastaların kapasitelerini maksimum düzeyde kullanmalarını sağlamak için ruhsal, toplumsal ve mesleki işlevselliğin artırılmasına odaklanan hizmetler bütünü olarak tanımlanabilir. Bu başlık altında hasta ve hasta yakınlarının rehabilitasyon hizmetlerine yönelik görüşleri, TRSM’nin yatışın azalmasına yönelik etkisi ile sosyal çalışmacının görevlerine ilişkin görüşleri değerlendirilecektir. Hasta ve hasta yakınlarına sorulan “TRSM’nin faydalı olduğunu düşünüyor musunuz?” ve “TRSM’ye gelmekten memnun musunuz” sorularına verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde çoğunluğun TRSM hizmetlerini faydalı bulduğu gözlemlenmektedir.

*“Faydası oldu yani güzel.” (hasta-2)*

*“Tabiki faydalı çok çok değişimler var kardeşimde ve bunu bizde görüyoruz doktoru da görüyor yani” (hasta yakını-2)*

*“Faydalı. Hemşireler çok iyi doktorlar çok iyi. Arkadaşlarımız çok iyi. Mutlu oluyorum buraya gelince.” (hasta-11)*

*“Burayı bana doktor önerdi. Buradan memnunum” (hasta-6)*

*“Faydalı tabi. Oturup konuşuyoruz, mesela ders olduğu zaman katılıyoruz falan ondan sonra iyi yani” (hasta-21)*

*“Hayatı benimsememe ve hayata tutunmama dair ufak bir güdülenme oldu yani.” (hasta-17)*

*“Arkadaş ediniyorum. Eğitimlerde biraz faydalı.” (hasta-18)*

Hasta yakını-4 ise TRSM’nin faydalı olmasının sebebini yakınının istismar edilmesini önlemesi olduğunu belirtmiştir. İstismara açık olan hasta düzenli olarak TRSM’ye gitmekte ve bu açıdan güvenilir bir ortamda olduğu düşünülmektedir.

*“E. ’de aynı şekilde çok faydalandı çünkü E. çok dışa dönük bir kız dışa dönük olduğu için sokakta tanımadığı yerlerde çok geziyordu en azından şimdi orada. Çok tehlikeli dönemlerden de geçti zaten böyle taciz falan olayları da olduğu için çok korkuyorduk E. için. Evde de tutamıyorsun çok dışarıya dönük bir insan. Sosyal hayatı çok seven bir insan o yüzden orası E. için çok iyi oldu. Arıyorum en azından ben burdayım yenge diyor. Düzenli gidiyor. Ondan sonra yoruluyor zaten 3-4 gibi eve geliyor sonrasında dışarı çıkmak istemiyor. Kendisi gidip geliyor.” (hasta yakını-4)*

TRSM’nin faydalı olduğunu düşünenlerin yanında hep ağır ruhsal bozukluğu olan hastalarla birlikte vakit geçirmenin olumsuz taraflarının olduğunu düşünenlerde olmuştur.

*“Oldu ya bazen gitmeyince anne çok sıkıldım işte bana biraz faydası oldu falan dedi. Valla faydaları oldu zararları da oldu çünkü oradakiler hep hasta benim kızım kendini biliyor bilinçli bakımlı çok ağır hastalar var. Bazen gidiyordu geri geliyordu anne ağır hasta çok bugün diye. İşte D. gibi 1 tane 2 tane vardı onları görürse oturuyordu hani zararları da oluyor çünkü onlar daha çok rahatsız benim kızım bakımlı süslü şey daha çok kendini biliyor ama tabi ne olsa da çalışmıyor yani para kazanamıyor.” (hasta yakını-3)*

*“Yalnız tabi orda genelde görüştüğü kişiler kendisi gibi rahatsız olan kişiler olduğu için yani ona pek fazla bi faydalı olma imkanı sağlamıyor. Onlarda rahatsız bu da rahatsız yani rahatsız olan kişinin rahatsız olan kişiye ne faydası olur. Yani biraz daha rahatsız olmayan kişilerle oturup kalksa daha bir değişiklik olabilir..” (hasta yakını-5)*

#### *3.7.2.3.1. Psikiyatri Servisine Yatışın Azaltılmasında TRSM’nin Etkisi (Döner Kapı Fenomeni)*

Ağır ruhsal bozukluğu olan bireylerde tekrarlayan hastane yatışları olabilmektedir. Döner kapı fenomeni olarak kavramlaştırılan bu durumun birçok sebebi bulunmaktadır. Bu sebeplere daha önce değinilmiştir. TRSM’lerin kuruluşunun en temel sebeplerinden birisi hastaların tedavi kurumuna yatış sıklığının azaltılmasıdır. Bu bağlamda hasta ve hasta yakınlarına “Siz/hastanız TRSM’ye başladıktan sonra hastaneye hiç yattı/nız mı?” sorusu yöneltilerek psikiyatri servisine yatışın azaltılmasında TRSM’nin etkisi hakkında görüşleri belirlenmeye çalışılmıştır. Bu bağlamda hasta ve yakınlarının verdiği cevaplar genelde olumlu yönde olmuştur.

*“B. TRSM’ye başladıktan sonra bir daha (kliniğe) yatmadı.” (hasta yakını-2)*

*“TRSM’ye başladığından yani 2009 dan beri hiç yatmadı şu anda iyi.” (hasta yakını-9)*

*“86’dan beri devamlı yatar çıkarım yatar çıkarım. 6-7 sefer yattım burası açıldığından beri yatmadım 5 sene mi oluyor 5 buçuk sene mi?” (hasta-8)*

“TRSM sizce hastanızın hastaneye yatış olasılığını azaltan bir merkez mi?” soruna hasta yakını-2’ nin verdiği cevap *“Evet bence öyle. Orada sağolsunlar ilaçlara dikkat edin diye hergün uyarıyorlar o da dikkat ediyor öyle olunca da yatmıyor.”* şeklinde olmuştur. TRSM’de psikiyatri ekibinin ilaçların kullanımı konusunda hastalarla sık sık konuşmalarının birçok hasta da etkili olduğu gözlemlenmektedir. İlaç kullanımının düzenli olması hastaların tedavi kurumuna tekrarlayan yatışlarını engelleyen önemli bir etkidir. Hasta yakını-1’in görüşü de bu yönde olmuştur.

*“Eskiden ilaçlarını falan almıyordu TRSM’ye gittiğinden beri artık benden de alıyor ilaçlarını hani ben 8 yaş küçüğüyüm ablamın beni fazla takmıyordu da. Şey şimdi iyi artık ilaçlarını saati saatine içiyoruz. Evini, bakımını, yemeğini herşeyini hallediyoruz.” (hasta yakını-1)*

#### *3.7.2.3.2. Rehabilite Edici Ruh Sağlığı Alanında Hasta ve Hasta Yakınlarının Sosyal Çalışmacının Görevlerine İlişkin Görüşleri*

Bu tema altında rehabilite edici ruh sağlığı kurumu olarak değerlendirilen TRSM’lerde görev yapan sosyal çalışmacıların görevlerine ilişkin hasta ve hasta yakınlarının görüşleri değerlendirilecektir. Görüşmeler çerçevesinde TRSM’de devamlı görev yapan bir sosyal çalışmacının olmadığı görülmüştür. Hasta ve yakınları genellikle hastaneye yönlendirilmektedir. TRSM ilk açıldığında bir sosyal çalışmacının devamlı olarak çalıştığı ve açıldığından beri devam eden hasta ve yakınlarında bu yönde tespitler yaptığı gözlemlenmiştir. Sosyal çalışmacının görevleri, hasta ve hasta yakınları ile yapılan görüşmeler ve belirttikleri sorunlar üzerinden elde edilen veriler neticesinde altı alt başlığa ayrılmıştır. Bunlar birey ve gruplara yönelik savunuculuk, birey ve ailesi ile çalışma, sosyal işlevselliği güçlendirici, damgalamayı önleyici, eğitim ve mesleki rehabilitasyondur.

##### *3.7.2.3.2.1. Birey ve Gruplara Yönelik Savunuculuk*

Toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan hasta ve hasta yakınları ile görüşmeler neticesinde tespit edilen sorunlar değerlendirildiğinde katılımcıların sosyal çalışmacının en çok savunuculuk görevine ihtiyaç duyduğu gözlemlenmiştir. Katılımcılar sahip oldukları hukuki haklar konusunda yeterince bilgi sahibi değildir.

*“Şimdi biz engelli aylığı için başvurduk ama olmadı ablam. Görüştük baya bir şey yaptık ama birde aylık bağlanırdı şeyden yararlanamıyor diyorlardı ilaçlarını paralı alırız demişlerdi şimdi değişti mi bilmiyom hani ilaçları çok pahalı ya. Benim kızım S. kullanıyor L. kullanıyor ilaçları çok pahalı olduğu için vurmada önce öyle demişlerdi ama şimdi öyle bir şey yok herhalde anne bizim ordakilerin hepsi sigortadan diyo faydalanabiliyor diyor kızım. Şey işte bazen gidiyordu ya toplum ruh sağlığı merkezindekiler. Kızım bipolar hastası %45 oranda haftaya bi daha rapor olacak o zaman belli olacak verip vermeyecekleri. Siz biliyor musunuz verirler mi engelli aylığı? Zaten kızımın babası yok biz yıllar önce ayrıldık. Ben ilgileniyorum onunla sadece ben ilgileniyorum herşeyiyle hastanesiyle doktoruyla ilacıyla. Eşinde pek bi faydası yok yani kızıma ama artık işte anne seviyorum diyo yanımda işte çok yalnız*

*hissederim kendimi diyo.. Ama böyle de ulaşım kartı bile olmadığı için TRSM'ye de çok gidemiyor, pahalı oluyor git gel.” (hasta yakını-3)*

Engelli kadrosunda çalışan ve bir ay önce çalışma arkadaşı ile yaşadığı kavga neticesinde işi sonlandırılan hasta-17 hak kaybına uğradığını düşünmektedir. Bu sebeple de hukuki meselerle ilgili sosyal çalışmacıdan danışmanlık almak istediğini belirtmiştir. Hemşireler TRSM’de devamlı görevli bir sosyal çalışmacı olmaması sebebiyle hasta-17’yi hastaneye yönlendirmişlerdir.

*“Sosyal hizmeti biliyorum hemşireler yönlendirdi gidicem zaten yani ben kısa bir çalışma hayatı yaşadım. Devlet memurluğu yaptım. İstanbul adalet sarayını kazandım orada görev, memuriyet sürecini tamamladıktan sonra Manisa adliyesinde çalışıyordum. Güzel bir işimde vardı. Ama hastalığımın belirtileri yüzünden, pozitif ya da negatif belirtileri yüzünden, çünkü bu hastalığın negatif belirtilerinde depresyon ve çöküntü, pozitif belirtilerinde maniye dönüşen bir takım etkileşimleri var aynı zamanda halüsinasyonlar da tabi ki silinmiyor, devam ediyor. Ama yani gerçikle bağımlı koparmamaya çalışıyorum, sosyal hayatımı devam ettirmeye çalışıyorum. Bunu işte bu hastalığın bazı belirtilerinden dolayı belki pozitif belirtilerinden dolayı saldırma eğilimi oluyor. Bende provoke olunca bir memure arkadaşım ile ufak bir kavga sürecimiz oldu, karşılıklı kavga ettik ben onun saçından çektim falan, iyi olmadı. Bir iki mahkumla da ufak tartışma yaşadık onlar önemli değil ama memur arkadaşım ile kavga ettim bu da işimin sonlanmasına neden oldu. Çok üzülüyorum yani...Görüşcem yani ne yapabilirim bu aşama da çünkü kazanılmış bir hakkım var yani devlet memuruyum tekrar dönebilir miyim? Başka bir kurumda gibilerinden?” (hasta-17)*

Sosyal çalışmacının kendisiyle ya da eşiyle görüşmediğini belirten hasta yakını-6 barınma koşullarının çok kötü olduğunu ancak engelli aylığı dışında bir yardım alamadıklarını ifade etmiştir. Engelli aylığı için başvuruyu ise sosyal çalışmacı ile görüşerek değil hemşirelerin danışmanlığı ile gerçekleştirmiştir.

*“Abla yok ya bizim evimiz abla bi tane bi 5-6 metre bi yerde duruyorduk biz ufak yerde, ondan sonra bize bi ev veren oldu yıkılacak diye hani 5-6 ay oturun diye ondan sonra 1 sene 2 sene oturuyoz şimdi gene ben öyle bi yerde oturuyom ondan diyom ben şimdi mesela muhtar da biliyor hepsi biliyor mesela kaydım öbür tarafta burası yıkılacak 3 ay 5 ay diye öyle biz de bekliyoruz emanetiz yani emanette duruyoz. Hani aslında ben kendime zor bakıyom ama ne diyem abla işte 3 ayda alıyoz yani faydalaniyoruz yani. TRSM de hemşire hanım yardımcı oldu bana maaş için dilekçe yaptırdım.” (hasta yakını-6)*

Sahip oldukları haklar konusunda sosyal çalışmacıdan herhangi bir danışmanlık alıp almadığı sorulan hastaların cevapları olumsuz yönde olmuştur. TRSM’de sosyal çalışmacının olmaması hasta ve hasta yakınlarının savunuculuk faaliyetlerinden faydalananamasında en büyük etkidir.

*“Ben burda bir hizmet almadım yok zaten burda sosyal hizmet uzmanı” (hasta-6)*

*“Burda yok hemşire hanımlar diğer arkadaşlardan biliyorum hastaneye gönderiyor. Hastalar sorular soruyor hemşireler diyor biz ayrıntılı bilmiyoruz ailenle konuşalım bi gidip onunla (hastanede ki sosyal çalışmacı) konuşun diyor.” (hasta-9)*

*“Burda yok zaten sosyal hizmet uzmanı hemşirelerimiz hastaneye gönderiyor arkadaşları da.” (hasta-18)*

### 3.7.2.3.2.2.Birey ve Ailesi İle Çalışma

Hasta ve hasta yakınlarının birey ve ailesi ile çalışma görevi kapsamında ne gibi hizmetler aldığını değerlendirmek amacıyla “TRSM’de sizinle ve ailenizle hastalık nedeniyle meydana gelen psikolojik ve sosyal problemlerinizin üstesinden gelmek amacıyla görüşmeler gerçekleştirildi mi, eğitimler verildi mi?” “Bu görüşmeleri/eğitimleri kimler verdi?” gibi sorular sorulmuştur. Elde edilen cevaplar değerlendirildiğinde hasta ve hasta yakınlarına yönelik bir takım çalışmaların gerçekleştirildiği gözlemlenmektedir. Özellikle aileler, hastaları ile iletişimleri ve ilaç takiplerinin önemi gibi konularda bilgilendirilmiş bununla ilgili grup çalışmaları gerçekleştirilmiştir.

*“...annem de gitti eğitimlere ilaçlarını düzenli kullansın şu şu gibi davranışlarına dikkat edin bizi hemen bilgilendirin gibi konuşmuşlar orada ki doktorla hemşireler. Biraz oraya gelen aileler dertlerini anlatmışlar sanırım annemde gittiğinden mutlu olmuştu.” (hasta yakını-2)*

*“Tabi tabi E.’ye faydası çok oldu bize de oldu. Yani hani bana daha bir oldu nasıl davranacağım ile ilgili, hastalığı tanıdım hani doğru mu hareket yapıyorum yanlış mı yapıyorum illaki bende insanız sonuçta illa hata yapabiliriz. Onlarla ilgili bilgiler aldım. Psikoloğuyla ben kendim ayrı konuştum kendim için konuştum nasıl davranmam gerektiğini öğrendim yanlışlarımı gördüm eksilerimi artılarımı.” (hasta yakını-4)*

Ancak yapılan bu çalışmaların standart olarak bütün ailelere aynı eğitimleri vermek ve aynı konulara dikkati çekmek şeklinde gerçekleştirildiği verilen cevaplardan anlaşılmaktadır. Her hasta ve yakınının farklı sorunları bulunmaktadır. Bu noktada ailelerde kendilerini yetersiz hissedebilmektedir. Hasta yakını-5 yapılan görüşmede şizofreni hastası olan oğlu ile ilgili yaşadığı sıkıntıyı anlatmış ve çaresizlik hissettiğini belirtmiştir.

*“Evliydi bu (şizofreni hastası oğul) boşandı. Şimdi bunlar cinsel yönden bi karıkoca hayatı sürdüremedi yani olmayınca da ne olacak ayrıldı. İlaç bunu uyuşturuyor vücut uyuşunca da bi beraberlik söz konusu olmuyor. Sorun oluyor. Dolayısıyla da ayrılmak mecburiyetinde kaldılar. Şimdide evlenecem diye tutturuyor. Oğlum bak sen evlenceksin ama git bi evvela doktorunla görüş doktorun sana evlenebilir mi bi müsaade etsin evlenebilirsin derse evlenebilirsin sen şimdi gidip evlenmeye kalkarsan gene aynı sorunları gene yaşayacaksın bunlar gene sonra böyle şeyler seni daha çok rahatsız ediyor falan diyoz ama biraz bi gün sonra yarın aynı şeyleri gene şey yapıyor kafasına takılıyor çünkü. Orda bi hasta kız var bunun kafasına girmiş o da biraz biz evlenelim ben de rahatsızım ama benim akli genel durumum iyi falan filan buna tutturmuş evlenelim, ya bak dedim sen hastasın sen rahatsızsın senin hastalığınla biz uğraşıyoruz bak annen şeker hastası oldu tansiyon hastası oldu ben dedim seni düşünmekten şeker hastası oldum tansiyon hastası oldum e şimdi sen birde ikinci bir hastayı bizim başımıza şey yapıyon... ben ne yapacağımı kime ne diyeceğimi şaşırdım, bizi böyle çaresiz bırakıyor.” (hasta yakını-5)*

Eşi şizofreni hastası olan hasta yakını-6 da yaşadıkları sorunlardan bahsetmiş ve bu süreçte profesyonel olarak kimsenin çok fazla yanında olmadığından dert yanmıştır.

*“Şimdi iftira da atıyordu daha önce ben seni tanımiyom sen bir sürü laflar söylüyor bana yolda bana zalim gibi mesela ben kavga ediyordum kaç kişiyle kavga ettim ben ya 3-4 kişi bana saldırdı burnumu kırdılar hatta ben anlatamadım millete yani. Gecenin bi yarısında bağıırıyordu çağırıyordu iftira atıyordu böyle böyle diyordu şöyle diyordu böyle diyordu hani nikah olsa da yok yok diyordu bizim bilmemnemiz yok*

*ondan sonra işte bende yatırmak zorunda kaldım bende 6 kere falan yatırdım (hastaneye) yani...valla yok abla bu sorunları yaşıyoruz hiç destek olan yok TRSM diyon ama hanım gidip gelip bişey olmadıktan sonra ne olacak ben dayağı yediğimle oturuyom sosyal hizmet uzmanı diyorsunuz hiç destek olmadı bize ne kalacak yer doğru düzgün ne aile hayatı.” (hasta yakını-6)*

Hastalığın meydana getirdiği sorunlar her bireyde ve her ailede farklılık göstermektedir. Bu açıdan sağlık profesyonellerinin hasta odaklı bir yaklaşımla bu problemleri doğru bir şekilde tespit edip hastaya ve yakınına uygun çalışmayı gerçekleştirmesi gerekmektedir. Ancak görüşülen merkezde devamlı görev yapan bir psikolog bulunmadığı gibi sosyal çalışmacı hiç bulunmamaktadır. Bireyle ve aile ile çalışma görevini de yalnızca TRSM’de görevli olan hekimler ve hemşireler gerçekleştirmektedir. Bu nokta da TRSM’de görevli psikiyatri ekibi üyeleri biyopsikososyal yaklaşımın sağlanması açısından eksik üyesinin bulunması sebebiyle yetersiz kalmaktadır.

Bireyle çalışma ile ilgili hasta ve yakınlarının görüşleri değerlendirildiğinde TRSM’de gerçekleştirilen uygulamaların katılımcılar tarafından faydalı bulunduğu tespit edilmiştir. Bireyle çalışma kapsamında TRSM’de hastalarla birlikte çeşitli aktiviteler yapılmakta ve rehabilitasyon hizmetleri sağlanmaktadır.

*“El işleri yapıyoruz, darbuka falan çalıyoruz, müzik hocası geliyor, çarkıfelek oynuyoruz, sonra kitap okuyoruz, gündem oturumu var haberlerden bahsediyoruz. Sonra başka kendi gündemimizden bahsediyoruz, konuşuyoruz, tartışıyoruz, kitap okuduğumuz zaman konuyla ilgili tartışıyoruz. Bilinçlendirme toplantısı oluyor, sorunumuz olduğu zaman konuşuyoruz. Hemşire hanımlar bizimle ilgileniyor birebir. Faydalı yani seviyorum burayı.” (hasta-4)*

*“Burada pazartesi günleri gündem oturumu oluyor, Salı günleri bilinçlendirme oluyor, ilaçlarla ilgili konuşuyoruz, hastalıkla ilgili konuşuyoruz. Çarşamba drama oluyor, Perşembe kitap okuma, Cuma serbest. Buraya servisle geliyorum. Burada arkadaşlarım var.” (hasta-6)*

*“Bütün hizmetlerinden faydalanmaya çalışıyorum. İşte dramalar oluyor. Hemşireler ve doktorlar eğitimler veriyor bence buradaki arkadaşlar için faydalı bunlar herkes benim kadar bilinçli değil ne yazık ki birde herkesin durumu aynı değil. Bunun yanında iş uğraş terapileri oluyor bence güzel hizmetler var. Herkesle birebir konuşuyorlar” (hasta-17)*

Hasta yakını-10’da hem kardeşi hem de ailesi için TRSM’de gerçekleştirilen çalışmaların faydalı olduğundan bahsetmiştir.

*“Ya benim kardeşim hani her zaman birşeyi kafasına taktığı zaman orda danışanlarına gidiyor soruyo ordan cevaplar alıyor falan faydalı oldu yani bu açıdan. Hani ondan sonra bir dönem annemle gittiler anneminde oraya gitmesi gerekiyordu hani annemi de bilgilendirdiler ben çok gitmedim ama annemle babam sürekli gidip hani bilgilendiriliyordu hani hasta hakkında şöyle davranın böyle davranın ev yaşantısıyla ilgili.” (hasta yakını-10)*

TRSM’nin ilk açıldığı dönemde bir sosyal çalışmacının aktif olarak merkezde hizmet verdiği, çalışanlar ve bazı hastalar tarafından ifade edilmiştir. Bu dönemde sosyal çalışmacıların hizmetleri ile ilgili görüş bildiren hastalar da olmuştur. Hasta-16 bunlardan birisidir.

*“İşte o zamanlar (sosyal çalışmacının TRSM’de olduğu zamanlar) sabahları bizimle konuşuyorlardı hepsi birlikte eğitimleri birlikte veriyorlardı hemşirelerle. Annemle de görüşüp onun biraz derinlerini dinlemişler sanırım sonra ona destek olmuşlar benim hastalığımı anlatmışlar, ilacı söylemişler annem hergün başımda dikeliyo yutana kadar.” (hasta-16)*

Hasta-8 ise merkezde sosyal çalışmacının bulunmadığını ve bütün sorunlarını ve ihtiyaçlarını hemşirelere danıştıklarını ifade etmiştir.

*“İnsan içine düştü mü bilemiyor burda bize sağlığımızın öneminden bahsediyorlar hemşire hanımlar. İlaç öneminden, başka etkinlikler var bir kısmına katılabiliyorum... Yok (sosyal çalışmacı) burda benim bildiğim. Ben burda hiç görmedim. Burda ne istiyorsak hemşirelere soruyoruz onlar yardımcı oluyor ihtiyacımızla herşeyle sağolsunlar.” (hasta-8)*

Elde edilen cevaplar neticesinde birey ve ailesiyle çalışma konusunda bir takım hizmetlerin sağlandığı ve bu hizmetlerin sosyal çalışmacının olmadığı bu merkezde genellikle hekimler ve hemşireler tarafından verildiği gözlemlenmiştir.

### *3.7.2.3.2.3.Sosyal İşlevselliği Güçlendirici*

Sosyal işlevselliği güçlendirici çalışmalar kısaca hastaların çalışabilmeleri, sosyalleşebilmeleri ve kişisel bakımlarını kendilerinin yapabilmelerine odaklanan etkinlikleri kapsamaktadır. Bu nokta da bu başlık altında hasta ve yakınlarının sosyal işlevselliği güçlendirici etkinlikler hakkında görüşleri değerlendirilecektir. Ağır ruhsal bozuklukların temel özelliklerinden biri bireylerin sosyal işlevselliğinde meydana gelen bozulmalardır. Hasta ve hasta yakınlarının verdiği cevaplarda bu yönde olmuştur. Daha önceleri sosyal izolasyon yaşayan hastaların TRSM’ye devam etmesi ile birlikte daha fazla sosyalleştiklerini ve insanlarla daha fazla iletişim kurduklarını belirtmişlerdir.

*“Öncesinde daha içe kapanıktı kendi dünyasında sadece annem vardı. Eee ama şimdi (TRSM’ye devam etmesi ile birlikte) insanlar birşey sorduğu zaman güzel güzel cevaplar vermeye başladı. Kendini ifade etme özgürlüğüne sahip oldu.” (hasta yakını-2)*

*“TRSM’ye açıldığı ilk zamanlarda başladım, baya iyi geldi burası sosyal açıdan böyle değişik etkinlikler açıdan baya iyi geldi. Hemşirelerle toplantılar oluyor kitap okuyoruz, sonra öğretmenler geliyor falan. Sosyalleştik yani, burada arkadaşlarla dışarda da kahvede oturduk. Daha çok kimseyi tanımış oldum arkadaşlar sayesinde. İşte tek başına dolaşıyordum, arkadaşım yoktu. Sosyalleştik burada.” (hasta-4)*

*“Tabi ki evde biraz sosyal yönden evde sürekli evden pek fazla çıkmak istemiyordu. Oraya gidince tabi arkadaş edindi, dışarı çıkıyor, evden dışarı çıkınca biraz daha rahatlıyor. Orası sosyal olmasını sağlıyor.” (hasta yakını-5)*

*“Tabi oldu gidiyor geliyor olumlu güzel yani. Dışarda da yani şimdi eskiden T. pek fazla dışarı çıkmayan bir insandı. Diyor ki canım sıkıldı ben kahveye dışarıya çay bahçesine bir yere kafeye gidiyorum diyor gibi gidiyor çayını kahvesini içiyor geliyor...Tabi tabi ben hayatı boyunca biraz ordan farkettim zaten çünkü küçüklüğünden beri sosyal değildi işte arkadaş edinemiyordu, oyun gruplarına katılamıyordu yani böyle bir şey de normal bir gelişim değil tabi. Öğretmen olmanın verdiği bir anlama olayıyla anladım. TRSM daha da sosyalleştirdi” (hasta yakını-9)*

*“Boş kalmasın canı sıkılmasın diye gönderdiler, ben evde kalıyordum sürekli, gezeyim, bir şeyle uğraşayım diye buraya gönderdiler beni. Bende buradan çok memnun kaldım. Çünkü bizimle ilgilenenler mesela bir şey olduğunda hemşiremiz olsun doktorumuz olsun, yanlış bir durumumuz olsa soruyorlar hepsi destek veriyorlar... Buraya gelmemin çok faydası oldu bana. Çünkü ben buraya gelmeden önce çok sinirli bir insandım asabi bir insandım sürekli uyuyordum hiç bir şey yapmıyordum hep uyumakla geçiyordu günüm ama şimdi öyle değil. Sabah en erken buraya ben geliyorum şimdi. Evim yakın buraya yürüyerek geliyorum.” (hasta-5)*

TRSM’lerde gerçekleştirilen iş-uğraş terapileri de hastaların sosyal işlevselliğinin artırılmasında önemli bir etkinliktir. Hasta ve hasta yakınları da bunu belirtmiştir.

