



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

**TOPLUM TEMELLİ RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİNDE KORUYUCU ve
ÖNLEYİCİ BOYUTUN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Özlem GÖZEN

Yüksek Lisans

Ankara, 2018

TOPLUM TEMELLİ RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİNDE KORUYUCU ve
ÖNLEYİCİ BOYUTUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özlem GÖZEN

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

Yüksek Lisans

Ankara, 2018

KABUL VE ONAY

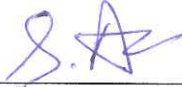
Özlem GÖZEN tarafından hazırlanan “Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Koruyucu ve Önleyici Boyutun Değerlendirilmesi” başlıklı bu çalışma, 29.05.2018 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.



Doç. Dr. Ercüment ERBAY (Başkan)



Prof. Dr. Sema BUZ (Danışman)



Dr. Öğr. Üyesi Seda ATTEPE ÖZDEN

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Musa Yaşar SAĞLAM
Enstitü Müdürü

BİLDİRİM

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

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

29.05.2018


Özlem GÖZEN

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

- Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.**

(Bu seçenekle teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etmeniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir)

- Tezimin/Raporumuntarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını (İç Kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) istemiyorum.**

(Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir)

- Tezimin/Raporumun 29.05. 2021 tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.**

- Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi**

29 /05 /2018

Özlem GÖZEN



ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Prof. Dr. Sema BUZ danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Özlem GÖZEN



“Tek doğruyu buldum” değil, “Bir doğruyu buldum” deyin.
“Ruha giden yolu buldum” deđil, “Kendi yolumda yűrűrken ruhu buldum” deyin.
Halil Cibran

Canım dedem ve anneme...

TEŞEKKÜR

Öncelikle bu öğretici çalışma sürecindeki hem akademik hem psikosozal desteklerinden ötürü lisans eğitimim döneminde de severek derslerine girdiğim, hem kişiliği hem de akademik başarılarıyla kendime örnek aldığım sevgili danışmanım Prof. Dr. Sema BUZ'a teşekkürlerimi sunarım.

Tez sınav jürimde yer alarak değerli bildirimleri ile çalışmamı zenginleştirerek son halini almasını destekleyen Doç. Dr. Ercüment ERBAY ve Dr. Öğr. Üyesi Seda ATTEPE ÖZDEN'e çok teşekkür ederim.

Bu süreçte manevi desteğini bana hep hissettiren, güler yüzlü, sevgi dolu çok sevgili hocam Yrd. Doç. Dr. Filiz DEMİRÖZ'e ve tabi ki hem akademik katkıları hem de sevecen yol göstericiliği için Dr. Aslıhan AYKARA'ya teşekkür ederim.

Bu çalışmanın ortaya çıkmasında araştırmaya gönüllü olarak katılan, deneyim, düşünce ve görüşlerini benimle paylaşan sosyal hizmet uzmanlarına ve kendi dünyalarını samimiyetle bana açarak deneyimlerini, değerlendirme ve isteklerini benimle paylaşan hastalara teşekkürlerimi sunarım.

Dostlukları, destekleri ve bana yaptıkları tüm katkılar için sevgili arkadaşlarım Arş. Gör. Çağıl ÖNGEN, Arş. Gör. Edip AYGÜLER, Arş. Gör. Mustafa Çağrı AYALP, Arş. Gör. Yasemin ERTAN KOÇAK, Arş. Gör. Ecem Naz NAZLIER'e ve tabi ki destekçim, canım oda arkadaşım İlkay Başak ADIGÜZEL'e teşekkür ederim.

Uzaklara gitse de sanki hep yanımdaymış gibi hissettiğim, bir telefonuyla beni mutlu eden, rahatlatan, destek olan, yol gösteren canım dostum Arş. Gör. Semra ÖZKAN'a, daha Hacettepe bünyesine katıldığım ilk günden çok sevdiğim ve zamanla yakın dostum olan her derdime, mutluluğuma koşan, ne sorsam sabırla cevaplayan, çocukların tatlı teyzesi Arş. Gör. Hatice NUHOĞLU'na, sevgi dolu yüreği, altın kalbiyle tezimin başından sonuna bana yol gösteren, destek olan, çok başarılı bir akademisyen olacağına inandığım canım Arş. Gör. Meryem DANIŞMAZ SEVİN'e, aynı süreçleri beraber yaşadığımız, yılların daha da değer kattığı canım arkadaşım Yeşim ÖĞÜTÇÜ'ye ayrıca teşekkür ederim.

Eğitim hayatım boyunca beni destekleyen sevgili aileme ve tezim boyunca bana katkı sunan, aramızda her zaman ayrı bir bağ olan canım kardeşim Hamdi ŞEN'e çok teşekkür ederim.

Ve son olarak da hayatımın son on yılında olduğu gibi bu süreçte de yanımda olan, kendilik yolculuğumun yol arkadaşı, hem eşim hem de hala en yakın arkadaşım, dostum olan yoldaşım D. Doğukan GÖZEN'e ve varlığıyla içimi ısıtan, dünyamı aydınlatan, minik neşe kaynağım canım kızım Güneş GÖZEN'e teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

GÖZEN, Özlem. *Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Koruyucu ve Önleyici Boyutun Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2018.

Bu çalışmada Türkiye’de toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin sunulduğu Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde çalışan sosyal hizmet uzmanı ve buralardan hizmet alan hastaların deneyimleri üzerinden koruyucu ve önleyici ruh sağlığı hizmetlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Çalışmada nitel araştırma yöntemlerinden derinlemesine görüşme tekniği kullanılmıştır. Ankara’da bulunan T.C. Sağlık Bakanlığı’na bağlı altı TRSM’de çalışan sosyal hizmet uzmanı ve buralardan hizmet alan hastalar ile araştırmacı tarafından oluşturulmuş yarı yapılandırılmış görüşme formları üzerinden derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Görüşmeler ile elde edilen veriler MAXQDA12 paket programı ile analiz edilmiştir.

Bu çalışma sonunda sosyal hizmet uzmanlarının toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçiş sürecinde yaşadıkları güçlükler, TRSM’ler tarafından mikro, mezzo ve makro boyutta sunulan hizmetler ile bu hizmetlere katılım düzeyleri ve sosyal hizmet uzmanı ile hasta deneyimleri bağlamında güncel politikalardan kaynaklı sınırlılıklar tespit edilmiştir. Araştırma sonucunda TRSM’lerde sunulan hizmetlerin kalitesini arttırmaya, TRSM’lerde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının yaşadıkları sınırlılıkları ortadan kaldırmaya, ruhsal hastalığa sahip bireylere yönelik damgalanma ve ayrımcılığı önlemeye, hastaların istihdamını arttırmaya ve ruh sağlığı politikalarını geliştirmeye yönelik öneriler sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: toplum temelli ruh sağlığı, toplum ruh sağlığı merkezi, koruyucu ve önleyici ruh sağlığı.

ABSTRACT

GÖZEN, Özlem.

The purpose of this study is to evaluate protective and preventive dimension in community based mental health services. In Turkey protective and preventive mental health services served by Community Mental Health Centers(CMHC). So through the experiences of social workers working in CMHC and patients receiving services from these centers these services have been evaluated.

This research which has been designed the qualitative research pattern focus on detail interview approach. Social workers working in CMHC in Ankara linked to the Health Ministry and patients served by these CMHC have been detailed interviews by using semi-structured interview forms. The results obtained from detailed interviews have been analyzed by using the MAXQDA 12 pocket program.

As results of this research the difficulties that social workers have experienced in the transition to community based mental health services, the services provided by CMHCs in micro, mezzo and macro dimensions and the levels of participation in these services and current policies related limitations have been identified.

As te end of this research, proposals are presented to increase the quality of the services provided by TRSMs, to eliminate the limitations of social workers working in TRSMs, to prevent stigmatization and discrimination against people with mental illnesses, to increase the employment of patients and to improve their mental health policies.

Key words: community based mental health, community mental health center, preventive and preventive mental health.

KISALTMALAR DİZİNİ

- ACES:** Adverse Childhood Experience Survey
- ASM:** Aile Sağlığı Merkezleri
- ASPB:** Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
- ASPİM:** Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü
- ASSW:** Australian Association of Social Workers
- AŞDER:** Ankara Şizofreni ile Yaşamayı Öğrenme ve Destekleme Derneği
- BM:** Birleşmiş Milletler
- CBM:** Christian Blind Mission (Hristiyan değerlerine dayalı uluslararası geliştirme örgütü)
- ÇSGB:** Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
- EGO:** Elektrik Gaz Otobüs Genel Müdürlüğü
- EKPSS:** Engelli Kamu Personeli Seçme Sınavı
- IFSW:** International Federation of Social Workers
- İŞKUR:** Türkiye İş Kurumu
- KPSS:** Kamu Personeli Seçme Sınavı
- MATRA:** Hollanda Hükümeti tarafından sağlanan sosyal değişimi desteklemeyi amaçlayan ikili işbirliği programı
- MERNİS:** Merkezi Nüfus İdari Sistemi
- MHEEN:** Mental Health Economics European Network
- NASW:** National Association of Social Workers
- NAMI:** National Alliance on Mental Illness
- RTÜK:** Radyo ve Televizyon Üst Kurulu
- SGK:** Sosyal Güvenlik Kurumu
- SHÇEK:** Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
- STK:** Sivil Toplum Kuruluşları
- SOYBİS:** Sosyal Yardım Bilgi Sistemi
- TBMM:** Türkiye Büyük Millet Meclisi
- TEDAY:** Tüm Engelliler ve Aileleri
- TRSE:** Toplum Ruh Sağlığı Ekipleri
- TRSM:** Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

YÖK: Yükseköğretim Kurulu

WFOT: Dünya Uğraş Terapisi Federasyonu

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	iv
BİLDİRİM	v
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	vi
ETİK BEYAN	vii
TEŞEKKÜR	ix
ÖZET	xi
ABSTRACT	viii
KISALTMALAR DİZİNİ	ix
İÇİNDEKİLER	xi
1. BÖLÜM	1
GİRİŞ	1
1.1. ARAŞTIRMANIN SORUNSALI	1
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI	3
1.3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ	4
2. BÖLÜM	6
KURAMSAL ÇERÇEVE	6
2.1. RUH SAĞLIĞI OLGUSU	6
2.1.1. Kavram Olarak Ruh Sağlığı	6
2.1.2. Ruh Sağlığında Koruyucu ve Önleyici Boyut.....	8
2.2. PSİKIYATRİK SOSYAL HİZMET VE RUH SAĞLIĞI ALANINDA ÇALIŞAN SOSYAL HİZMET UZMANININ ROL VE GÖREVLERİ	15
2.2.1. Koruyucu ve Önleyici Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rol ve Görevleri.....	20
2.3. RUH SAĞLIĞI POLİTİKALARI	25
2.3.1. Ruh Sağlığı Politikalarının Dünyadaki Görünümü	26
2.3.2. Türkiye’de Toplum Temelli Ruh Sağlığına Geçiş ve Koruyucu ve Önleyici Hizmetler.....	34

2.3.3.	Türkiye’de Alana İlişkin Mevzuat	40
2.3.4.	Sistem ve Yapısal Öğeler	43
2.4.	TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİ VE SUNULAN HİZMETLER	46
3.	BÖLÜM	52
	ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	52
3.1.	ARAŞTIRMANIN MODELİ	52
3.2.	ÖZNELERİN BELİRLENMESİ	53
3.3.	ARAŞTIRMA ÖZNELERİNİ TANITICI BİLGİLER	54
3.4.	VERİ TOPLAMA ARACI	56
3.5.	VERİLERİN TOPLANMASI	57
3.6.	VERİLERİN ÇÖZÜMLENMESİ ve YORUMLANMASI	59
3.7.	ETİK KONULAR	59
3.8.	ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	60
4.	BÖLÜM	62
	ANALİZ	62
4.1.	TOPLUM TEMELLİ RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİNE GEÇİŞ SÜRECİ VE SINIRLILIKLAR: “Sistem bizi tanımıyor ki bulunduğumuz sistem.”	62
4.1.1.	TRSM’de Sosyal Hizmet Uzmanı Olmak: “... onun nasıl diyeyim ya gözlerindeki ışıltı bize gurur veriyor, çok mutluluk veriyor, haz veriyor.”	64
4.1.2.	Geçiş Süresinde İşbirliği ve Entegre Çalışma: “Yani bizim ülkemizde hemşeriyseñiz ... iş bitirirsiniz.”	70
4.1.3.	Geçiş Süreci Yetersizlikleri: “Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'nin o dinamik, sürekliliği değıştirici, geliştirici yanıyla devletin hantal yanı bazen geride kalabiliyor.”	75
4.2.	MİKRO, MEZZO, MAKRO BOYUTTA KORUYUCU ve ÖNLEYİCİ HİZMETLER VE HİZMETLERE KATILIM: “Bilmiyorlar çünkü ruh hastalığı olunca buna bir muska oldu.”	79
4.2.1.	Mikro ve Mezzo Düzeyde Sunulan Hizmetler: “Eskiden şizofreni çok kötü bir şey zannedirdim.... basit bir hastalıktan başka bir şey değıil.”	81

4.2.2. Makro Düzeyde Çalışmalar: "...adam şizofren deniyor. Ahmet, Mehmet der gibi yani.".....	90
4.2.3. Hizmetlere Katılım Düzeyi: "Bizim bölgemizde kadınlar daha çekinceli buraya gelmekte. Çünkü eğitim seviyesi düşük..."	100
4.2.4. Ulaşılan Hedefler: "TRSM keşke yıllar önce olsaydı belki ben 3 defa intihar etmezdim."	102
4.3. POLİTİKALARIN YANSIMASI OLARAK DENEYİMLER: "Hocam nereye kadar geleceğim diyor. Hadi cevap verin nereye kadar gelecek?"	104
4.3.1. Güncel Politikalardaki Aksaklıklar: "...damgalama ve çalışma sorununun çözülmesine yönelik politikalar geliştirmeliyiz"	105
4.3.2. Hastaların Deneyimleri ve Değerlendirmeleri: "Burada bir birlik beraberlik, bir dayanışma, ruh birliği..."	118
5. BÖLÜM.....	120
SONUÇ ve ÖNERİLER.....	120
5.1. BİRİNCİL DÜZEY KORUMA ve ÖNLEMeye İLİŞKİN SONUÇ ve ÖNERİLER	120
5.2. İKİNCİL DÜZEY KORUMA ve ÖNLEMeye İLİŞKİN SONUÇ ve ÖNERİLER	123
5.3. ÜÇÜNCÜL DÜZEY KORUMA ve ÖNLEMeye İLİŞKİN SONUÇ ve ÖNERİLER	126
KAYNAKÇA	128
EK-1: YARI YAPILANDIRILMIŞ SOSYAL HİZMET UZMANI GÖRÜŞME FORMU.....	139
EK-2: YARI YAPILANDIRILMIŞ HASTA GÖRÜŞME FORMU	142
EK-3: AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	144
EK-4: SAĞLIK BAKANLIĞI İZİNİ.....	146
EK-5: ETİK KURUL İZİNİ	147
EK-6: TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU	148

1. BÖLÜM

GİRİŞ

1.1.ARAŞTIRMANIN SORUNSAI

Ruh sağlığı politikaları günümüzde sıkça tartışılmaktadır. Farklı disiplinler ruh sağlığı kavramının farklı boyutları üzerinde çalışmalar yürütmektedir. Yapılan çalışmalar ruhsal hastalıkların dünya genelinde yaygın olduğunu ve giderek arttığını göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verileri en çok yeti yitimine yol açan on hastalıktan beşini ruhsal hastalıkların oluşturduğunu belirtmektedir. Ruh sağlığına ilişkin algılar yüzyıllar içerisinde değişiklik göstermiştir. Freud öncesi dönemde duygusal rahatsızlığı olan kişilerin şeytan tarafından ele geçirildiği düşünülmüştür. Ruh sağlığı alanında 1920'lerden 1960'lara kadar Sigmund Freud tarafından geliştirilen medikal model yaklaşımı odak alınmıştır. 1960'lı yıllarla birlikte "çevresel etkenlerin bireylerin sorunları üzerindeki etkisi" kavramı önem kazanmaya başlamıştır. Tüm bunların sonucunda medikal modelden sosyal modele geçilmiş ve sosyal bilim ve disiplinler de tedavi sürecine dâhil olmuştur. Bu çalışmada ruh sağlığı olgusunun koruyucu ve önleyici boyutu bu disiplinlerden biri olan sosyal hizmet çerçevesinde değerlendirilmektedir.