*“Burası seviyorum memnunum. Buranın bana faydası şöyle oldu evde sıkılıyordum ben sıkıntım gitti, iyi geldi burası, sıkılıyordum evde, dikiş bilmiyordum dikiş öğrendim, darbuka çalmayı öğrendim bu kadar.” (hasta-6)*

*“Burayı seviyorum faydalı arkadaşlarım oldu, sohbet ediyoruz, yardımlaşma şeyimizde oldu sohbet ediyoruz. Resim yapıyoruz, el işi yapıyoruz, darbuka çalıyoruz.” (hasta-9)*

*“Zihinsel rahatsızlığımız yani şey olarak, korkuyoruz, iş yapamamazlık var, şeylik var beceri şeyimiz olmuyor, devamlı stres korku içinde...Şimdi burası bize sıkıntılarımıza iyi geliyor. Kendi çapımızdaki insanlarla görüşüyoruz yani, hani çok güzel, hepsi iyi insanlar, biz hepimiz yani diyalog içindeyiz. Çok memnunuz yani. Burda konuştuğumuz insanlar dışında ben bir görüştüğümüz kişi yok zaten. Bir de resim, dikiş becerilerimizi geliştiriyorlar” (hasta-14)*

*“Burada herşeyi yapıyorum ben. Burada çok şeyler öğrendim yani 50 yaşındayım dikiş dikmesini öğrendim. Tablolar yaptım ben, Türkiye haritası Türk bayrağı uğraş sağlıyor burası bana.” (hasta-3)*

*“Allah razı olsun, yemeğimizi yiyoruz, muhabbet ediyoruz, el işleri var, doktor soruyor biz cevaphıyoruz falan. Güzel bir ortam. Sıcak bir ortam. Çayımız var yemeğimiz var.” (hasta-22)*

Herhangi bir etkinlik dışında TRSM’ye gidip gelmek bile hastaların sosyal işlevselliğini arttırmaktadır. Hastaların görüşlerine göre kendileri gibi hastalarla bir araya gelmek sosyalleşmelerini sağlamaktadır, çünkü birbirlerini anlayabilmektedirler. Hastalar daha çok TRSM’nin kendilerini sosyalleştirdiği ve arkadaş sayılarının arttığı üzerine vurgu yapmışlardır.

*“Dışardan insanların bizi anlaması daha zor burdaki insanlar bizi anlıyorlar. Çünkü ortak dert aynı olduğu için o seni alıyor sen onu anlıyorsun. Fazla arkadaşım yok sosyal hayatım da yok benim. Bu benim elimde olmayan birşey.” (hasta-15)*

*“Burada arkadaşımız çok buraya gelip rahatlıyoruz.” (hasta-8)*

*“Canım sıkıldığı için geliyorum. Hem burdaki arkadaşları görüyorum konuşuyom ne bileyim yani sıkıldım mı geliyom burda biraz rahatlıyom yani muhabbet oluyor az çok arkadaşları görüyom, yemek yiyom yemekle uğraşmıyom...” (hasta-10)*

*“Arkadaşlarım var, rahatlıyorum. Onlarla konuşmak iyi geliyor. Birde burda yaptığımız şeyler güzel hemşirelerin, öğretmenlerin yaptıkları var onlarda insanı meşgul ediyor.” (hasta-16)*

*“Faydası şimdi gelip gidiyoruz, nefes alıyoruz temiz hava alıyoruz burası bize iyi oluyor yani. Arkadaşlar var, evde insan sıkılıyor yani evde duramıyor.” (hasta-20)*

*“Arkadaş sayım arttı, daha aktif oldum.” (hasta-12)*

TRSM’ler hasta ve hastaya yakınlarının görüşlerine göre sosyal işlevselliklerini arttırmaktadır. Sosyal işlevselliği güçlendirici çalışmalar hemşireler, hekimler ve özel öğretmenler tarafından gerçekleştirilmektedir. Başka konularla ilgili destek sağlaması için hasta ve yakınları hastanede görevli sosyal çalışmacıya yönlendirilebilirken sosyal işlevselliği güçlendirici çalışmalar konusunda sosyal çalışmacıdan herhangi bir yardım talebi bulunmamaktadır. Dolayısıyla sosyal çalışmacıların bu hizmet kapsamında herhangi bir aktivitesi bulunmamaktadır.

#### *3.7.2.3.2.4.Damgalamayı Önleyici*

Hasta ve hasta yakınları ile yapılan görüşmeler neticesinde çoğunluğun toplumsal damgalamaya maruz kalmaktan korktuğu için hastalığını kimseye anlatmadığı ya da çevresi tarafından dışlandığını ifade ettiği gözlemlenmiştir. Toplum Ruh Sağlığı Uygulama Yönergesi (2011b)’nde damgalama karşıtı çalışmalar gerçekleştirmek sosyal çalışmacının sorumlulukları arasında ifade edilse de görüşme yapılan TRSM’de sosyal çalışmacı görev yapmamaktadır. Bu nokta da hasta ve hasta yakınlarının damgalamaya ilişkin görüşleri değerlendirilerek bu konunun ne kadar önemli olduğu ve bu alanda muhakkak çalışmaların yapılması gerektiği gözler önüne serilmeye çalışılacaktır.

*“Ailemden başka bilen yok, toplumda yani iyiyim yani toplumda kimse bilmiyor hastalığımı sadece annem, eski eşim, çocuklarım biliyor hastalığımı. Toplumda rahatım yani. İşte onada üzülüyom yani işte toplum bilirse, çevrem düşer mi yani ona kafayı takıyorum.” (hasta-3)*

*“Biz kimseye anlatmıyoruz. Kendi içimizde yaşıyoruz. Başka kişilerle pek konuşmayız.” (hasta-14)*

*“Sosyal çevremde kimsenin bilmesini istemiyorum. Bu hastalığımı kimseye akساتmak istemiyorum çünkü güzel bir şey değil yani. Ya zaten çok bütünsel bir kişiliğim yok. Tamam girdiğim sosyal ortamlarda belki arkadaşlarım oluyor. Çok değişik çevrelere girmişim yani üniversitede şöyle bir sayfa dolusu yazı yazdım girdiğim sosyal çevreler çok farklı, yani hastalığıma rağmen kendimi sevdirmişim yani bütünsel bir şeyler yapmışım yani güzel şeyler yapmışım. Ama bilinsin istemem” (hasta-17)*

*“Ben kimseyi tanımıyorum. Konuşmuyorum kimseyle, tanışmamaya çalışıyorum (hastalığın bilinmesini istemediği için).” (hasta-18)*

*“Valla yani biz kesin teşhisi komşular falan bilmiyorlar sanırım ben burda oturmadığım için tam bilmiyorum ama koruyoruz yani ablamızı. Çok fazla şey yapmıyoruz.” (hasta yakını-1)*

*“Çevremde çok kişi bilmiyor açıkçası, komşum biliyordu ama komşum karşıya taşındı ama onlar anlamıyorlar, doğru düzgün ne olduğunu bilmiyorlar, ailem zamanında diyordu takma kafana o beni iyice çığırından çıkarıyordu zaten hala da çıkarmaya devam ediyor.” (hasta-7)*

Çevresinde ki kişilerin rahatsızlık sebebiyle tutumlarında değişiklik olduğunu ifade eden hasta ve hasta yakınları bu durumdan rahatsızlık duyduklarını belirtmişlerdir. Bu durum katılımcıların çaresizlik hissetmesine sebep olmaktadır.

*“Valla ablam bizim komşuların biz bildiğini hissetmiyoruz. Biz ablam yeğenlerim biliyor. Ama şöyle diyeyim benim komşularımla falan hiçbir şeyim değişmedi ama benim ailem yeğenler D. ile şey yapmıyorlar geçinemediler hiç. Yeğenlerim 3 tane biri küçük 2 si bir oluyorlar böyle çok zoruma gidiyor iki kardeş bir arada kızım hep dışarda kalıyor zoruma gidiyor böyle ona çok üzüldüm, kendi kendime çok şey yaptım söyledim, belirttim ama D. de onlara yanaşmıyor. Dışlandığını hissediyor herhalde genç ya. Böyle bayramlarda falan toplanıyoz o gelmiyor onlar var diye gelmiyor. Bi mevlüt okutuyoz onlar var diye yine gelmiyor. Bilmiyom işte öyle oluyor.” (hasta yakını-3)*

*“Biliyorlar biliyorlar yardımcı oluyorlar bazen de hani böyle yemek memek veriyorlar falan da evlerine sokmuyorlar ya böyle bunu ya bende bağırıp çağırdım hepsine dedim ya ne var ya dedim ne var ya ne var dedim...” (hasta yakını-6)*

*“Değişiyor, yani değişti. Yani rahatsız olduğum için farklı davranıyorlar sanki gibi geliyor.” (hasta-19)*

*“İlk farkettiğim zaman, mesela yengem beni istemiyor gibi hissediyordum kendimi, benden utanıyorlarmış gibi hissediyordum...” (hasta-5)*

*“İnsanların tavırlarında farklılık oluyordu. Ailem bıraktırdı bana alkolü içme dedi bağımlıydım yani bıraktım. Çevremde yani pek eniştem olsun, teyzemin çocukları olsun, kardeşlerim pek umursamıyorlardı yani. Ben bıçaklandım ben alkol almıştım çok sarhoştum bıçaklandım yani pek ilgilenmiyorlardı benimle yani bırakır mı bırakmaz mı diyen yoktu yani, annem bıraktırdı beni.” (hasta-8)*

Sağlık profesyonelleri tarafından ya da yazılı ve görsel basında bilgilendirme yapılmaya çalışılsa da toplumun ruhsal hastalık konusunda cahil olduğunu ifade eden hasta yakını-9 erkek kardeşinin hastalığını kimseye anlatmadıklarını ifade etmiştir.

*“Hayır bilmiyorlar yani bilmedikleri halde bir takım şeylerin bir dedikodusu oldu biz bunun hani yaşanmasını T.'nin de bizim yaşamımızı da istemiyoruz yani güven duymuyoruz açık konuşuyorum. Çünkü güvenilirmiyor güvenilirmiyor. İnsanlar bunu malzeme ediyor konu ediyor. Yani her zaman her şey herkesin başına gelebilir herkes potansiyel bir engellidir potansiyel bir hastadır daha doğrusu adaydır yani hepimiz. Ama insanlar bunu bilmiyor yani şu anda yok ya biz de yok! Hasta değiller ya...Ne yazık ki sizler bu kadar uğraşmanıza rağmen bu kadar doktorlarımız televizyonlarda görsel ya da yazılı basında bilgilendirme yapmasına rağmen cahil toplum çok cahil, cahil toplum.” (hasta yakını-9)*

Ağır ruhsal bozukluğu olan bireylerin toplumsal damgalamaya uğramasının nedenlerinden biri hastaların “tehlikeli” ve “ne zaman ne yapacağı bilinmeyen kişiler” olarak algılanmasıdır. Hastaların önceden kestirilemeyen alışılmışın dışında davranışları, toplumda kaygı uyandırmakta ve hastaların dışlanmasına sebep olmaktadır. Oğlunun hiç kimse tarafından damgalamaya maruz kalmadığını belirten hasta yakını-5'e göre bunun sebebi hastasının saldırgan tutum ve davranışlar sergilememesidir.

*“Herkes biliyor ya bilmeyen yok Bütün akrabalarım biliyor yani bilmeyen yok... Oğlanın etrafına karşı herhangi bir saldırgan tutumu yok öyle bir geçimsizliği yok*

*herhangi bir şeyi yok onun için kimse herhangi bir oğlandan şikayet olsun veya herhangi bir huzursuzluk rahatsızlık söz konusu değil yani.” (hasta yakını-5)*

Hasta-12’de bu yönde görüş bildirmiş ve damgalanmadığını ifade etmiştir.

*“Yoo davranışları iyi yönde değişti, daha çok üstüme düşmeye başladılar. Benim kimseye zararım yok ki! Sadece ailem bilmiyor, birçok kişi biliyor rahatsızlığımı bundan da sıkıntı duymuyorum.” (hasta-12)*

Sağlık profesyonellerinin damgalamayı önlemek için çalışmalar yapması gerektiğini ifade eden hasta-14 sosyal çalışmacıların da bu yönde çalışma yapmasını istemektedir.

*“...bu yönde çalışmalar yapılmalı bilen kişiler tarafından yani şimdi biz çok problem yaşıyoruz toplum içine yani çıkmaya korkuyoruz utanıyoruz ya bilen birisi çıkarsa ya TRSM’ye girdiğimi gören olursa (durakladı) insanlar bize iyi gözle bakmıyor, kim varsa herkes hemşire, doktor, sosyal hizmet uzmanı herkes çalışmalı bu konuda...” (hasta-14)*

### 3.7.2.3.2.5.Eğitim

Hasta ve hasta yakınlarına TRSM’de ki eğitim faaliyetlerine ilişkin görüşlerini değerlendirmek amacıyla “TRSM’de size eğitimler veriliyor mu?”, “Hangi eğitimler veriliyor”, “Verilen eğitimleri faydalı buluyor musunuz?” ve “ Bu eğitimleri kimler veriyor? gibi sorular yöneltilmiştir. Hasta ve hasta yakınlarının tamamı eğitim hizmetlerinden memnun olduklarını ifade etmiştir. Hasta-3 TRSM’de verilen eğitimleri çok faydalı bulduğunu belirtmiştir. “Çok faydalı buluyorum, bilinçli hastayım ben artık bütün ataklarımı anlayabiliyorum. Bilinçli hasta oldum yani...Daha önce ilaçlarımı aksattım 6 ay aksattım 2 ay hastanede yattım şimdi düzenli kullanıyorum burdan sık sık söyleniyor.” Hasta-13’te TRSM’de verilen eğitimlerden sonra daha bilinçli olduğunu belirtmiştir. “Şimdi öğrendik hastaneden ama burda bize ilaç kullanmanın önemini verdiler, sonra yani daha bilinçli bakıyoruz, farkediyoruz önceden sıkıntılarımızı.” Hasta yakını-3’ün görüşü de bu yöndedir, kızının daha bilinçli olduğunu ifade etmiştir. “Kendisi fark ediyor. Artık bilinçli 2 gün falan ilacımı bıraksam anne diyor hemen kötüleşiyorum alıyorum diyor. Artık kendisi fark ediyor. Çok akıllıdır çok zeki.” Kendisi açısından eğitim faaliyetinin faydasını açıklayan hasta yakını-4 hastalık ve hastalık belirtileri hakkında daha çok şey öğrendiğini ifade etmiştir.

*“Toplum ruh sağlığında toplantılar oldu. Orda sürekli toplantıları takip ettim daha iyi öğrendim hani (hastalığı).. Ee illa ki hani bazı şeyleri sürekli hastalık diye algılamıyorum ben de illaki bazı yerlerde hastalık belirtileri özellikle ilkbahar ve sonbaharda belirtileri başlayacak yani ben takip etmeye başladım. Hareketlerinde bir değişiklik var mı diye küçük küçük var gibi. Bazen çok aşırı hareketli oluyor yani eve gelmiyor asi oluyor neden geç kaldın dediğimizde bize sana ne falan deyip bize asi cevaplar veriyor. Normalde öyle yapmayan biridir E.. Normalde daha dikkatlidir kelimelerine. Ama bir de şey oluyor böyle şüpheliği oluyor. Hani 2 kişi konuşurken sanki benim hakkımda konuşuyorlar gibi hissediyor. Bakışlarından anlıyorum onu da bakışlarından dolayı anlıyorum onu da. Ben E.’yi çok iyi tanıdığım için artık hissedebiliyorum. Bir şeyler olduğunda hissediyorum. Birde hani E.’nin biraz zor bir karakteri var zaten sadece hastalık değil birazda karakteri bu. Bir iğne yapılmıştı mesela iğne üzerine 2-3 gün böyle çok sersemliyor halsiz düşüyor hani o halini anlayabilirim çünkü neden olduğunu biliyorum.” (hasta yakını-4)*

Eğitimlerde genellikle ilacın öneminden, hastalık ve hastalık belirtilerinden bahsedildiği hasta ve hasta yakınları tarafından belirtilmiştir.

*“İlaçlarımızı bırakmamızı sık sık söylüyorlar ilaçlarınızı bırakmayın ilaçlarınızı bırakmayın. Toplantılar pazartesi cumaya kadar her çeşit toplantı var mesela Cuma günü serbest etkinlik, pazartesi günü cumartesi Pazar ne yaptın mesela her şeyi soruyorlar bir yere mi gittin, ne yaptın bizde cevaplıyoruz.” (hasta-8)*

*“Şimdi ben hastalığı biliyordum ama mesela belirtilerini tanımayı öğrettiler burda bir de ilaç önemini” (hasta-16)*

Hasta yakını-10 kardeşinin eğitim aldığını, bu eğitimleri hemşireler ve hekimlerden aldığını ifade etmiştir. *“Hemşireler sanırım daha çok hani doktordan da bilgi alıyorlar ama hemşireler şöyle anlattı hani böyle anlattı diye bahsediyorlardı.”* Katılımcıların görüşüne göre nadiren de olsa psikologlar da bu eğitimlere katılmaktadır.

*“Eğitimler veriliyor bize ama hemşire hanımlar veriyor arada da psikolog geliyor başka kimse değil. Sosyal hizmet uzmanı ne eğitimi verebilir ki maaş istemiyorum ben babamdan alıyorum.” (hasta-6)*

TRSM ilk açıldığından beri merkeze gelen hastanın yakını sosyal çalışmacının o zamanlar eğitim faaliyetlerine katıldığı konusunda görüş bildirmiştir.

*“Şimdi ilk gittiği zaman daha çok kişi vardı galiba sosyal hizmet uzmanı da vardı annesi oraya eğitimlere gitmişti çağırmışlardı yani bi kaç kere gidip geldi biz memnun olduk ilgileniyorlar diye. O zaman sosyal hizmet uzmanı da katılmıştır eğitimlere... Orda merkezde anlatmışlar hanıma hastanıza şöyle yaklaşın işte hastalık belirtilerini farkettiğinizde bize haber verin gibi. Orda işte hemşireler sosyal hizmet uzmanı, psikolog kim varsa yani hekim.” (hasta yakını-5)*

Hasta-16'da merkeze açıldığından beri devam eden bir hastadır ve sosyal çalışmacının eğitimlere katılımı ile ilgili görüşünü ifade etmiştir. *“Şimdi veren yok ama eskiden veriyorlardı (sosyal çalışmacılar). Olması iyi olurdu şimdi de yani kendi açımdan değil arkadaşlarım için diyom onların ihtiyaçları var hemşirelere bazı sorular sorduklarında onlarda ne bilsin hastaneye gidin diyor.”* Aynı soruya hasta-17'nin verdiği cevap ise *“Burada yok ilk zamanlar birisi varmış zannederim ama sonra gitmiş o da eğitimlere katılıyor ve insanlara hakları konusunda bilgilendirme yapıyormuştur.. sonra gitti.”* şeklinde olmuştur. Hasta ve hasta yakınlarının görüşleri değerlendirildiğinde genel olarak TRSM'de verilen eğitimlerin faydalı olduğu yönündedir. Ancak bu eğitimler yalnızca hekimler ve hemşireler tarafından verilmektedir. Psikoloğun nadiren katıldığı eğitimlere sosyal çalışmacılar hiç katılmamaktadır.

#### 3.7.2.3.2.6.Mesleki Rehabilitasyon

Ruh sağlığı alanı açısından meslekî rehabilitasyon özellikle ağır ruhsal bozukluğu olan bireylerin yetenekleri doğrultusunda yapabilecekleri bir işte eğitilmesi, meslek kazandırılması anlamlarına gelmektedir. Bu durum hastaların hem ekonomik ve sosyal refahının sağlanması hem de hastaların sosyal işlevselliğinin artırılması amacıyla gerçekleştirilmektedir. Bu konu da yapılan görüşmeler değerlendirildiğinde daha önceden bir işte çalıştığını ifade eden hastaların çoğunluğu hastalığı farkedilince çalışmayı bırakmak durumunda kaldığını belirtmiştir.

*“Fabrikada çalışıyordum, hastalığım farkedilince işi bıraktım.” (hasta-12)*

*“Ben 5-6 sene bi fabrikada çalıştım ama ustabaşı hep bana yardımcı oldu kolaylık sağladı. Ben daha sonra daha çok rahatsızlandım ondan dolayı çalışmadım bi daha yani. Bi gençliğimde az çalıştım.” (hasta-13)*

*“Benim mesleğim var fırıncıyım ama yapamıyorum. Gece kalkmak, sorun olduğu için. Fırında çalışıyordum geceleri kalkmak hiç iyi değilmiş bu hastalıkta tetikliyormuş. Ben haftada 1 gün 2 gün çalışıyorum, 1 günden 2 günden bir şey olmaz harçlığımı çıkartmak için. 2012 yılında maaşa bağladı devlet hastanesinde beni teke tek konuştum doktorla beni anladı, maaş bağladı, 3 aylık maaş veriyorlar bize. Yani ben para fazla parada da gözüüm yok açıkçası hasta olmasaydım eğer ben çalışırdım. Devletten de bir şey istemezdim ama yapamıyorum. Gelirim az olduğu için 1 milyar babamın eline geçiyor. Babamda emekli çalışmak zorunda kaldı” (hasta-15)*

Hasta ve hasta yakınlarının mesleki rehabilitasyon faaliyetlerinin gerçekleştirilmesi konusunda talepleri bulunmaktadır. Hastalarının ya da hastanın kendisinin bir işle meşgul olması rahatsızlığının hafiflemesi açısından önemli bir etken olarak görülmektedir.

*“Yok çalışmıyor. Çalıştığı zamanlar oldu D.’nin ama şu aralarda çalışmıyor. Çalışmak istiyorda... Valla daha önce fabrika da çalıştı. Çalışmak istiyorda kendine göre bir iş bulamıyor yani... Birde ablam mesela orada bir kantin açılrsa da bu çocuklar çok yalnız ya onu da daha önce ben televizyondan izledim hani orda çalışıyorlarmış falan ne bileyim. Çok güzel bir şey aslında. Orada benim kızım çalışsa öyle yerlerde çalışabilir.” (hasta yakını-3)*

*“Bu gibi hastalara rahatsızların bir işle yapabileceği bir işle diyeyim daha doğrusu yapabileceği bir iş olsa meşguliyet olsa parası için değilde yani onun rahatsızlığını hatırlamayacak takıntılı olduğu için bu o takıntıyı aklına tutmaması için takıntıda kalmaması için birşeyle meşgul olması gerekiyor bunların... Valla benim istediğim yani sırf benim oğlum için istemiyorum bunun gibi şey olanlar böyle takıntılı olanlara varsa bunlara oyalancek yani parasından dolayı değilde yani bunların hastalığını unutmak için bir meşguliyet yapmak isteriz yani şimdi bu memur imtihanına girdi ilk girdiğinde 70 küsur puan aldı sonra ikinci girişte 73 puan aldı o özürlü imtihanından e tercih yaptı tercih yaptığı yerlerde çıkmadı ataması şimdi bir daha atama acaba diyorum ben parasal yönden diyorum ben acaba bi işle meşgul olsa giderken gelirken takıntılarını atar mı kafasından” (hasta yakını-5)*

*“Yani benim tek üzüntüm işsizlik. İş bulsam çok rahatlayacağım yani. Çevremdeki kişilere işsiz olduğumu söyledim saolsun ilgileniyorlar araştırıyorlar... çalışsam hasta olmam yani ben buna inanıyorum, biliyorum yani benim tek şeyim işsizlik.” (hasta-3)*

Mesleki rehabilitasyon kapsamında TRSM’de özel öğretmenler tarafından iş uğraş terapileri gerçekleştirilmektedir ancak bu hasta ve yakınları tarafından yeterli görülmemektedir. Bu anlamda sosyal çalışmacıların da dahil olduğu bir ekip çalışması gerçekleştirilerek hastalara yönelik iş imkanlarının yaratılmasının gerekliliği gözlemlenmektedir.

### **3.7.3.Sosyal Çalışmacıların Hastane, TRSM ve Bu Alanlardaki Görevlerine İlişkin Görüşleri**

Araştırma yapılan üçüncü grup sosyal çalışmacılardır. Daha önceki başlıklarda hastane, TRSM ve sosyal çalışmacının görevlerine ilişkin görüşler değerlendirilirken sosyal çalışmacının etkileşim halinde hizmet verdiği psikiyatri ekibi ve hizmet alan hasta ve hasta yakınlarının düşünceleri irdelenmişti. Bu başlık altında da sosyal çalışmacının hastane,

TRSM ve bu alanlardaki görevlerine ilişkin görüşleri değerlendirilecektir. Görüşülen sosyal çalışmacılar Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde görev yapan üç kişiden oluşmaktadır. Bu üç kişinin haricinde TRSM'de ve Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi'nde görevli başka bir sosyal çalışmacı olmadığı için yalnızca üç kişi ile görüşme gerçekleştirilebilmiştir. Elde edilen araştırma bulguları üç bölüme ayrılmış ve “Koruyucu ruh sağlığı hizmetleri”, “Tedavi edici ruh sağlığı hizmetleri” ve Rehabilitasyon edici ruh sağlığı hizmetleri” temaları altında sosyal çalışmacıların hastane, TRSM ve bu alanlarda ki görevlerine ilişkin görüşleri analiz edilmeye çalışılmıştır.

### **3.7.3.1.Koruyucu Ruh Sağlığı Hizmetleri**

Koruyucu ruh sağlığı hizmetleri ile ilgili sosyal çalışmacıların görüşlerini değerlendirmek açısından sorulan “Türkiye’de ki koruyucu ruh sağlığı hizmetleri hakkında ne düşünüyorsunuz” sorusuna yönelik yalnızca bir sosyal çalışmacı görüş bildirmiştir. Sosyal çalışmacı-2’ye göre Türkiye’de koruyucu ruh sağlığı hizmeti bulunmamaktadır. “*koruyucu ruh sağlığı hizmeti yok ki! Ben zaten hastanede görev yapıyorum bizim böyle bir sorumluluğumuz yok ancak bizim dışımızda da yapılan bir uygulamanın olduğunu düşünmüyorum.*” Tedavi edici ruh sağlığı kurumu olan hastanelerde ikincil korumaya yönelik uygulamalar gerçekleştirilebilmektedir. İkincil koruma hastalığın erken tespit edilmesi ve süregelenleşmeden tedavi edilmesine yönelik hizmetlerdir. Bu anlamda hastanın ve hasta yakınının tedaviye uyumunun kolaylaştırılması, takiplerinin düzenli sağlanması gibi hizmetlerle hasta ve hasta yakınları desteklenmelidir. Ancak sosyal çalışmacının görüşünden de anlaşıldığı üzere koruyucu ruh sağlığı hizmetleri denilince yalnızca birincil koruma olarak adlandırılan hastalığın oluşmadan önlenmesini içeren hizmetler akla gelmektedir. Psikiyatrik tedavi kurumlarında da koruyucu çalışmalar gerçekleştirilebilmektedir.

### **3.7.3.2.Tedavi Edici Ruh Sağlığı Hizmetleri**

Tedavi edici ruh sağlığı hizmetleri teması sosyal çalışmacılarla yapılan derinlemesine görüşmelerin ayrıntılı analizi ve alanyazın taraması sonucunda kategorilere ayrılmıştır. Medikal model, ekip çalışması ve sosyal çalışmacıların görevlerine ilişkin görüşler bu başlık altında değerlendirilecektir.

#### **3.7.3.2.1.Medikal Model**

Tıbbi tedavi kurumu olan hastanelerde gerçekleştirilen uygulamaların medikal odaklı olup olmadığı ile ilgili görüşleri değerlendirildiğinde sosyal çalışmacıların hepsinin genel olarak hastane uygulamalarının medikal model ağırlıklı olduğuna dair cevaplar verdiği gözlemlenmektedir.

“Daha çok medikal model odaklı ilerliyor. Sosyal model ise olması gerektiği kadar oluyor (gülüyor).” (sosyal çalışmacı-1)

“Bu hastanede medikal model odaklı çalışıldığını düşünüyorum.” (sosyal çalışmacı-2)

Sosyal çalışmacı-3 medikal model odaklı çalışmanın gerçekleştirilmesini hekimlere bağlamış ve daha genç yaşta olan hekimlerin sosyal alana daha çok önem verdiğini dile getirmiştir. “*Bu hastanede daha çok farmakolojik odaklı bir hizmet var. Tabi doktordan*

*doktorada değişir bu durum. Daha genç doktorların örneğin daha yıllanmış hekimlere göre daha çok rehabilitasyona ve sosyal çevreye önem verdiğini düşünüyorum.”*

### *3.7.3.2.2.Ekip Çalışması*

Sosyal çalışmacıların psikiyatrik tedavi kurumunda ki ekip çalışmasına ilişkin görüşleri ele alındığında kendi aralarında uyumlu bir ekip olduklarını ifade ettikleri ancak diğer sağlık profesyonelleri ile iletişim problemleri yaşadıklarını belirttikleri gözlemlenmektedir. Katılımcılar ekip çalışması denildiğinde genellikle diğer sosyal çalışmacılarla gerçekleştirilen çalışmadan bahsetmektedir. Bunun yanında sosyal hizmet birimi denilen ayrı bir binanın içinde psikologlarla birlikte aynı ortamı paylaştıkları için psikologları da ekip üyeleri içinde görmektedirler ve görüşlerini bu yönde ifade etmektedirler.

“Ekip arkadaşlarımla uyum içinde çalışıyoruz. 3 kişiyiz. Zaten herkes servis paylaşımı yapıyor. Ekip arkadaşlarım sosyal hizmet uzmanı arkadaşlarım. Birde bunun yanında birimimiz içinde de gayet uyumluyuz. Yani psikolog arkadaşlarla ve sosyal hizmet uzmanı arkadaşlarımla dayanışma içindeyiz.” (sosyal çalışmacı-1)

“Ekip arkadaşlarım benim rol ve görevlerimi biliyorlar (psikolog ve sosyal çalışmacılar). Bizim hastane için evet uyumluyuz.” (sosyal çalışmacı-3)

Psikiyatri tedavi kurumunda tükenmişliğin çok fazla olduğunu ileri süren katılımcılar bunun ekip uyumunu engellediğini ve iletişim problemlerine neden olduğunu belirtmiştir.

“Gördüğüm kadarıyla tükenmişlik çok fazla. Ekip çalışması çok verimli değil, bazı servislerde çok sorun yaşıyoruz, bazı servislerde iletişim en minimal düzeyde sıfır diyebiliriz... Çalışmayı engelleyen iletişim olursa çok verimli çalışmıyorsunuz. Doktor hemşire sizinle iletişim kurmuyor ise sizde olumlu işler yapamıyorsunuz. Kolay olmuyor zorluklar var. Serviste keşke herkesin kendi servisi olsa sosyal hizmet uzmanı sayısı çok olsa çok iyi olacak ta. Benim sorumlu olduğum 5 servis falan var 120 den fazla hastam var. 150-180 civarı sanırım.” (sosyal çalışmacı-2)

“Nitelik olarak servislerde personelin tükenmişlik durumu var. Herkesin 2-3 servisi var servisteki arkadaşlarda sıkıntı var. Örneğin hasta sürekli başında ve ben ne zaman taburcu olacağım diye sorup duruyor. Bu durumda personel açısından tükenmişliğe sebep oluyor ve bu durumda personelin iletişimini etkiliyor, hastayla olan iletişimini ona olan bakışını etkiliyor... Ekip çalışması bu hastanede çok iyi değil. Bakırköyde çok iyiymiş. Bu hastanede de çocuk servisinde ekip çalışması var. Diğer servislerde çok fazla ekip çalışması yok.” (sosyal çalışmacı-3)

“Tükenmişlik oluyor zaman içerisinde. Bence psikiyatri hastanesinde rotasyon olması gerekiyor. Sayımızdan dolayı da tükenmişlik yaşıyoruz. Bakırköy de 12 sosyal hizmet uzmanı var ve işlerini tıkr tıkr yapıyorlar örneğin.” (sosyal çalışmacı-1)

Sosyal çalışmacılar psikiyatri tedavi kurumunda bütün ekip üyelerinin tükenmişlik yaşadıklarından bahsettiği gibi sayılarının az olmasından dolayı kendilerinin yaşadığı tükenmişliğin de çok fazla olduğunu dile getirmiştir. Her birinin sorumlu olduğu 4-5 servis bulunmaktadır. Bu da sosyal çalışmacıların hastalarla yeterince ilgilememesine sebep olmaktadır.

### 3.7.3.2.3. Tedavi Edici Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Çalışmacıların Görevlerine İlişkin Görüşleri

Bu tema altında tedavi edici ruh sağlığı kurumu olarak değerlendirilen hastanelerde görev yapan sosyal çalışmacıların kendi görevlerine görüşleri değerlendirilecektir. Bu görevler, sosyal çalışmacılarla yapılan görüşmeler ve ayrıntılı alanyazın taraması neticesinde altı alt başlığa ayrılmıştır. Bunlar, sosyal inceleme, birey ve ailesi ile çalışma, birey ve gruplara yönelik savunuculuk, ruh sağlığı bakımında sosyal modeli teşvik edici, psikoeğitim ve danışmanlık ve taburculuk planlaması olmak üzere altı alt başlığa ayrılmıştır. Görüşmeler esnasında her bir sosyal çalışmacının bütün görevlerini gerçekleştirmekte yaşadıkları en büyük engelin sayılarının yetersiz olması olduğunu ifade ettiği görülmüştür. Sosyal çalışmacı-1 rollerinin tamamını gerçekleştiremediklerini belirttiği konuşmasında *“Maalesef sayı yetersizliğimizden dolayı hastanın yatışından taburculuğuna kadar birçok görevimiz olduğu halde çoğunluğunu yapamıyoruz. 600 civarı hasta var ve biz sadece 3 kişiyiz.”* dediği görülmektedir. Sosyal çalışmacı-3’te yetersiz personelden kaynaklı yaşadığı sıkıntıları dile getirmiştir.

“Sayımız çok az burada. Sosyal hizmet uzmanı direk klinikte çalışmalı. Belli bir alana hakim olamıyoruz biz. Sosyal hizmetin birçok alanı var ve hangisinde uzman olduğumuz belli değil. Aile ve sosyal politikalar il müdürlüklerinde bir alanda tecrübe kazanmak, uzmanlaşmak yok. Bir arkadaşın bir serviste görev alması çok önemli. Biz patlama (alevlenme, atak) olmadan müdahale edebilsek hasta o duruma gelmez. Kişi başına 200 civarı kişi düşüyor. Bir de ayakta gelenler var hangi birine yardımcı olabiliriz.”

Yetersiz sayıda olmalarının yanında sosyal çalışmacıların görevlerini gerçekleştirirken yaşadıkları bir diğer problem ise sosyal çalışmacı-2 tarafından dile getirilen görev tanımlarının net olmamasıdır. *“Türkiye’de yönergemiz var evet ama görev tanımlarımız net değil genel olarak açık uçlu, net görev tanımları olmalı...Kanunlar açık uçlu olmamalı net olmalı bence. Görev tanımları net olmalı. En büyük sıkıntı mevzuat.”* Katılımcıların görüşleri genel olarak değerlendirildiğinde alt başlıklarda da değerlendirilecek olan sosyal çalışmacıların görevlerini tam olarak gerçekleştirememelerinin nedeni “yetersiz sayıda ki sosyal çalışmacı” ve “kanuni açıklar” olarak değerlendirilmiştir.

#### 3.7.3.2.3.1.Sosyal İnceleme

Bu başlık altında sosyal çalışmacıların sosyal inceleme yapmak ve bu doğrultu da rapor hazırlamak rolü değerlendirilirken yaptıkları tespitler ele alınacaktır. Sosyal çalışmacılar yalnızca hekimlerin talebiyle sosyal inceleme raporu hazırladıklarını belirtmişlerdir. Bunun yanında sosyal incelemeleri yaparken ve raporu hazırlarken aileyle görüşmeleri telefon vasıtasıyla gerçekleştirmektedirler.

“Eğer hekim talep ederse biz sürece müdahil oluyoruz. Yatışı sırasında tedavi sürecinde biz yardımcı olmaya çalışıyoruz. Sosyal inceleme raporu hazırlıyoruz. Çevre analizi istenebiliyor bizden. Çevre analizini telefonla sağlıyoruz. Öğle arası bile dışarı çıkamıyoruz, dolayısıyla bizim hastaneden çıkışımız mümkün değil, zaten talep edilmiyor... Daha çok sosyal hizmet uzmanımız olsa bizim hastanemiz açısından. 9 tane olsa herkesin bir servisi olsa durum değerlendirmesi raporu hazırlarsın doktorlara da faydası olur.” (sosyal çalışmacı-2)

“Ev incelemesi yapmıyoruz. Hastane dışına çıkmıyoruz. Hastanenin böyle bir imkanı yok.” (sosyal çalışmacı-1)

Yalnızca bir klinikten sorumlu olsaydı eğer her hastaya sosyal inceleme raporu hazırlayabileceğini ve ekibe de bunları aktarabileceğini ifade eden sosyal çalışmacı-3 böylelikle çok daha etkin ve aktif olacağını dile getirmiştir.

“Sayımızın yetersizliği bunlardan en önemlileri ben sadece bir klinikle ilgileniyor olsaydım eğer çok daha gerektiği gibi hizmet sağlayabilirdim...Hastanın hastalığının oluşumu ve gelişimi ile ilgili sosyal çevresi ile görüşerek sosyal inceleme raporu hazırlamak. Bunu telefonla yaptığımız görüşmelerle hazırlıyoruz. Direk ortamına gidemiyoruz. Çünkü kaynağımız yok...Hastanın sosyal, ekonomik ve çevre şartları ile ilgili ekibi bilgilendirmek. Yine telefonla elde ettiğimiz bilgileri aktarmak şeklinde oluyor daha çok. Her hastaya rapor hazırlamıyoruz malesef” (sosyal çalışmacı-3)

#### *3.7.3.2.3.2.Birey ve Ailesi İle Çalışma*

Sosyal çalışmacıların birey ve ailesiyle çalışma görevleri kapsamında düşüncelerini değerlendirmek amacıyla “Birey ve ailesiyle çalışma gerçekleştiriyor musunuz? ve “Bu kapsamda ne gibi görevler gerçekleştiriyorsunuz?” soruları sorulmuştur. Alınan cevaplar neticesinde birey ve ailesiyle çalışma görevinin kapsamlı bir şekilde yapılmadığı gözlemlenmektedir. Sosyal çalışmacı-2 ailelerin ruhsal bozukluk nedeniyle yaşadığı olumsuz durumları ifade etmiştir ancak bunun için gerçekleştirilen kapsamlı bir çalışmadan bahsetmemiştir. Yalnızca nakdi yardımlar ile ilgili bilgilendirme yaptıklarından bahsetmiştir.

“Aileler taburculuk için bile gelmiyor. Genellikle hastaları atıp kaçma yolundalar... Ruh sağlığı bozuk bireylerin aileleri ile irtibata geçiyoruz, onlarda da tükenmişlik var, bıktık diyorlar, aileler için çok zor. Bireyin ailesi ile görüşme, hasta ile görüşemediğimiz durumlarda ailelerle görüşüyoruz. Nakdi yardımlar için yönlendirme yapıyoruz.” (sosyal çalışmacı-2)

Hastanenin sosyal çalışmacılardan talep ettiği görevlerle mesleki açıdan gerçekleştirmesi gereken görevler arasında oldukça büyük fark olduğunu dile getiren Sosyal çalışmacı-3 ise, bireyle ve ailesiyle görüşme kapsamında bireysel görüşmeler yaptıklarını ve hastanın ihtiyaçlarının karşılanması açısından aileleri harekete geçirdiklerini anlatmıştır.

“Bizden yeterince yararlanıyorlar evet çünkü çok sayıda hastayla ilgileniyoruz ama yapılması gereken görevlerin hepsinin tam anlamıyla yerine getirilip getirilemediği tartışılabilir. Çünkü hastanenin bizden talep ettiği görevler mesleğimizin bizden istediğinden çok çok daha azını kapsıyor. Hasta ile bireysel görüşmeler yapabiliyoruz... Hastanın yatışı süresince kurumdaki ihtiyaçlarının karşılanması yönünde aileyi harekete geçirmek de bu görevin kapsamında” (sosyal çalışmacı-3)

Görüşmeler değerlendirildiğinde sosyal çalışmacıların birey ve ailesiyle çalışma kapsamında gerçekleştirmesi gereken görevlerin çok azını gerçekleştirdiği görülmüştür.

#### *3.7.3.2.3.3.Birey ve Gruplara Yönelik Savunuculuk*

Katılımcıların birey ve gruplara yönelik savunuculuk görevini gerçekleştirip gerçekleştiremediklerini öğrenmek amacıyla sorulan sorulara verdiği cevaplar ele alındığında bu görevin yapıldığı gözlemlenmektedir. Sosyal çalışmacı-3 bu görev kapsamında ayrıntılı olarak neler yaptıklarından bahsetmiştir.

“Hastanın taburculuk sonrası kalacak yeri yoksa, bayansa, istismara açıksa korunma evine ya da sosyal yardıma ihtiyacı varsa sosyal yardımlaşmaya yönlendiriyoruz. Bilgilendiriyoruz. Yoksulluk varsa, bireyin aslında neye ihtiyacı varsa ona göre hizmet veriyoruz... Kimsesiz hastalar için toplumsal kaynakları harekete geçirmek gerçekleştirdiğimiz görevlerden.” (sosyal çalışmacı-3)

Sosyal çalışmacı-2 ise bu görevin gerçekleştirildiğini belirtmiştir fakat hekimin talebiyle hastalara müdahale etmeleri bütün hastalara yönelik savunuculuk faaliyetlerinin gerçekleştirilmediği anlamına gelmektedir.

“Hastaları savunuyoruz, ailelerle irtibata geçip bireyi korumak adına bakım merkezlerine yönlendiriyoruz. Hekimin konsültasyon talebi ile hastayı görüyoruz tabi.” (sosyal çalışmacı-2)

Sosyal çalışmacı-1’e göre ise psikiyatrik tedavi kurumunda diğer sosyal çalışmacılarla birlikte savunuculuk görevini gerçekleştirmektedirler ancak yasal açıdan bazı boşlukların varlığı hastaların tam anlamıyla savunulmasında engel teşkil etmektedir.

“Biz bu alanda sosyal konularda boşluklarla karşılaşyoruz, işlerde zorluklar çekiyoruz. Örneğin kısıtlanan hastalara vasiler atanıyor. Vasileri arıyorum bazen para gerekiyor ama vasiler ilgisiz davranıyor. Böyle bir durumda vasi hakkında yasal bir yaptırım olmalı, aileleri ve vasileri bağlayıcı yasalara ihtiyaç var.” (sosyal çalışmacı-1)

Sosyal çalışmacıların görüşleri değerlendirildiğinde savunuculuk faaliyetlerinin gerçekleştirildiğini ifade ettikleri gözlemlenmektedir. Ancak hekimlerin talep ettiği hastalara yönelik hizmet sunumu bütün hastalara ulaşamadığı anlamına gelmektedir. Hastaların birçoğu sosyal haklarından haberdar değildir. Bu noktada yatan bütün hastalara ulaşmak bu rolün tam anlamıyla gerçekleştirilmesi için önemli bir noktadır.

#### *3.7.3.2.3.4.Ruh Sağlığı Bakımında Sosyal Modeli Teşvik Edici*

Sosyal çalışmacıların psikiyatri tedavi kurumunda sosyal modelin teşviki ile ilgili görüşlerini değerlendirmek amacıyla sorulan “Görev yaptığınız psikiyatri tedavi kurumunda gerçekleştirilen uygulamalarda sosyal modeli teşvik ettiğinizi düşünüyor musunuz?” sorusuna verdiği cevaplar değerlendirildiğinde öncelikle bütün sosyal çalışmacılar daha önce de medikal model başlığı altında belirtildiği gibi hastanedeki uygulamaların medikal model ağırlıklı olduğunu düşünmektedir. Bunun yanında sosyal çalışmacı-2 sosyal modeli teşvik edemediklerini düşünmektedir. Sebebinin ise sayılarının yetersiz olması olarak görmektedir.

“Bu hastanede medikal model odaklı çalışıldığını düşünüyorum. Hastaların sorunlarının teşhisi hakkında da şunu söyleyebilirim daha biyolojik sorun tespiti var medikal odaklı olması da bu yüzden zaten. Bizim sayımızın yetersizliği ve hastaları birebir göremememiz sosyal açıdan sorunları tespit edip ona yönelik müdahale oluşturmamızı engelliyor... Sosyal modeli teşvik edemiyoruz sanırım çok fazla medikal yaklaşım hakim.” (sosyal çalışmacı-2)

Sosyal çalışmacıların çok fazla hastayla sorumlu olmaları bütün hastaları görmelerinde ve sosyal sorunlarını teşhis etmelerinde engel olarak görülmektedir. Bu sebeple sosyal çalışmacılar hastaların sosyal yönlerine yeterince odaklanamamakta ve psikiyatri ekibini bu doğrultuda yönlendirememektedir.

### 3.7.3.2.3.5. Psiko eğitim ve Danışmanlık

Sosyal çalışmacıların psiko eğitim ve danışmanlık rollerini değerlendirmek amacıyla “Hastalara yönelik psiko eğitim ve danışmanlık yapabiliyor musunuz?” sorusu sorulmuştur. Alınan cevaplar değerlendirildiğinde sosyal çalışmacıların yalnızca danışmanlık rollerini yerine getirebildikleri gözlemlenmiştir. Hastalara sosyal hakları konusunda danışmanlık ve yönlendirme yapmak ve psikiyatri ekibini bilgilendirmek bu görevler arasındadır.

“Nakdi yardım için hangi kurumlara ihtiyacı var hangi yardımlara ihtiyacı var danışmanlık yapıyoruz.” (sosyal çalışmacı-2)

“Hastanın hastanede yattığı süreçte çıkan ya da çıkabilecek hukuki, sosyal, ekonomik ve psikolojik sorunlar konusunda toplumsal kaynakları harekete geçirmek ve tedavi ekibini bilgilendirme.” (sosyal çalışmacı-3)

Psikiyatrik tedavi kurumunda görev yapan sosyal çalışmacıların görüşlerine göre hastalara psiko eğitim gerçekleştirilememektedir. Danışmanlık ise kapsamlı olarak ve bütün hastalara yönelik verilmemekte hekimlerin yönlendirdiği hastalara ve yakınlarına kısmen uygulamaktadır.

### 3.7.3.2.3.6. Taburculuk Planlaması

Sosyal çalışmacıların taburculuk planlaması görevi ile ilgili görüşleri değerlendirildiğinde, sosyal çalışmacı-2 taburculuk planlaması görevinin olmadığını dile getirmiştir. Onun görüşüne göre bu görev tamamen hekimlerin görevidir. “*Taburculuk planlamasını biz yapmıyoruz. Tamamen psikiyatrist hekimin yaptığı bir şey*” sosyal çalışmacı-1 ise hastaların taburculuğu aşamasında hekimlerin talebi doğrultusunda kısmen yaptığı görevlerin olduğundan bahsetmiştir. “*...hekimler bize konsültasyon göndererek hasta kimsesizse, bakıma muhtaç ise yakınlarına ulaşmak ya da kuruma yerleştirmek için bize ulaşıyorlar.*” Hastanın taburculuğu aşamasında kapsamlı bir çalışmanın yapılmadığı verilen cevaplar neticesinde anlaşılmaktadır. Sosyal çalışmacı-3 bunu ayrıntılı olarak dile getirmiştir.

“Hastanın taburculuğa hazırlığı aşamasında ise hastanın taburculuğa hazırlanması ya da ailesini hazırlamak, sosyal ortamını düzenlemek gibi görevleri gerçekleştiriyoruz. Genellikle taburculuğa hazırlık aşamasında yaptığımız kimsesiz hastaların gidebileceği aile, akraba ya da kurum ve kuruluşlarla görüşmek, toplumsal destek sistemlerini harekete geçirmek... Hastanın taburculuk işlemlerini yapacak yakınlarına yapılacaklarla ilgili yönlendirme yapmak, hastanın ekonomik durumunun değerlendirilmesi, ailenin taburculuk sonrası ile ilgili bilgilendirilmesi.

Bunları taburcu olan her hasta için tabi ki yapamıyoruz. Çok fazla hasta oluşu bunun sebebi evet böyle bir rolümüz var ancak yapmak mümkün değil. Sadece hekim tarafından konsültasyon istemi durumunda bunları bazı hastalar için yapıyoruz. O da genellikle taburculuğunda problem çıkan hastalar oluyor.” (sosyal çalışmacı-3)

Sosyal çalışmacı-3’ünde dile getirdiği gibi taburculuk esnasında her hasta görülmemekte ve uygun bir çalışma planı hazırlanıp gerçekleştirilmemektedir. Yalnızca taburculuğunda problem çıkan hastalara hekimlerin talebi doğrultusunda kısıtlı hizmetler sağlanmaktadır. Bu hizmetler genellikle hastaların yakınlarına ulaşmak, kimsesiz hastaların kurumlara yönlendirilmesi, hastanın ekonomik durumunun değerlendirilmesi ve ailenin bilgilendirilmesini kapsamaktadır.

### **3.7.3.3.Rehabilitate Edici Ruh Sağlığı Hizmetleri**

Rehabilitate edici ruh sağlığı hizmetleri başlığı altında TRSM’de görev yapan sosyal çalışmacıların görevlerine ilişkin görüşlerini değerlendirmek amaçlanmıştır. Fakat TRSM’de görevli bir sosyal çalışmacı bulunmamaktadır. Bu sebeple sosyal çalışmacıların bu alanda ki rollerine ilişkin görüşleri ile ilgili bir değerlendirme yapılamamıştır. Psikiyatri tedavi kurumu olan hastane de görev yapan sosyal çalışmacılarla yapılan görüşmelerde sosyal çalışmacı-1 haftanın belirli günlerinde TRSM’de görevlendirilme ihtimalinin gündemde olduğunu belirtmiştir. Bu durumdan endişelenen sosyal çalışmacı, zaten çok fazla iş yükünün olduğundan bahsetmekte ve TRSM’nin ayrı ve yalnızca birimde görevli olan bir sosyal çalışmacısının olması gerektiğini düşünmektedir.

“250 civarı hastadan sorumluyum. Toplum ruh sağlığı merkezinde görevlendirilme durumunda söz konusu, sanırım haftanın birkaç günü de oraya gideceğim... Orada daha çok ekip çalışması var sanırım herkes birbiriyle iletişim halinde ve hastaların hepsi ile görüşme yapılabilir. Ama buradaki iş yüküm belli bir de orasının olması nasıl olacak bilemiyorum. Yani TRSM’ler hastaların taburcu olduktan sonra takipleri açısından önemli kurumlardır. Ama orada direkt birimin sosyal hizmet uzmanı olmalı.” (sosyal çalışmacı-1)

Sosyal çalışmacı-3 ise TRSM’lerin bazı aksaklıkları olsa da ağır ruhsal bozukluğu olan bireylerin yatışlarının azaltılmasında önemli birimler olarak gördüğünü dile getirmiştir.

“%80’i kronik hastaların tekrar yatıyor hastaneye. Aynı sosyal ortama gitmek örneğin madde bağımlıları için yüksek oranda yeniden yatış nedenlerinin arasında yer alıyor bence. Diğer ruh hastalıklarında ise hastalar hastalığını kabullenemiyorlar bu sebeple ilaçlarını kullanmıyorlar. Aynı şekilde hastaneye dönüş oluyor. Ailelerde hastanın yemeğine, suyunu, çayına koyuyor ilaçlarını, ailede bir mücadele içerisinde tükenmişlik yaşıyorlar neticede. Aileler bu durumda hastanın biraz daha hastanede kalmasını istiyor. Toplum ruh sağlığı merkezlerine geldiğimizde ise öncelikle hastanın hasta olduğunu kabullenmesi gerekiyor. Devamlılığı açısından sıkıntılar var bence, şehir merkezleri dışında çok az mesela. Esasında çok güzel bir uygulama doktorun orda hastaları gözlemlemesinin çok iyi etkisi olur tabi ki olur. Hastayı sürekli gözlemleyebildiğiniz bir ortam olur. Böylelikle yatışlar azalabilir, önemli birimler.” (sosyal çalışmacı-3)

## TARTIŞMA, SONUÇLAR VE ÖNERİLER

### TARTIŞMA

Tedavi edici ve rehabilite edici ruh sağlığı kurumlarında gerçekleştirilen hizmetler açısından Türkiye’de psikiyatrik sosyal hizmet uygulamaları ve psikiyatri alanında hizmet veren sosyal çalışmacıların görevlerinin incelendiği bu çalışma, sosyal çalışmacıların psikiyatri ekibi içinde ne derece etkin olduğuna odaklanmıştır. Koruyucu (önleyici), tedavi edici ve rehabilite edici ruh sağlığı ortamlarında uygulanan psikiyatrik sosyal hizmet uygulamaların etkinliğinin tespit edilmesi ve psikiyatri alanında hizmet veren sosyal çalışmacıların görevlerinin saptanarak bu görevlerin uygulanıp uygulanmadığının belirlenmesi araştırmanın problemi oluşturmaktadır. Bu alanda yapılan tek taraflı değerlendirmelerin aksine bu çalışma, psikiyatri alanında verilen hizmetleri ve sosyal çalışmacıların görevlerini, sosyal çalışmacıların etkileşime girdiği hem hizmet alan hasta ve hasta yakınları açısından hem de hizmet veren psikiyatri ekibi üyeleri açısından konuya yaklaşmıştır.