Medikal model hastalığın tanı ve tedavisi için kullanılan geleneksel bir yaklaşım olup, hastalığın yalnızca biyokimyasal ve fiziksel boyutlarına odaklanır ve hastalığa etki edebilecek çevresel faktörleri göz önünde bulundurmaz (Oral ve Tuncay, 2012). Birçok sosyal hizmet programı 1920'lerden 1960'lara kadar medikal model yaklaşımı odağında geliştirilmiştir. Ancak 1960'lı yıllara gelindiğinde sosyal hizmet alanında medikal model sorgulanmaya başlanmıştır. Sorunların nedenlerinin sadece bireylerde ve içsel yaşantılarında aranmasının aynı zamanda sorunu olan bireylerin suçlanmasını da beraberinde getireceği inancı giderek önem kazanmıştır (Baykara Acar ve Acar, 2002).

WHO (2001)'nin yayınladığı Ruh Sağlığı Atlası verilerine göre dünyada her on kişiden biri ruh sağlığı sorunu yaşamaktadır ve dünya genelinde sağlık çalışanlarının yalnızca yüzde biri ruh sağlığı alanında hizmet vermektedir. Yapılan çalışmalar yoksulluk, işsizlik, ırkçılık, savaş, göç, ihmal ve istismar, yetersiz barınma koşulları ve şiddet gibi sosyal sorunların bireylerin ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkileri bulunduğunu göstermektedir

(Oral ve Tuncay, 2012). Bu sorunlar bireyin iyi oluş halinin kaybına, yetersizlik ve çaresizlik hissine neden olarak ruhsal sorunların oluşmasına zemin hazırlamaktadır. Bunlara ek olarak damgalanma (stigmatizasyon) ruh hastalıklarına sahip bireylerin toplumda karşılaştıkları en büyük zorluklardan birisidir. İnsanın biyopsikososyal bir varlık olduğu düşüncesinin kabulünü takiben 1970'lerle birlikte sosyal hizmet eğitiminde çevresi içinde birey olgusuna dayanan sistem kuramı odak alınmaya başlanmıştır (Baykara Acar ve Acar, 2002). Medikal modelden sistem modeline geçişle birlikte sosyal hizmet mesleğinin odağı bireyden, birey ve çevre etkileşimine kaymıştır.

İçinde bulunduğumuz 21. yüzyılda bilim ve teknoloji alanında yaşanan gelişmeler bireylerin sosyal yaşamına da etki etmiştir. Konut sorunu, işsizlik, yoksulluk, kaynaklara erişim, madde kullanımı, suçluluk, göç, yaşanan çevre gibi sosyal sorunlar ile birlikte çeşitli bilim dallarında yaşanan gelişmeler bireyin davranışlarının içinde bulunduğu yaşam alanına bağlı olarak şekillendiğini ve davranışlarının bu doğrultuda değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymuştur denilebilir.

Davranışların sosyal roller kapsamında şekillendiği, aynı çevrenin farklı bireyleri farklı biçimlerde etkilediği ve çevre koşulları değiştirildiğinde bireyin davranışlarının da değişebileceği bulgularına dayanarak davranışları uyaran- uyarana verilen cevap ya da etki- tepki üzerinden açıklamanın yetersiz olduğu görülmüştür (Turan, 2009). Bütün bunlar doğrultusunda birey ve çevre arasında karşılıklı bir etkileşimin söz konusu olduğu ve insan davranışının bu etkileşimin bir ürünü olduğu söylenebilir.

Toplum ruh sağlığı birey ve bireyin etkileşimde bulunduğu çevreye ilişkin psikiyatrik tedavi ve bakımı ifade etmektedir (Thomas ve Insel, 2009; akt: Bilge ve diğ., 2016). 1970'li yıllarda Avrupa ve ABD'de kurum temelli ruh sağlığı hizmetlerinden, ruhsal sorunları olan bireylerin toplumdaki ve toplumsal rollerinden soyutlanmaksızın iyileşmelerini esas alan toplum temelli bakım hizmetlerine bir yönelim olmuştur (Çifci ve diğ., 2015; Yılmaz, 2012). Türkiye'de var olan toplum temelli hizmet modeli hasta ve aile odaklı bir modeldir. Bu modelde hastanın kendisinin ve ailelerin ruh sağlığı sorunları yaşayan aile üyesini destekleme kapasitelerinin artırılması amaçlanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012).

Günümüzde ruh hastalıklarının iyileşebilir olduğu kanısı yaygınlaşmaya başlamıştır. Ruh hastalıklarından korunma ve ruh hastalıklarını önleme konuları üzerinde durulmaktadır.

Ruh sağlığı politikaları koruyucu ve önleyici, destekleyici ve rehabilite ve tedavi edici olmak üzere üç farklı boyutta ele alınmaktadır.

Ruh sağlığı alanında koruyucu ve önleyici hizmetler; ruhsal hastalıkların önlenmesi, erken teşhisi ve tedavisi, ruhsal hastalığı olan bireylerin desteklenmesi, toplumda ruh sağlığı bilincinin geliştirilmesi amacıyla oluşturulmuş çaba ve hizmetler bütünü olarak tanımlanabilir (Attepe Özden, 2015). Bu hizmetler, ruhsal hastalıkların önlenmesi ile başlayıp ruh sağlığı politikalarının oluşturulmasına kadar uzanmaktadır. Koruyucu ve önleyici ruh sağlığı hizmetleri tedavi öncesi, tedavi süreci ve tedavi sonrası olmak üzere üç farklı boyutta işlerliğini sürdürmektedir. Sosyal hizmet uzmanları koruyucu ve önleyici ruh sağlığı hizmetlerinin üç düzeyinde de farklı görevler üstlenmektedir. Türkiye'nin Ruh Sağlığı Haritasına göre ülkemizde ruh sağlığı hizmetleri çoğunlukla yataklı tedavi ağırlıklı yürütölmektedir (Ulaş, 2008). Koruyucu ve önleyici ve rehabilite edici hizmetler ölkede henüz istenilen düzeyde değildir.

Sonuç olarak ruh hastalığına sahip bireyler çevresi içinde birey olgusundan hareketle toplumda birçok zorlukla karşı karşıya kalmaktadır. Bireyi çevresi içinde ele almak toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin koruyucu ve önleyici boyutunda sosyal politikaların şekillendirilmesi için bir çerçeve sunmaktadır. İlgili politikaların geliştirilebilmesi açısından bu alanda hizmet veren profesyonellerin ve hizmet alan bireylerin nelere ihtiyaç duyduğunun belirlenmesine gereksinim duyulmaktadır. Literatürde bu gereksinimi karşılayacak türden bilgiler oldukça azdır. Buradan hareketle araştırmanın sorunsalı koruyucu ve önleyici ruh sağlığı alanında hizmet veren profesyoneller ve hizmet alan hastaların deneyimleri ve ihtiyaçlarına ilişkin bilgi eksikliğidir.

1.2.ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmada temel amacım toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçiş sürecinin sosyal hizmet uzmanları tarafından nasıl deneyimlendiğini öğrenmek; çevresi içinde birey olgusu bağlamında toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin koruyucu ve önleyici boyutunda hizmet veren sosyal hizmet uzmanlarının ve hizmet alan hastaların deneyimlerini anlamak ve hem hastaların hem de sosyal hizmet uzmanlarının ihtiyaçlarına yönelik hizmetlerin üretilmesine katkı sağlamaktır.

Bu ana amaç doğrultusunda alt amaçlar şunlardır:

1. Türkiye’de toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda en önemli kurumlardan biri olan Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM)’nde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının toplum temelli ruh sağlığı sistemine geçiş sürecine ilişkin deneyimleri hakkında bilgi edinmek.
2. TRSM’lerde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının ruh sağlığı genelinde koruyucu ve önleyici ruh sağlığına ilişkin bilgi düzeyleri hakkında bilgi edinmek.
3. TRSM’lerde koruyucu ve önleyici ruh sağlığı bağlamında mikro, mezzo ve makro boyutta sunulan hizmetler hakkında bilgi edinmek.
4. TRSM’lerde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının koruyucu ve önleyici hizmetlerin sunumuna ilişkin deneyimleri hakkında bilgi edinmek.
5. TRSM’lerde sunulan koruyucu ve önleyici ruh sağlığı hizmetlerinin değerlendirilmesine ilişkin standardizasyon hakkında bilgi edinmek.
6. TRSM’lerde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının koruyucu ve önleyici hizmetlere ilişkin sosyal politika önerileri hakkında bilgi edinmek.
7. TRSM’lerden hizmet alan hastaların deneyimleri bağlamında ruh sağlığında yaşam boyu korumaya ilişkin bilgi düzeyleri hakkında bilgi edinmek.
8. TRSM’lerden hizmet alan hastaların koruyucu ve önleyici boyutta hangi hizmetlerden faydalandıkları hakkında bilgi edinmek.
9. TRSM’lerden hizmet alan hastaların deneyimleri bağlamında koruyucu ve önleyici ruh sağlığı hizmetlerine ilişkin değerlendirme, beklenti ve önerileri hakkında bilgi edinmek.

1.3.ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Bir araştırma var olan araştırmaya konu olan öznelere uyguladığı / öznelere yönelik uygulamaların takibinin ve ara değerlendirmelerinin yapılması, yapılan değerlendirmeler sonucunda ortaya çıkan sorunların çözümlenmesine ilişkin öneriler geliştirmesi ve ilgili konunun literatürüne katkı sağlaması açısından önemlidir.

Ruh sağlığı hakkında farklı disiplinlerce ruh sağlığının farklı boyutları ele alınarak yapılan çalışmalar bulunmaktadır. Sosyal hizmet alanında ise toplum temelli ruh sağlığına geçişte sosyal hizmet uzmanlarının rolleri, ruh sağlığı alanında çalışan sosyal

hizmet uzmanlarının rolleri ve toplum ruh sağlığı merkezlerinden hizmet alan hastaların profilleri üzerine çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Bu araştırma Türkiye’de toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin koruyucu ve önleyici boyutunu değerlendirmek amacıyla TRSM’lerde çalışan sosyal hizmet uzmanları ve hizmet alan hastalarla nitel yöntemin kullanıldığı derinlemesine görüşmeler yoluyla veri toplanması açısından bir özgünlük taşımaktadır. Sosyal hizmet uzmanları ve hastaların ifade ettiği görüş ve deneyimlerin ilgili literatüre özgün katkılar sunacağı düşünülmektedir. .

Bu araştırma; kendilerini ifade etmeleri, deneyimlerini paylaşmaları ve hizmetlere ilişkin değerlendirmelerinin alınması yoluyla koruyucu ve önleyici boyutta hizmet alan hastaların deneyim ve değerlendirmelerinin görünür kılınmasını sağlama açısından önemlidir.

Bu araştırma hizmet veren sosyal hizmet uzmanlarının hizmetlere ilişkin farkındalıklarının tanınması ve değerlendirmelerinin alınması açısından önemlidir.

Araştırmada ifade edilen noktalar ve araştırma sonuçlarından hareketle müdahaleler geliştirilebilmesi ve var olan politikaların güçlendirilmesi açısından önemlidir. Bu araştırmanın koruyucu ve önleyici ruh sağlığı politikalarının geliştirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

2. BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1.RUH SAĞLIĞI OLGUSU

Ruh sağlığı meselesi insanın varoluşundan bu yana varlığını sürdürmektedir. Yüzyıllar içerisinde ruh sağlığı sorunlarının yalnızca ilaç ile iyileştirilemeyeceği görülmüştür. Günümüzde ruhsal hastalıkların tedavisinde psikososyal boyutun önemi üzerinde durulmaktadır. Tedavinin psikososyal boyutunda bireylerin ve toplumun öncelikli olarak hastalıklar hakkında bilinçlendirilmeleri, hastalıklardan korunmalarının sağlanması ve taburculuk sonrası hastalığın tekrarının önlenmesi amaçlanmaktadır.

Bu çalışmada ruh sağlığı alanında güncel bir hizmet modeli olan toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin koruyucu ve önleyici boyutu değerlendirildiğinden ilk olarak ruh sağlığı ve koruyucu ve önleyici ruh sağlığı kavramlarına değinilecektir.

2.1.1. Kavram Olarak Ruh Sağlığı

Köknel (1989) ruh sağlığını kişinin kendisiyle, sosyal çevresiyle ve toplumla barış halinde olması, denge, düzen ve uyum sağlayabilmesi için gerekli çabayı sürdürmesi şeklinde tanımlamıştır (Pektaş ve diğ. , 2006). Prillelensky (2001) ruh sağlığını; “temel insani ihtiyaçların memnun edici düzeyde karşılanmasıyla karakterize olmuş bir psikolojik iyilik hali” şeklinde tanımlamıştır (Allott, 2004). WHO (2001) tarafından yapılan tanıma göre ise ruh sağlığı bireyin herhangi bir ruhsal hastalığının olmaması ile birlikte; öznel olarak bir iyi oluş hali içerisinde olması, kendi kendine yetebilmesi, duygusal ve sosyal zekâsının bulunması, olgunluk ve özerkliğe sahip olması ve dayanıklı olması şeklinde tanımlanmaktadır. Bu tanımlardan yola çıkarak ruh sağlığını bireyin psikolojik ve sosyal boyutta yaşamsal ihtiyaçlarının tatmin edici seviyede karşılanmasıyla birlikte kendisi, çevresi ve toplumla iç içe yaşamasını sağlayacak sosyal ve duygusal zekâyâ sahip olması şeklinde tanımlayabiliriz.