Dünya’da görülme sıklığı oldukça fazla olan ve yeti yitimine neden olan hastalıklar arasında en fazla yer alan ruhsal hastalıklar sosyal, ekonomik, hukuki, psikolojik ve tıbbi boyutlarda birçok sorunu da beraberinde getirmektedir. Bu sorunların üstesinden gelinmesi ve bireylerin yaşam kalitelerinin artırılması için biyolojik, psikolojik ve sosyal yönleriyle bütüncül olarak değerlendirilmesi ve tam bir iyilik halinin sağlanması gerekmektedir. Tıbbi profesyoneller (psikiyatrist, hemşire vb.) hastanın psikopatolojisi ve bilişsel bozukluklarına kısacası tıbbi boyutlarına odaklanırken hastaların sosyal boyutlarına psikiyatri alanında görev yapan sosyal çalışmacılar odaklanmaktadır ve bu yönleri ile psikiyatri ekibinin önemli bir parçasıdır. Ancak Türkiye’de psikiyatri alanında uygulamada daha çok tıbbi boyuta ağırlığın verildiği sosyal boyutun gözardı edildiği gözlemlenmektedir. Bu bağlamda sağlığın tanımından da yola çıkarak bireylerin bütüncül iyilik halini sağlamak için biyolojik boyuta verilen önem kadar sosyal boyuta da gereken önemin verilmesi gerektiği anlaşılmaktadır. Bu amaçla bu çalışmada psikiyatri alanında sosyal boyuta odaklanan sosyal çalışmacıların önemine değinme ve psikiyatri alanında ki görevlerini tam olarak yerine getirip getiremediği konusunda tartışma imkanı elde edilmiştir.

Koruyucu ruh sağlığı alanında sosyal çalışmacıların psikiyatri tedavi kurumunda ve TRSM’de uygulanan önleme çalışmalarında bulunup bulunmadığı, tedavi edici ve rehabilite edici ruh sağlığı kurumlarında psikiyatri ekibinin içinde aktif rol alıp almadığı ve alanyazın çalışması ve derinlemesine görüşmelerin ayrıntılı analizi neticesinde bu alanlarda belirlenen görevleri yerine getirip getiremediği ayrıntılı olarak irdelenme imkanı elde edilmiştir.

Tedavi edici ruh sağlığı alanında Türkiye’de sosyal çalışmacıların psikoeğitim ve danışmanlık hizmetlerini yerine getirip getiremediği; taburculuk planlaması hizmetlerini gerçekleştirip gerçekleştirilemedikleri; bireyle ve ailesi ile çalışmaların yapılıp yapılamadığı; birey ve gruplara yönelik savunuculuk hizmetlerinin tam anlamıyla uygulanıp uygulanmadığı; yatan bütün hastalara sosyal inceleme raporunun hazırlanıp hazırlanamadığı; vaka yöneticiliğinin sosyal çalışmacıların görevi olup olmadığı ve sayılan

bütün görevlerin sosyal çalışmacıların tedavi edici ruh sağlığı alanında ki görevleri arasında yer alıp almadığı alan yazında tartışılan konular arasında yer almaktadır.

Rehabilite edici ruh sağlığı alanında ise Türkiye’de sosyal çalışmacıların birey ve gruplara yönelik savunuculuk yapıp yapamadığı; bireyle ve ailesi ile çalışmaların gerçekleştirip gerçekleştirilemediği; sosyal işlevselliği güçlendirici çalışmaların uygulanıp uygulanamadığı; damgalamayı önleyici çalışmaların yerine getirilip getirilemediği; eğitim hizmetlerinin sağlanıp sağlanamadığı ve sayılan bütün görevlerin sosyal çalışmacıların rehabilite edici ruh sağlığı alanında ki görevleri arasında yer alıp almadığı alan yazında tartışılan konular arasında yer almaktadır.

Alan yazında tartışılan ve derinlemesine görüşmeler neticesinde de elde edilen her bir görev psikiyatri alanında sosyal boyutun öne çıkması ve sosyal çalışmacılara gereken değerin verilmesi açısından önem taşımaktadır.



## SONUÇLAR

Bu çalışmada tedavi edici ve rehabilite edici ruh sağlığı kurumlarında gerçekleştirilen hizmetler açısından Türkiye’de psikiyatrik sosyal hizmet uygulamaları ve psikiyatri alanında hizmet veren sosyal çalışmacıların görevleri incelenmiştir. Hastane ve TRSM’de sunulan hizmetlerin değerlendirilmesi ve sosyal çalışmacıların görevleri, koruyucu ruh sağlığı hizmetleri alanında; tedavi edici ruh sağlığı hizmetleri alanında ve rehabilite edici ruh sağlığı hizmetleri alanında olmak üzere elde edilen sonuçlar üç başlık altında ele alınmıştır.

### Koruyucu Ruh Sağlığı Hizmetleri

Psikiyatri ekibi üyeleri, sosyal çalışmacılar ve hasta ve hasta yakınları genel olarak Türkiye’de ruh sağlığı alanında koruyucu hizmetlerin olmadığı konusunda hemfikirler. Hizmet verenler koruyucu hizmetlerin gerçekleştirilememe nedenlerini psikiyatrik hastalıkların geç farkedilmesi ve bireylerin ve ailelerinin bir sorun olduğunu farketse bile psikiyatri hastalığı tanısını almak istemediği için profesyonellere geç başvurması olarak göstermişlerdir. Hizmet veren psikiyatri ekibi üyeleri ve sosyal çalışmacılar koruyucu ruh sağlığı hizmetleri denildiğinde genellikle birincil koruma üzerinden değerlendirme yapmaktadırlar. Bu sebeple de hastane de ya da TRSM’de koruyucu ruh sağlığı hizmetleri alanında görevleri olmadığını dile getirmektedirler. Oysaki koruyucu hizmetler yalnızca henüz oluşmadan hastalığın meydana gelmesini önlemek amacıyla gerçekleştirilen aktiviteler olan “birincil koruma”yı kapsamamaktadır. Aynı zamanda psikiyatrik hastalıkların belirtilerinin erken teşhis edilmesi ve süregelenleşmeden tedavi edilmesine yönelik hizmetler olan ikincil koruma ve hastalık meydana geldikten sonra yeti yitiminin azaltılmasına yönelik hizmetler olan üçüncül koruma da koruyucu hizmetler arasında yer almaktadır.

Hasta ve hasta yakınları ise korucuyu ruh sağlığı hizmetleri arasında yer alan hastalıklar konusunda farkındalık kazandırma ve eğitim gibi uygulamalardan hiçbirisinin kendilerine uygulanmadığını hatta hastalık hakkında daha önceden bir bilgileri dahi olmadığını belirtmişlerdir. Ruhsal hastalıkla ilgili daha önceden bilgisi olanlar ise genellikle yakınlarında bu hastalıkla daha önce karşılaşan bireylerdir. Bunun yanında kitle iletişim araçlarından da bu hastalık hakkında ayrıntılı olmasa da bilgi edinenler mevcuttur. Bu noktada daha önceden bir sağlık profesyonelinin örneğin aile hekiminin hastalığı farkedememesi konusunda eleştiriler mevcuttur.

Hizmet alanların bazıları bir sağlık profesyoneline başvurmadan önce tıbbi tedavi dışındaki (üfürükçüler, türbe, yatır, muska, bitkisel tıp, kurşun dökme vb.) yöntemlere başvurmuşlardır. Bu gibi etkenler erken dönemde psikiyatrik yardım almayı engellemekte ve hastalıkların kronikleşmesine ve olumsuz seyrine yol açabilmektedir. Hastaların ve hasta yakınlarının bir kısmının hastaneye başvurmadan önce üfürükçülere başvurduğu gözlemlenmiştir.

Koruyucu ruh sağlığı hizmetleri katılımcılarında değerlendirilmeleri sonucunda da mutlaka gerçekleştirilmesi gereken bir uygulama alanı olduğu gözlemlenmiştir. Bu alanda ekip çalışması kurulmalı ve sosyal çalışmacılar da bu ekibin içerisinde yer almalıdır. Psikiyatri

ekibi üyelerinin tamamının görevleri birincil, ikincil ve üçüncül önleme alanlarına uygun olarak ayrıntılı bir şekilde belirlenmelidir.

### **Tedavi Edici Ruh Sağlığı Hizmetleri**

Tedavi edici ruh sağlığı hizmetlerinin uygulama alanı olan hastanelerde *medikal model* ağırlıklı bir yaklaşım söz konusudur. Ancak yalnızca çocuk psikiyatrisi alanında sosyal modelin daha ağırlıklı ve medikal modelle başabaş olduğu gözlemlenmiştir. Hastane uygulamalarının medikal model ağırlıklı olmasının nedenlerine gelindiğinde ise hastaların hastaneye alevlenme/atak döneminde başvurmaları önemli bir etkindir. Alevlenme döneminde yatışmanın sağlanması öncelikli olduğu için medikal tedaviye yoğunlaşmak söz konusudur. Hekimlerin farmakolojik tedaviye ağırlık vermesi medikal model odaklı hizmet sağlanmasına neden olmaktadır. Bunun yanında hastanelerde terapi uygulamalarının genel olarak gerçekleştirilememesi de medikal model ağırlıklı uygulamanın etkenleri arasındadır. Terapi hizmetlerinin önündeki engeller, hastaların düzenli olarak takip edilememeleri ve alevlenme döneminde terapi gerçekleştirilmenin zor olmasıdır. Ayrıca medikal odaklı yaklaşımın ağırlıklı olmasında sosyal çalışanların da etkisi bulunmaktadır. Bu nokta da sosyal boyuta odaklanması gereken sosyal çalışanların hastaların sosyal sorunlarını teşhis etmediği görülmektedir. Bu sebeple de hastalara bütüncül bir yaklaşım sağlanamamaktadır.

Tedavi edici ruh sağlığı alanında değerlendirilen bir diğer konu *ekip çalışmasıdır*. Psikiyatri alanında ekip çalışması olmazsa olmaz bir unsur olmasına rağmen ekip çalışmasının gerçekleştirilemediği gözlemlenmiştir. Genellikle ekip üyeleri hekimler ve hemşirelerden oluşmaktadır. Psikologlar kısmen ekip üyeleri olarak görülürken sosyal çalışanlar hiçbir hizmet veren tarafından ekip üyesi olarak görülmemektedir. Bunun nedenleri arasında sosyal çalışanların sayı olarak yetersiz olmaları, ayrı bir binada klinikten uzak olarak görev yapmaları ve servislerde yalnızca hekimin talebi doğrultusunda hizmet sunmaları bulunmaktadır. Bu durum sosyal çalışanların hastalardan izole olduğu fikrini oluşturmuştur. Hizmet verenler sosyal çalışanlarla genellikle telefon aracılığıyla görüşmektedirler. Bu durum ekip çalışmasına olumsuz olarak yansımaktadır. Etkili bir ekip çalışması için ekip üyeleri arasında ki karşılıklı iletişim ve fikir alışverişi oldukça önemlidir. Ancak sosyal çalışanların diğer sağlık profesyonelleri ile iletişim problemleri yaşadıkları gözlemlenmektedir. Ayrıca psikiyatrik tedavi kurumlarında tükenmişliğin çok fazla olması da etkili bir ekip çalışması gerçekleştirilmenin önünde ki engellerden biridir. Tükenmişlik ekip uyumunu engellemekte ve iletişim problemlerine neden olmaktadır. Sosyal çalışanların sayıca yetersizliği de tükenmişlik yaşamalarına neden olmaktadır.

### **Psikiyatrik Tedavi Kurumlarında Sosyal Çalışanların Görevleri**

Sosyal çalışanının psikiyatrik tedavi kurumları olan ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde ve hastanelerin psikiyatri kliniklerinde ki görevleri, sosyal İnceleme, birey ve ailesi ile çalışma, birey ve gruplara yönelik savunuculuk, vaka yöneticisi, ruh sağlığı bakımında sosyal modeli teşvik edici, psikoeğitim ve danışmanlık ve taburculuk planlamasıdır.

*Sosyal İnceleme:* Sosyal çalışmacılar sosyal inceleme raporu hazırlayan uzmanlık alanı olarak görülmektedirler. Ancak sosyal çalışmacıların temel görevlerinden birinin sosyal inceleme raporu hazırlamak olduğu düşünülmesine rağmen sosyal çalışmacılar sosyal incelemeyi yalnızca hekimin talebi doğrultusunda gerçekleştirmektedirler. Sosyal incelemelerin yalnızca hekimin talebi doğrultusunda yapılması hastaların tamamının bütüncül olarak değerlendirilmesi önünde büyük bir engel teşkil etmektedir. Bu noktada olması gereken yatan bütün hastalara yönelik sosyal inceleme raporu hazırlamak olmalıdır.

Sosyal incelemenin yatan bütün hastalara gerçekleştirilememe nedeni öncelikle sosyal çalışmacıların sayı yetersizliğidir. Her sosyal çalışmacının yaklaşık olarak 150-200 civarı hastadan, 3-4 klinikten sorumlu olması iş yüklerini arttırmakta ve gerçekleştirmesi gereken görevleri de yerine getirememesine neden olmaktadır. Bu nokta da sorumlu olunan klinik sayısının daha az olması, dolayısıyla hasta sayısının daha az olması sosyal çalışmacıların her hastaya sosyal inceleme raporu hazırlayabilmesi için önemli bir gerekliliktir.

Sosyal inceleme hastaların sosyal problemlerinin tespit edilmesi için bir araç olarak görülmektedir. Ancak sosyal çalışmacıların kliniklerde sürekli olarak bulunmamaları ve hastalarla iletişim halinde olmamaları sosyal problemlerin belirlenmesinin önünde engeldir. Bu aşamada da sosyal sorunları zaten hekimler ve hemşireler belirleyerek sosyal çalışmacıya talep göndermektedirler. Ancak hekimler ve hemşireler sosyal sorunların tespiti noktasında kendilerini yetersiz görmekte ve bunu üstlenmek istememektedirler. Bu sebeple sosyal çalışmacılar kliniklerde bulunmalı ve her hasta için sosyal inceleme raporu hazırlamalıdır. Ayrıca sosyal çalışmacılar hekimlerin talebi doğrultusunda hazırladıkları sosyal inceleme raporlarında ise hastaların sosyal çevrelerinde değerlendirme yapamamaktadırlar. Hastaların ailelerine telefon vasıtasıyla ulaşmakta ve bilgi almaktadırlar. Bunun sebebi ise hem sayıca yetersizlikleri hem de hastane yönetiminin hastaların kendi ortamında değerlendirilmesi amacıyla bir kaynak sağlamamasıdır.

*Birey ve Ailesi İle Çalışma:* Hastaların ve ailelerinin ruhsal hastalık nedeniyle meydana gelen psikolojik ve sosyal sorunlarının üstesinden gelmek amacıyla gerçekleştirilen hizmetler bütünü olarak değerlendirebilecek olan bu görev hastanede hizmet veren sosyal çalışmacılar tarafından tam anlamıyla yerine getirilememektedir. Hizmet verenler ve hizmet alanların ortak görüşünde bu yöndedir. Birey ve ailesiyle çalışma görevi psikiyatri ekibi üyelerinin çoğunluğu tarafından ayrıntılı olarak bilinmemektedir. Bu sebeple de bazı psikiyatri ekibi üyeleri sosyal çalışmacıların hastane de yalnızca bu görevi yerine getirdiğini ifade etmişlerdir. Fakat bireyle ve ailesi ile çalışmanın kapsamına hangi roller girer sorusuna karşılık bireylerin ailesine ulaşmak ya da taburculuk sonrası hastanın bakım evine ihtiyacı varsa bakım evine naklini sağlamak şeklinde cevap vermişlerdir. Bu da birey ve ailesiyle çalışma görevinin kapsamının çok az bir kısmını oluşturmaktadır.

Hasta ve hasta yakınlarının tamamı da sosyal çalışmacının kendileri ve aileleri ile psikolojik ve sosyal sorunlarını çözmek amacıyla birebir görüşme gerçekleştirmedikleri yönünde ortak görüş bildirmiştir. Bu da psikiyatri ekibi üyelerinin görüşlerini destekler niteliktedir.

Sosyal çalışmacılarla gerçekleştirilen görüşmelerde ise sosyal çalışmacıların birey ve ailesiyle görüşme görevini kısmen gerçekleştirdikleri gözlemlenmiştir. Bunlar arasında

hasta ve yakınlarına nakdi yardımlar ile ilgili bilgilendirme yapmak ve bireysel görüşmelerle hastanın ihtiyaçlarının karşılanması açısından aileleri harekete geçirmek gibi rollerden bahsetmişlerdir. Oysa bu görevler birey ve ailesi ile çalışma rolünün hedeflerini karşılamakta oldukça yetersiz kalmaktadır.

Psikiyatri tedavi kurumundaki sosyal çalışmacının bu görevi tam anlamıyla yerine getirememelerinin nedenleri, ev, iş yeri ziyaretleri gibi hasta ve hasta yakınlarının kendi çevrelerinde değerlendirmelerini yapamamaları; hastane dışına çıkamamaları ve daha çok telefonla bağlantı kurmaya çalışmaları; sayıca yetersiz olmaları ve hastane de ayrı bir birimde kliniklerden uzakta olmaları nedeniyle hastalarla direk temas kuramamaları gibi etkenlerdir.

*Birey ve Gruplara Yönelik Savunuculuk:* Birçok hasta ve hasta yakını sahip olduğu haklarının farkında değildir ve sosyal hakları konusunda bilgilendirilme ve bilinçlendirilme eksikliği nedeni ile hak kaybına uğramaktadırlar. Görüşülen hasta ve hasta yakınlarının da çoğunluğunun haklarından haberdar olmadığı gözlemlenmiştir. Sahip olduğu bazı haklardan haberdar olanlar ise ya diğer hastalardan bilgi edinmiş ya da sosyal çalışmacı dışında ki diğer sağlık personelinin haklarını öğrenmiştir. Sosyal çalışmacılar hastaların hastanede yattığı süre zarfında kliniğe gelip hakları konusunda onları bilgilendirmemiştir.

Ruhsal hastalık nedeniyle hastalar ihmal ve istismara açıktırlar. Özellikle ağır ruhsal bozukluğu olan ve vesayet altına alınan hastalar çevrelerinde ki kişiler tarafından ihmal edilebilmektedir. Bu durumda olan hasta ve hasta yakınları haklarının savunulmasını talep etmektedirler ancak kime başvuracağını nasıl bir yol izleyeceğini bilmemektedirler. Bu anlamda birçok hasta ve hasta yakını sosyal çalışmacıların kimler olduğundan ve ne iş yaptıklarından dahi haberdar değildirler.

Sosyal çalışmacılar hekimlerin talebi doğrultusunda hasta ve hasta yakınları ile görüşmekte ya da ayaktan tedavi gören hastaların veya yatan hasta yakınlarının direk sosyal çalışmacıya başvurması ile onlarla görüşme yapmaktadır. Bu durum sosyal çalışmacıların birey ve gruplara yönelik savunuculuk rolünü tam anlamıyla gerçekleştirmesinde en büyük engellerden biridir. Çünkü hastalar ve hasta yakınları ancak haklarından haberdar olduktan sonra bu konu da talepte bulunabilmektedir. Birçok hasta da haklarını bilmediği için hak kaybına uğramaktadır.

Psikiyatri tedavi kurumunda sosyal çalışmacılar savunuculuk rollerini tam olarak gerçekleştirememektedirler. Gerçekleştirdiği roller genel olarak iletişim bilgilerine ulaşamayan hastaların bilgilerine ulaşmak ve taburculuğu gelen hastaların bir bakım kurumuna ya da evlerine nakillerini sağlamaktır. Bu da savunuculuk rolünün çok azını kapsamaktadır. Ayrıca kliniklerde özellikle gündüz toplantılarında hastalar sosyal hakları konusunda çok fazla soru yöneltmektedirler fakat hekim, hemşireler ve psikologlar bu sorulara gerekli cevabı verememektedirler. Bu noktada hastalara haklarını öğretmek ve onları bilinçlendirmek için sosyal çalışmacılar kliniklerde belirli bir zaman aralığında mutlaka bulunmalı ya da gündüz toplantılarına katılmalıdırlar.

Sosyal çalışmacılar savunuculuk faaliyetlerini gerçekleştirdiklerini ifade etmişlerdir. Ancak hekimlerin talep ettiği hastalara yönelik hizmet sunumu bütün hastalara

ulaşılamadığı anlamına gelmektedir. Hastaların birçoğu sosyal haklarından haberdar değildir. Bu noktada yatan bütün hastalara ulaşmak bu rolün tam anlamıyla gerçekleştirilmesi için önemli bir noktadır.

*Vaka Yöneticisi:* Sosyal çalışmacılar dışındaki psikiyatri ekibinin büyük bir çoğunluğu sosyal çalışmacıların vaka yöneticisi olmadıklarını düşünmektedir. Görüşmeler ve gözlemler aracılığıyla elde edilen veriler de sosyal çalışmacıların vaka yöneticisi olmadığını göstermektedir. Vaka yöneticili rolünde öncelikle kaliteli ve etkili hizmetin sağlanması için ekip çalışması önemlidir. Ancak sosyal çalışmacılar daha öncede belirtildiği gibi psikiyatri ekibinin üyeleri olarak görülmemektedirler. Sosyal çalışmacıların kendileri de etkili ekip çalışmasının gerçekleştirilmediğini belirtmişlerdir. Bunun yanında vaka yöneticiliği görevi açısından hasta ile bizzat temas kurulması ve takiplerinin gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Fakat sosyal çalışmacılar hekimlerin talebi dışında hastaları görmemektedirler. Yapılan bu tespitler sosyal çalışmacıların vaka yöneticiliği görevini gerçekleştirmediklerini gösterir niteliktedir.

Bazı psikiyatri ekibi üyeleri vaka yöneticiliği rolünü yalnızca hastanın taburculuk sonrası nakli ve bir bakım kurumuna yerleştirilmesi gibi görevler olarak betimlemişlerdir. Bu açıdan vaka yöneticiliğini, sosyal çalışmacıların bu hastanede en çok gerçekleştirdiği görevlerden biri olarak tanımlamışlardır. Ancak kimsesiz hastaların bakım kurumuna yerleştirilmesi vaka yöneticiliği rolünü tam anlamıyla karşılayan bir görev değildir. Bu açıdan bu değerlendirme bu rolün ne olduğunun tam olarak bilinmemesinden kaynaklı olarak yapılmıştır. Psikiyatri ekibi üyelerinden hekim ve hemşireler vaka yöneticiliği rolünü kendilerinin gerçekleştirdiğine vurgu yapmışlardır. Sosyal çalışmacılar ise bu konuda herhangi bir görüş bildirmemişlerdir. Elde edilen veriler sosyal çalışmacıların vaka yöneticiliği görevini üstlenmediğini göstermektedir.

*Ruh Sağlığı Bakımında Sosyal Modeli Teşvik Edici:* Daha önce de ifade edildiği psikiyatri tedavi kurumunda uygulamalar medikal model ağırlıklı olarak gerçekleştirilmektedir. Psikiyatri, hastaya sağlığını kazandırma sürecinde fiziksel ve ruhsal öğelere odaklanırken, sosyal hizmet daha çok sosyal öğelere odaklanmaktadır ve hastaların sosyal sorunlarına çözüm yolları aramaktadır. Ancak hastaların sosyal yönünün gözardı edildiği medikal yaklaşımın hakim olduğu psikiyatri tedavi kurumunda psikiyatri ekibi üyelerinin ortak görüşü sosyal çalışmacıların sosyal modeli teşvik etmediği yönündedir. Sosyal çalışmacıların bu görevi gerçekleştirememesinin sebepleri ise psikiyatri ekibinin aktif üyeleri olmamaları, kliniklerde bulunmamaları, odalarının ayrı bir binada olması ve hastalara yalnızca hekimlerin talebi doğrultusunda hizmet vermesi olarak gözlemlenmiştir.

Sosyal çalışmacılar da sosyal modeli teşvik edemediklerini düşünmektedir. Sayılarının yetersizliği ve çok fazla hastayla sorumlu olmaları bütün hastaları görmelerinde ve sosyal sorunlarını teşhis etmelerinde büyük bir engeldir. Bu sebeple sosyal çalışmacılar hastaların sosyal yönlerine yeterince odaklanamamakta ve psikiyatri ekibini bu doğrultuda yönlendirememektedir.

*Psikoeğitim ve Danışmanlık:* Psikoeğitim ve danışmanlık rolü birlikte değerlendirilmiştir ancak psikiyatri tedavi kurumunda sosyal çalışmacıların psikoeğitim rolünü yerine getiremedikleri ancak danışmanlık rolünü daha çok gerçekleştirebildikleri gözlemlenmiştir.

Sosyal alışmacılar psikiyatri tedavi kurumunda hastalara sosyal hakları (engelli maaşı, kurum bakımı vb.) konusunda danışmanlık hizmeti sağlamaktadırlar. Fakat danışmanlık hizmetini de yalnızca sosyal hizmet birimine bizzat başvuran hasta ve hasta yakınlarına ya da hekimin talebi doğrultusunda yatan hastalara yönelik vermektedirler. Bu da kapsamlı olarak bütün hastalara sosyal hakları ya da daha farklı konularda danışmanlık hizmeti verilmediğini göstermektedir. Hastalara yalnızca sosyal hakları konusunda bilgilendirme yapma psikoeğitim ve danışmanlık rolünün hedeflerini karşılamakta oldukça yetersiz kalmaktadır.

Hasta ve hasta yakınları sosyal çalışmacıya engelli aylığı hakkında bilgi almak için başvurmaktadırlar. Bu doğrultuda da hasta ve hasta yakınlarının çoğunluğu tarafından sosyal çalışmacıların görevlerinin engelli aylığı ve ücretsiz ulaşım kartı konusunda danışmanlık yapmak olduğu ve başka bir görevlerinin olmadığı düşünölmektedir.