Dünya tarihinde zihinsel dengesizlik adı ile akıl hastalıklarının her zaman tanındığı görülmektedir (Burns, 2015). Foucault'nun Deliliğin Tarihi (2006) isimli eserinde anlattığı üzere ortaçağda ruhsal hastalığı olan bireyler toplumdan tamamen dışlanmış ve

yalnızca yerleşim yerlerinden uzak yerlerde yaşamalarına izin verilmiştir. Bazıları ise şeytanın etkisinde olduğu gerekçesi ile Engizisyon mahkemeleri tarafından yakılmıştır. Avrupa'daki modernleşme ile birlikte aile yanında bakılamayan akıl hastaları için tımarhane, kaplıca, çalışma evleri yapılmış ve 1820'lere gelindiğinde İngiltere başta olmak üzere birçok Avrupa ülkesinde yoksul “delileri” kabul etmek üzere yüzlerce akıl hastanesi inşa edilmiştir (Burns, 2015). Türkiye’de ruh sağlığına ilişkin süreç İslam inancının etkisiyle Avrupa’nın aksi yönde işlemiştir. Dini inanışlar temelinde akıl hastaları “yaptıklarından sorumsuz ve günahsız” olarak görülmüş ve toplum içinde yaşamışlardır. Özellikle de Osmanlı döneminde açılan çok sayıda bimarhane¹, şifahane² ve aş evi ile bu hastalar devletin de bakımı altında olmuşlardır (Alataş ve diğ. , 2009). Osmanlı Devleti döneminde “delilik” tedavi edilebilir bir hastalık olarak kabul edilmiş olup darüşşifaların³ birkaç oda ya da bir bölümü akıl hastalarının tedavisi için ayrılmıştır. 19. yüzyıl ile birlikte Osmanlı’nın ekonomik sıkıntıya girmesi sonucu ilerleyen tıbbi ayak uyduramayan darüşşifalar terkedilerek; evsizlerin ve akıl hastalarının konakladığı akıl hastanelerine dönüşmüştür ve bu hastanelere bimarhane / tımarhane adı verilmiştir (Sarı ve Akgün, 2008).

17. yüzyıla bakıldığında delilik olgusu toplumun ötekisi halindedir. Fransız hekim Philippe Pinel'in 1793 yılında hastanelerde delilere daha insancıl tedaviler uygulanmasına yönelik çalışmaları çağdaş ruh sağlığı uygulamalarının temelini oluşturmuştur (Boyne, 2009; akt: Çıfci, 2015). 18. yüzyılın sonlarında Philippe Pinel'in psikiyatri hastalarının maruz kaldıkları izolasyondan kurtarılıp sosyal aktivitelerle toplum içine dâhil edilerek, anlayış ve hoşgörü ile iyileşme süreçlerinin kısaltılmasını ifade eden önermesi psikiyatridi sadece tıp uygulaması çerçevesinden çıkararak ona sosyal bir anlam kazandırmıştır (Çam ve Bilge, 2007). 1950'li yıllarda ruh sağlığı alanındaki şok tedavisi ve ilaç tedavileri (psikotrop) psikiyatride önemli değişimler sağlasa da depo hastaneler varlığını sürdürmeye devam etmiştir. 1960'lı yıllara gelindiğinde insan hakları ihlali, hijyen koşulları ve kalabalık gibi nedenlerle depo hastaneleri kapatılmış, toplum temelli modele geçilmiştir. 1960'lı yıllarla birlikte gelişmiş ülkelerde ruh sağlığı alanında değişimler başlamıştır. 1960'lı ve 1970'li yıllarda Avrupa ve ABD'de kurum temelli ruh

¹ Bimarhane: Osmanlı döneminde akıl hastalarına tedavi veren hastaneler (Kılıçoğlu ve diğ. 1969).

² Şifahane: Eski dilde hastane, tımarhane (Kılıçoğlu ve diğ. 1969).

³ Darüşşifa: İslam dünyasında hastaların tedavi edildiği sağlık kurumları (Kılıçoğlu ve diğ. 1969).

sağlığı hizmetlerinden toplum temelli bakım hizmetlerine bir yönelim olmuştur (Alataş ve diğ. , 2009). Hastane temelli model 1800'lerden 1960'lara kadar dünyada en yaygın olan modeldir. Bu modelde uzun süre yatışlı tedaviler uygulanmış ve bu tedaviler ruh sağlığı alanındaki gerekli ihtiyaçları karşılamakta yetersiz kalmıştır. İkinci Dünya savaşından sonra insan hakları hareketinin ortaya çıkmasıyla birlikte daha insancıl bir tedavi anlayışı doğmuştur. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra psikiyatrik hastalıkların toplumda görülme sıklığı üzerine çalışmaların yaygınlığı artmış ve bu çalışmalarla psikiyatrik hizmetlerin planlanmasına katkıda bulunulması amaçlanmıştır (Akarçay, 2013). Ruh sağlığı alanında yapılan güncel çalışmalar bireyin psikososyal yapısının da göz önünde bulundurulduğu çok boyutlu tedavinin gerekliliğini ortaya koymaktadır (Kuşgözoğlu ve Akbıyık, 2007). Günümüzde ruh sağlığı politikalarını, ruhsal sorunların oluşmasını önleyici, iyi olma halini destekleyen ve ruhsal sorunları bulunan bireylerin rehabilitasyonunu ve tedavisini içeren politikalar bütünü olarak tanımlamak mümkündür. Bu çalışmada koruyucu ve önleyici ruh sağlığı politikaları üzerinde durulmaktadır.

2.1.2. Ruh Sağlığında Koruyucu ve Önleyici Boyut

Koruyucu ruh sağlığı ruhsal hastalıkların biyolojik, psikolojik ve sosyal olmak üzere tüm boyutlarını kapsayan ve ruhsal hastalıkların önlenmesi, erken teşhisi ve tedavisi, ruhsal hastalığı olan bireylerin desteklenmesi, toplumda ruh sağlığı bilincinin geliştirilmesi amacıyla oluşturulmuş çaba ve hizmetler bütünü olarak tanımlanabilir (Attepe Özden, 2015). Koruyucu ruh sağlığı, ruhsal hastalığın başlamasını önlemeyi ya da geciktirmeyi, hastalığın süresini kısaltmayı ve ruhsal hastalığa bağlı yeti yitimini azaltmayı amaçlar. Halk sağlığının temel ilkelerine göre, hastalıklarla mücadelede; hastalığın önlenmesi tedavi edilmesinden daha etkindir (Aksaray ve diğ. , 1999). Ayrıca halk sağlığında birincil basamak tedavi hem mental hem fiziksel hastalıkların yönetimi ve değerlendirmesi için biyopsikososyal yaklaşımı kullanmayı gerektirmektedir (Thomas ve diğ., 2016). Sosyal çevre ile yetersiz çalışma yapılması birçok hastanın sosyal yaşamını olumsuz yönde etkilemektedir. Özellikle meslek sahibi hastalar iletişimde yaşadıkları güçlükler, toplumsal beceri yoksunluğu ve işyerinde var olan tutumlar nedeniyle çalışmamakta ve işlerini bırakmaktadırlar (Bilge ve diğ. , 2016).

Ruhsal bozuklukları önleme; ruhsal bozuklukların sıklığını, yaygınlığını azaltmayı, hastalıkların tekrarlamasını önlemeyi ya da geciktirmeyi ve hastalığın etkilenen birey, aileleri ve toplum üzerindeki etkisini azaltmayı amaçlar (Mrazek ve diğ.,1994; akt. Gültekin, 2010). Ruhsal hastalıkların önlenmesi, erken teşhisi ve tedavisi, ruhsal hastalığı olan bireylerin desteklenmesi, toplumda ruh sağlığı bilincinin geliştirilmesi amacıyla oluşturulmuş çaba ve hizmetler bütünü olup koruyucu ruh sağlığı hizmetleri ise ruhsal hastalıkların önlenmesi ile başlayıp, ruh sağlığı politikalarının oluşturulmasını kapsayan geniş bir kavramdır (Attepe Özden, 2015). Koruyucu ruh sağlığı, halk sağlığı alanının önemli bir dalı olarak, ruhsal hastalıkların önlenmesinde ve toplum ruh sağlığının korunmasında önemli bir yere sahiptir. Koruyucu ruh sağlığı hizmetleri; ruhsal hastalıkların önlenmesi, risk faktörlerinin belirlenmesi, ruhsal hastalıkların erken teşhisi ve tedavisi, ruhsal hastalığı olan bireylerin desteklenmesi, toplumsal düzeyde ruh sağlığının geliştirilmesi amacıyla birincil, ikincil ve üçüncül koruma düzeylerinde sunulan/sunulması gereken hizmetlerdir (Attepe Özden, 2015). Toplum ruh sağlığı uygulamalarının koruyucu ve önleyici boyuttaki amaçları şöyle açıklanabilir:

- 1) Birincil önleme boyutunda; ruh sağlığını korumak, hastalıkların oluşumunu önlemek ve bu kapsamda toplumla çalışmak (bilinçlendirme, risk taraması çalışmaları vb.)
- 2) İkincil önleme boyutunda; hastalıkların erken tanısını, tedavisini ve bakımını sağlamak.
- 3) Üçüncül önleme boyutunda; ruhsal hastalıkların rehabilitasyonunu ve bakımın devamlılığını sağlamak ve buna yönelik sistem oluşturmak.

Koruyucu ve önleyici ruh sağlığı hizmetleri hastalığın başlaması, seyri ve kronikleşmesine yönelik önleme çalışmalarını ifade eder ve bir bütün halinde yürütülmelidir. Koruyucu ve önleyici ruh sağlığı çalışmalarında risk faktörlerinin ve koruyucu etkenlerin belirlenmesi son derece önemlidir. İzleme, değerlendirme, tedavinin hızlı başlangıcı ve sosyal destek ruhsal hastalık tehdidi altındaki bireylerin hastalık riskini azaltır. Risklerin farkında olmak, koruyucu faktörleri bilmek ve proaktif tedavi yaklaşımı çerçevesinde bunları tedavi ekibiyle paylaşmak tedavinin her bir aşamasında ruh sağlığı personelinin başarı olanağını artırır (Thomas ve diğ. , 2016). Risk faktörleri kişiden kişiye değişkenlik göstermekle birlikte biyolojik, psikolojik, çevresel ve sosyal etmenler

risk oluşturmaktadır denilebilir. Rutter (1985)'e göre bireyin yaşam deneyimleri, aile ve sosyal çevreden sağladığı sosyal destek, strese neden olan etkenlerin birey için anlamı, kendi kendine yetebilme duygusunun düzeyi, öz saygının gelişmişlik düzeyi gibi bireyin stresle baş etmesinde rol alan etkenler de koruyucu faktörler olarak değerlendirilebilir (Aksaray ve diğ. 1999).

Koruyucu ve önleyici ruh sağlığı hizmetlerini üç düzeyde ele almak mümkündür (Gültekin, 2010; Doğan ve diğ. , 2002; WHO, 2004a; Attepe Özden, 2015; Doğan, 2002; T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, 2012; Aksaray ve diğ. ,1999; WHO, 2004b; NSW Health Department, 2001). Ruh sağlığını korumak, hastalıkların oluşumunu önlemek ve bu çalışmaları halka sunmak birincil düzeydeki çalışmalardır. İkincil düzeyde hastalıkların erken tanısını, tedavisini ve bakımını sağlamak yer alır. Üçüncül düzeyde yürütülen çalışmalar ise ruhsal hastalıkların rehabilitasyonunu ve bakımın devamlılığını sağlamak ve buna yönelik ruh sağlığı politikaları oluşturmaktır (Davidson ve Campbell, 2016; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014; Attepe Özden, 2015; WHO, 2001).

Birincil koruma: Daha önce hastalığın görülmediği bireylerde hastalığın oluşmasını önlemeye yönelik çalışmaları ifade eder. Birincil korumanın amaçları; hastalığa neden olan etkenlerin belirlenerek azaltılması, risk faktörlerinin azaltılması, hastalığa direncin artırılması ve hastalığın yayılmasına engel olunmasıdır. Birincil koruma kapsamında yürütülen çalışmalar şunlardır;

- Toplumsal düzeyde ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyen stres yapıcı faktörler belirlenerek bunlara yönelik önleme ve azaltma politikaları geliştirilmesi,
- Yerel düzeyden başlayıp toplumsal düzeye yayılacak eğitimlerle toplumun ruhsal hastalıklar konusunda bilinçlendirilmesi ve böylece damgalanmanın önlenmesine yönelik çalışmalar yapılması,
- Toplumun fiziksel ve ruhsal sağlık düzeyini yükseltmeye yönelik çalışmalar yapılması,
- Risk gruplarının belirlenmesi ve bunlara yönelik önlem alınması,
- Psikiyatrik bozuklukların genetik olarak geçişini önlemeye yönelik çalışmalar yapılması,
- Alkol ve madde bağımlılığının fiziksel ve ruhsal etkileri hakkında bilgilendirme programları yapılması,
- İstihdam, barınma gibi sosyal hizmetlerin geliştirilmesi,

- Anne- baba adaylarına çocuk gelişimine yönelik bilgilendirilmeler yapılarak ebeveynlik becerilerinin artırılması,
- Bireyin ve ailenin sorun çözme becerilerini geliştirmeye yönelik çalışmalar yapılması,
- Birey ve ailenin stres düzeyini azaltmak ya da ortadan kaldırmak amacıyla sosyal destek programları geliştirilmesi
- Emeklilik, boşanma gibi geçiş dönemleri yaşayan bireylere yönelik destek ve eğitim programları yapılması.

İkincil koruma: Hastalığın erken teşhis edilerek hızla tedavi edilmesini ve hastalık süresi ile görülme sıklığının azaltılmasını içeren çalışmaları ifade eder. İkincil koruma kapsamında yürütülen çalışmalar şunlardır;

- Toplum genelinde hastalıkların erken tanısına yönelik girişimlerde bulunulması,
- Erken tanı ve tedavi amacıyla acil servisler, poliklinikler, gündüz tedavi programları ve yatan hasta servisleri gibi sağlık hizmetleri iyileştirilmesi,
- Ruhsal hastalıkların erken teşhis edilebilmesi için eğitim sistemi içerisinde yer alan öğretmenlerin ruhsal hastalıklar ve belirtileri konusunda bilgilendirilmesi,
- Tanı almış hasta ve yakınlarının ve sosyal çevresinin hastalık ve hastalığa ilişkin tedavi yöntemleri hakkında bilgilendirilmesi,
- Taburcu edilerek kendi ortamlarına gönderilen hastaların takibinin yapılması,
- Akut ruh sağlığı sorunları gibi kriz durumlarında başvurulacak kurum ve kuruluşların tanıtılması,
- Yaşamsal ve durumsal krizler (intihar vb.) yaşayan bireylere yönelik yardım amaçlı telefon hatlarının oluşturulması,
- Krize müdahale ve hastalıklar hakkında diğer bilgiler için halkın eğitilmesi.

Üçüncül koruma: Hastalık sonucu oluşan bozukluk ve yeti kayıplarının azaltılmasına yönelik çalışmaları ve tedavi sonrası topluma uyum çalışmalarını ifade eder. Schoenbaum ve arkadaşları 1995 yılında yayınladıkları ve 580 kişi ile yaptıkları bir araştırmada taburcu olan hastaların yaklaşık üçte birinin yeniden hastaneye yatırıldıklarını, evde ziyaret edilen hastaların yeniden hastaneye yatırılma oranlarının düşük olduğu bulgularına ulaşmışlardır. Bu araştırma sonuçlarına paralel olarak Nelson ve arkadaşları ise 2000 yılında yaptıkları bir araştırmada taburcu olduktan sonra izlenmeyen hastaların

izlenenlere oranla iki kat daha fazla hastaneye yatırıldıklarını bulmuşlardır (Bahar ve Savaş, 2013). Üçüncül koruma çalışmaları özellikle nüksün önlenmesinde önemli bir rol oynar denilebilir. Üçüncül koruma kapsamında yürütülen çalışmalar ise;

- Taburculuk sonrası iyileşme ve uyum sürecinde birey ve aile ile sosyal destek çalışmaları yürütülmesi,
- Tedavi sonrası psikiyatrik rehabilitasyon sürecini takip eden izleme ve ev ziyaretleri yapılması,
- Akut hastalıklar sonucunda ne yapılacağına ilişkin birey ile aileye eğitim ve tedavi edici hizmetlerinin kesintisiz verilmesi,
- Taburculuk sonrası sosyal destek grupları oluşturularak toplum kaynakları ile işbirliğine gidilmesi,
- Gerek duyulan durumlarda hastanın kısmi hastaneye yatış programlarına alınması ve barınma evlerine yönlendirilmesi ya da hastanın durumuna uygun tedavi programları ve hizmetlere yönlendirilmesi,
- Toplumsal destek sistemlerinin işlerliğinin sağlanmasıdır.

WHO 2004 yılında yayınladığı raporda ruh sağlığı alanında yaşam boyu koruma ve önleme politikasına yer vermiştir. Özellikle tüm nüfusu ruh hastalıklarından korumak ve ruhsal hastalıklar ile baş etmelerini sağlamak için oluşturulan politikalar azımsanmayacak sosyal ve ekonomik düzeyde kazançlar ve gelişimler sağlayabilecektir. Ruh sağlığı alanında WHO tarafından “yaşam boyu ruh sağlığı” temasıyla oluşturulan, ruh sağlığını geliştirmeyi ve ruh hastalığı riskini azaltmayı amaçlayan politikalar şöyle özetlenebilir (Llopis ve Anderson, 2007);

“Hamilelik sürecinde yapılan müdahaleler”:

Anne karnında geçirilen aylar da dâhil olmak üzere bireyin ruhsal, sosyal ve fiziksel fonksiyonları ilk ay ve yaşlarda yaşam süresinin başka bir zaman diliminden daha fazla gelişir (UNICEF, 2001). Çocuk için sağlıklı bir başlangıç akranlarıyla ve daha da kapsamlısı toplumla sağlıklı ilişkiler kurabilmeyi sağlar. Yaşamın başlangıcındaki bu erken müdahale ev temelli ebeveyn müdahalelerini ve okul öncesi müdahaleleri (özellikle ebeveynler ve ailelerin eğitim süreci boyunca yeterlilik ve dayanıklılıklarını arttırmaya yönelik müdahaleler) kapsar. Bekâr, adölesan ya da yoksul çevrelerde yaşayan

ve ilk kez hamile olan kadınlar ruhsal hastalıklar konusunda hem bebeği hem de kendisi açısından risk grubuna girer. Erken doğum ya da yetersiz beslenmeye bağlı olarak çocukluk ve yetişkinlik yaşamında bilişsel ve davranışsal problemler ile mental hastalıklar görülebilir (Elgen ve diğ. , 2002; akt: Llopis ve Anderson, 2007). Hamilelik sürecinde koruyucu ve önleyici kapsamda ev ziyaretleri yapılır. Buna ek olarak madde bağımlılığı olan ebeveynlere yönelik çalışmalar yürütülür. Hamilelik sürecinde alkol, tütün ve yasadışı ilaç kullanımı fetüse ve çocuğa zarar verir (Tuthill ve diğ. , 1999; akt: Llopis ve Anderson, 2007). Özellikle sigara düşük doğum ağırlığı riskini ikiye katlar (Institute of Medicine, 2001; akt: Llopis ve Anderson, 2007). Bu önleme ve koruma programları kadınların bağımlılıklarını sonlandırmayı ve bununla birlikte acil ve uzun süreli olarak ruh sağlığını iyileştirici çalışmalar yapmayı içerir. Bunun için davranışsal müdahale yöntemleri kullanılır. Ev ziyaretlerinde ise stresle baş etme mekanizmalarını geliştirmeye, sosyal destek sistemlerini ve babanın bakım sorumluluğunu arttırmaya yönelik çalışmalar yapılır. Sağlık sistemleri ile köprü kurma görevi üstlenilir. Bütün bunlar göz önünde bulundurulduğunda bu ev ziyaretleri ve bağımlılık çalışmaları sağlık harcamaları konusunda ve sosyal ve ekonomik boyutta kazanç sağlar denilebilir.

“Ebeveynlik müdahaleleri”:

Pozitif, proaktif, teşvik edici, öven ve ilgi- sevgi gösteren ebeveynler çocuğun özgüveninin yüksek olmasını, böylece sosyal ve akademik yeterliliğinin artmasını ve ruhsal hastalıklara karşı savunmasının yüksek olmasını sağlar. Bunun tersi yöndeki ebeveynlik ise fiziksel ve psikiyatrik hastalıkların oluşmasına katkıda bulunur. Bu noktada ebeveynliğe erken müdahale ruhsal hastalıklardan korunmaya ve hastalıkları önlemeye katkı sağlar. Bu bağlamda oluşturulan programların içeriğinde; temel düzeyde ebeveynlik okumaları ile bilişsel, duygusal ve davranışsal dilin gelişiminin sağlanması, okulla bağlantı olanağının sağlanması, 3-10 yaş arası çocuğa sahip davranışsal riskleri bulunan aileler için grup temelli aile eğitimlerinin sağlanması gibi çalışmalar vardır.

“Çocuk ve Adölesanlara Yönelik Müdahaleler”:

Okul bütün çocukların davranışlarında ve gelişimlerinde önemli bir etkiye sahiptir. Düşük okul başarısı ya da akademik performans sosyal ve ruhsal problemlerin oluşumunda

riskleri arttırır; anti sosyal davranışlara, madde kullanımına, erken hamileliklere, ilişki problemlerine ve suça sürüklenmelere neden olabilir. Buna ek olarak yoksulluk, suç oranı yüksek bir çevrede yaşamak, ebeveynlerin madde kullanması ya da aile içi çatışmalar da okul başarısına etki edebilir. Bütün bunlar da ruhsal hastalıklara zemin hazırlayabilir. Bu bilgilerden hareketle ruhsal hastalıkları önleme programının okul çağındaki çocuk ve adölesanların dayanıklılığını arttırmaya ve başarılarını desteklemeye yönelik 3 program türü mevcuttur;

- Genel Beceri Geliştirmeye Yönelik Programlar: Özellikle ilk ve ortaokul sürecinde bilişsel ve sosyal becerileri geliştirmek ve problem çözme yetisi kazandırmak amaçlı programlardır. Bilişsel ve sosyal becerileri geliştirmek, problem çözme yetisi kazandırmak bireylerde depresyon görülme riskini % 50 oranında azaltır (Greenberg ve diğ. , 2001; akt: akt: Llopis ve Anderson, 2007).
- Okul Çevresini Değiştirmek: Okul ve sınıf çevresini kurallara uyumu pekiştirecek, pozitif davranışları destekleyecek ve agresif davranışları azaltmayı sağlayacak biçimde yeniden şekillendirmeyi amaçlayan programlardır.
- Her İki Yaklaşımı da Birleştirmek: Koruma ve önlemeye yönelik bu programlar aynı anda farklı seviyede hem okul çevresini değiştirmeye ve öğrencinin bireysel yeteneklerini geliştirmeye hem de ebeveynleri de dâhil ederek daha etkili müdahalelerde bulunmaya çalışır.

“İş Yaşamındaki Müdahaleler” :

Aşırı iş yükü, zaman baskısı, gürültü, tekrarlayan işler, kişilerarası çatışma ve iş güvencesizliği gibi stres faktörleri ruhsal hastalıklara yol açabilir ya da anksiyete, depresyon ve stresle ilgili problemlerin oluşma riskini arttırır (Priceve Kompier, 2006; akt: Llopis ve Anderson, 2007). İş yaşamında ruh hastalıklarının riskini azaltmak ve oluşumunu önlemek görev odaklı teknik müdahaleler gerektirir. Bu müdahaleler iş güvencesi sağlamak, gürültüyü azaltmak, ergonomik koşullar sağlamak, görev tanımlarını netleştirmek, sosyal ilişkileri geliştirmek gibi konuları içerir. Bunlara ek olarak işsizlik de toplum ruh sağlığı bağlamında önemli bir sorundur. İşsiz bireylerin yeniden iş gücü piyasasına girişini sağlamaya yönelik çalışmalar da bu başlık altında yürütülür. Bu çalışmalarda iş arama sürecinde bireyin becerileri araştırılır, motivasyonu

yükseltilir, işsizlikle baş etme becerileri ve bu süreçteki sosyal destek sistemleri üzerinde durulur.

Emeklilik ve Yaşlılık Yılları:

Dünya üzerinde yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte bazı ruhsal hastalıklarda artış riski ortaya çıkmıştır. Sağlığın kaybı, fiziksel ve bilişsel yetilerde yaşanan kayıplar, sosyal çevre kaybı, toplum içindeki pozisyonun kaybı gibi durumlar ruhsal hastalıkların oluşmasında çeşitli risk faktörleridir (Reynolds ve diğ. , 2001; akt: akt: Llopis ve Anderson, 2007). Yaşam boyu koruma programının yaşlılara yönelik kısmı fiziksel aktivitelerin arttırılmasını, erken teşhis ile birincil basamakta müdahalelerin yapılmasını, yeni sosyal ağların kurulmasına yönelik çalışmaları kapsar.

Fiziksel egzersizleri, doğru beslenmeyi, yeşil alanların kullanımını, gönüllülük ve hibe programlarını, doğru ebeveynlik ve doğru sosyal ağlar kurmayı da içeren bu toplum içerisinde dayanıklılığı arttırma programları herkesin ruh sağlığını koruyabilir ve ruhsal hastalıkların oluşmasını önleyebilir (Thomas ve diğ. , 2016).

Bu program bir öneridir. Farklı ülkelerde uygulanmaya çalışılmakla birlikte henüz tam anlamıyla hayata geçirilebilmiş değildir. Bu program önerisinden de anlaşılacağı üzere ruh sağlığı hizmetlerinde toplum içinde koruyucu ve önleyici hizmetlerin sunulması ruh sağlığı sistemlerinin gelecekteki birincil önceliğidir. Bu yolla toplum ruh sağlığının iyileştirilerek geliştirilmesi ve ruh sağlığı hizmetlerine ayrılan tedavi yükünün azaltılması amaçlanmaktadır.

Türkiye'nin Ruh Sağlığı Haritasına göre ülkemizde ruh sağlığı hizmetleri çoğunlukla tedavi ağırlıklı yürütülmektedir. Koruyucu ve rehabilite edici hizmetler ülke genelinde henüz istenilen düzeyde değildir (WHO, 2011).

2.2.PSİKİYATRİK SOSYAL HİZMET VE RUH SAĞLIĞI ALANINDA ÇALIŞAN SOSYAL HİZMET UZMANININ ROL VE GÖREVLERİ

Psikiyatrik sosyal hizmet; psikiyatrik sosyal hizmetin kurucularından biri olarak gösterilen Meyer'e göre zihinsel ve psikolojik sıkıntılarında ötürü psikiyatri alanı içine giren birey ve grupların ihtiyaç ve sosyal uyumlarını odak alan bir işlev ve görevdir

(Arkan, 1985). Hinsic- Campbell (1970), psikiyatrik sosyal hizmeti çocuk ve yetişkinlerde görülen sinir sistemine bağlı bozukluklar, akıl sağlığının bozulması, davranış sistemindeki aksaklıklar şeklinde vuku bulan ruh sağlığı sorunlarına yönelik inceleme ve tedavi çalışmaları olarak tanımlanmıştır (Özdemir, 2000). Psikiyatrik sosyal hizmet birey, aile ve grupların başta biyopsikososyal fonksiyonlarını geliştirmek üzere değerlendirme, teşhis ve tedavisinin yapılması biçiminde de tanımlanabilir (Simpson ve diğ. ,2007). Bu tanımlar ışığında psikiyatrik sosyal hizmet bireylerde biyopsikososyal boyutta ortaya çıkan ruhsal sorunların tedavisi için, bireyin fonksiyonlarının geliştirilmesi ve birey ile sosyal çevre arasındaki uyumsuzluğun giderilmesi amaçlarıyla birey, aile, grup ve toplumla yürütülen çalışmalardır denilebilir.

WHO rehabilitasyonu; ruhsal bozukluk nedeniyle bireyde oluşan işlev kaybı, yetersizlik ve engellerin azaltılması ya da ortadan kaldırılması ve bireyin yaşam kalitesinin yükseltilmesi amacıyla yapılan müdahale ve eylemler olarak tanımlar. Buradan hareketle psikiyatrik müdahalenin bir klinik boyutu bir de hastalığın oluşumunu ve ilerlemesini önlemeyi ve bireyin sosyal gelişimi desteklemeyi içeren psikososyal ve psikoeğitim boyutu vardır denilebilir. Bu noktada sosyal hizmet, sosyal adalet ve müracaatçı haklarına vurgu yapması ve hastalığın klinik semptomlarından çok bireyin kendisine odaklanması yönleriyle ruh sağlığı alanında önemli bir yere sahiptir. (Australian Association of Social Workers [AASW], 2008; Bland ve diğ. , 2009; akt: Courtney ve Moulding, 2014).

Sosyal hizmet mesleği 1800'lü yılların sonunda ortaya çıkmış olup 1961 yılında Türkiye'de ilk sosyal hizmet akademisi kurulmuştur (Kut, 1988). Bununla birlikte ruh sağlığı alanında sosyal hizmet mesleğinin yer alması 19. yüzyıl sonları, 20. yüzyıl başlarına dayanmaktadır (Cabot, 1909; Cannon, 1952; akt: Aviram, 2002). İlk psikiyatrik sosyal hizmet eğitimi programı 1918 yılında Smith Colleage'da başlamıştır ve ilk eğitim görmüş psikiyatrik sosyal hizmet uzmanı ataması aynı yılın Eylül ayında gerçekleşmiştir (Özdemir, 2000). Psikiyatrik sosyal hizmetin gelişimi ruh sağlığı alanındaki gelişmelerle birbirine paraleldir. Yirminci yüzyılda Maxwell Jones tarafından ortaya atılan "terapötik toplum (therapeutik community)" ve "ortam tedavisi (millieu therapy)" gibi kavramlar doğrultusunda hasta ile birlikte aile ve sosyal çevresinin de dikkate alınması gerektiği düşüncesi doğmuş ve psikiyatri müdahalelerinde grup çalışmaları bir tedavi aracı olarak kullanılmaya başlanmıştır (Turner, 1974, akt: Özdemir, 2000). Böylece psikiyatri alanında sosyal hizmet mesleği görünür olmaya başlamıştır. Psikiyatrik sosyal hizmetin