*Taburculuk planlaması:* Taburculuk planlaması kapsamında sosyal çalışmacılar psikiyatri tedavi kurumunda daha çok taburculuğu gelen hastanın taburcu edilebilmesi amacıyla yakınıyla irtibat sağlamak ve gerekli hallerde hastaların kurum bakımına yerleştirilmesi için gerekli kurumlarla göröşmek görevlerini gerçekleştirmektedirler. Bu açıdan sosyal çalışmacıların psikiyatri tedavi kurumunda bu görevi kısmen gerçekleştirdiği gözlemlenmektedir. Ekip üyelerinin göröşü de sosyal çalışmacıların bu hastanede kısmen de olsa en çok bu rolü gerçekleştirdikleri yönündedir.

Genellikle taburculuk planlaması görevi hekimler ve hemşirelerin rolü olarak değerlendirilmiştir. Hastaların taburculuk işlemlerini gerçekleştiren, ailelerine taburculuk sonrası hastayla iletişimleri konusunda bilgiler veren, ilaç kullanımı konusunda eğitimde bulunan ve takiplerini açıklayan genellikle hekimler ve hemşirelerdir. Ancak hasta ve hasta yakınlarının taburculuk sonrası yaşama uyumlarını sağlama görevi hiçbir sağlık profesyoneli tarafından gerçekleştirilmemektedir. Takip açısından da hastalara bir tarih verilmekte ve o tarihte hastaneye gelmeleri istenmektedir. Hasta gelmezse bununla ilgili bir işlem gerçekleştirilmemektedir. Sosyal çalışmacılara genellikle taburculuğunda sorun çıkan hastalar olursa başvurulmaktadır. Taburculukta meydana gelen sorunlar taburcu edilecek hastanın ailelerine ulaşamama ve hastanın kurum bakımına alınması gerektiği hallerdir. Oysa bu görevler taburculuk planlaması rolünün hedeflerini karşılamakta oldukça yetersiz kalmaktadır.

Hizmet alan hasta ve yakınlarının değerlendirmesi de sosyal çalışmacının taburculuk aşamasında kendilerine yardımcı olmadığı ve göröşmeler gerçekleştirmediği yönünde olmuştur. Sosyal alışmacılar da taburculuk planlamasını kısmen ve talep edilen hastaya gerçekleştirdiklerini belirtmişlerdir. Hastanın taburculuğu aşamasında sosyal çalışmacılar tarafından kapsamlı bir çalışmanın yapılmadığı verilen cevaplar neticesinde anlaşılmaktadır.

### **Rehabilite Edici Ruh Sağlığı Hizmetleri**

Rehabilite edici ruh sağlığı hizmetlerinin uygulama alanı olan TRSM'lerde *sosyal model* ağırlıklı bir yaklaşım sözkonusudur. Bu konuda tedavi edici ruh sağlığı alanıyla rehabilite edici ruh sağlığı alanı arasında bir karşılaştırma yapıldığında, psikiyatri tedavi kurumunda

alevlenme döneminde olan hastaların yatırılması amacıyla tıbbi tedaviye ağırlık verildiği; ancak rehabilite edici ruh sağlığı kurumu olan TRSM’de hastaların yatışma döneminde olması sebebiyle daha çok sosyal model odaklı hizmet verildiği gözlemlenmektedir.

Rehabilite edici ruh sağlığı alanında hizmet verenler tarafından değerlendirilen bir diğer konu *ekip çalışmasıdır*. Rehabilite edici ruh sağlığı alanında da farklı sağlık profesyonellerinin işbirliği içinde çalıştığı bir ekip ortamına ihtiyaç vardır. Toplum ruh sağlığı merkezinde ekip uyumunun hastanelere oranla daha fazla olduğu gözlemlenmektedir. Ancak TRSM’de psikiyatri ekibinin eksik üyelerinin olması, gerektiği kadar kapsamlı ve etkili bir ekip çalışmasının gerçekleştirilememesine neden olmaktadır. Toplum ruh sağlığı merkezinde devamlı olarak görev yapan bir psikolog ve sosyal çalışmacı yoktur. Psikolog psikiyatrik tedavi kurumundan haftanın bir günü gelmekte ve her hafta gelen psikolog değişmektedir. Sosyal çalışmacı ise hiç gelmemekte ihtiyaç durumunda ise hastalar ve yakınları hastaneye yönlendirilmektedir.

Rehabilite edici ruh sağlığı kurumu olan TRSM’de değerlendirilen başka bir konu ise *psikiyatri servisine yatışın azaltılmasında TRSM’nin etkisi*’dir. Ağır ruhsal bozukluğu olan bir grup hastada, hastaneye yatış ve çıkış sıklığının fazla oluşu “döner kapı” fenomeni olarak isimlendirilmektedir. Taburculuk sonrası takibi yapılmayan hastalarda tekrarlayan yatışların olduğu gözlemlenmektedir. TRSM’ler hastaneden taburculuk sonrası hastaların sosyal çevrelerinde takibi ve rehabilitasyonunu sağlama amacıyla kurulmuş birimlerdir ve TRSM hizmetleri hastalara olumlu yönde yansımıştır. Bu durumu örneklerle açıklayan hizmet verenler, TRSM’de düzenli takipleri yapılan hastaların yatış sıklığının azaldığını dile getirilmiştir. Bunun yanında TRSM’ler hastaların sürekli takiple alevlenme gelişmeden belirtilerin farkedilmesini sağladığı için yatışların azaltılmasında önemli bir uygulama alanıdır. TRSM’de hizmet verenler sık sık hastaların ilaçlarını düzenli kullanıp kullanmadığı konusunda sorular sormakta ve bu konu da hasta ve hasta yakınlarına eğitimler vermektedirler. Bu açıdan ilaçların düzenli kullanımı ile hastaların yatış sıklıklarının azaldığı görülmektedir. Sosyal çalışmacılar da psikiyatri ekibi ve hasta ve hasta yakınları ile TRSM’nin yatış sıklığını azaltan bir merkez olduğu konusunda hemfikirdirler.

### ***TRSM’lerde Sosyal Çalışmacıların Görevleri***

Sosyal çalışmacının rehabilite edici ruh sağlığı kurumları olan TRSM’ler de görevleri, psikiyatri ekibinin ihtiyaç hissettikleri durumlar ve hasta ve hasta yakınlarının belirttikleri sorunlar üzerinden değerlendirilmiştir. Sosyal çalışmacıların TRSM’de görevleri, birey ve gruplara yönelik savunuculuk; birey ve ailesi ile çalışma; sosyal işlevselliği güçlendirici; damgalamayı önleyici ve eğitim hizmetleridir.

***Birey ve Gruplara Yönelik Savunuculuk:*** Birey ve gruplara yönelik savunuculuk görevi hastanelerde olduğu kadar TRSM’lerde de hastaların en çok ihtiyaç duyduğu konulardandır. Bu açıdan sosyal çalışmacının bulunmadığı TRSM’de en çok sorun yaşanan konunun, hastaların haklarına yönelik sorduğu sorulara ve bu konuda yaşadığı sıkıntılara cevap verilememesi olduğu görülmektedir. Hastaların çoğunluğunun haklarından haberdar olmadığı gözlemlenmiştir. Psikiyatri ekibi de, hasta ve hasta yakınları

da bu konu da hemfikirler. TRSM’de bir sosyal çalışmacının bulunmaması hastaların sosyal hakları konusunda hemşirelerin ve hekimlerin bildikleri kadarıyla yardımcı olmalarını gerektirmiştir. Görüşülen her ekip üyesi hasta ve yakınlarının sorunlarının çözümü ve haklarının onlara teslim edilmesi açısından birimlerinde mutlaka sosyal çalışmacının görev yapması gerektiği üzerine vurgu yapmıştır. Her ne kadar hastalara sosyal hakları konusunda bilgilendirme yapmaya çalışsa da kanunları ayrıntılı olarak bilmedikleri için hekimlerin ve hemşirelerin, hasta ve yakınlarına yeterince yardımcı olamadıkları görülmektedir. Hasta ve hasta yakınları bu noktada hastaneye yönlendirilmektedir. Ancak çoğu hasta hastaneye başvurma konusunda sıkıntılar yaşadığı için sosyal çalışmacıyla çoğunlukla görüşmemektedir. Ayrıca hastaların özlük haklarından haberdar olmamasının hastaneye ekonomik açıdan daha fazla yük getirdiği de görülmektedir.

Psikiyatri ekibi üyeleri hastaların haklarını savunma noktasında kendilerini çaresiz hissetmektedirler. Ev ziyaretlerinde karşılaştıkları manzaralar, hastaların evlerinin durumları, ihmal vakaları onların üzerine duygusal açıdan fazladan yük oluşturmaktadır. Sosyal çalışmacıların eksikliğini en çok hissettikleri konunun hastaların savunulması olduğu gözlemlenmiştir.

Hasta ve hasta yakınlarının da belirttiği bazı durumlar karşısında onlar açısından da en çok ihtiyaç duyulan konunun savunulma ve hukuki hakları konusunda danışmanlık olduğu gözlemlenmiştir. Hastasının ihmale uğradığını belirten hasta yakını, engelli aylığının ne olduğunu bilmeyen hastalar, barınma problemi yaşayan şizofreni hastası kardeşler ve engelli kadrosu ile atandığı halde ruhsal hastalığı nedeniyle yaşadığı sorun yüzünden işinden olan hasta gibi daha birçok örnek hastaların çoğunluğunun hukuki hakları konusunda yeterince bilgi sahibi olmadıklarını ve hak ihlallerine uğradıklarını göstermektedir. TRSM’de sosyal çalışmacının olmaması hasta ve hasta yakınlarının savunuculuk faaliyetlerinden faydalananamasında en büyük etkidir. Bu nokta da TRSM’de devamlı görev yapan bir sosyal çalışmacı mutlaka bulunmalıdır.

**Birey ve Ailesi ile Çalışma:** Birey ve ailesi ile çalışma kapsamında hekimlerin, hemşirelerin ve özel eğitimcilerin gerçekleştirdikleri uygulamalar mevcuttur. Bireylerle ve ailelerle bilinçlendirme, eğitim sağlama ve beceri geliştirme gibi çeşitli çalışmalar yapılmaktadır. Bu çalışmalar genel olarak hastalar ve hasta yakınları tarafından faydalı olarak görülmektedir. Bireyle çalışma kapsamında hastalara öncelikle ilaç kullanımının önemi vurgulanmakta sonrasında ise iş ve uğraşı terapisi ile hastaların becerilerini geliştirmek amacıyla özel hocalarla çeşitli aktiviteler gerçekleştirilmektedir. Aile ile çalışma görevi açısından özellikle ailelerin ruhsal hastalık konusunda ayrıntılı bilgi sahibi olmamaları ve hastalarına nasıl davranacakları konusunda sıkıntı yaşamaları bu konular üzerinde yoğunlaşılmasına sebep olmuştur ve bu konuda TRSM’de hekimlerin yöneticiliğinde çalışmalar gerçekleştirilmiştir. Sosyal çalışmacının hizmet vermediği bu merkezde bu çalışmalar gerçekleştirilirken sosyal çalışmacılara da ihtiyaç duyulmaktadır.

Hasta ve hasta yakınlarının görüşlerinden de birey ve ailesi ile çalışma kapsamında bir takım çalışmaların gerçekleştirildiği özellikle ailelerin, hastaları ile iletişimleri ve ilaç takiplerinin önemi gibi konularında bilgilendirildiği, bununla ilgili grup çalışmalarına

katıldığı gözlemlenmiştir. Ancak yapılan bu çalışmalar standart olarak bütün ailelere aynı eğitimleri vermek ve aynı konulara dikkati çekmek şeklinde gerçekleştirilmektedir. Ruhsal hastalığın meydana getirdiği sorunlar her bireyde ve her ailede farklılık göstermektedir. Her hastanın ve ailenin dinamikleri farklıdır ve ruhsal hastalıkla birlikte aynı süreçleri yaşamaları ve hastalığa karşı aynı tepkileri geliştirmeleri beklenemez. Bu açıdan sağlık profesyonellerinin hasta odaklı bir yaklaşımla bu problemleri doğru bir şekilde tespit edip hastaya ve yakınına uygun çalışmayı gerçekleştirmesi gerekmektedir. Ancak görüşülen merkezde devamlı görev yapan bir psikolog bulunmadığı gibi sosyal çalışmacı hiç bulunmamaktadır. Bireyle ve aile ile çalışma görevini de yalnızca TRSM’de görevli olan hekimler ve hemşireler gerçekleştirmektedir. Bu nokta da TRSM’de görevli psikiyatri ekibi üyeleri bireyle ve ailesiyle çalışma kapsamında biyopsikososyal yaklaşımın sağlanması açısından eksik üyesinin bulunması sebebiyle yetersiz kalmaktadır.

**Sosyal İşlevselliği Güçlendirici:** TRSM’de sosyal işlevselliğin güçlendirilmesine yönelik faaliyetlerin genellikle hastaların kişiler arası ilişkilerinin güçlendirilmesi adına gerçekleştirilen faaliyetler olduğu gözlemlenmektedir. Hastaların sosyal işlevselliği güçlendirmek adına yapılan uygulamalar dışında TRSM’ye gidip gelmeleri bile sosyal işlevselliklerini arttırmaktadır. Hizmet verenlerin ve hizmet alanların görüşleri de bu yöndedir. Hastaların kendileri gibi hastalarla bir araya gelmesi sosyalleşmelerini sağlamaktadır, çünkü birbirlerini anlayabilmektedirler. Bu nokta da hastalar da TRSM’nin kendilerini sosyalleştirdiğini ve arkadaş sayılarının arttığı üzerine vurgu yapmışlardır. Daha önceleri sosyal izolasyon yaşayan hastaların TRSM’ye devam etmesi ile birlikte daha fazla sosyalleştikleri ve insanlarla daha kolay iletişim kurdukları gözlemlenmiştir.

TRSM’de sabahları yapılan günaydın toplantıları, iş-uğraş terapileri sosyal işlevselliği güçlendirici çalışmalara örnektir. Hastaların beceri ve yeteneklerini geliştirerek kendilerine olan güvenlerini arttırmak ve topluma uyumlarını kolaylaştırmak sosyal işlevselliği güçlendirici çalışmaların hedefleridir. Bu noktada TRSM’de gerçekleştirilen faaliyetlerin hastaların sosyal işlevselliklerini arttırdığı yönünde bir gözlem yapılmıştır.

Sosyal işlevselliği güçlendirici çalışmalar hekimler, hemşireler ve özel öğretmenler tarafından gerçekleştirilmektedir. Başka konularla ilgili destek sağlaması için hasta ve yakınları hastanede görevli sosyal çalışmacıya yönlendirilebilirken sosyal işlevselliği güçlendirici çalışmalar konusunda sosyal çalışmacıdan herhangi bir yardım talebi bulunmamaktadır. Dolayısıyla sosyal çalışmacıların bu hizmet kapsamında herhangi bir aktivitesi bulunmamaktadır.

**Damgalamayı Önleyici:** Hasta ve hasta yakınlarının çoğunluğu toplumsal damgalamaya maruz kalmaktan korktuğu için hastalığını kimseye anlatmamakta ya da çevresi tarafından hastalığının bilindiği durumlarda ise dışlanmaktadırlar. Hastalar kendi aileleri tarafından dahi olumsuz muameleye maruz bırakılmaktadırlar. Ağır ruhsal bozukluğu olan bireyler toplum tarafından hoş görülmemekte ancak TRSM’de daha hoş görülme bir ortamla karşılaşmaktadırlar. Fakat hasta ve hasta yakınları ruhsal hastalığının bilinmesini istemediği için TRSM’ye gelmekten kaçınabilmektedirler. Hatta ev ziyaretlerinde kullanılan aracın üzerinde bulunan “Toplum Ruh Sağlığı Merkezi” yazısından olumsuz etkilenmekte ve çevrelerinde ki insanların hastalığı bilmemeleri için ev ziyaretlerinin

yapılmasını dahi istememektedirler. Bu nokta da ev ziyaretleri için kullanılan aracın üzerinden “Toplum Ruh Sağlığı Merkezi” yazısı ve amblemi kaldırılarak bir çözüm bulunmaya çalışılmıştır.

Çevresinde ki kişilerin ruhsal hastalık sebebiyle tutumlarında değişiklik olduğunu ifade eden hasta ve hasta yakınları bu durumdan rahatsızlık duymakta ve çaresizlik hissetmektedirler. Hastalar toplumsal damgalamaya maruz kalmaktan çekindikleri için sosyal haklarından dahi feragat etmeyi isteyebilmektedir. Örneğin otobüse bindiğinde ücretsiz yolcu denmesini istemediği ve herkesin onun ruhsal hastalığını anlayacağından korktuğu için ücretsiz ulaşım imkanı sağlayan engelli kartı almak istemeyen hastalar bulunmaktadır. Bu noktada TRSM’de görevli hekim ve hemşireler hastalara haklarını iade etmek adına onlarla konuşarak onları bu konuda rahatlatarak bir takım çalışmalar gerçekleştirmektedirler.

TRSM’de toplumsal damgalamayı önlemek adına gerçekleştirilen çalışmalar, toplumsal bilgilendirme toplantıları gerçekleştirme; TRSM ile ilgili hazırlanan broşürleri dağıtma; müdürlükten gelen psikologlarla eğitim videoları izleme ve hizmet içi eğitimler gerçekleştirme; aile eğitimleri; grup çalışmaları ve yerel medyada da gerçekleştirilen bir takım çalışmalar bunlar arasındadır. Ancak her ne kadar çalışma yapılırsa yapılsın toplumsal damgalamanın önüne geçilemediği hizmet verenler tarafından düşünülmektedir.

Toplum Ruh Sağlığı Uygulama Yönergesi (2011)’nde damgalama karşıtı çalışmalar gerçekleştirmek sosyal çalışmacının sorumlulukları arasında ifade edilse de görüşme yapılan TRSM’de sosyal çalışmacı görev yapmamaktadır. Ancak hasta ve hasta yakınlarının sosyal haklarından feragat etmeyi isteyecek kadar çekindikleri bu konunun üstesinden gelinmesi için bütün uzmanlık alanlarının olduğu bir ekip çalışması ile damgalamayı önleyici projeler gerçekleştirilmelidir.

**Eğitim:** Toplum ruh sağlığı merkezlerinde, psikiyatri ekibi tarafından, hastalara ve ailelerine sahip oldukları hak ve yükümlülükler, hastalık, hastalığın belirtileri, ilaç kullanımının önemi, nasıl kullanılacağı, merkezin yapısı ve işlevleri ile ilgili eğitimler verilerek ortaya çıkabilecek sorunların ve krizlerin önceden tahmin edilmesi ve engellenmesi hedeflenmektedir. Bunun yanında sağlık personeline yönelik gerçekleştirilen eğitimlerde mevcuttur. Bu kapsamda aile hekimlerine yönelik verilen eğitimler sayesinde ruhsal bozukluğu olan bütün hastalara ulaşılması hedeflenmiştir.

Eğitim faaliyetleri TRSM’de daha ön planda olan ve hekimlerin ve hemşirelerin bir arada gerçekleştirdiği hizmetlerdir. Kısmen de olsa bu eğitimlere psikologlar da katılabilmektedirler. Hastalara önceden hazırlanmış eğitim konuları bir plan dahilinde gerçekleştirilmektedir. Ailelere sağlanan eğitimler ise hekimlerin yöneticiliğinde ailelerin TRSM’ye çağırılması ile hastalık, hastalığın belirtileri, hastayla kurulacak ilişki, ilaç kullanımının önemi ve alevlenme/atak döneminin önceden farkedilmesine yönelik olarak gerçekleştirilmektedir.

Hasta ve hasta yakınlarının tamamının aldıkları eğitim hizmetlerinden memnun oldukları gözlemlenmektedir. Görüşülen hasta yakınları daha bilinçli olduklarını belirtmişler hastalar

ise kendilerini “bilinçli hasta” olarak tanımlamışlardır. Alınan eğitimler sayesinde hastaneye tekrarlayan yatışlar azalmıştır.

TRSM’nin ilk açıldığından beri merkeze gelen bazı hastalar tarafından o döneme ait gözlemleri de ifade edilmiş ve o dönemde bulunan sosyal çalışmacının hastalara hakları konusunda eğitimler verdiği ve bunların faydalı olduğu dile getirilmiştir.

Toplum ruh sağlığı merkezleri hakkında yönerge (2011)’ye göre, hasta ve ailelerine psikoeğitim vermek sosyal çalışmacı, psikolog ve hemşirenin ortak görev ve sorumlulukları arasında yer almaktadır. Ancak psikiyatri ekibi üyelerinden hemşirelerin bazıları kendilerini psiko-eğitim konusunda yeterli görmediklerini ifade etmişlerdir. Bu noktada psikoeğitim faaliyetlerinin gerçekleştirilmesinde sosyal çalışmacılara ve psikologlara ihtiyaç duyulduğu gözlemlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda koruyucu ruh sağlığı alanı, tedavi edici ruh sağlığı alanı ve rehabilite edici ruh sağlığı alanlarına ve bu alanlarda sosyal çalışmacıların görevlerine yönelik önerilerde bulunulmuştur.

## ÖNERİLER

### *Koruyucu Ruh Sağlığı Hizmetleri*

1. Hastanede ya da TRSM’de koruyucu ruh sağlığı hizmetleri alanında görevleri olmadığını dile getiren ve koruyucu hizmetler denildiğinde yalnızca birincil korumayı anlayan hizmet verenler ikincil koruma ve üçüncül koruma hakkında ve görev yaptıkları tedavi edici ve rehabilite edici kurumlarda koruyucu hizmetlerin ne olduğu ve bu alanda hangi görevleri olduğu konusunda ayrıntılı olarak bilgilendirilmelidir.
2. Ruhsal hastalık konusunda toplum yeterince bilgili değildir ve çoğu hastalığın ismini dahi duymamışlardır bu açıdan ruhsal hastalık konusunda toplumsal eğitimler arttırılmalıdır. Böylelikle hastalığın belirtilerinin farkedilebilme ihtimali artacaktır.
3. Koruyucu ruh sağlığı hizmetleri her alanda bir ekip çalışması içinde gerçekleştirilmelidir. Birincil koruma açısından toplum sağlığı merkezleri ve aile hekimliği birimleri ortak çalışmalar gerçekleştirmelidir. İkincil koruma açısından hastanelerde kurulan psikiyatri ekibine koruyucu çalışmalar açısından ayrı bir gündem oluşturması gerektiği konusunda eğitimler verilmelidir ve hastane ve toplum sağlığı merkezinde görev yapan sosyal çalışmacılar irtibat halinde olmalıdırlar. Üçüncül koruma açısından da TRSM’de kurulan psikiyatri ekibi psikiyatristi, hemşiresi, sosyal çalışmacısı, psikoloğu ve özel alan öğretmenlerinin olduğu bütün sağlık profesyonelleri ile tam olmalı ve koruyucu hizmetler açısından ayrı bir gündem oluşturmalı ve hedefler belirlemelidir.

### **Tedavi Edici Ruh Sağlığı Hizmetleri**

1. Sosyal çalışmacıların sayısı arttırılmalı ve her kliniğe ya da en azından iki kliniğe bir sosyal çalışmacı görevlendirilmelidir. Bu durumda sosyal çalışmacılar bir plan dahilinde haftanın belirli günlerinde servislerde bizzat bulunarak bütün hastalarla görüşüp onları değerlendirme imkanı elde edebilir. Böylelikle hastaların sosyal açıdan değerlendirilmesi gerçekleştirilebilir ve biyopsikososyal yaklaşımın hakim olduğu, bütüncül değerlendirmenin yapıldığı bir uygulama söz konusu olur. Ayrıca sosyal çalışmacıların sayısının arttırılması ile sosyal çalışmacıların görev dahili belli olacak ve ekip çalışması da daha etkili olarak gerçekleştirilebilecektir. Sosyal çalışmacılar her hastanın sosyal sorunlarını değerlendirip psikiyatri ekibine bir bilgilendirme yapabilecektir.
2. Sosyal çalışmacıların polikliniklerde bir odası bulunmalı ve hekim tarafından yatışı verilen bütün hastalar öncelikle sosyal çalışmacılara “sosyal inceleme raporu” alması amacıyla yönlendirilmelidir. Hastalar böylelikle sosyal inceleme raporlarıyla birlikte servislere yatacaklardır ve bu durum hekimlerin hastaları değerlendirmesini kolaylaştıracaktır. Ayrıca hastaların aileleri ile birlikte değerlendirilebileceği en kritik dönem yatış aşamasıdır. Çünkü bazı aileler hastalarını hastaneye yatırdıktan sonra yaşadıkları tükenmişlik sebebiyle pek fazla hastaneye uğramayı tercih etmemektedirler. Bu durum bütün hastalara sosyal inceleme yapılmasına imkan sağlayacaktır.

3. Sosyal alışmacılar ayrıca sosyal inceleme raporunu hazırlarken gerekli hallerde hasta ve ailesini kendi sosyal çevresinde değerlendirebilmelidir. Bunun için kaynakların harekete geçirilmesi gerekmektedir. Sosyal ortamlarının değerlendirilmesi sayesinde aile ile çalışma yapma görevi de kolaylaşacaktır çünkü aileler daha önce de bahsedildiği üzere yatış sürecinde daha çok hastaneye uğramakta bunun dışında hastaneye pek fazla gelmemektedir. Ayrıca hastanın taburculuğu sonrasında yaşayacağı ortam ve sosyal çevresi hakkında görüş elde etme imkanı sağlanacaktır. Böylelikle sosyal çalışmacı taburculuk aşamasında buna yönelik hizmetler geliştirebilecektir.
4. Hasta ve hasta yakınlarının tamamı sosyal hakları konusunda bilgilendirilmelidir.
5. Hastaların sosyal yönünün gözardı edildiği medikal yaklaşımın hakim olduğu psikiyatri tedavi kurumunda sosyal çalışmacılar sosyal modeli teşvik etmelidirler. Bunun için her hastanın sosyal boyutu ile de ele alınması gerekmektedir. Ekip içinde bulunarak ve sosyal sorunlar ve çözümleri hakkında değerlendirmeler yaparak hastaların sosyal sağlığının da önemine vurgu yapmaları bunu sağlayacaktır.
6. Sosyal çalışmacıların psikiyatri ortamlarında görevleri net olmalıdır ve planlı ve programlı uygulamalar gerçekleştirilmelidir.