gelişiminde I. Dünya Savaşı, II. Dünya Savaşı ve Çocuk Rehberlik Hareketi (Child Guidance Act)'nin önemli etkileri olmuştur. ABD'de Birinci Dünya Savaşı sonrasında askerlerde meydana gelen duygu ve davranış bozuklukları ve İkinci Dünya Savaşı sonrasında karşılaşılan psikiyatri hastası sayısındaki artışı sosyal tedavi ihtiyacını doğurmuştur. Bu ihtiyaç doğrultusunda özellikle askeri hastanelere sosyal hizmet uzmanı atamaları yapılmıştır. 1920'lerde çocuk suçluluğu alanıyla başlayıp sonrasında çocukların zihinsel ve duygusal tüm sorunlarını kapsayan çocuk rehberlik hareketi de psikiyatrik sosyal hizmetin gelişimine olanak sağlamıştır. Çocuk ve anne-baba sorunlarının çözümünde aile psikodinamiklerini anlamanın önemi üzerinde duran bu hareket sonucu devlet desteği ile sekiz tane çocuk rehber kliniği kurulmuştur. Sosyal hizmet uzmanları bu kliniklerde tanı ve tedavi becerilerini geliştirmişlerdir (Arıkan, 1985; Özdemir, 2000). Klinik boyutta yürütülen ilk sosyal hizmet çalışmaları hasta ve aileleri üzerine yoğunlaşmış, daha sonrasında toplumsal yaşama uyum amaçlanmıştır (NASW, 1960, akt: Özdemir). Psikiyatrik sosyal hizmetin ilk yıllarında sosyal hizmet uzmanlarının işlevleri çoğunlukla psikiyatriklere gerekli olan bireysel ve ailevi bilgileri toplamak olmuştur (Aviram, 2002). Bu alanda çalışan ilk sosyal hizmet uzmanlarının bilinen anlamda psikiyatrik sosyal hizmet eğitimi almadan göreve başlamaları karar sisteminde yer almadan yalnızca alınan kararları uygulamakla sınırlı kalmalarına neden olmuştur (Arıkan, 1985; Özdemir, 2000). İlerleyen yıllarda ruh sağlığına bakış açısındaki farklılaşmalar, sosyal hizmetin meslekleşme süreci, toplum ve insanı araştıran bilim alanlarındaki gelişme ve yeni yaklaşımlar gibi faktörler sonucunda sosyal hizmetin psikiyatri alanındaki etkinliği ve etkililiği artmıştır denilebilir. İlk psikiyatrik sosyal hizmet uzmanlarından biri olan E.H. Horton'a göre psikiyatrik sosyal hizmet, ruh hastalıklarının temelinin toplumsal, ekonomik ve ahlaki koşullar olduğu düşüncesi üzerine kuruludur ve Horton kalıcı bir iyileşmenin olumsuz koşulların düzeltilmesi ile mümkün olabileceğini savunur (Özdemir, 2000). Horton'un bu yaklaşımını destekler nitelikte yıllar içerisinde ruh sağlığı alanında yaşanan gelişmeler sonucunda medikal modelden sosyal modele geçilmiş ve tam iyileşmenin sağlanabilmesi için hastanın ve hastalığın biyolojik, psikolojik ve sosyal olmak üzere üç boyutta ele alınmasının gerekliliği ortaya konmuştur. Tüm bunlar sonucunda ruhsal hastalıkların tedavisinde bireyin bedensel, ruhsal, duygusal ve sosyal bileşenlerini bir arada düşünmek kaçınılmaz hale gelmiştir denilebilir. Sosyal hizmet mesleği ruhsal sorunları değerlendirirken;

- Mikro boyutta bireyin gelişim dönemleri, kişilik özellikleri, güçlü yönleri, sorun çözme ve baş etme becerileri ile başarılı - başarısız olduğu durumları,
- Mezzo boyutta ailesinin gelişimsel dönemleri, karşılaşılan güçlükler, sorun çözme ve baş etme becerileri, başarılı- başarısız olduğu durumlar, anne- babanın bireysel özellikleri, çocuklarla ilişkileri, evlilikleri, ailedeki iletişim biçimleri, rol ve sorumluluklar, kural ve sınırlar ile ihtiyaçları karşılama biçimlerini,
- Makro boyutta da bireyin dâhil olduğu diğer sistemler, birey ve ailenin yaşadığı sosyal çevrenin özellikleri, değer ve normları, beklentileri, ailenin yaşadığı sosyal çevrenin özellikleri, değer ve normları, beklentileri, çevrede var olan hizmet ile kaynakları göz önünde bulundurur.

Zaman içerisinde bireyin biyopsikososyal bütünlüğünde olacak bir aksaklığın kendisi ile birlikte çevresini ve toplumu da etkilediği görülmüştür. Müracaatçılar ve sorunları, çok yönlü ve derin bir inceleme içinde birçok kurum ve mesleğin ilgilendiği vakalar haline dönüştüğünden hemen her meslek diğer mesleklerle görüşmek, dayanışmak, bilgi alışverişi yapmak ve birlikte hareket etmek zorunda kalmıştır (Özdemir, 1999).

Ruh sağlığı alanındaki iyi destek hastaların yaşam kalitesini geliştirecek, hastalıklarını azaltacak (hem ruhsal hem fiziksel) ve onların yaşamlarını koruyacaktır. Bu da uzun dönemde sağlık bakımı ihtiyacını azaltarak daha iyi bir sosyal yaşantıya sahip olmalarını sağlayacaktır (Thomas ve diğ. , 2016). Bu alanda var olan bir meslek olarak sosyal hizmet de hastalar ile çalışmada güçlendirme temelli çabuk iyileştirmeyi odak alan bir yaklaşım sağlamaktadır (Goldstein, 1995; akt: Tosone, 2016). Psikiyatrik sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanının birey ve sistemlerin kesiştiği noktada üç önemli görevi vardır (Payne, 2005):

- Arabuluculuk rolü kapsamında birey ile sistemler arasındaki uyumsuzluğu çözmeye ve birey ile sistemi bir araya getirmeye,
- Savunuculuk rolü kapsamında bireyleri bir araya getirerek sosyal eylemlerde bulunmaya ve sistemlere etki etmeye,
- Organizatörlük rolü kapsamında bireyin çevresinde bulunan sistemleri organize etmeye, bireylerin ihtiyaçları doğrultusunda sistemlerden yararlanmasını sağlamaya çalışır.

Bu alanda geçiş döneminde bulunan bireylerle de çalışmak gerekebilir. Bu bireylerle çalışırken sosyal hizmet uzmanı güçlendirme, ğretim ve kolaylaştırıcılık gibi görevler üstlenir (Duyan, 2014). Sosyal hizmet uzmanı bireyin çevresindeki değişimlerle uyumu sürecinde yanında olup motivasyonunu arttırarak bireyi güçlendirir. Hastaya sürekli güven aşılar, kendini değerli hissettirmeye ve yalnız hissetmesini önlemeye çalışır. Bireye sorunlarla baş etme yöntemlerini öğrenmesi konusunda destek olur ve birey ile çevresi arasındaki etkileşim ve iletişimi engelleyen unsurları ortadan kaldırmada bireyi yönlendirerek süreci kolaylaştırır. Hasta zerindeki toplumsal baskıları azaltmaya çalışır. Bu amaç doğrultusunda aileyi, kurum ve çevreyi bilinçlendirir.

Sosyal evre ve sistemlerin işlev ve yapıları süreğen zaman içerisinde değişime uğrayarak karmaşık hale gelebilir, bu durum da bireyin çevreye adaptasyonunu olumsuz yönde etkileyerek denge kaybına yol açar (Danış, 2006). Bu durumda yapılacak olan psikososyal müdahale sürecinde sosyal hizmet uzmanı;

- Bireylerle çalışırken bireyin özsaygısını, kendilik değerini, baş etme ve problem zme kapasitesini arttırarak bağımsızlığını ve yetkinliğini sağlamaya yönelik çalışmalar yapar.
- Aile ve gruplarla çalışırken üyeler arasındaki iletişim örüntüleri üzerinde durur, etkileşimlerinde farkındalık yaratmaya ve değişim sağlamaya yönelik çalışmalar yapar.
- Makro boyutta sistemler ile çalışırken ayrımcılık, baskı ve önyargıları azaltmaya, birey, aile ve grup ile kaynak, hizmet ve fırsatlar arasında köprü oluşturmaya, birey evre uyumunu arttırmaya ve bireyin ihtiyaçlarının etkin bir biçimde karşılanabilmesi için sistemde değişim yapmaya yönelik çalışmalar yapar (Zastrow ve Ashman, 2014; Teater, 2015).

Bu çalışmada ruh sağlığı genelinde koruyucu ve önleyici ruh sağlığı çalışmaları inceleneceğinden koruyucu ve önleyici boyutta çalışan sosyal hizmet uzmanlarının rol ve görevleri üzerinde durulacaktır.

2.2.1. Koruyucu ve Önleyici Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rol ve Görevleri

Sosyal hizmet çoğunlukla incinebilir gruptaki insanları güçlülere karşı korur ve onların yaşam kalitesini arttırmayı ve destek olmayı amaçlar (Henderson ve diğ. , 2015). Ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının birçok etkili uygulamacının perspektifinden oluşan kapsamlı bir bilgi kaynakları mevcuttur (Webber, 2013). Bilgileri sosyal ve davranışsal bilimlerin biyopsikososyal yaklaşımla birey ve toplumla çalışma bilgisine dayanır ve bakış açıları da çevresi içinde birey kuramına dayalıdır (Aviram, 2002). Bu yüzyılın ilk çeyreği boyunca psikiyatrik sosyal hizmet uzmanları genellikle taburculuk sonrası bakım sürecine dâhil olmuşlardır (Aviram, 2002). Ancak ruh sağlığı alanındaki gelişmelerle birlikte sosyal hizmet mesleğinin de bu alanda üstlendiği roller artmıştır.

Ruh sağlığı alanında ortaya çıkan sorunlar yalnızca bireyi değil, bireyin aile, iş/ okul başta olmak üzere sosyal çevresine de etki etmektedir. Bu nedenle ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları ruhsal hastalıkların bireysel ve toplumsal etkileri ve sonuçları ile ilgilenirler ve bu alandaki hizmetlerin sunumunda hem kamu kuruluşları, hem kâr gütmeyen kuruluşlar hem de özel kuruluşlarla iş birliği yaparlar (Bahar ve Savaş, 2013; Aviram, 2002). Ruh sağlığı alanında sosyal hizmet mesleğinin amacı birey ve toplumun iyilik halini desteklemektir denilebilir. Bu doğrultuda sosyal hizmet uzmanları müracaatçının yanında ve müracaatçı adına sosyal adalet ve sosyal değişimi destekler. Ziguras, Henley ve Catford (1999)'a göre ruh sağlığı alanında sosyal hizmet uzmanının rolleri aile eğitimini ve desteğini, müdahale izlem ve değişimini, müracaatçının savunuculuğunu ve vaka yönetimini kapsar. Aviram (2002)'a göre ise sosyal hizmet uzmanının ruh sağlığı alanındaki rolleri; kaynak dağıtımı, sosyal hizmetlerin denetimi, çocuk koruma, danışmanlık ve terapi, vaka yönetimi, savunuculuk, müdahale planı oluşturma ve güçlendirme, politika planlama ve üretmedir. Sosyal hizmetin ruhsal hastalığa sahip bireyleri rehabilite edilerek işlevselliklerinin artırılması yoluyla topluma aktif katılımlarını sağlama noktasında önemli işlevlere sahip bir meslek olduğu söylenebilir. Charles ve Bentley (2016) ruh sağlığı hizmetlerinde sosyal hizmet uzmanının görevlerini şöyle sıralamıştır: (1) Durumu çevresi içinde birey yaklaşımı ile ele almak, (2) Savunuculuk rolü üstlenmek, sosyal değişim için politik eylemlerde bulunmak, (3) Sosyal fonksiyonlarını yeniden kazanmada müracaatçıya ve ailesine

yardımcı olmak, (4) İyileşmeyi, toplumla bütünleşmeyi ve kaliteli bir yaşam sürdürmeyi sağlamak. Genel bağlamda özetleyecek olursak ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanının görevlerinin şunlar olduğu söylenebilir:

- Psikiyatrik yardıma ihtiyacı olan bireyi tespit etmek,
- Bireyin gerekli tedavi kurumuna ulaşmasını sağlamak,
- Bireyin tedavi olduğu kuruma ve tedaviye uyumunu sağlamak,
- Bireyin tedaviye aktif katılımını sağlamak,
- Tedavi sonrasında ortaya çıkan psiko-sosyal ve ekonomik sorunların çözümlenmesine yönelik kurumlar arası işbirliğine dayanan çalışmalar yürütmek,
- Bireyin ailesi ve sosyal çevresi ile olan ilişkilerinin düzenlenmesi ve sürdürülmesini sağlamak,
- Bireyi ve ailesini taburculuk sürecine hazırlamak,
- Taburculuk sonrası uyum sürecini takip etmek.

Ruh sağlığı alanında kurumsuzlaştırmada⁴ kilit rol oynayan sosyal hizmet uzmanlarının bu görevleri gerçekleştirme noktasındaki temel işlevi müdahale planı oluşturmaktır (Hodges ve Anderson, 2006). Mikro, mezo ya da makro düzeyde müdahale planı oluşturmanın beş önemli karakteristiği vardır: (1) hedef nüfusu belirlemek, (2) erişilebilir hedefler oluşturmak, (3) koalisyon oluşturmak ya da kurumlar arası ortaklık kurmak, (4) hedef nüfusun ihtiyaçlarını hizmetlerin uygunluğuna göre sıraya koymak, (5) çıktıları değerlendirmek ve izleme çalışmaları yapmak (Lightburn, 2001).

Müdahale planı; tanışma, ön değerlendirme, planlama, uygulama, son değerlendirme, sonlandırma ve izleme bölümlerinden oluşur (Duyan, 2014). Sosyal hizmet uzmanının müdahale planının her bir düzeyinde farklı sorumlulukları olduğu söylenebilir. Bireysel düzeyde müdahale planı oluşturulurken müracaatçının bağımsızlığı, güçlü yanları ve seçimleri göz önünde bulundurulur ve problemlerle baş etme, çevreye uyum sağlama, sosyal koşulları değiştirerek yaşam kalitesini artırma konularına odaklanılır (Hodges ve Anderson, 2006; Aviram, 2002). Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerindeki artışla birlikte müdahale yöntemleri de müracaatçı odaklı modellere kaymıştır (Bland ve diğ. , 2009; Ramon ve diğ. , 2007; akt: Courtney ve Moulding, 2014). Sosyal hizmet uzmanı

⁴ Kurumsuzlaştırma: Ruhsal hastalığa sahip bireylerin yataklı tedavi kurumlarından azade toplum içerisinde tedavi ve rehabilitasyonunun sürdürülmesini ifade eder.

ruh sağlığı alanında tanı konması, tedavinin planlanması ve uygulanması, tedavi süreci ve sonrasında hasta ve ailesinin farklı sorunlar yaşamadan tedavi olabilmesi ve taburculuk sonrası toplumsal işlevselliğin sağlanabilmesi için birçok meslek grubu ile birlikte hizmet vermektedir (Bahar ve Savaş, 2013, s. 84). Psikiyatrik tedavide sosyal hizmet uzmanını tedavi ekibindeki diğer üyelerden ayıran en önemli özelliği tedavinin toplumdaki uzantısı olmasıdır denilebilir. Psikiyatrik sosyal hizmet uzmanları multidisipliner bir ekip çalışması içerisinde sosyal çalışma için geliştirilmiş olan tüm yöntemleri kullanma durumundadırlar (Arıkan, 2016).

Genel olarak özetleyecek olursak sosyal hizmet uzmanlarının şu sorumlulukları üstlendiği söylenebilir:

- Sosyal hizmet uzmanları müdahale için iş planlamasını ve zaman yönetimini yapar. Düzenli olarak müdahalelerin etkililiğini değerlendirerek vaka raporları oluşturur (Sheafor ve Horejsi, 2014).
- Sosyal hizmet uzmanları bireysel müdahalenin yanı sıra toplumsal çalışma da yaptıklarından risk gruplarına daha kolay ulaşabildikleri söylenebilir. Değişim ajanı olarak risk gruplarına yönelik önleme çalışmaları yürütmek sosyal hizmet uzmanının görevlerindedir.
- Sosyal hizmet uzmanları mikro, mezzo ve makro düzeylerde hizmet verir. Her üç düzeyde de müdahale planı oluşturur. Bu kapsamda müracaatçının ihtiyaçlarını tanımlar, var olan kapasite ve motivasyonları ölçer. Müracaatçıya sosyal ve günlük yaşam yetenekleri ve davranış değerişimleri konularında yardım eder (Sheafor ve Horejsi, 2014). Hastalık konusunda birey ve aileyi bilgilendirmekle hasta ve ailesinin yaşadığı kaygıyı azaltmakla, hastalığa bağlı olarak ortaya çıkabilecek sorunları belirleyip bunların çözümüne yönelik gerekli çalışma ve planları yürütmekle yükümlüdür.
- Sosyal hizmet uzmanları kaynaklara ulaşım konusunda yardımcı rol üstlenir. Bu nedenle politika, program, prosedür ve hizmetler hakkında kapsamlı bilgiye hakim olmalı ve müracaatçının biricikliğini göz önünde bulundurarak müracaatçının güç ve sınırlarına dair değerlendirmeler yapmalıdır (Sheafor ve Horejsi, 2014).
- Sosyal hizmette kurumlar arası işbirliği ve yerel yönetimlerle sektörler arası işbirliğine dayalı müdahaleler hayati önem taşımaktadır (Thomas ve diğer., 2016). Psikiyatrik tedaviye gerek duymakla birlikte sosyal ve ekonomik sorunları nedeniyle tedavi olamayan bireyler için gerekli kurumlarla işbirliği yaparak bireyin ve ailenin

sosyal ve ekonomik yönden desteklenmesini sağlamalıdır. Belki de diğer sağlık alanlarından da fazla olmak üzere ruh sağlığı alanı birlikte planlanmış, iyi koordine edilmiş, çok sektörlü yaklaşımla çerçevelenmiş politika ve uygulamaları gerektirmektedir (Knapp ve diğ. , 2007).

- Tedavi masraflarının karşılanması sorunu, hastaya nasıl yaklaşımda bulunulacağına bilinmemesi, zarar görme korkusu gibi sorunlar ruhsal hastalığa sahip bireyle yaşayan ailelerde ortaya çıkan bir takım ortak sorunlardır. Burada sosyal hizmet uzmanının görevi kaygıların ortadan kaldırılması ve ailenin ihtiyaç duyduğu desteklerin sağlanmasına yönelik çalışmalar yapmaktır. Bu çalışmalarda hasta odağı ve hasta ailesi odağını birbirinden ayırmamak gerekir.

- Psikiyatrik tedavide, tedaviye ihtiyaç duyan bireyin sosyo- ekonomik durumu, aile içerisindeki rol ve sorumlulukları, ailesi ve çevresi ile ilişkileri konularında detaylı bilgi edinilmesi iyi bir tedavi programının oluşturulması noktasında hayati önem taşır. Bu bilgilerde sosyal hizmet uzmanı tarafından yapılacak olan ev ve iş yeri ziyaretleri ile elde edilebilir. Bunlara ek olarak sosyal işlevselliğin yitirilmemesi noktasında psikiyatrik bozukluklarda kişinin işini kaybetmemesi gerekir denilebilir. Hastayı olabildiğince toplumsal alanda tutmak gerekir. Sosyal hizmet uzmanı burada hastanın iş çevresini bilinçlendirmekle görevlidir.

- Sosyal hizmet uzmanının işlevlerinden biri de hizmetlerden yoksun kalan müracaatçı gruplarının hizmetlerden yararlanmalarını engelleyen güçlükleri ortadan kaldırmaya yönelik eylemler yürütmektir (Sheafor ve Horejsi, 2014). Ruh sağlığı hizmetlerinin dağıtımında sosyal hizmet uzmanı hastalığı ve hastalığın biyopsikososyal doğasını anlayarak damgalanmaya karşı savunuculuk rolü üstlenir. Bu noktada sosyal hizmet uzmanı sosyal değişimi sağlayacak makro uygulamaların merkezinde yer alır (Charles ve Bentley, 2016). Ayrıca sosyal hizmet uzmanının savunuculuk rolü bağlamında tedavi süresince hastanın haklarını koruma sorumluluğu vardır.

- Sosyal hizmet uzmanı sosyal çevrenin insan davranışına etkisini iyi gözlemleyebilmeli ve danışmanlığa ilişkin müdahale tekniklerini uygulama konusunda yetkin olmalıdır. Psikososyal değerlendirme ve teşhis konularında bilgi sahibi olmalı, müracaatçının değişim çabalarını destekleyerek müracaatçının çevresi ile değişimi destekleyici çalışmalar yürütmelidir (Sheafor ve Horejsi, 2014). Birey kendi isteğiyle ya da isteği dışında tedavi sürecine dâhil olduğundan bir uyum evresi yaşar. Toplumda

psikiyatri hastalarına ve hastanelerine karşı var olan ön yargı ve olumsuz tutumlar sonucunda hasta ve ailesi uyum evresinde desteğe ihtiyaç duyarlar. Tedavi ekibi içinde yer alan sosyal hizmet uzmanı hasta, ailesi ve tedavi kurumu arasındaki köprü niteliğindeki çalışmaları ile hasta ve ailesinin tedaviye katılımı ve uyumu noktasında tedavi ekibine destek verir (Bahar ve Savaş, 2013). Hastanın ailesini ve çevresini hastalık konusunda bilgilendirerek hastaya gerekli sosyal desteğin sağlanması yönünde çalışmalar yapar.

- Sosyal hizmet uzmanlarının temel görevlerinden biri de müdahale planını değerlendirmektir. Müdahale planının oluşturulma aşamasında sosyal hizmet uzmanı müracaatçının taleplerinin karşılanması, müracaatçının sosyalizasyon imkânları, hastalığa ilişkin semptomları azaltma ve yeterli barınma hususlarını değerlendirir. Aynı zamanda sosyal hizmet uzmanı müdahale planının süreç içindeki işlerliğini ve çıktılarını da değerlendirir (Hodges ve Anderson, 2006).

- Sağlıklı bir taburculuk kararının verilebilmesi için hasta ve ailesinin taburculuk ve sonrasındaki sürece ne kadar hazır olduğunun değerlendirilmesi gerekir. Bu değerlendirmelerin doğru yapılmasında sosyal hizmet uzmanının hasta ve aile ile yaptığı görüşmelerden elde ettiği bilgileri tedavi ekibi ile paylaşmasının önemi büyüktür. Hasta ve ailesinin bu sürece hazırlanması sosyal hizmet uzmanının hasta, ailesi ve hasta ile ailenin iş/okul ve sosyal çevresi ile yapacağı görüşmeler yoluyla sağlanır (Bahar ve Savaş, 2013).

- Ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları hastalar, aileleri ve toplum ile hastane arasında köprü kurma ve taburcu olmuş hastalara yönelik taburculuk sonrası toplum bakımı planlamakla yükümlüdürler (Aviram, 2002). Psikiyatrik sosyal çalışma etkinlikleri yalnızca tedavi ortamı ile sınırlı değildir. Çok yönlü uygulama yapmak hem tedavi sonrası hastayı incelemeyi, hem toplum düzeyinde ruh sağlığını yaygınlaştırıcı etkinlikleri, hem de ilgili toplumsal kuruluşlarla bağlantı kurmayı gerektirir (Arıkan, 1985). Taburculuk sonrasında hastanın hastalığı hakkında bilinçli ve duyarlı bir aile ve sosyal çevreye dönmesi tedavinin başarısını olumlu etkiler. Bu ortamların hazırlanmasında ev, aile, okul-iş yeri görüşmeleri yapmak sosyal hizmet uzmanının görevlerindedir. Tedavi sonrası süreçte sosyal hizmet uzmanı hastanın yaşadığı çevreyi de müdahale planına dâhil ederek hastanın toplumla entegrasyonunu sağlamaya ve yaşam kalitesini arttırmaya çalışır. Bu kapsamda hastalığın tekrarına ilişkin semptomları

azaltmaya yönelik çalışmaların yanı sıra hastanın tehlikeli olduğuna dair ataerkil sistem ürünü öngörülerini de ortadan kaldırmaya çalışır (Charles ve Bentley, 2016). Tedavi sonrasındaki izleme sürecinde hastanın belirli sürelerde kliniğe gitmesi beklenir. Bu alanda daha çok sosyal işlevselliği artırıcı sosyal grup çalışmaları yapılır. Bu çalışmaların temel amacı hastalığın tekrarını önlemektir. Son olarak sosyal hizmet müdahalelerinde tedavi ve izleme çalışmalarının iç içe geçtiği söylenebilir.

2.3.RUH SAĞLIĞI POLİTİKALARI

Ruh sağlığı politikaları WHO tarafından “bir ülkede yaşayan toplumun ruh sağlığını geliştirmek ve iyileştirmek için oluşturulan, bu alanda hedefler belirleyen ve bu hedeflerin öncelikleri ile bunlara ulaşılması için gerekli olan ana yöntem ve stratejileri öneren, aynı zamanda o ülkenin hükümeti veya Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan yazılı belge” şeklinde tanımlanmaktadır. Dünya ruh sağlığı politikaları 2005 yılından sonra gelişmeye başlamıştır. 2000 yılı öncesi dünyadaki ülkelerin sadece % 9’u bir ruh sağlığı politikasına sahipken, 2005 yılından sonra ülkelerin % 76’sı ruh sağlığı politikaları üzerinde durmaya başlamıştır (WHO, 2011).

Sağlık ve ruh sağlığı alanında politika ve uygulama oluşturma sürecine etki eden birçok faktör bulunmakla birlikte en görünür ve etkin yaklaşımı kanıta dayalı sağlık hizmetleri ya da daha kapsamlı olarak kanıta dayalı politika ve uygulamalar oluşturmaktır. Çünkü bilgiye dayalı yapılan uygulamalar ve uygulamaya dayalı elde edilen veriler yeni yaklaşım önerileri sunmaktadır (Grayson ve Gomersall, 2003; Nutley, 2003; akt: Mullen, 2008). Gelişmekte olan ülkeler bedensel sağlık üzerinde yoğunlaşırken; gelişmişlik düzeyinin artmasıyla birlikte ruh sağlığına verilen önem artmaktadır. Günümüzde ruh sağlığı politikaları ruh sağlığını koruma, ruhsal sorunları önleme, tedavi etme ve rehabilitasyon sağlama olmak üzere üç boyutta ele alınmaktadır (WHO, 2011). Bu politikalar kapsamında ruh sağlığı hizmetlerinin temel bakım hizmetleri ile birleştirilerek geliştirilmesi ve stigma (damgalanma) ve dışlanmanın önlenmesine yönelik olarak toplumsal farkındalık çalışmalarının yapılması amaçlanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Bu çalışmada Türkiye’de sunulan toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin koruyucu ve önleyici boyutu değerlendirilecektir. Kanıta dayalı, doğru temellendirilmiş bir

değerlendirme yapılabilmesi için dünyada ve Türkiye’de ruh sağlığı politikalarının genel gelişimi ve güncel durumu hakkında bilgi sahibi olmanın gerekliliği göz önünde bulundurularak öncelikle bu konular üzerinde durulacaktır.

2.3.1. Ruh Sağlığı Politikalarının Dünyadaki Görünümü

Bakım ve tedavi konusundaki ruh sağlığı politikaları sosyal değerleri ve öncelikleri yansıtmaktadır denilebilir. Dünyanın her yerinde değişen inanç, tutum ve ihtiyaçlara bağlı olarak ruhsal hastalıklara ilişkin politika ve hizmetler de değişmiştir ve değişmeye devam etmektedir. 18. yüzyılda P. Pinel’in ruh hastalarına daha insancıl davranılması konusundaki çalışmaları, 19. yüzyıl sonlarında Freud tarafından geliştirilen psikanalitik kuram, 20. yüzyılın ikinci yarısında psikiyatride çağdaş anlamda ilaç tedavilerinin başlaması ve son olarak başlayan toplum ruh sağlığı hareketi Avrupa’da ruh sağlığına bakış açısındaki değişimin mihenk taşlarını oluşturmaktadır. Yakın geçmişte dünya genelinde akıl sağlığına yönelik sunulan hizmetleri üç dönemde incelemek mümkündür: asylum (depo tipi akıl hastaneleri) ve geleneksel hastane bakımının artışı, asyulumların azalması ve son olarak da toplum- hastane denge modelinin ortaya çıkışı (Thornicroft ve Tansella, 2003):

- Asyulumların artışı yaklaşık olarak 1880 ve 1950 yılları arasında ekonomik olarak gelişmiş ülkelerde meydana gelmiştir. Batı toplumlarında akıl sağlığı nüfusun büyük bir bölümü tarafından önemli ölçüde kabul gören algı, duygu ve davranışlara sahip olmamak olarak tanımlanmaktadır (Allott, 2004). 1880-1950 arasındaki dönemde de klinik bozuklukları ve sosyal anormallikleri olan bireyler toplumun genel yaşam yerlerinden uzağa konumlandırılan oldukça geniş depo tipi hastanelere yerleştirilmiştir. Özellikle ekonomik olarak az gelişmiş ülkeler tüm akıl sağlığı hizmetlerini bu kurumlar üzerinden sağlamışlardır. Günümüzde eldeki kanıtlar asylum modelinin çok düşük düzeyde tedavi ve bakım sağladığını göstermektedir.
- Asylum modelinin kısa dönem çıktıları sonucunda 1950 yılında ekonomik olarak gelişmiş pek çok ülkede depo tipi hastaneler azaltılmaya başlanmıştır. Hastalarda yoğun oranda eksiklik semptomu ve kurum bakımına bağlı gelişen yaşam becerilerinin kaybı gibi sorunlar görülmüştür. Hastalara yönelik insanlık dışı

davranışlar, kurumun coğrafik ve mesleki izolasyonu ve personel, raporlama ve hesap verilebilirlik prosedürlerinin yetersizliği, yönetimin başarısızlıkları, yetersiz fonlama, etkisiz personel eğitimi ve yetersiz denetleme ile kalite değerlendirme ölçütleri de görülen diğer sorunlardır. Bu durumlara yanıt olarak depo hastanelerin kötüye çıkan adını temizlemek amacıyla bu sistemde de değişikliğe gidilmiştir.

- Toplum temelli hizmetlerin yerel yönetimlerle işbirliğini içeren toplum hastane denge modeli ortaya çıkmıştır. Gelişmekte olan bu modelde, hastane bakımının tüm negatif etkilerinden kaçınılırken aynı zamanda hastaların tüm olanaklardan faydalandırılması önemlidir.