#### **Rehabilite Edici Ruh Sağlığı Hizmetleri**

1. Rehabilite edici ruh sağlığı hizmetlerinin uygulama alanı olan TRSM'lerde psikiyatri ekibi yeleri tam olmalı ve bu kurumlarda tam zamanlı alışmaladırlar. Yalnızca hastaların fiziksel ve ruhsal boyutlarına odaklanan sağlık profesyonellerinin bulunduğu TRSM'lerde biyopsikososyal yaklaşımın tam anlamıyla gerçekleştirildiği düşünülemez. Bu yüzden her TRSM'de mutlaka sosyal çalışmacıların ve psikologların bulunması gerekmektedir.
2. TRSM'lerin kurulma amaçları arasında tekrarlayan yatışların azaltılması durumu vardır. Ancak hastaların yaşadığı ekonomik sorunlar, barınma sorunları ve sosyal problemler de yatış sıklığını arttıran etkenler arasındadır. Bu sorunların üstesinden gelinmesi içinde bir sosyal çalışmacının bu konularda çalışmalar gerçekleştirmesi ve savunuculuk yapması gerekmektedir. Bu sebeple mutlaka en kısa zamanda kadro açıkları kapatılmalı ve direk TRSM'de görevlendirilmiş sosyal çalışmacılar istihdam edilmelidir.
3. Rehabilite edici ruh sağlığı kurumu olan TRSM'ler döner kapı olgusunun önüne geçilmesi açısından önemli bir faaliyet alanıdır. Bu noktada TRSM'de gerçekleştirilen çalışmaların hastaneye tekrarlayan yatışları azaltması noktasında yararlı olduğu gözlemlenmektedir. Ancak TRSM'ye kayıtlı olan her hastanın birime gelmiyor oluşu ve TRSM'de ki uygulamalardan faydalanamıyor oluşu her hastaya ulaşılamıyor olduğunun göstergesidir. Bu noktada hastaların TRSM ile irtibatını sağlamak için daha etkili yöntemlere ihtiyaç duyulmaktadır. Sosyal çalışmacıların da olduğu etkili bir ekip çalışması ile TRSM'nin tanıtılması, faaliyetlerin yararı, damgalamanın önüne geçilerek insanların kuruma gelmelerinin sağlanması konularında çalışmalar arttırılmalıdır.

4. Ruh sağığı alanı açısından meslekî rehabilitasyon özellikle ağır ruhsal bozukluğu olan bireylerin yetenekleri doğrultusunda yapabilecekleri bir işte eğitilmesi, meslek kazandırılması anlamlarına gelmektedir. Görüşülen hasta ve hasta yakınlarının çoğı işi olmadığından şikayetçidir ve bir işte çalışmak istediklerini dile getirmişlerdir. Bu anlamda mesleki rehabilitasyonun gerçekleştirilmesi açısından yalnızca iş uğraşı terapistlerinin verdiği eğitimlerle yetinilmemeli sosyal çalışmacının da olduğu bir ekip çalışması gerçekleştirilerek somut hedefler doğrultusunda müdahaleler uygulanmalıdır.
5. Psikiyatrik sosyal hizmet alanında ve özellikle yeni kurulan TRSM'ler de sosyal çalışmacıların görevleri ile ilgili çok az çalışma mevcuttur. Psikiyatri ve sosyal hizmet alanında akademik yayınlar arttırılmalı ve desteklenmelidir.



## KAYNAKÇA

- AASW-Australian Association of Social Workers (2015). *Scope of Social Work Practice Social Work in Mental Health*. Melbourne: Australian Association of Social Workers National Office.
- Adams, R. (2003). *Social Work and Empowerment* (Third Edition). New York: British Association of Social Workers.
- Ainsworth, M. D. S., & Bowlby, J. (1991). An Ethological Approach to Personality Development. *American Psychologist*. 46. (331-341).
- Ak, M., Yazıhan, N. T., Sütçigil, L. ve Hacıömeroğlu, B. (2013). İntihar Girişimi Olan Major Depresyon Hastalarında Üstbiliş Süreçleri. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 50. (95-99).
- Akarçay, D. (2013). Türkiye’de Yürütülen Ruh Sağlığı Hizmetleri Politikalarının Değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi*. Ankara.
- Akkaya, C. Altın, M., Kora, K. Karamustafahoğlu, N., Yaşan, A., Tomruk N. ve Kurt, E. (2012). Türkiye’de Bipolar I Bozukluğu Hastalarının, Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri-HOME Çalışması. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 22(1). (31-42).
- Akman, S. (2004). Stresin Nedenleri ve Açıklayıcı Kuramlar. *Türk Psikoloji Bülteni, Özel Gündem “Stres”*, 10(34-35). (40-54).
- Aksaray, G., Kaptanoğlu, C. ve Oflu, S. (1999). Koruyucu Ruh Sağlığı. *Yeni Symposium*. 37(3). (55-59).
- Aksoy, V. (2014). Ortaçağ İslam Toplamlarında Zihinsel Yetersizliği Olan Bireylerin Toplumsal Statüleri ve Eğitimleri. *International Journal of Early Childhood Special Education (INT-JECSE)*. VI(1). (102-114).
- Akvardar, Y., Çalpak, E., Etaner, U., Hürol, C., Sunat, C., Tükel, R., Üçok, A. ve Yücel, B. (2000). *Psikanalitik Kurama Giriş*. İstanbul.: Mepev Yayınları.
- Al, H. (2010). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Sakarya: Sakarya Yayıncılık.
- Alataş, G., Karaoğlu, A., Arslan, M. ve Yanık, M. (2009). Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli ve Türkiye’de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Projesi. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 46(Özel Sayı). (25-9).
- Allen, R. (2014). *The Role of the Social Worker in Adult Mental Health Services*. England: The Collage of Social Work The Voice of Social Work.
- Allen, R., Carr, S. Linde, K. And Sewell, H. (2016). *Social Work For Better Mental Health A Strategic Statement*. Gov.Uk Department Health.
- Altınbaş, K., S. Tunç, M. S. Yazar, S. Özçetinkaya, S. Gülöksüz ve E. T. Oral.. (2011). Kraepelin Bugün Yaşasaydı Dikotomi Varlığını Sürdürüyor Olur Muydu?. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. (321-330).
- Altıntaş, K., Oral, E. T. ve Vahip, S. (2005). İki Uçlu Depresyon ve Tedavisi. *Düşünen Adam*. 18 (1). (48-54).
- Altunışık, R., Coşkun, R., Bayraktaroğlu, S. ve Yıldırım, E. (2010). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı* (6. Baskı). Sakarya: Sakarya Yayıncılık.

- American Psychiatric Association (APA) (2014), *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı* (DSM-5) (Beşinci Baskı). (Çev. Köroğlu E.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery From Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 16(4). (1-10).
- Anthony, W. A. (2000) A Recovery-Oriented Service System: Setting Some System Standards. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 24(2). (159-168).
- Apak, H. (2018). Güçlendirme ve Maneviyata Duyarlı Sosyal Hizmet. *International Journal of Social Science*. 67. (399-411).
- Arguvanlı, S. ve Taşçı, S. (2013). Bipolar Bozuklukda Bakım Verenlerin Sorunları. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 1(1). (21-30).
- Arıkan, Ç. ve Dilek, L. (1996). *Ruh Hastalıklarının Tedavisinde Psiko-Sosyal Bir Boyut*. Ankara.
- Arıkan, R. (2013). *Araştırma Yöntem ve Teknikleri* (2. Baskı). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Arslandaş, H. ve Adana, F. (2011). Şizofreninin Bakım Verenlere Yüktü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*. 3(2). (251-277).
- Arslandaş, H., Sevinçok, L., Uygur, B., Balcı, V. ve Adana, F. (2009). Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerine Yapılan Psikoeğitimin Hastalardaki Klinik Gidişe ve Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumu Düzeylerine Olan Etkisi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 10(2). (3-10).
- Artan, İ. (2016). Dünya’da ve Türkiye’de Sosyal İnceleme Raporları. <http://www.psikososyalhizmet.com/8/dtsir.pdf>. Erişim Tarihi: 12.09.2016.
- Aşık, E. ve Barlas, G. Ü. (2016). Psikiyatri Hemşireleri İçin Bir Alan: Şizofrenide Duygu Tanıma ve Sosyal İşlevsellik. *G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN*. 2(2). (92-96).
- Atagün, M. İ., Balaban, Ö. D., Atagün, Z., Elagöz, M. ve Özpolat, A. Y. (2011). Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yüktü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*. 3. (513-552).
- Auliffe, C. M. (2009). Experiences of Social Workers within an Interdisciplinary Team in The Intellectual Disability Sector. *Critical Social Thinking: Policy and Practice*. 1. (125-143).
- Auslander, G. (2001). Social Work in Health Care : What Have We Achieved?. *Journal of Social Work*. 1(2). (201-222).
- Avasthi, A. (2016). Are Social Theories Still Relevant İn Current Psychiatric Practice?. *Indian J Soc Psychiatry*. 32. (3-9).
- Avcil, C., Bulut, H. ve Sayar, G. H. (2016). Psikiyatrik Hastalıklar ve Damgalama. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2. (175-202).
- Aydın, E., Tabo, A., Karamustafalıoğlu, K. O., Alataş, G., Yiğit, S., Aydın, E. ve Erkuş, G. E. (2014). Döner Kapı Olgusu: Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmet Modeline Geçişin Psikiyatri Servisine Yatış Üzerine Etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 15. (185-191).
- Babaoğlu, A. (2002). *Psikiyatri Tarihi* (2. Baskı). İstanbul: Okuyan Us Yayın.
- Bademli, K. ve Duman, Z. Ç. (2013). Şizofreni Hastalarının Bakım Verenleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*. 5(4). (461-478).

- Bag, B. (2012). Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Hemşirenin Rolü: İngiltere Örneği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 4(4). (465-485).
- Bag, B. (2018). Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliğinde Uygulamaya Yönelik Bir Model Örneği: “Recovery”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*. 10(4). (471-483).
- Barker, R. L. (2003). *The Social Work Dictionary* (4th ed.). Washington: NASW Press.
- Barton, R. (1999). Psychosocial Rehabilitation Services in Community Support Systems: A Review of Outcomes and Policy Recommendations. *Psychiatric Services*. 50(4). 525-534.
- Başer, D., Kırlioğlu, M. ve Aktaş, A. M. (2013). Sosyal Hizmet Mesleğinin Bir Uygulama Alanı Olarak Toplum Temelli Ruh Sağlığı Sistemi ve Güncel Değişimler. *Toplum ve Sosyal Hizmet*. 24(2). (179-192).
- Başoğlu, C. Ve Buldukoğlu, K. (2015). Depresif Bozukluklarda Psikososyal Girişimler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*. 7(1). (1-15).
- Bayülkem, F. (1998). *Türkiye’de Nöroloji Nöroşirurji ve Psikiyatri’nin Tarihi Gelişmesi*. İstanbul: Ruh Hastalarını Readaptasyon Derneği Yayınları.
- Becker, H. S. (1963). *Outsiders Studies and The Sociology of Deviance*. London: The Free Press.
- Bilge, A. ve Çam, O. (2010). Ruhsal Hastalığa Yönelik Damgalama ile Mücadele. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 9(1). (71-78).
- Binbay, T., Ulaş, H., Elbi, H. ve Alptekin, K. (2011). Türkiye’de Psikoz Epidemiyolojisi: Yaygınlık Tahminleri ve Başvuru Oranları Üzerine Sistematik Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 22(1). (40-52).
- Bland, R.C., Orn, H. and Newman, S. C. (1988). Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. In: Bland RC, Newman SC, Orn H, eds. *Epidemiology of Psychiatric Disorders in Edmonton*. Açta Psychiatrica Scandinavica. 77( 338). (24-32).
- Bloom, D.E., Cafiero, E.T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L.R., Fathima, S., Feigl, A.B., Gaziano, T., Mowafi, M., Pandya, A., Prettnner, K., Rosenberg, L., Seligman, B., Stein, A.Z., & Weinstein, C. (2011). *The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases*. Geneva: World Economic Forum.
- Bogg, D. (2009). *The Integration of Mental Health Social Work and the NHS*. Great Britain: Learning Matters Ltd.
- Bonkalo, A. (1956). Emil Kreapelin (1856-1926). *Can Med Assoc J*. 74(10). (835).
- Botha UA, Koen L, Joska JA, Parker JS, Horn N, Linda M, et al. (2010). The Revolving Door Phenomenon in Psychiatry: Comparing Low-Frequency And Highfrequency Users of Psychiatric Inpatient Services in a Developing Country. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 45. (461-468).
- Bowlby, J. (1969), Attachment and Loss, Vol. 1: Attachment. New York: Basic Books.
- British Journal of Social Work (2015). Editorial: SocialWork and Recover. *Oxford University Press*. 45(1). (i1-i8).
- Bronstein, L. R. (2003). A Model for Interdisciplinary Collaboration. *Social Work*. 48(3). (297-306).

- Brown, M. E., Livermore, M. and Ball, A. (2015). Social Work Advocacy: Professional Self-Interest and Social Justice. *Journal of Sociology & Social Welfare*. XLII(3). (45-63).
- Buldukoğlu, K., Bademli., K., Karakaya, D., Göral, G. ve Keser, İ. (2011). Ruhsal Hastalığı Olan Ebeveynle Yaşamak, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*. 3(4). (683-703).
- Bullock, S., Brestovanský, M. and Lenčo, P. (2015). *Gençlik Çalışmalarında Sosyal İçerme, Çeşitlilik ve Eşitlik İlkeleri ve Yaklaşımlar*. Avrupa Komisyonu.
- Bulut, I. (1993). Ruh Sağlığının Aile İşlevlerine Etkisi. Başbakanlık Kadın ve Sosyal Hizmetler Müsteşarlığı Yayınları. Yayın No: 74. Ankara: Kılıçarslan Matbaası.
- Burger, J. M. (2006). *Kişilik Psikolojisi Biliminin İnsan Doğasına Dair Söyledikleri*. (Çev. İnan Deniz Erguvan Sarıoğlu). İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Canadian Mental Health Association (2010). *Employment and Education for People with Mental Illness*. Ontario: CAMH & CMHA.
- Candansayar, S. ve B. Coşar. (2001). Kültürlerarası Psikiyatri Açısından Ruh Hastalığı Kavramı. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*. 2(1). (21-30).
- Cebiroğlu, R. (1961). Psikiyatri ve Çocuk Rehberliğinde Sosyal Yardımcılık. *Sosyal Hizmetler Dergisi*. 1(4).
- Cheniaux, E., Landeira-Fernandez, J., Telles, L. L., Lessa, J. L. M., Dias, A., Duncan, T. and Versiani, M. (2008). Does Schizoaffective Disorder Really Exist? A Systematic Review of the Studies That Compared Schizoaffective Disorder with Schizophrenia or Mood Disorders. *Journal of Affective Disorders*. 106. (209-217).
- Compton, M. T., Kopley, C., Oleskey, C., Powers, R. A., Pruitt, D. and Wissow, L. (2010). Prevention in Mental Health. Michael T. Compton (Ed.). *Clinical Manual of Prevention in Mental Health*. American Psychiatric Publishing.
- Corcoran, J. and Walsh, J. (2006). *Clinical Assessment and Diagnosis in Social Work Practice*. New York: Oxford University Press.
- Cotton, S. M., Lambert, M., Schimmelmänn, B. G., Mackinnon, A., Gleeson, J. F. M., Berk, M., Hides, L., Channen, A. M., Scott, J., Schöttle, D., McGorry and Conus, P. (2013). Differences Between First Episode Schizophrenia and Schizoaffective Disorder. *Schizophrenia Research*. 147. (169-174).
- Craig, T. (????). What is Psychiatric Rehabilitation, <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.534.1291&rep=rep1&type=pdf>. Erişim Tarihi: 18.02.2017.
- Cullen, L. T. (2012). The First Lady Almoner: The Appointment, Position, and Findings of Miss Mary Stewart at the Royal Free Hospital, 1895–99. *Oxford University Press*. 68(4). (551-582).
- Çam, O. ve Çuhadar, D. (2011). Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerde Damgalama Süreci ve İçselleştirilmiş Damgalama. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2(3). (136-140).
- Çıraklı, Ü., Çelik, Y. ve Beylik, U. (2015). Etkili Ekip Çalışmasının Sağlıkta Önemi Ve Faydaları: Bir Literatür Çalışması. *Sağlık Akademisi Dergisi*. 2(3). (140-146).
- Çıtak, E. A. (2017). Psikiyatrik Rehabilitasyon. Ed. Seda Attepe Özden, Emre Özcan. *Tıbbi Sosyal Hizmet* içinde. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Dağ, İ. (2003). Türkiye'de Ulusal Ruh Sağlığı Politikaları Konusunda Yapılmış Sistemik Çalışmalar. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*. 11(1). (59-67).

- Daş, Z. (1999). Vaka Yönetimi ve Bakım Protokolü. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 3(2). (11-17).
- Đečević, M., Janković, U. and Čekerevac, A. (2015). The Social Paradigm in Psychiatry as a Link Between Social Work and Psychiatry in Theory And Practice. *Ljetopis Socijalnog Rada*. 22(3). (371-392).
- Deegan, P. (1988). Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 11(4). (11-19).
- Demir, L. (2012). *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri*. Ankara: Matsa Basımevi.
- Deveci, A., Danacı, A. E., Yurtsever, F., Deniz, F. ve Yüksel, E. G. (2008). Şizofrenide Psikososyal Beceri Eğitiminin Belirti Örüntüsü, İçgörü, Yaşam Kalitesi ve İntihar Olasılığı Üzerine Etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 19(3). (266-273).
- Doğan, M. (2009). Ruh Sağlığı ve Sosyal Hizmetler. Ed. Ömer Zühtü Altan. *Sosyal Hizmet Uygulamaları* içinde. T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını. No:1959.
- Doğan, O. (2016). Düünden Bugüne Türkiye’de Sosyal Psikiyatri Uygulamaları. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 17(2). (136-142).
- Doğan, S., Doğan, O., Tel, H., Çoker, F., Polatöz, F. ve Başegmez, F. D. (2002). Şizofrenide Psikososyal Yaklaşımlar: Ayaktan Hastalar, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3. (69-74).
- Drake, R. E. & Latimer, E. (2012). Lessons Learned in Developing Community Mental Health Care in North America. *World Psychiatry*. 11. (47-51).
- Drake, R. E., Essock, S. M., Carey, K. B., Minkoff, K., Kola, L., Lynde, D., Osher, F., Clark, R. E. and Rickards, L. (2001). Implementing Dual Diagnosis Services for Clients With Severe Mental Illness. *Psychiatric Services*. 52(4). (469-476).
- Duggan, M. (2002). *Modernising the Social Model in Mental Health: A Discussion Paper*, SPN by Topss England.
- Dumais, A., Lesage, A. D., Alda, M., Rouleau, G., Dumont, M., Chawky, N., Roy, M., Mann, J. J., Benkelfat, C., Turecki, G. (2005). Risk Factors For Suicide Completion in Majör Depression: A Case-Control Study of İmpulsive and Aggressive Behaviors in Men. *Am J Psychiatry*. 162. (2116-2124).
- Duman, Z. Ç. ve Bademli, K. (2013). Kronik Psikiyatri Hastalarının Aileleri: Sistematik Bir İnceleme. *Psikiyatrie Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*. 5(1). (78-94).
- Dursun, H. (1997). Damgalama Teorisi ve Suç. *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*. 3(4). (309-322).
- Duyan, V. (1996). *Sağlıkta Psiko-Sosyal Boyut (Tıbbi Sosyal Hizmet)*. Ankara: 72 TDFO.
- Duyan, V. (2003). Hastaların Karşılaştığı Sorunlar ve Çözümleri Odağında Tıbbi Sosyal Hizmet. *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*. 25(4). (39-44).
- Duyan, V. (2012). *Sosyal Hizmet Temelleri, Yaklaşımları, Müdahale Yöntemleri*. Ankara: Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Genel Merkezi. Yayın No: 020.
- Ekmekçi, P. E. (2018), Psikiyatri Tarihinde Bir Dönüm Noktası: 19. Yüzyılda Avrupa’daki Gelişmeler ve Etkileri, *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*. 26(2). (77-85).
- Engel, G. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine, *Science*, 196(4286). (129-136).

- Ensari, H. (2008). Türkiye'de Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Mevcut Durum. *T. B. Müdürlüğü 5. Aile Şurası "Aile Destek Hizmetleri" Bildirileri* içinde (s. 88-92). Ankara: T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü.
- Erbay, E. ve Tuncay, T. (2010). İnsan Hakları Eğitimi: Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Bir Değerlendirme. *TAAD*. 1(3). (147-162).
- Erer, S. ve E. Atıcı. (2010). Selçuklu ve Osmanlılarda Müzikle Tedavi Yapılan Hastaneler. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 36(1). (29-32).
- Ergün, G., Işık, I. ve Dikeç, G. (2014). *Ülkemizdeki Psikiyatri Kliniklerinin Tedavi Edici Ortam Yönünden İncelenmesi*, Vehbi Koç Vakfı, Proje No-VKV 2014-4, Isparta.
- Eroğlu, M. Z. ve Özpoyraz, N. (2010). Bipolar Bozuklukta Koruyucu Tedavi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Current Approaches in Psychiatry*. 2(2). (206-236).
- European Communities (2010). *Promoting Social Inclusion and Combating Stigma for Better Mental Health and Well-Being*. Lisbon: European Communities.
- European Social Network (2011). *Mental Health and Wellbeing in Europe A Person-Centred Community Approach*, United Kingdom: European Community Programme.
- Evliya Çelebi. (2011). *Evliya Çelebi Seyahatnamesi*. Ed. M. Sabri KOZ. İstanbul: Yapı Kredi Kültür Sanat Yayıncılık.
- Fekadu, N., Shibeshi, W. ve Engidawork, E. (2017). Major Depressive Disorder: Pathophysiology and Clinical Management. *Journal of Depression and Anxiety*. 6(1). (1-7).
- Gençel, Ö. (2006). Müzikle Tedavi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*. 14(2). (697-706).
- Gençtan, E. (2015). *Psikodinamik Psikiyatri ve Normal Dışı Davranışlar*. İstanbul: Metis Yayıncılık.
- Gill, C. (1994). *Two Models of Disability*. Chicago: University of Chicago.
- Golightley, M. (2008). *Social Work and Mental Health*. Great Britain: Learning Matters Ltd.
- Goodwin, G. M. (2012). Bipolar Disorder. *Medicine*, 40(11). (596-598).
- Gökçe, O. ve Bulduklu, Y. (2015). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda “Müşteri Hasta” ve Etik Sorunlar. *SÜ İİBF Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*. 29 (38-61).
- Göksu, T. ve Karakaya, M. (2009). Polisin Sapma Davranışlarının Etiketleme Kuramı Açısından Değerlendirilmesi. *Polis Bilimleri Dergisi*. 11(4). (27-43).
- Grande, I., Berk, M., Birmaher, B. and Vieta, E. (2016). Bipolar Disorder. *Lancet*. 387. (1561–1572).
- Güleç, G. (2016). Psikiyatrik Bozukluklar ve İntihar. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*. 9(3). (21-25).
- Gültekin, B. K., Güler, J., Kesebir, S., Gülücü, A. ve Ergelen, M. (2013). Şizofreni Hastalarında Tekrarlayan Yatış Sıklığı ve Öngörücüler. *Klinik Psikiyatri*. 16. (225-231).
- Gümüş, F., Buzlu, S. ve Çakır, S. (2016). Bipolar Bozukluk için Örnek Bir Bireysel Psikoeğitim Modeli. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 7(3). (142-147).

- Gürler, G. (2017). Psikiyatrinin Toplumsal Etkilerine Dair Nitel Bir Araştırma: Ege Üniversitesi Örneği. *Sosyoloji Dergisi*. 35. (21-44).
- Hasgöl, E. (2017). Tıbbi Sosyal Hizmet Ortamlarında Sosyal İnceleme Raporu ve Kayıt. *Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 18(1), ICEBSS Özel Sayı. (363-374).
- Hay, A. (1990). *The Cape Town Child Guidance Clinic 1935 – 1971 an Historical Analysis*. Submitted in Partial Fulfillment of The Requirements for The Degree of Master of Arts in the Department of Psychology of the University of Cape Town.
- Hochmann, J. (2013). *Psikiyatri Tarihi*. Ankara: Kültür Kitaplığı.
- Hopaç, M. (2014). İbn-i Sina Tıp Felsefesi. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 7(37). (382-389).
- Horwitz, A. V. and Gerald N. G. (2011). The Checkered History of American Psychiatric Epidemiology. *The Milbank Quarterly*. 89(4). (628–657).
- <http://history.amedd.army.mil/booksdocs/wwii/NeuropsychiatryinWWIIVolII/chapter20.htm>. Erişim Tarihi: 03.04.2017
- <http://tokyocounseling.com/english/media/japanpsw.html> Erişim Tarihi: 10.09.2018.
- <http://www.casw-acts.ca/en/role-social-work-mental-health>. Erişim Tarihi: 03.09.2017
- <http://www.emedmd.com/content/schizoaffective-and-schizotypal-disorders>. Erişim Tarihi: 03.04.2016
- [http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/tekd/pdf/TRSM\\_rehber.pdf](http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/tekd/pdf/TRSM_rehber.pdf) . Erişim Tarihi: 18.04.2017
- <http://www.japsw.or.jp/psw/index.htm> Erişim Tarihi: 10.09.2018.
- [http://www.stephanehaefliger.com/campus/biblio/017/17\\_47.pdf](http://www.stephanehaefliger.com/campus/biblio/017/17_47.pdf). Erişim Tarihi: 03.02.2017
- <http://www.thegisw.org/copy-of-social-casework>. Erişim Tarihi: 06.03.2017
- <https://encyclopedia.thefreedictionary.com/recovery+model>. Erişim Tarihi: 03.04.2017
- <https://www.aasw.asn.au/information-for-the-community/mental-health-social-workers>. Erişim Tarihi: 03.04.2018
- <https://www.casw-acts.ca/en/role-social-work-mental-health>. Erişim Tarihi: 12.08.2017
- <https://www.cimer.gov.tr/>. Erişim Tarihi: 03.08.2018
- [https://www.hopkinsmedicine.org/psychiatry/expert\\_team/social\\_work/dept\\_history.html](https://www.hopkinsmedicine.org/psychiatry/expert_team/social_work/dept_history.html). Erişim Tarihi: 03.12.2016
- [https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness.shtml#part\\_154790](https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness.shtml#part_154790). Erişim Tarihi: 03.04.2018
- <https://www.psikolog.org.tr/assets/uploads/file/RSY-24-11-2017.pdf>. Erişim Tarihi: 03.06.2018
- Hussein, S. (2011). *Social Work Qualifications and Regulation in European Economic Area (EEA)*. London: Commissioned by the General Social Care Council and Skills for Care & Development.
- Jackson, P. (1983). Principles and Problems of Participant Observation. *Human Geography*. 65(1). (39-46).