Görüldüğü üzere modern psikiyatrik bakım tarihinin ilk mirası kurum bakımındı ve akıl hastaneleri psikiyatrik bakım kalitesinin kültürel, politik ve sosyal yansımasıydı (Shorter, 2007). Dünyada genel olarak 1950'li yıllarda verilen ruh sağlığı hizmetlerinin ve personelinin yetersiz kalması ve kronik hastalar için hastanelerin yetersizliği nedeniyle akıl hastanelerinden uzaklaştırılarak hastanelerin kapatılma yoluna gidilmesi toplum ruh sağlığı hareketini güçlendirmiştir (WHO, 2004a). 1978-2002 yılları arasında özellikle sağlık hizmetleri için Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla'dan büyük pay ayrılan Batı Avrupa'da hızla yasalar oluşturulmaya başlanarak kurum temelli bakımdan toplum temelli bakıma geçilmeye çalışılmıştır denilebilir. WHO'nun tüm ülkelere ruh sağlığı hakkında verdiği temel tavsiye; ruh sağlığı hizmetlerine toplum katılımının sağlanmasını, kurum bakımından vazgeçilerek toplum bakımına geçilmesini, hizmetlerin birincil basamak sağlık hizmetlerine entegre edilerek ulaşılabilir olmasını içermektedir. Bu doğrultuda fonların aktarımı kurum bakımından ziyade (müzakere edilip planlanarak oluşturulacak) toplum temelli bakım için yerel yönetimlere kaymalıdır. Halk sağlığı yaklaşımı doğrultusunda hizmetlerin kurgulanmasında da nüfusun gerçek ihtiyaçları rehberlik etmelidir (Amaddeo ve diğ. , 2007). Dünya üzerinde ruh sağlığı alanında yaşanan son gelişmelerin raporlandığı bir WHO belgesinde de (WHO, 2011) toplum temelli ruh sağlığına, bakımın sürekliliğine, nüfusun farklı ihtiyaçlarına cevap veren geniş çaplı hizmetlerin ulaşılabilir olmasına ve hizmetlerin birincil basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesine vurgu yapılmaktadır. Geniş çaplı ihtiyaçlara cevap veren tedavinin medikal ve sosyal ihtiyaçları kapsamı gerektiği öngörülmektedir. Bu tedavinin içeriğinde ilaçla tedavi, psikoterapi, psikososyal rehabilitasyon, mesleki rehabilitasyon,

istihdam ve barınma vardır. Bu hizmetlerin sunumunda insan hakları doğrultusunda hastaların yasa ile güvence altına alınması son derece önemlidir (Amaddeo ve diğ. ,2007). Ruh sağlığı alanının birincil basamak tedavi hizmetlerine entegre edilmesi yalnızca ruh hastalıklarının maddi boyutunu azaltmakla kalmayacak ayrıca daha kapsamlı bir bakış açısı sağlayacaktır. Çünkü araştırmalar uzun süren acı dolu tedavi süreci sonrasında hastaların büyük bir bölümünün hastalığın tekrarı tehdidi altında olduğunu göstermektedir (Llopis ve Anderson, 2007).

Genel bağlamda özetleyecek olursak WHO ruh sağlığı hizmetlerinin reformu konusunda üç temel öneride bulunmuştur:

- 1) Büyük psikiyatri hastanelerinden ziyade çok sayıda daha küçük hastanelere geçiş (kurumsuzlaştırma).
- 2) Ruh sağlığı hizmetlerinin toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri modelinde verilmesi.
- 3) Psikiyatrik hizmetlerin genel sağlık sistemiyle bütünleştirilerek, genel hastaneler içerisinde psikiyatri kliniklerinin hizmet vermesi.

WHO'nun önerileri arasında yer alan toplum temelli ruh sağlığı sistemi de üç temel üzerine kuruludur:

- 1) Coğrafi temelli hizmet,
- 2) Ruh sağlığı ekibi ile verilen hizmet,
- 3) Tanımlanmış bölgeye hizmet için kurulmuş 20 yataklı kapalı psikiyatri servisleri, gündüz hastaneleri ve rehabilitasyon merkezleri, bakım kurumları.

Yukarıda ruh sağlığı hizmetlerinde dünya ülkelerindeki genel durum ve WHO'nun reform önerileri aktarılmıştır. Daha somut verilerle değerlendirme yapılabilmesi için bu çalışmada refah modellerine göre bazı ülkeler üzerinden dünyada psikiyatrik hizmetlerde yaşanan reformlar incelenmektedir.

Refah devleti "bireylere ve ailelere asgari gelir güvencesi sağlayan, onları toplumsal risklerden koruyan, onlara sosyal güvenlik hakları sağlayan, toplumsal statülerine bakılmaksızın tüm vatandaşlara sağlık, barınma, eğitim gibi sosyal hizmetler alanında belirli standartlar sağlayan devlet" olarak tanımlanmaktadır (Özmen, 2017). Refah devletlerine ilişkin en çok benimsenen sınıflama Esping- Andersen tarafından "The Three

Worlds of Welfare Capitalism” adlı eserle yapılmıştır (Özdemir, 2005). Andersen refah devleti modellerini liberal, muhafazakâr ve sosyal demokrat model olmak üzere üçlü biçimde sınıflandırmıştır (Durdu, 2009). Bu modele göre bazı ülkelerde sosyal devlet uygulamaları ön planda yer alırken; bazı ülkelerde bunun yerini aile ya da piyasa mekanizması doldurmaktadır (Kesgin, 2012). Liberal refah rejimleri 'Anglosakson Model' ya da 'tortusal refah rejimleri' olarak da anılmaktadır ve devlet hâkimiyetinin sınırlı olduğu piyasa merkezli modeli ifade etmektedir (Tiyek ve Yertüm, 2016). Liberal refah rejiminde sorunların çözümünde devlet en son devreye giren mekanizmadır. Devletin yapacağı yardımlar gelir araştırmasına dayalı olup vatandaşı damgalar niteliktedir (Özdemir, 2005). Liberal model piyasanın olumsuz etkilerine yönelik bir tampon oluşturmaya çalışmaktadır denilebilir. Aşağıda incelenen Amerika Birleşik Devletleri, İngiltere ve Avustralya bu modelin örneklerindedir (Özdemir, 2005). Muhafazakâr refah modeli 'korporatist model', 'Kıta Avrupası modeli', Bismark modeli' ya da 'sosyal sigorta modeli' olarak da adlandırılır. Bu modelde sosyal haklar sosyal güvenlik sistemi ile bağlantılı olarak sağlanır (Tiyek ve Yertüm, 2016). Bu modeli benimseyen ülkelerde sosyal sorunlar noktasında istihdamı yüksek tutmak yerine sosyal güvenlik yoluyla tazmin ve telafi edici politikalar oluşturulmaya çalışılmaktadır (Özdemir, 2005). Sosyal haklara erişim sınıf ve statü ile bağlantılıdır denilebilir. Bu modelin örneklerinden Almanya ve Fransa incelenmektedir. Sosyal demokrat model, 'İskandinav Modeli' ya da bu modelin uygulandığı önde gelen ülkelere olan İsveç'in adıyla 'İsveç modeli' olarak da bilinir. Bu modelde sosyal dayanışma ve sınıflar arası eşitlik temel alınır. Bu modelde çok az bir kesim sosyal yardımlarla yaşar, tam istihdam politikası ile refahın sağlanmasında devlet başrolü oynar ve refah ihtiyaçları piyasadan bağımsız olarak sağlanmaya çalışılır (Özmen, 2017). Andersen tarafından yapılan bu sınıflamanın aldığı eleştiriler sonrasında bu sınıflamaya Leibfried tarafından Güney Avrupa refah rejimleri modeli eklenmiştir (Özdemir, 2005). Bu rejimin hâkim olduğu ülkelerde sosyal hakların karşılanması bağlamında aile kurumu son derece önemlidir. Bu ülkeler kurumsallaşmış vaatler devleti olarak adlandırılabilir (Tiyek ve Yertüm, 2016). Aşağıda incelenen İtalya bu refah rejiminin hâkim olduğu ülkeler arasında yer alır.

Amerika Birleşik Devletleri:

Amerika Birleşik Devletleri'nin sağlık sistemi piyasa ekonomisinin hâkim olduğu en az kapsayıcı ve en pahalı sağlık sistemidir. Farklı etnik grup ve ırkların gelir düzeylerinin farklı olmasına bağlı olarak sigorta durumları arasında da önemli farklar vardır. Sağlık hizmetlerine erişimde ciddi bir eşitsizlik söz konusudur denilebilir. Hispanik ve Afro-Amerikanların sigorta sahibi olma oranları beyazlara oranla daha düşük olup olası ruhsal hastalık oranlarıysa daha yüksektir (Gültekin, 2008). Buradan yola çıkarak ABD'de en çok tedaviye ihtiyacı olanlar tedaviye en az ulaşanlardır denilebilir.

İngiltere:

Ulusal Sağlık Hizmetinin yürürlüğe girmesi İngiliz sağlık sistemi açısından bir dönüm noktasıdır. 2002 yılında oluşturulan Stratejik Sağlık Otoriteleri ile ulusal sağlık hizmetlerinin yerel düzeyde yönetimi, denetimi ve iyileştirilmesi sağlanmıştır. Kendi yerel bölgelerinde sağlığın iyileştirilmesi için planlar oluşturmak, yerel sağlık hizmetlerinin kalitesini denetlemek ve kapasitesini arttırmak ve bunlara ek olarak ulusal sağlık önceliklerinin yerel sağlık hizmetlerine entegrasyonunu sağlamak Stratejik Sağlık Otoritelerinin ana sorumluluklarıdır denilebilir. İngiltere'de psikiyatrik sosyal hizmetlerin sunumu sosyal hizmetler ile özel ve gönüllü kuruluşlar tarafından işbirliği yapılarak sağlanmaktadır. Toplum psikiyatri hizmetleri ise çoğunlukla Toplum Ruh Sağlığı Ekipleri (TRSE) tarafından verilmektedir. Bu ekipte psikiyatristler, psikologlar, sosyal hizmet uzmanları ve uğraşı terapistleri de olmakla birlikte sistem daha çok psikiyatri hemşireleri üzerine kurulmuştur. İngiltere'de 800'ün üzerinde TRSE hizmet sunmaktadır. İngiltere'de TRSE'ler ile birlikte bu alanda hizmet veren Kriz Çözüm Ekipleri, Girişken Sosyal Yardım Ekipleri, Psikoz Erken Müdahale Ekipleri ve Bakım Program Yaklaşımı Ekipleri mevcuttur (Ulaş, 2008). İngiltere'de toplam 72 Toplum Rehabilitasyon Ekibi bulunmakta olup bu ekipler toplum içinde rehabilite olan psikiyatri hastalarının barınma, meslek, gelir ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik hizmet sunmaktadır. İngiltere'de azımsanmayacak seviyede kurum bakımından uzaklaşma ve kapsamlı toplum temelli hizmetlerin gelişmesine bağlı olarak ruh sağlığı giderlerinde azalma olmuştur (Amaddeo ve diğ. ,2007).

Avustralya:

Avustralya'da sağlık hizmeti veren kurumlar eyaletlere bağlı sağlık otoriteleri tarafından idare edilir ve her eyaletin kendine ait ruh sağlığı yasası vardır. Merkezi yönetim

'Medicare' adı verilen sağlık sigortasını toplamak ve sağlık hizmetlerine ödenek ayırmakla yükümlüdür (Direk, 2008). 1992'de tüm eyalet ve bölgelerde Ulusal Ruh Sağlığı Stratejisi yürürlüğe girmiştir. Avustralya ulusal ruh sağlığı planı doğrultusunda ruh sağlığı hizmetlerinin toplum temelli bakıma entegre edilmesini yaygınlaştırmış ve bu hizmetlerin alanını genişlemiş, psikiyatri hastanelerinde sunulan yataklı tedavi hizmetlerini genel hastanelere kaydırmış, bakım alan ve verenleri karar süreçlerine ve politika oluşturulmasına dâhil etmiştir (Denk ve Weibold, 2016). Bunlara ek olarak Avustralya ruh sağlığı alanında araştırmaların özendirilmesi ile sürdürülebilir hizmet ve programların oluşturulmasını hedeflemektedir (Direk, 2008). Avustralya'nın Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2006-2011 beş ana amaç etrafında şekillenmiştir: (a) koruma, önleme ve erken müdahale; (b) bakım sisteminin entegrasyonu ve geliştirilmesi; (c) istihdam ve barınmanın toplum içinde sağlanması; (d) bakımı koordine etmek ve (e) iş gücü kapasitesini arttırmak (COAG, 2006; akt: (Martin, 2013). ASSW (2007) bu politik gelişmelerde insanları toplum içerisinde daha anlamlı ve üretken bir hayat yaşamaları için destekleme noktasında sosyal hizmetin önemli rolüne vurgu yapmaktadır. Son otuz yılı aşkın süredir toplum temelli sağlık hizmetlerinin artışıyla birlikte ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının sorumlulukları da hızlı bir şekilde artmıştır ve Avustralya'nın toplum temelli ruh sağlığı sektöründe çalışan profesyonellerinin üçte biri sosyal hizmet uzmanlarından oluşmaktadır (Australian Institute of Health and Welfare, 2010; akt: Courtney ve Moulding, 2014).

Almanya:

Almanya'nın ruh sağlığı sisteminde sayı ve görev olarak sosyal hizmet uzmanları ön plandadır (Yanık, 2007). Almanya'nın ruh sağlığı reformu ilk olarak 1975 yılında Ruh Sağlığı Alanında Ulusal İnceleme Raporu, ardından 1988 yılında Uzman Komisyonu Raporu ve son olarak 1991 yılında Ruh Sağlığı Hastanelerindeki Personel Üzerine Federal Yönerge olmak üzere üç raporu temel almaktadır (Ulaş, 2008):

- İlk rapor sonrasında genel hastaneler içerisinde bulunan psikiyatri birimlerinin sayısı arttırılmış ve psikiyatri servisi yatak sayıları ile hasta yatış sürelerinde azalma sağlanmıştır.
- İkinci rapor sonrasında " Gemeindepyschiatischer Verbund" adı verilen ve temel amaçları toplum psikiyatrisi hizmeti sunmak, sosyal destek sağlamak, iş ve diğer

aktivite hizmetleri sunmak olan gündüz merkezleri kurulmuştur. Muayenehane temelli ayaktan tedavi hizmetlerinde önemli bir artış sağlanan bu dönemde 1980 yılında 1463 olan muayenehane sayısı 2000 yılında 4750'ye ulaşmıştır.

- 1991 yılında ruh sağlığı hastanelerindeki personel hakkında hazırlanan yönergede ise özellikle toplum psikiyatrisi alanında görülen personel yetersizliğine odaklanılmıştır. Bu rapor sonrasında 1990 yılından 1995 yılına kadar psikiyatri hizmetlerinde çalışan toplam personel sayısında % 24'lük bir artış sağlanmıştır (Bauer ve diğ. , 2001; akt: Ulaş, 2008).

Hasta ve hasta yakını odaklı yürütülen toplum psikiyatrisi ve ayaktan tedavi hizmetlerinin verilmesinde yaşanan personel yetersizliği de özellikle taburculuk sonrası destek hizmetlerinin yetersiz kalması nedeniyle hasta yakınları üzerinde önemli bir yük oluşturmaktadır (Brand, 2001).

Fransa:

Ulaş (2008)'in belirttiği üzere Fransa'da toplum ruh sağlığı hizmetlerinin yapılanması 1960'lı yıllarda başlamıştır ve bu hizmetlerin sunumu 20 yaş üstü bireylere hizmet veren ve 54000 kişilik nüfus tarama alanını kapsayan 'sektör' ler tarafından yürütülmektedir. 1987'den itibaren mali nedenlerle azaltılmaya başlanan psikiyatri yataklarının yerine ciddi yeti yitimi olan hastaların hastane dışında rehabilitasyonu için özelleşmiş korunaklı evler, korunaklı apartmanlar ve daha kapsamlı hizmet veren terapötik apartmanlar bulunmaktadır. Ayaktan tedavi hizmetleri Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri tarafından verilmektedir. Her sektörde en az 1 tane olmak üzere toplam 2200 TRSM bulunmaktadır. Fransız psikiyatri hizmetlerinin sunumunda akut psikiyatri hastaları için yatak yetersizliği önemli bir sorundur.