- Jacop, K. S. (2015). Recovery Model of Mental Illness: A Complementary Approach to Psychiatric Care, *Indian J Psychol Med.* (Apr-Jun). 37(2). (117–119).
- Kanata, T. (2016). Japanese Mental Health Care in Historical Context: Why Did Japan Become a Country With So Many Psychiatric Care Beds?. *Social Work/Maatskaplike Werk.* 52(4). (471-489).
- Katzenbach, J. R. and Smith, D. K. (1993). *The Wisdom of Teams Creating the Hight-Performance Organization.* Harvard Business School Press.
- Keçeci, G. (2017). Makro Sosyal Hizmet Uygulamasında Kullanılan Modeller, Teknikler ve Sosyal Hizmet Uzmanlarının Roller, *Toplum ve Sosyal Hizmet.* 28(1). (187-201).
- Kesebir, S., İnanç, L. ve Yıldırım, G. (2013). Bipolar Bozukluk Tip I ile Tip II'nin Depresyon Atakları Arasındaki Farklılıklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry.* 5(3). (290-298).
- Kılıç, A. (2012). *Anadolu Selçuklu ve Osmanlı Şefkat Abideleri Şifahaneler.* İstanbul: Medikal Park.
- Kılınç, T. (2001). Lider, Liderlik, Takım Liderliği. *Rota Yayınları Executive Academy,* 4(46).
- Kızılcıkelik, S. (1994a). *Sosyoloji Teorileri 1* (2. Baskı). Konya: Yunus Emre Yayıncılık.
- Kızılcıkelik, S. (1994b). *Sosyoloji Teorileri 2* (2. Baskı). Konya: Yunus Emre Yayıncılık.
- Knott, L. (2015). Poverty and Mental Health. <https://patient.info/doctor/poverty-and-mental-health>. Erişim Tarihi: 13.12.2017.
- Kongar, E. (1978). *İnsani Yönlendirme ve Sosyal Hizmetler (Sosyal Çalışmaya Giriş)* (II. Baskı). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Koşar, N. G. (1987). Sosyal Kişisel Çalışmada Vaka Kayıtları. *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Dergisi.* 5(1). (35-48).
- Köknel, Ö. (1998). *Kötü Ruhtan Ruh Sağlığına (Türkiye’de Psikiyatri Tarihi).* İstanbul: Alfa Basın Yayıncılık.
- Köroğlu, A. ve Hocaoglu, Ç. (2017). Şizofreninin Aile Üzerine Olan Etkisi, *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi,* 7(3). (170-175).
- Köroğlu, E. (2012). *Psikiyatri Ders Kitabı.* Ankara: HYB Basım Yayın.
- Kunze, H., Becker, T. and Priebe, S. (2004). Reform of Psychiatric Services in Germany: Hospital Staffing Directive and Commissioning of Community Care. *Psychiatric Bulletin.* 28. (218-221).
- Kümbetoğlu, B. (2017). *Sosyolojide ve Antropolojide Niteliksel Yöntem ve Araştırma.* İstanbul: Bağlam Yayıncılık.
- Lafçı, D., Pehlivan, S. ve Demiray, G. (2016). Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Ekip Çalışmasına İlişkin Görüşleri. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi.* 2(3). (55-64).
- Lamb, H. R. and Weinberger, L. E. (1998). Persons With Severe Mental İllness in Jails and Prisons. *Psychiatric Services.* 49(4). (483-492).

- Levav, I., Kohn, R., Dohrenwend, B. P., Shrout, P. E., Skodol, A. E., Schwartz, S., Link, B. G. and Naveh, G. (1993). An Epidemiological Study of Mental Disorders in a 10-Year Cohort of Young Adults in Israel. *Psychological medicine*. 23. (691-707).
- Levenstein, J. H., McCracken, E. C., McWhinney, J. R., Stewart, M. A. and Brown, J. B. (1986). The Patient Centered Clinical Method 1. A Model for The Doctor Patient Interaction in Family Medicine. *Family Practice*. (3). (24-30).
- Malaspina, D., Owen, M. J., HEckers, S., Tandon, R., Bustillo, J., Schultz, S., Barch, D. M., Gaebel, W., Gur, R. E., Tsuang, M., Os, J. V. and Carpenter, W. (2013). Schizoaffective Disorder in The DSM-5. *Schizophrenia Research*. 150. (21-25).
- Malhi, G. S., Green, M., Fagiolini, A., Peselow, E. D. and Kumari, V. (2008). Schizoaffective Disorder: Diagnostic Issues and Future Recommendations. *Bipolar Disorders*. 10. (215-230).
- Maraş, A. (2015). Bağlanma Kuramı Temelinde Gerçekleştirilen Bir Vaka Çalışması. *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi*. 2(3). (1-13).
- Marcus, M., Yasamy, T., Ommeren, M. V., Chisholm, D. and Saxena, S. (2012). Depression A Global Public Health Concern. *WHO Department of Mental Health and Substance Abuse*. (6-8).
- Marneros, A. (2003). Schizoaffective Disorder: Clinical Aspects, Differential Diagnosis and Treatment. *Current Psychiatry Reports*. 5. (202-205).
- MEB (2012). *Ruh Sağlığı ve Hastalıklarına Giriş*. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı.
- Mental Health Commission (2005). *A Vision for a Recovery Model in Irish Mental Health Services*. Dublin: Mental Health Commission.
- Mental Health Commission (2006). Multidisciplinary Team Working: From Theory to Practice Discussion Paper. Dublin: Mental Health Commission.
- Mosby's Medical Dictionary (2009). *Mosby's Medical Dictionary 9th edition*. Elsevier. <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/medical+model>
- NASW (National Association of Social Worker) (2005), *NASW Standards for Clinical Social Work in Social Work Practice*, Washington, DC: NASW Press.
- NASW (National Association of Social Worker) (2011). *Social Workers in Mental Health Clinics & Outpatient Facilities*. Washington: National Association of Social Worker Press.
- Neuman, W. L. (2017). Toplumsal Araştırma Yöntemleri Nitel ve Nicel Yaklaşımlar. Ankara: Yayınodası Toplum Bilim Dizisi.
- NIHM-National Institute of Mental Health (2009). *Bipolar Disorder*. U.S: NIMH publications.
- Nicholson Jr. N. R. (2009) Social İsolation in Older Adults: An Evolutionary Concept Analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 65(6). (1342–1352).
- NYS Office of Mental Health (2008). *Bipolar Disorder*. New York: New York State Office of Mental health.
- O'brein, A. M. and Calderwood, K. A. (2010). Living in the Shadows: A Canadian Experience of Mental Health Social Work. *Social Work in Mental Health*. 8. (319–335).
- O'brein, A. M. and Calderwood, K. A. (2010). Living in The Shadows: A Canadian Experience of Mental Health Social Work. *Social Work in Mental Health*. 8. (319–335).

- Onken, S. J., Craig, C. M., Ridgway, P., Ralph, R. O. and Cook, J. A. (2007). An Analysis of The Definitions and Elements of Recovery: A Review of the Literature. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 31(1). (9–22).
- Oral, M. ve Tuncay, T. (2012). Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rol ve Sorumlulukları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*. 23(2). (93-114).
- Ornellas, A. (2014). *Views of Social Workers on Their Role in Mental Health Outpatient and Community-Based Services*. Thesis Presented in Fulfillment of the Requirements for The Degree of Master of Social Work in The Faculty of Arts and Social Sciences at the University of Stellenbosch.
- Öktem, Ü. (2005). Fenomenoloji ve Edmund Husserl'de Apaçıklık (Evidenz) Problemi. *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi*. 45(1). (27-55).
- Öz, Y. C. ve Barlas, G. Ü. (2017). Şizofrenili Bireylerde İstihdamın Önemi. *G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN*. 3(Ek sayı). (46-50).
- Özbesler, C. (2015). Sosyal İnceleme ve Değerlendirmede Kuramsal Bilgi ve Yetkinliğin Önemi. *Sosyal Hizmet Dergisi*. (18-26).
- Özdemir, U. (1998). *Psikiyatrik Sosyal Hizmet*. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara.
- Özdemir, U. (1999). Psikiyatri Tedavi Ekibinin "Ekip Çalışması" Kavramına İlişkin Kendi Bilgilerini ve Çalıştıkları Psikiyatri Tedavi Kurumlarını Değerlendirmeleri. *Kriz Dergisi*. 7(2). (17-24).
- Özdemir, Uğur; (2000). *Türkiye'de Psikiyatrik Sosyal Hizmet*. Ankara: Aydınlar Matbaası.
- Özdemir, Ü. ve Taşçı, S. (2013). Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 1(1). (57-72).
- Özden, A. S. (2017). Psikiyatri Kliniğinde Sosyal Hizmet Uygulamaları. Ed. Seda Attepe Özden ve Emre Özcan. *Tıbbi Sosyal Hizmet içinde*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Özer, Ü., Yıldırım, A. E. ve Erkoç, Ş. N. (2015). Major Depresyon Olgularında İntihar Düşünce ve Davranışının Bağlanma Biçimi ile İlişkisi. *Arch Neuropsychiatr*. 52. (283-288).
- Özpoyraz, N. ve Taman, L. (1998). Şizofrenik Bozukluk. *Galenos*. (26-31).
- Öztürk, G. Ç. ve Çam, M. O. (2017). Ebeveyninde Bipolar Bozukluk Olan Gençlerin Benlik Tasarımlarının İncelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 8(2). (66–71).
- Öztürk, M. O. (1983). Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (İkinci Baskı). *Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını*. Yayın No.7, Ankara.
- Öztürk, M. O. ve Uluşahin, A. (2011). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I* (Yenilenmiş 11. Baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Özürlüler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun (2005), Kanun No: 5378, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/07/20050707-2.htm>. Erişim Tarihi: 12.04.2017.
- Padhy, S. ve Hedge, A. (2014). Şizoafektif Bozukluk: Kavramın Ortaya Çıkışı ve Güncel Durumu. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 25. (1-7).

- Pate, A. (2014). Social İsolation: İts İmpact on The Mental Health and Wellbeing of Older Victorians. *Cota Victoria Working. Paper No. 1*. Melbourne.
- Patton, M.Q. (2014). Nitel Araştırmanın Doğası. (çev.:Mesut Bütün ve Selçuk Beşir Demir). *Nitel Araştırma ve Değerlendirme Yöntemleri* içinde.(3-29). Ankara: Pegem Yayınları.
- Pehlivan, T. ve Güner, P. (2015). Teorilerin Psikiyatri Hemşireliğinde Kullanımı-II. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 7(2). (100–104).
- Poloma, M. (1993). *Çağdaş Sosyoloji Kuramları* (2. Basım). Ankara: Gündoğan Yayınları.
- Pratt, C. W., Gill, K. J., Barrett, N. M. and Roberts M. M. (2007). *Psychiatric Rehabilitation* (Second Edition), Elsevier Academic Press. UK.
- Ravelli, D. P. (2006). Deinstitutionalisation of Mental Health Care in The Netherlands: Towards an Integrative Approach. *International Journal of Integrated Care*. 6 (15). (1-11).
- Reay-Young, R. (2001). Ciddi Bir Zihinsel Hastalıkla Yaşayan İnsanların Yakınları İçin Destek Grupları: Genel Bir Bakış. *Uluslararası Psikososyal Rehabilitasyon Dergisi*. 5. (147-168). <http://www.psychosocial.com/psr/supgroup.html>. Erişim Tarihi: 05.02.2018.
- Rullo, D. (2001). The Profession of Clinical Social Work. *Research on Social Work Practice*. 11(2). (210-216).
- Saillard, E. K. (2010). Ruhsal Hastalara Yönelik Damgalamaya İlişkin Psikiyatrist Görüşleri ve Öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 21(1). (14-24).
- Saka, M. C., Özer, S. ve Uluşahin, A. (2001). Bipolar Bozukluk Bir Yıllık İzlem Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 12(4). (283-292).
- SAMSHA National Registry of Evidence-based Programs and Practices (NREPP) (2016). Behind the Term: Serious Mental Illness. (2). [https://nrepp.samhsa.gov/Docs/Literatures/Behind\\_the\\_Term\\_Serious%20%20Mental%20Illness.pdf](https://nrepp.samhsa.gov/Docs/Literatures/Behind_the_Term_Serious%20%20Mental%20Illness.pdf). Erişim Tarihi: 13.05.2018.
- Sarı, N. ve B. Akgün. (2008). Türk Tarihinde Psikiyatriye Bakış. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*. 62. (1-24).
- Saruç, S. ve Kılıç, A. K. (2015). Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden Hizmet Alan Hastaların Sosyal Profili Ve Merkezde Verilen Hizmetler. *Toplum ve Sosyal Hizmet*. 26(2). (53-71).
- Schaffer, A., Isometsä, E. T., Tondo, L., Moreno, D. H., Sinyor, M., Kessing, L. V., Turecki, G., et al. (2015). Epidemiology, Neurobiology and Pharmacological Interventions Related to Suicide Deaths and Suicide Attempts in Bipolar Disorder. *Aust N Z J Psychiatry*. 49(9). (785–802).
- Schulz, M. (2012). Mental Health Services in Germany. *Mental health services in Europe*. (97-120).
- Selcik, O. ve Güzel, B. (2016). Sosyal Hizmet Mesleğinin Çalışma Alanı ve Sosyal Hizmet Uygulamasının Türkiye Ölçeğinde Değerlendirilmesi. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 9(46): (461- 469).
- Semiz, M., Atik, S. ve Erdem, M. (2016). Majör Depresyon Hastalarında Travmatik Yaşantılar Sonrası EMDR Uygulamasının Tedaviyi Güçlendirici Etkileri: Olgu Serisi. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 29. (91-95).
- Sharac, J., McCrone, P., Sabes-Figuera, R., Csipke, E., Wood, A., and Wykes, T. (2010). Nurse and Patient Activities and Interaction on Psychiatric Inpatients Wards: A Literature Review. *International Journal of Nursing Studies*. 47(7). (909-917).

- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2009). *An Overview of Adult Attachment Theory*. In J. H. Obegi, E. Berant (pp.17-45). New York: The Guilford Press.
- Sheafor, B. W. and Horejsi, C. J. (2012). *Sosyal Hizmet Uygulaması Temel Teknikler ve İlkeler*. Ankara: Nika Yayınevi.
- Singh, V. ve Bowden, C. L. (2006). Bipolar Bozukluk, Karma Dönemlerin Tanı ve Tedavisindeki Gelişmeler. *New/Yeni Symposium Journal*. 44(1). (23-33).
- Songar, A. (1977). *Psikiyatri Modern Psikobioloji ve Ruh Hastalıkları* (Birinci Baskı). İstanbul: Geçit Kitabevi.
- Songur, C., Saylavcı, E. ve Kıran, Ş. (2017). Avrupa’da ve Türkiye’de Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi. *Social Sciences Studies Journal*. 3(4). (276-289).
- Srivastava, P. and Panday, R. (2016). Psychoeducation an Effective Tool as Treatment Modality in Mental Health. *The International Journal of Indian Psychology*. 4(1). (123-130).
- Starnino, V. R. (2009). An Integral Approach to Mental Health Recovery: Implications for Social Work. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*. 19. (820–842).
- Stefansson, C. G. & Hansson, L. (2001). Mental Health Care Reform in Sweden, 1995. *Acta Psychiatr Scand*. 104(410). (82-88).
- Stefansson, J. G., L ndal, E., Björnsson, J. K. And Gu omundsd ttir,  . (1991) Lifetime Prevalence of Specific Mental Disorders Among People Born in Iceland in 1931. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 84. (142-149).
- Sullivan, W. P. (1997). A Long and Winding Road: The Process of Recovery from Severe Mental Illness. In Spaniol, L., Gagne, C. and Koehler, M. (Eds) *Psychological and Social Aspects of Psychiatric Disability* içinde. Boston: Centre for Psychiatric Rehabilitation.
- Sundararaman, R. (2009). *U. S. Mental Health Delivery System Infrastructure: A Primer*. Congressional Research Service.
- Sungur, M. Z. ve Yalnız,  . (1999). Şizofreni Tedavisinde Bilişsel-Davranışçı Yaklaşımlar. *Klinik Psikiyatri*. 2. (160-166).
- Szabo, S., Tache, Y. and Somogyi, A. (2012). The legacy of Hans Selye and the origins of stress research: A retrospective 75 years after his landmark brief “Letter” to the Editor. *Stress, Informa Healthcare USA*, 15(5). (472–478).
- Şahin, Ç. (2014). Veri Toplama Teknikleri. Ed. Remzi Y. Kıncal. *Bilimsel Araştırma Yöntemleri* içinde. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Şahin, F. (2001). Sosyal Hizmette G   ler Perspektifi ve     m Odaklı Mülakat. *Aile ve Toplum*. 1(4). (1-13).
- Şengül, E. (2008). Kültür Tarihi   inde Müzikle Tedavi ve Edirne Sultan II. Bayezid Dar    fası. *Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*. Edirne.
- T. C. Sağlık Bakanlığı. (2001). *Herkese Sağlık Türkiyenin Hedefleri ve Stratejileri*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- T. C. Sağlık Bakanlığı. (2006). *Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.

- T.C. Sağlık Bakanlığı (2011a). *Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023)*. Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2011b). *Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge*. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11269/toplum-ruh-sagligi-merkezleri-hakkinda-yonerge.html>. Erişim Tarihi: 07.04.2016.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2011c). Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi, <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1349,img071372pdf.pdf?0>. Erişim Tarihi: 07.04.2016.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2011). *Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulmasına ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge*. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1361,tsmyonergepdf.pdf?0>. Erişim Tarihi: 07.04.2016.
- Tan, S. Y. And Yip, A. (2018). Hans Selye (1907-1982): Founder of The Stress Theory. *Singapore Med J*. 59(4). (170-171).
- Tanioka, T., Mano, M., Aotani, E., Furuta, B., Takenaka, M., Kobayashi, H. and Sugawara, K. (2002). Nurse & Social Worker Collaboration in Psychiatric Care; KJ Method Used to Identify Cross-Professional Issues. *Kawasaki Journal of Medical Welfare*. 8(2). (73-80).
- Tekin, H. H. (2006). Nitel Araştırma Yönteminin Bir Veri Toplama Tekniği Olarak Derinlemesine Görüşme. *İstanbul Üniversitesi Sosyoloji Dergisi*. 3(13). (101-116).
- Thornicroft, G. & Tansella, M. (2002). Balancing Community-Based and Hospital-Based Mental Health Care. *World Psychiatry*. 1(2). (84-90).
- Thornicroft, G. and Tansella, M. (2013). The Balanced Care Model: The Case For Both Hospital- And Community-Based Mental Healthcare. *The British Journal of Psychiatry*. 202. (246-248).
- Topkaya, Z. E. (2006). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri (Yıldırım, A. ve H. Simsek). *Eğitimde Kuram ve Uygulama*. 2 (2). (113-118).
- Toy, M. (1948). *The Social Worker's Function in a Child Guidance Clinic Team in Treating Problems of Poor School Adjustment in Children with Average or High IQ's a Study of Twenty Representative Cases*. Boston University School of Social Work Theses.
- Trautmann, C., Kleiße, C. and Müller, C. (2017). *The Psychiatric Health Care System in Germany Utilization of Medical Care: Understanding, Evaluating and Deciding*. Familien-Selbsthilfe Psychiatrie.
- Trent, J. W. *Moral Treatment*. <http://www.disabilitymuseum.org/dhm/edu/essay.html?id=19>. Erişim tarihi: 19.03.2018
- Tüzün, O. ve Sayar, K. (2006). Bağlanma Kuramı ve Psikopatoloji. *Düşünen Adam Dergisi*. 19(1). (24-39).
- Uçan, G., Çalım, S. İ. ve Yıldırım, Ş. (2015). Sosyal Hizmet Uzmanlarının Sağlık İletişimi Alanındaki Rol ve Fonksiyonları. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2(4). (91-100).
- Ulaş, H. (2008), Batı Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye’de Psikiyatrik Hizmetler. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*. 11(2). (2-12).
- Uluğtekin, S. (2004). *Çocuk Mahkemeleri ve Sosyal İnceleme Raporları*. Ankara: Türkiye Barolar Birliği.
- Ulusoy H. ve Tokgöz, D. M. (2009). Hekim ve Hemşirelerin Ekip Çalışmasına İlişkin Görüşleri. *Pamukkale Tıp Dergisi*. 2(2). (55-61).

- Urizar, A. C., Maldonado, J. G. and Castillo, C. M. (2009). Quality of Life in Caregivers of Patients with Schizophrenia: A Literature Review. *Health Qual Life Outcomes*. 7(84). (1-5).
- Ülken, H. Z. (1967). İbn-i Sina'nın Felsefesi. *İslam Felsefesi, Kaynakları ve Tesirleri* içinde. Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.
- Ünsal, G., Karaca, S., Arnik, M., Öz, Y. C., Aşık, E., Kızılkaya, M., ve Şıpkın, S. (2014). Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Psikiyatri Hemşiresinin Rollerine İlişkin Görüşleri. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 4(2). (90-95).
- Vırt, O., Kokaçya, M. H., Bülbül, F., Çıtak, S. Ve Savaş, H. A. (2009). Şizoaftif Bozukluk Hastalarının Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 10. (204-211).
- Waghorn, G. and Lloyd C. (2005). The Employment of People with Mental İllness. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health (AeJAMH)*. 4(2) (Supplement). (1-43).
- Wallace, Ruth ve Wolfe, Alison (2012). *Çağdaş Sosyoloji Kuramları: Klasik Geleneğin Genişletilmesi* (3. Baskı). (Çevirenler, Leyla Elburuz ve Rami Ayaz). Doğu Batı Yayınları.
- Wang, J., Evans, B. L., Giacco D., Forsyth, R. et al. (2016). Social İsolation in Mental Health: A Conceptual and Methodological Review. *NIHR School for Social Care Research*. London.
- Wang, J., Evans, B. L., Giacco D., Forsyth, R. et al. (2017). Social İsolation in Mental Health: A Conceptual and Methodological Review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 52. (1451–1461).
- WHO Europe. (1998). *Health 21- Health For All in The 21st Century*. European Health for All Series. No. 5.
- WHO Nations For Mental Health (1997). *Gender Differences in The Epidemiology of Affective Disorders and Schizophrenia*. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse World Health Organization Geneva.
- WHO Nations For Mental Health (1998). *Schizophrenia and Public Health*. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse World Health Organization Geneva.
- WHO- World Health Organization. (1978). *Declaration of Alma-Ata*. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/113877/E93944.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/113877/E93944.pdf?ua=1). Erişim Tarihi: 10.09.2017
- WHO- World Health Organization. (2001). *The World Health Report 2001 Mental Health: New Understanding, New Hope*. Switzerland: World Health Organization.
- WHO- World Health Organization. (2003). *Investing in Mental Health*. Switzerland: World Health Organization.
- WHO- World Health Organization. (2014). *Mental Health Atlas*. France: World Health Organization.
- WHO-World Health Organization (2002). *Prevention and Promotion in Mental Health*. France: World Health Organization.
- WHO-World Health Organization (2004). *Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options : Summary Report*. France: World Health Organization.
- WHO-World Health Organization (2005). *Promoting Mental Health Concepts, Emerging Evidence, Practice*. Switzerland: World Health Organization.

- WHO-World Health Organization (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates*. Switzerland: WHO Document Production Services.
- Wilson, K., Ruch, G., Lymbery, M., Cooper, A. and et al. (2008). *Social Work An Introduction to Contemporary Practice*. London: Pearson Education Limited.
- World Psychiatric Association. (2011). *Community Mental Health: Putting Policy Into Practice Globally*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
- Yaman, Ö. M. (2013). *Apaçi Gençlik Gençlerin Toplumsal Davranış Yönelimleri: İstanbul'da "Apaçi" Aitkültür Grupları Üzerine Nitel Bir Çalışma*. İstanbul: Açılım Kitap.
- Yanık, M. (2007 Ekim), Türkiye Ruh Sağlığı Sistemi Üzerine Değerlendirme ve Öneriler Ruh Sağlığı Eylem Planı Önerisi. *RCHP, Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar Dergisi*. (12-16).
- Yapıcı, Ş. ve M. Yapıcı (2004). Ruh Sağlığı Yerinde İnsan. *Üniversite ve Toplum Bilim, Eğitim ve Düşünce Dergisi*. 4(2).
- Yavuz, R. (2008 Mart). Şizofreni. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi*. 62. (49-58)
- Yeloğlu, H. Ç. ve Hocaoglu, Ç. (2017). Önemli Bir Ruh Sağlığı Sorunu: Bipolar Bozukluk. *Mustafa Kemal Üniv. Tıp Derg.* 8(30). (41-54).
- Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2011). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri* (8. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Yıldırım, O., Tektüfekçi, F. ve Çukacı, Y. C. (2004). Modern Toplum Hastalığı: Stres ve Muhasebe Meslek Elemanı Üzerindeki Etkileri. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi*. 9(2). (1-20).
- Yıldız, M. (2011). Koruyucu Psikiyatri Açısından Psikiyatrik İyileştirim. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*. 4(4). (82-5).
- Yıldız, M., Tural, Ü., Kurdoğlu, S. ve Önder, M. E. (2003). Şizofreni Rehabilitasyonunda Aile ve Gönüllülerle Yürütülen Bir Kulüp-Ev Denemesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 14(4). (281-287).
- Yıldızhan, E. (2016). Bağlanma Teorisi ve Bağlanma Bozukluklarına Genel Bir Bakış. *Anadolu Kliniği*. 22(1). (66-72).
- Yılmaz, E. B. (2013). Psikiyatride Hastanın Karar Verme Kapasitesi ve Yaşanan Etik Sorunlar. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*. 21(1). (49-53).
- Yılmaz, V. (2012). *Türkiye'de Ruh Sağlığı Politikaları: Tespitler ve Öneriler*. RUSİHAK Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi Derneği, Kasım.
- Yurdakul, I.Ş.(2016). Nitel Veri Analizinin Temelleri. Işıl Kabakçı Yurdakul(Ed.) *Nitel Veri Analizinde Adım Adım Nvivo Kullanımı* içinde (1-20). Ankara: Anı Yayıncılık.
- Yurtsever, Ü. E., Kutlar, T., Tarlacı, N., Kamberyan, K. ve Yaman, M. (2001). Ruh Hastalıkları Tedavisinde Psikososyal Bir Boyut: Psikoeğitimsel Bir Model. *Düşünen Adam Dergisi*. 14(1). (33-40).
- Zastrow, C. (2000). *Social Work and Social Welfare*. United States of Amerika: Wadsworth Publishing Company.

- Zastrow, C. H. (2010). *The Practice of Social Work: A Comprehensive Worktext* (9th Edition). United States of America: Brooks/Cole Cengage Learning.
- Zaveleta, D., Samuel, K. and Mills, C. (2014). Social İsolation: A Conceptual and Measurement Proposal. *Oxford Poverty & Human Development Initiative*. 67. (1-62).
- Zengin, O. (2011). Sosyal Hizmetin Sağlık Hizmetlerinin Sunumundaki Rolü. *Konuralp Tıp Dergisi*. 3(3). (29-34).
- Zhao, S., Sampson, S., Xia, J. And Jayaram, M. B. (2015). Psychoeducation (Brief) for People with Serious Mental İllness, Cochrane Library. <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010823.pub2/abstract;jsessionid=6837696F14E9FA6A95F22CDEFF71E08.f03t02>. Erişim Tarihi: 13.08.2016.



## **EKLER**

### **EK-1.Yarı-Yapılandırılmış Görüşme Formları**

#### **1. RUH VE SİNİR HASTALIKLARI HASTANESİ VE PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE ÇALIŞAN (PSİKİYATRİST, PSİKOLOG, HEMŞİRE, İŞ-UĞRAŞ TERAPİSTİ vb.) MESLEK ELEMANLARINA UYGULANAN YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU**

1. Yaşınız?
2. Mesleğiniz?
3. Mezun olduğunuz okul?
4. Çalışma hayatınıza başlayalı kaç yıl oldu?
5. Ne kadar zamandır psikiyatri alanında çalışıyorsunuz?
6. Bulunduğunuz hastanedeki psikiyatri kliniğinde çalışma süreniz?
7. Bu alanda çalışmadan önce hangi alan/alanlarda çalıştınız?
8. Psikiyatri alanını seçme nedeniniz?
9. Psikiyatri alanına kendi isteğinizle mi yöneldiniz?
10. Size göre psikiyatri hizmetinin mutlak unsurları nelerdir?
11. Bulunduğunuz klinikte verilen psikiyatri hizmetini nitelik olarak ( personel niteliği, ekip çalışması, hastaların sorunlarının teşhisi, medikal ve sosyal model gibi) kavramları dikkate alarak nasıl değerlendirirsiniz?
12. Herhangi bir nedenle bir sosyal hizmet uzmanı ile birebir ya da bir ekip içerisinde çalıştınız mı?
13. Bu çalışma/çalışmalardan sosyal hizmet uzmanına ilişkin edindiğiniz izlenimlerden söz eder misiniz?
14. Sosyal hizmet uzmanının Psikiyatri alanındaki işlevleri hakkında ne düşünüyorsunuz?
15. Sosyal Hizmet Uzmanının sizce Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde ne gibi görevleri vardır?
16. Psikiyatri alanında çalışan sosyal hizmet uzmanının aşağıdaki rolleri açısından düşünceleriniz nelerdir?
  - a. Uygulama ve terapötik rolü
  - b. Vaka yöneticisi
  - c. Birey ve gruplara yönelik savunuculuk
  - d. Ruh sağlığı bakımında sosyal modeli teşvik edici
  - e. Bireyle ve ailesiyle çalışma
  - f. Taburculuk planlaması
  - g. Psikoeğitim ve danışmanlık

**2.TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNDE ÇALIŞAN (PSİKIYATRİST, PSİKOLOG, HEMŞİRE, İŞ-UĞRAŞ TERAPİSTİ vb.) MESLEK ELEMANLARINA UYGULANAN YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU**

1. Yaşınız?
2. Mesleğiniz?
3. Mezun olduğunuz okul?
4. Çalışma hayatınıza başlayalı kaç yıl oldu?
5. Ne kadar zamandır psikiyatri alanında çalışıyorsunuz?
6. Bulunduğunuz merkezde çalışma süreniz?
7. Bu alanda çalışmadan önce hangi alan/alanlarda çalıştınız?
8. Psikiyatri alanını seçme nedeniniz?
9. Psikiyatri alanına kendi isteğinizle mi yöneldiniz?
10. Size göre psikiyatri hizmetinin mutlak unsurları nelerdir?
11. Bulunduğunuz merkezde verilen psikiyatri hizmetini nitelik olarak ( personel niteliği, ekip çalışması, hastaların sorunlarının teşhisi, medikal ve sosyal model gibi) kavramları dikkate alarak nasıl değerlendirirsiniz?
12. Herhangi bir nedenle bir sosyal hizmet uzmanı ile birebir ya da bir ekip içerisinde çalıştınız mı?
13. Bu çalışma/çalışmalardan sosyal hizmet uzmanına ilişkin edindiğiniz izlenimlerden söz eder misiniz?
14. Sosyal hizmet uzmanının **Psikiyatri** alanındaki işlevleri hakkında ne düşünüyorsunuz?
15. Sosyal Hizmet Uzmanının sizce Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde ki rol ve sorumlulukları tam olarak nelerdir?
16. Psikiyatri alanında çalışan sosyal hizmet uzmanının aşağıdaki rolleri açısından düşünceleriniz nelerdir?
  - a. Uygulama ve terapötik rolü
  - b. Vaka yöneticisi
  - c. Birey ve gruplara yönelik savunuculuk
  - d. Ruh sağlığı bakımında sosyal modeli teşvik edici
  - e. Ruhsal risk taraması ve araştırmacı
  - f. Damgalamayı önleyici
  - g. Eğitim verici
  - h. Sosyal işlevselliği güçlendirici çalışmalar gerçekleştirmek

### 3.RUH VE SİNİR HASTALIKLARI HASTANESİ VE PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE ÇALIŞAN SOSYAL ÇALIŞMACI' YA UYGULANAN YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

1. Yaşınız?
2. Mesleğiniz?
3. Mezun olduğunuz okul?
4. Çalışma hayatınıza başlayalı kaç yıl oldu?
5. Ne kadar zamandır psikiyatri alanında çalışıyorsunuz?
6. Bulunduğunuz hastanede çalışma süreniz?
7. Bu alanda çalışmadan önce hangi alan/alanlarda çalıştınız?
8. Psikiyatri alanını seçme nedeniniz?
9. Psikiyatri alanına kendi isteğinizle mi yöneldiniz?
10. Size göre psikiyatri hizmetinin mutlak unsurları nelerdir?
11. Bulunduğunuz merkezde verilen psikiyatri hizmetini nitelik olarak ( personel niteliği, ekip çalışması, hastaların sorunlarının teşhisi, medikal ve sosyal model gibi) kavramları dikkate alarak nasıl değerlendirirsiniz?
12. Sizce Lisans eğitiminiz aşamasında psikiyatri ile ilgili aldığınız eğitim bu alanda çalışmak için yeterli mi?
13. Sizce bir sosyal hizmet uzmanının psikiyatri alanında çalışmadan önce hangi alanlarda/konularda yetkin olması gerekmektedir? Lisans eğitimi dışında alması gereken eğitimler var mıdır?
14. Sosyal hizmet uzmanının **Psikiyatri** alanındaki işlevleri hakkında ne düşünüyorsunuz?
15. Ruh ve sinir hastalıkları hastanesinde çalışan sosyal hizmet uzmanının bir hastanın yatışından taburculuğuna kadar görevleri nelerdir?
16. Sizce ekip içerisinde etkin olarak rol alabilmekte misiniz? Ekip arkadaşlarınızla aktif bir iletişime sahip misiniz?
17. Kaç hastadan sorumlusunuz?
18. Sizce psikiyatri alanındaki özellikle hastanelerde uygulanan sosyal hizmetin Türkiye’de ki sorunları nelerdir?
19. İdeali ne olmalıdır?
20. Hangi kurumlarla iletişim halindesiniz?
21. Psikiyatri alanında çalışan sosyal hizmet uzmanının aşağıdaki rolleri açısından düşünceleriniz nelerdir?
  - a. Uygulama ve terapötik rolü
  - b. Bakım yöneticisi
  - c. Birey ve gruplara yönelik savunuculuk
  - d. Ruh sağlığı bakımında sosyal modeli teşvik edici
  - e. Bireyle ve ailesiyle çalışma
  - f. Taburculuk planlaması
  - g. Psikoeğitim ve danışmanlık
  - h. Sosyal işlevselliği güçlendirici çalışmalar gerçekleştirmek

#### 4.TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNDE ÇALIŞAN SOSYAL ÇALIŞMACI' YA UYGULANAN YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

1. Yaşınız?
2. Mesleğiniz?
3. Mezun olduğunuz okul?
4. Çalışma hayatınıza başlayalı kaç yıl oldu?
5. Ne kadar zamandır psikiyatri alanında çalışıyorsunuz?
6. Bulunduğunuz TRSM'de çalışma süreniz?
7. Bu alanda çalışmadan önce hangi alan/alanlarda çalıştınız?
8. Psikiyatri alanını seçme nedeniniz?
9. Psikiyatri alanına kendi isteğinizle mi yöneldiniz?
10. Size göre psikiyatri hizmetinin mutlak unsurları nelerdir?
11. Bulunduğunuz merkezde verilen psikiyatri hizmetini nitelik olarak ( personel niteliği, ekip çalışması, hastaların sorunlarının teşhisi, medikal ve sosyal model gibi) kavramları dikkate alarak nasıl değerlendirirsiniz?
12. Sizce Lisans eğitiminiz aşamasında psikiyatri ile ilgili aldığınız eğitim bu alanda çalışmak için yeterli mi?
13. Sizce bir sosyal hizmet uzmanının psikiyatri alanında çalışmadan önce hangi alanlarda/konularda yetkin olması gerekmektedir? Lisans eğitimi dışında alması gereken eğitimler var mıdır?
14. Sosyal hizmet uzmanının **Psikiyatri** alanındaki işlevleri hakkında ne düşünüyorsunuz?
15. TRSM'lerde çalışan sosyal hizmet uzmanının görevleri nelerdir?
16. Sizce ekip içerisinde etkin olarak rol alabilmekte misiniz? Ekip arkadaşlarınızla aktif bir iletişime sahip misiniz?
17. Kaç hastadan sorumlusunuz?
18. Sizce psikiyatri alanındaki özellikle TRSM'ler de ki sosyal hizmetin Türkiye'de ki sorunları nelerdir?
19. İdeali ne olmalıdır?
20. Hangi kurumlarla iletişim halindesiniz?
21. Psikiyatri alanında çalışan sosyal hizmet uzmanının aşağıdaki rolleri açısından düşünceleriniz nelerdir?
  - a. Uygulama ve terapötik rolü
  - b. Bakım yöneticisi
  - c. Birey ve gruplara yönelik savunuculuk
  - d. Ruh sağlığı bakımında sosyal modeli teşvik edici
  - e. Ruhsal risk taraması ve araştırmacı
  - f. Damgalamayı önleyici
  - g. Eğitim verici
  - h. Sosyal işlevselliği güçlendirici çalışmalar gerçekleştirmek

## 5.PSİKATRİ ÜNİTELERİNDEN (Poliklinik ve Klinikler) HİZMET ALAN HASTALARA UYGULANAN YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

1. Yaşınız?
2. Mesleğiniz?
3. Mezun olduğunuz okul?
4. (Eğer çalışıyorsa) ne kadar zamandır çalışıyorsunuz?
5. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?- yalnız mı yaşıyorsunuz?
6. Ruhsal şikayetiniz ilk ne zaman teşhis edildi?
7. Bana ruhsal şikayetinizden bahseder misiniz?
8. Nasıl farkedildi? Kim farkettili?
9. Öğrendiğiniz zaman çevrenizde ki kişilerin size karşı davranışlarında değişiklik oldu mu? Dışlandığınızı hissettiniz mi?
10. Hastalığınız sürecinde size kimler destek oldu?
11. Hastanede ne kadar yattınız?
12. Kaç kez hastaneye yatışınız yapıldı?
13. Düzenli ilaç tedaviniz var mı?
14. Hastanede size hangi tedavi yöntemleri uygulandı? (ilaç, terapi, EKT)
15. Hastanede yattığınız dönemde sosyal hizmet uzmanı ile karşılaştınız mı?
16. Eğer karşılaştıysanız ondan ne gibi hizmetler aldınız?
17. Hastanede yattığınız dönemde sh. Uzmanının verdiği hizmetleri nasıl değerlendirirsiniz?
18. Hastanede yattığınız dönemde sh. Uzmanı sizinle görüşmeler yaptı mı?
19. Hastanede yattığınız dönemde sh. Uzmanı ailenizle görüşmeler gerçekleştirdi mi?
20. Hastanede yattığınız dönemde sh. Uzmanı size eğitim verdi mi?
21. Hastanede yattığınız dönemde sh. Uzmanı size bilgi almak istediğiniz konularda size danışmanlık yaptı mı?
22. Hastaneden taburculuğunuz aşamasında sh. Uzmanı size ne gibi hizmetler sağladı?
23. TRSM'den nasıl haberdar oldunuz? sizi kim yönlendirdi?
24. TRSM hizmetlerinden ne kadar zamandır faydalanıyorsunuz?
25. Hangi aralıklarla TRSM'ye geliyorsunuz?
26. TRSM'nin hizmetlerini faydalı buluyor musunuz?
27. TRSM'de hangi hizmetlerden faydalanıyor sunuz?
28. Kişisel bir probleminiz olduğunda size daha çok kim yardımcı oluyor?
29. TRSM'nin size ne gibi faydaları oldu?
30. TRSM hizmetlerinden faydalanmadan önce hastalığınızla ilgili yeterli bilgiye sahip miydiniz?
31. TRSM'de size hizmet sağlayan bir sh. Uzmanı var mı?
32. Sh. Uzmanından ne gibi hizmetler aldınız?
33. İhtiyaçlarınızı karşılamada sh. Uzmanının verdiği hizmetleri nasıl buluyorsunuz?
34. Bakımınızla ilgili nelerin daha iyi olmasını isterdiniz?
35. Sh. Uzmanı TRSM'de size eğitimler veriyor mu?
36. Hangi konularda yardım almak için daha çok TRSM'de ki Sh. Uzmanına gidiyorsunuz? Size danışmanlık hizmeti sağlıyor mu?

37. Sh. Uzmanı TRSM’de sosyal aktivitelerinizi destekliyor mu?



**6.PSİKATRİ ÜNİTELERİNDEN (Ruh ve sinir hastalıkları hastanesi, Klinik ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezi) HİZMET ALAN HASTA YAKINLARINA UYGULANAN YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU**

1. Hasta ile yakınlığınız nedir?
2. Kaç yaşındasınız?
3. Öğrenim durumunuz nedir?
4. Medeni Durumunuz nedir?
5. Şu anda sizin dışınızda evde kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?
6. Mesleğiniz Nedir?
7. Gelir düzeyinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?
8. Bilinen bir sağlık probleminiz var mı?
9. Hastanızla ne kadar süredir berabersiniz?
10. Hastanızla ilgili hangi konularda sorun yaşıyorsunuz?
11. Hastanızın hastalığını ilk öğrendiğinizde neler hissettiniz?
12. Çevrenizdeki kişilerin size tepkisi neler oldu?
13. Hastanız daha önce hastaneye kaç kez ve ne kadar süreyle yattı?
14. Hastanızın fiziksel bir sağlık sorunu var mı?
15. Hastanızın hastalığından bahseder misiniz?
16. Bu bilgileri nereden/kimden aldınız?
17. Hastanızın tedavisi ve bakımı aşamasında kimlerden yardım aldınız?
18. Hastanızın hastaneye yattığı dönemde hastanede görevli olan sosyal hizmet uzmanıyla hiç görüştünüz mü?
19. Sh. uzmanı hastanız hastanede yatarken sizin evinize hiç ziyarette bulundu mu?
20. Sosyal hizmet uzmanıyla görüştüyseniz eğer ondan ne gibi hizmetler adınız?
21. Size hiç ihtiyacınız olan konularda eğitim verdi mi? Danışmanlık yaptı mı?
22. Sosyal haklarınız konusunda sizi bilgilendirdi mi?
23. Hastanızın taburculuğu aşamasında sosyal hizmet uzmanından yardım aldınız mı?
24. Hastanız ne kadar zamandır TRSM ile irtibat halinde?
25. TRSM'nin hizmetlerini hastanız ve sizin açısından faydalı buluyor musunuz?
26. Ne gibi faydaları var?
27. TRSM sizce hastanızın hastaneye yatış olasılığını azaltan bir merkez mi?
28. Hastanızın tedavisinin ve bakımının TRSM personelinin de yardımıyla evinizde yapılıyor olması size ne gibi avantajlar ve dezavantajlar sağladı?

29. Çevrenizin hastanıza bakış açısında değişiklik oldu mu?
30. TRSM’de size hizmet sağlayan bir sosyal hizmet uzmanı var mı?
31. Sh. Uzmanından ne gibi hizmetler aldınız?
32. Hasta ile iletişiminiz konusunda sosyal hizmet uzmanının size desteği oldu mu?
33. Sh. Uzmanı size TRSM’de eğitimler veriyor mu?
34. Sh. Uzmanı size eğitim/danışmanlık hizmeti sağlıyor mu?
35. TRSM’de görevli Sh. Uzmanı sizin sosyal aktivitelere katılımınızı destekliyor mu?



## EK-2. Celal Bayar Üniversitesi Araştırma İzni



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Manisa Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

MANİSA İLİ KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL  
SEKRETERLİĞİ - MANİSA İLİ KHBGS İDARİ HİZMETLER  
BAŞKANLIĞI  
14.02/2017 07:33 - 72782165 - 806.02.02 - E.1637  
000392356147

Sayı : 72782165-806.02.02  
Konu : Yasemin ÇÖLGEÇEN'in Araştırma  
İzin Talebi Hk.

### DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : a) 08/02/2017 tarihli ve 40384065-799-232 sayılı yazı  
b) 08/02/2017 tarihli 61763929-000-423 sayılı yazı

İlgi yazılara istinaden; Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Bölümü doktora öğrencisi **Yasemin ÇÖLGEÇEN** 'in "**Psikiyatrik Sosyal Hizmet Uygulamaları: Hastane ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Örneği**" isimli doktora tezi çalışmasını Genel Sekreterliğimize bağlı Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi ile Manisa Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde yürütmek için izin talebi, 10/02/2017 tarihinde Genel Sekreterliğimizde toplanan Bilimsel Araştırma Başvuru İnceleme Komisyonu tarafından incelenmiş olup **uygun** görülmüştür.

Bilimsel araştırma çalışmasının, Sağlık Tesisinde işleyiş ve hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın gizliliğinin korunmasına özen gösterilmesi, kurumsal, toplumsal ve sosyal fayda sağlamak amacıyla çalışma sonuç raporunu, araştırmanın tamamlanmasının öngörüldüğü tarihten itibaren en geç 30 (otuz) gün içerisinde Genel Sekreterliğimiz Eğitim ve AR-GE Birimi'ne iletilmesi ve bilimsel araştırma çalışmasının Manisa Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden izin almaksızın yayınlanmaması gerekmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.

Uzm. Dr. Ayhan KORKMAZ  
Genel Sekreter

Manisa KHBGS Sakarya Mah. Atatürk Blv. No:58 Şehzadeler MANİSA

Bilgi için:Hilal Ahsen TUNÇAY

Faks No:0 (236) 2316530

Unvan:DİYETİSYEN

e-Posta:hilalahsen.tuncay@saglik.gov.tr İnt.Adresi: manisa.khb.saglik.gov.tr

Telefon No:0 (236) 2391619-310

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 06545aba-b278-4e1f-82c7-fb94246ac56a kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

### EK-3. Manisa Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Araştırma İzni



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIğI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Manisa Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

MANISA İLİ KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL  
SEKRETERLİĞİ - MANISA İLİ KHBGS İDARİ HİZMETLER  
BAŞKANLIĞI  
14.02.2017 07:33 - 72782165 - 806.02.02 - E.1637  
00039236147

Sayı : 72782165-806.02.02  
Konu : Yasemin ÇÖLGEÇEN'in Araştırma  
İzin Talebi Hk.

#### DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : a) 08/02/2017 tarihli ve 40384065-799-232 sayılı yazı  
b) 08/02/2017 tarihli 61763929-000-423 sayılı yazı

İlgi yazılara istinaden; Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Bölümü doktora öğrencisi **Yasemin ÇÖLGEÇEN** 'in "**Psikiyatrik Sosyal Hizmet Uygulamaları: Hastane ve Toplum Ruh Sağliğı Merkezleri Örneği**" isimli doktora tezi çalışmasını Genel Sekreterliğimize bağlı Manisa Ruh Sağliğı ve Hastalıkları Hastanesi ile Manisa Toplum Ruh Sağliğı Merkezi'nde yürütmek için izin talebi, 10/02/2017 tarihinde Genel Sekreterliğimizde toplanan Bilimsel Araştırma Başvuru İnceleme Komisyonu tarafından incelenmiş olup **uygun** görölmüştür.

Bilimsel araştırma çalışmasının, Sağlık Tesisinde işleyiş ve hizmeti aksatmayacak şekilde yürütölmesi, araştırmaya katılımların gönöüllölük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın gizliliğin korunmasına özen gösterilmesi, kurumsal, toplumsal ve sosyal fayda sağlamak amacıyla çalışma sonuç raporunu, araştırmanın tamamlanmasının öngöröldüğü tarihten itibaren en geç 30 (otuz) gün içerisinde Genel Sekreterliğimiz Eğitim ve AR-GE Birimi'ne iletilmesi ve bilimsel araştırma çalışmasının Manisa Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden izin almaksızın yayınlanmaması gerekmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.

Uzm. Dr. Ayhan KORKMAZ  
Genel Sekreter

Manisa KHBGS Sakarya Mah. Atatürk Blv. No:58 şehzadeler MANİSA

Faks No:0 (236) 2316530

e-Posta:hilalahsen.tuncay@saglik.gov.tr İnt.Adresi: manisa.khb.saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 06545aba-b278-4e1f-82c7-fb94246ac56a kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Hilal Ahsen TUNÇAY

Unvan:DİYETİSYEN

Telefon No:0 (236) 2391619-310

## EK-4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

### BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Yasemin ÇÖLGEÇEN tarafından yürütülen “Psikiyatrik Sosyal Hizmet Uygulamaları: Hastane Ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri: Manisa İli Örneği” başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

**Bu çalışma hastane temelli ve toplum temelli olarak yani toplum ruh sağlığı merkezlerinde gerçekleştirilen hizmetler açısından Türkiye’de Psikiyatrik Sosyal Hizmet uygulamalarının ve Psikiyatri alanında hizmet veren sosyal hizmet uzmanlarının rol ve fonksiyonlarının değerlendirilmesi amacıyla düzenlemiş bir doktora araştırmasıdır.**

Araştırmacı tarafından tedaviniz ve bu süreçte yaşadıklarınıza dair bazı sorular yöneltilecektir. Görüşme 30 dk sürecektir. Görüşme ses kaydına alınacaktır.

Burada anlatacağınız her şey **sadece** bu araştırma sonucunda değerlendirilecektir. Bunun dışında bilgileriniz başka hiçbir yerde bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayabilir ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. **Size ait tüm bilgiler gizli tutulacaktır ve araştırma yayımlandığında kimlik bilgileriniz verilmeyecektir.**

*Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.*

**Gönüllünün,**

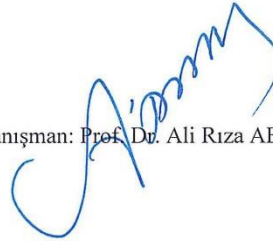
**Tarih:**

Adı Soyadı \_\_\_\_\_

İmza: \_\_\_\_\_

Araştırmacı: Yasemin ÇÖLGEÇEN

Danışman: Prof. Dr. Ali Rıza ABAY



## EK-5.Etik Kurul Raporu



T.C.  
YALOVA ÜNİVERSİTESİ  
Etik Kurul Başkanlığı

Sayı : 93772138- 53  
Konu : Etik Kurul Raporu

16 /01/2017

Sayın Arş.Gör. Yasemin ÇÖLGEÇEN,

İlgi: a) Sosyal Bilimler Araştırma Etik Kurul Başkanı Prof. Dr. Elif Yüksel OKTAY'ın, 26.12. 2016 tarihli yazısı.

Yürütücülüğünü yaptığınız “Psikiyatrik Sosyal Hizmet Uygulamaları: Hastane ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Örneği” başlıklı proje, Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırma Etik Kurulu tarafından değerlendirilmiştir. Etik Kurul Raporları ektedir.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'b. Arı'.

Prof. Dr. Eşref AVCI  
Etik Kurul Başkanı

### EKLER:

- 1-Sosyal Bilimler Araştırma Etik Kurul Raporu. (1 sayfa)
- 2- Başvuru Formu (5 sayfa)
- 3- Görüşme (Mülakat) Soruları (12 sayfa)
- 4- Anket Soruları (2 sayfa)

---

Yalova Üniversitesi Merkez Yerleşkesi Çınarcık Yolu Üzeri 2. Km. B-Blok 77200 Yalova  
Tel: 0 226 815 56 95 Fax: 0 226 815 57 04 e-posta: fbe@yalova.edu.tr

**T.C. YALOVA ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ARAŞTIRMA ETİK KURUL RAPORU**

Yalova Üniversitesi İ.İ.B.F. Sosyal Hizmet Bölümü Araştırma Görevlilerinden Sayın Yasemin Çölgeçen'in yürütücülüğünü yaptığı "Psikiyatrik Sosyal Hizmet Uygulamaları: Hastane Ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Örneği" başlıklı doktora tez çalışması ve bu çalışma kapsamında ekte yer alan görüşme ve anket soruları Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırma Etik Kurul tarafından incelenerek değerlendirilmiştir. Yukarıda yer alan sorulara verilen cevaplar göz önüne alınarak Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırma Etik Kurul tarafından :

(X) Çalışma etik açıdan uygun bulunmuştur.

( ) Çalışmanın etik açıdan geliştirilmesi gerekmektedir.

( ) Çalışma etik açıdan uygun bulunmamıştır.

Prof. Dr. Elif YÜKSEL OKTAY

(Başkan)

Doç. Dr. Süleyman BERK

Prof. Dr. Elif Eda BALKAŞ ERDOĞAN

Doç. Dr. Senay YÜRÜR

Üye

Üye

Üye

Doç. Dr. Hacı Yunus TAŞ

Doç. Dr. Yıldırım TORUN

Doç. Dr. Recep MAKAS

Üye

Üye

Üye

Doç. Dr. Fahri APAYDIN

Üye

Not: Etik paraf bulunmadı.

## ÖZGEÇMİŞ

Yasemin ÇÖLGEÇEN 1986 yılında Uşak'ta doğdu. Lise eğitimini Uşak Lisesinde, lisans eğitimini 2004-2008 yılları arasında Afyon Kocatepe Üniversitesi Uşak Sağlık Yüksekokulunda hemşirelik bölümünde tamamlamıştır. 2008-2010 yılları arasında Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik bölümünde yüksek lisans eğitimini “Sağlıklı popülasyonda IL-1B ve IL-1RN gen polimorfizm frekanslarının saptanması” isimli tez çalışması ile tamamlamıştır. 2010-2012 yılları arasında Yalova Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümünde ikinci yüksek lisans eğitimini “Örgütsel vatandaşlık davranışının aile hekimliği uygulamaları açısından önemi: Uşak ilinde bir araştırma” başlıklı tezle tamamlamıştır. Yalova Üniversitesi Sosyal Hizmet bölümünde 2012 yılında başladığı doktora çalışmasını “Psikiyatrik Sosyal Hizmet Ve Hastane – Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Uygulamaları (Manisa İli Örneği)” başlıklı tezle tamamlamıştır. 2009 yılında Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiatri Kliniğinde 1 yıl hemşire olarak görev yaptı. 2010 yılı ocak ayı ile eylül ayları arasında Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Servisinde hemşire olarak görev yaptı. 2010 yılından itibaren Yalova Üniversitesi Sosyal Hizmet bölümünde araştırma görevlisi olarak görev yapmaktadır. Evli ve 2 çocuk annesidir.