İsveç:

İsveç'te 1960'lı yıllarda ortaya çıkan anti psikiyatri akımına bağlı olarak 1973 yılında İsveç Ulusal Sağlık ve Sosyal Güvenlik Kurulu tarafından bir rapor yayınlanmıştır. Bu rapora istinaden ayaktan tedavi ekiplerini güçlendirerek yataklı hizmetleri azaltmak için yataklı birimlerle eşgüdüm içinde çalışacak tedavi ekipleri oluşturulmuştur. Psikiyatr, psikiyatri hemşiresi, psikolog ve sosyal hizmet uzmanlarından oluşan bu tedavi ekiplerinin belirli tarama alanları içerisinde hizmet sunmaları planlanmıştır. İsveç'te bu

reform ile psikiyatri hastanelerinde bulunan yatak sayıları azaltılmış, toplum içinde tedavi ve rehabilitasyon alanında önemli ilerlemeler kaydedilmişse de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri kurulamamıştır. TRSM'ler tarafından verilmesi planlanan psikiyatri hastalarına evde destek, hasta tek başına yaşayabilecek durumda değilse özel konaklama imkânları sunmak, hastaların günlük aktivitelerini planlamak ve korunaklı istihdamlarını sağlamak gibi hizmetler sosyal hizmetlerin sorumluluğunda yürütülmüştür (Ulaş, 2008). Ancak bu hizmetler değerlendirildiğinde sosyal hizmetlerin yetersiz olduğu görülmüş olup reform sonrası yataklı tedavi hizmetlerine ulaşım ve özürülük yasalarına göre uygun destek alma konusunda da güçlükler olduğu saptanmıştır (Stefansson ve Hansson, 2001; akt: Ulaş, 2008).

İtalya:

İtalya'da hizmetlerin finansmanı merkezi hükümet, belediyeler, sosyal güvenlik sistemi ve vakıflar üzerinden karşılanmaktadır (Yanık, 2007). Sağlık hizmetleri Ulusal Sağlık Servisi tarafından sağlanmakta olup, birincil basamak sağlık hizmetlerinde her bir vatandaş bir doktora kayıtlıdır (Piccinelli ve diğ. , 2002)

1971 yılında İtalyan ruh sağlığı sisteminde bir reform gerçekleştirilerek ruh sağlığı bütçesinin % 94'ü toplum odaklı merkezlerin kurulmasına, sağlık ve sosyal hizmetlerin entegre edilmesine ayrılmıştır ve bu dönüşüme bağlı olarak hastaların istihdam oranlarında ve işlevselliklerinde artış olurken, suç oranlarında ise azalma görülmüştür (sizofrenifederasyonu.org). 1974 yılında Trieste akıl hastanesinin kilitli kapıları açılarak açık kapı sistemine geçilmiş, sonrasında hastane yıkılmış, hastalar ve halkın işbirliği ile hastanenin faaliyette olduğu dönemde kurumdan çıkmasına izin verilen tek canlı olan kirli çamaşırları dışarı götüren atı temsilen, özgürlüğün ve toplumdaki kopmamanın sembolü haline dönüşen ahşap bir mavi at yapılmıştır (sizofrenifederasyonu.org).

İtalya'da 1978 yılında ruh sağlığı sisteminde 180 sayılı yasa ile resmi olarak temel değişimler yapılmıştır. Genel psikiyatri hastanelerinin azaltılması, yatılı tedavi hizmetlerinin düşük kapasiteli hastaneler tarafından verilmesi, toplum temelli hizmet sunumuna geçilmesi planlanan temel değişimler arasındadır (Amadde ve diğ. , 2007). İtalya'da en iyi bilinen son yasa "Target Project 1998-2000"dir. Bu yasa bireyin ruh sağlığı anlamında tüm ömrü boyunca desteklenmesi, hastalığın tekrarının ve hastalığa bağlı psikososyal ve sosyal sorunların önlenmesi, intiharı ve kendine zarar vermeyi

önleme, hastanın ailesinin hastaya yönelik algısı gibi konular üzerinde durur (Amaddeo ve diğ. , 2007). Bu yasayla TRSM'lerin kurulması planlanmıştır. Hâlihazırda toplam 707 TRSM, 309 gündüz hastanesi ve 612 gündüz merkezi bulunmaktadır. Ancak 1990'lı yıllarda sağlık sisteminin özelleştirilmesi, ekonomik kısıtlamalar ve sağlık harcamalarını azaltma çabası ruh sağlığı hizmetlerini ciddi anlamda etkilemiş özellikle akut ve uzun süreli yataklı psikiyatri hizmetlerinde sorunlara neden olmuştur (Ulaş, 2008). İtalya'da TRSM'ler toplum temelli ruh sağlığı sisteminin temel yapı taşıdır, ayaktan tedavideki yetişkin hastaların terapötik ve rehabilite edici tüm aktiviteleri ile onlar ilgilenir (Lora, 2009). İtalya bugünlerde ruh sağlığı alanında koruyucu ve önleyici çalışmalar yapma ve bakım ve rehabilitasyonu bir arada yürütme çabası içerisinde (Piccinelli ve diğ. , 2002). Knapp, Saxena ve arkadaşları(2003)'na göre ruh sağlığı hizmetlerine ayrılan bütçe ile ülkelerin gelişmişlik düzeyi birbiri ile paralel olarak ilerlemektedir ve çoğu Avrupa ülkesinin toplam sağlık bütçesinin % 5'inden fazlasını ruh sağlığı hizmetlerine ayırdığı tespit edilmiştir. Afrika ve Güney Doğu Asya ülkelerinin % 30'undan fazlasında ruh sağlığı hizmetleri cepten ödemelerle sağlanırken; Batı Avrupa ülkelerinde finansman çoğunlukla genel vergiler ve sosyal sigorta sisteminden karşılanmaktadır (Saxena, Sharan, Cumbre ve Sacareno, 2006). WHO'nun Ruhsal Sağlık Atlasına göre düşük gelirli ülkelerde insanların yalnızca % 36'sı ruh sağlığı ile ilişkili yasalar ile korunurken, yüksek gelirli ülkelerde bu oran % 92'lere kadar ulaşmaktadır (WHO, 2011). Psikiyatrik hastalığa sahip bireylere sağlanan hasta yataklarının % 63'ü ruh hastanelerinde yer almakta ve ruh hastalıkları ile ilgili harcamaların % 67'si de bu kurumlara harcanmaktadır (WHO, 2011). Düşük gelirli ülkelerde ruh hastalıkları için harcanan para kişi başına 25 Amerikan sentinden düşüktür (WHO, 2011). Tüm dünya ortalaması ise kişi başına 1.63 Amerikan dolarıdır. Bu rakam gelişmiş ülkelerde kişi başı 44.84 Amerikan dolarına kadar ulaşabilmektedir (WHO, 2011).

2.3.2. Türkiye'de Toplum Temelli Ruh Sağlığına Geçiş ve Koruyucu ve Önleyici Hizmetler

Türkiye'de psikiyatrik uygulamalar tarihine bakıldığında Osmanlı döneminde hekimlerin akıl hastaları için uyguladıkları tedavinin ilk basamağının ilaç tedavisi sayılan besin maddeleri olup hastalara perhiz uygulandığı görülmektedir (Sarı ve Akgün, 2008). Buna

ek olarak tımarhane ve bimarhane hizmetleri mevcuttur. 18. yüzyılda Dr. Mongeri dönemi olarak adlandırılan dönem ile birlikte Türk psikiyatri tarihi değişerek bimarhanelerin yönetimi ve hastaların hastaneye yatışları yeniden düzenlenmiştir. 1873'ten 1927 yılına kadar Osmanlı Devleti'nin resmi ve en büyük akıl hastanesi olarak hizmet veren Toptaşı Bimarhanesi'nin 1924'te Mazhar Osman'ın teklifi ile Bakırköy'deki Reşadiye Kışlasına taşınmasıyla Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi kurulmuştur (Erkoç ve diğ. , 2010). Buradan yola çıkarak akıl hastalarının tedavisinde kurumsallaşma sürecinin başladığı söylenebilir. Bakırköy'ü takiben batıda Manisa, doğuda Elazığ ve sonrasında da kuzeyde Samsun, güneyde de Adana'da açılan depo hastanelerle bu süreç devam etmiştir. Bu hastaneler ve döner kapı olgusu sonrasında yaşanan gelişmeler ile birlikte dünya genelinde yaşanan asylumların artışı, asylumların azaltılması ve sonrasında da toplum temelli hizmet modeline geçiş sürecinin bir benzerinin de ülkemizde yaşandığı görülebilir.

T.C. Sağlık Bakanlığı yayınlarından elde edilen bilgilere göre 20. yüzyılda dünyada, 1945- 1975 yılları arasında WHO tarafından “herkes için sağlık” yaklaşımı öne çıkarılarak hakkaniyetli ve eşit sağlık politikaları konularına odaklanılmıştır. WHO tarafından düzenlenen 48. Avrupa Bölge Komitesi konferansında “Sağlık 21” ana başlığı altında yer alan ruh sağlığının geliştirilmesi alt başlığı içeriğinde 21. yüzyıldaki sağlık hedefleri belirlenmiştir. 2001 yılında hazırlanan Sağlık 21, “Herkes için Sağlık, Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri” başlıklı çalışma ile 1998-2020 arası ulusal sağlık stratejilerine toplumsal ruh sağlığının geliştirilmesine ilişkin hedefler eklenmiştir ve 2005 yılında Helsinki'de gerçekleştirilen Avrupa Bölgesi Bakanlar Toplantısı'nda üye olan tüm devletlerin kendi ruh sağlığı eylem planlarını tamamlamaları üzerinde durulmuş ve 2006 yılında açıklanan “Ulusal Ruh Sağlığı Politikası” kapsamında ulusal eylem planı oluşturmak üzere çalışmalara başlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011; Yılmaz, 2012; Şen ve diğ.). Sağlık Bakanının direktifi ile 2007 yılında kurulan ve ruh sağlığı profesyonelleri ve bu alanda çalışan dernek temsilcilerinden oluşan Ruh Sağlığı Yürütme Kurulunun oluşturduğu eylem planı içerisinde koruyucu ruh sağlığının geliştirilmesi acil olarak yapılması gerekenler arasında ele alınmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Türkiye'nin Ruh Sağlığı Profili raporuna göre Türkiye'de nüfusun %18'i yaşamı boyunca en az bir ruhsal hastalık geçirmiştir (Yanık, 2007). Hıfzısıhha Mektebi tarafından gerçekleştirilen Ulusal Hastalık Yükü Çalışması'na göre ise psikiyatrik hastalıklar % 19

oranı ile ulusal hastalık yükünün ikinci önemli kaynağını oluşturmaktadır (Yılmaz, 2012). Hâlihazırda ruh sağlığı hastalarına yönelik en yaygın hizmet modeli hastane temelli hizmet modelidir. Türkiye’de var olan hastane temelli hizmet modelini poliklinik hizmetleri, alevlenme/atak sırasında hastaneye yatırılma, kimsesi olmayan ya da kimsesi olduğu halde bakıl(a) mayan hastaların 50-60 yıla kadar uzanan süreyle hastaneye yatırılıp bakımının sağlanması olarak tanımlamak mümkündür (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011). Bu model daha çok ağır ruhsal hastalara yönelik hizmet sunmakta ve “alevlenme/atak” dönemlerine odaklanmaktadır. Hastalığın alevlenmesine neden olan etmenlere ya da hastanın sosyal ve mesleki işlevselliğine yönelik herhangi bir çalışması olmayan bu modelde hastayı ya da ailesini ya da toplumu bilinçlendirmeyi amaçlayan çalışmalar da mevcut değildir (Şen ve diğ.). Bu model sonucunda hastalar daha sık ve şiddetli ataklarla hastaneye geri dönmekte, yatak sayıları ihtiyacı karşılamada yetersiz kalmakta, yoğun talep sonucu meslek elemanları psikososyal müdahale yapma olanağı bulamamakta ve toplumda var olan akıl hastalarına yönelik damgalama davranışı pekişerek devam etmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011). Döner kapı olgusu olarak adlandırılan bu durumun nedenlerinden biri de meslek elemanının yetersizliğidir. 2002 yılı verilerine göre Türkiye’de yüz bin kişiye bir ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı, bir psikolog ve bir sosyal hizmet uzmanı düşmektedir (Ulaş, 2008).

Geçmiş yıllarda yapılan çalışmalara bakıldığında herhangi bir ruhsal hastalığı bulunduğu dair teşhis almış bireylere yönelik tedavinin çoğunlukla ilaç tedavisi ve/veya psikiyatr ya da klinik psikolog tarafından yürütülen terapi uygulaması olduğu görülmektedir (Yılmaz, 2012). Bu da Türkiye’nin ruhsal hastalıklarda medikal tedavinin ön planda olduğu ve psiko-sosyal boyutun ihmal edildiği bir ülke olduğunu göstermektedir. Ancak güncel çalışmalar ruhsal hastalıkların yalnızca tıbbi boyutla sınırlı kalmayıp beraberinde farklı toplumsal sorunları da meydana getirdiğini ortaya koymuştur. Çünkü toplumsal sorunlar ruhsal sorunlara kaynak oluşturabildiği gibi, ruh hastalıklarına bağlı olarak da toplumsal sorunlar ortaya çıkmaktadır. Prillelensky (2001) akıl sağlığını toplum bazında açıklarken özellikle yoksulluk ve sosyal adalet olmak üzere toplumsal sorunların da üzerinde durmaktadır (Allott, 2004). Yılmaz ve arkadaşları (2012) Solomon ve diğerlerinin ruh hastalıklarını toplumsal sorun olarak nitelendirme nedenlerini şöyle sıralamışlardır; (1) Ekonomik maliyetinin yüksek olması, (2) Bireysel üretkenliği azaltması nedeniyle toplumsal verimliliği düşürmesi, (3) Toplumsal sistemin

işleyişini etkilemesi. TC Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011)'na göre ise ruh sağlığı sorunu sosyal, ekonomik, hukuki ve tıbbi boyutları olan bir halk sağlığı sorunudur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011):

Sosyal Boyutta:

- Hasta, aile ve toplum ile olan ilişkilerinde çeşitli güçlükler yaşar.
- Hastanın bakım yükü olması durumunda ailede ekonomik ve sosyal sorunlar ortaya çıkar.
- Hasta hastalığı nedeniyle ailesine ve çevresine fiziksel zarar verme eğiliminde olabilir.
- Uygun ortam sağlanmadığı takdirde hasta sosyal izolasyona maruz kalabilir.
- Hasta ve ailesi önyargı, damgalanma ve dışlanmaya maruz kalabilir.
- Hasta ve ailesi karşı karşıya kaldıkları sorunlarla nasıl baş edeceklerini bilmemelerine bağlı olarak çaresizlik hissedebilir.

Ekonomik Boyutta:

- Hastanın bakımını gerektiren bir durum varsa ailede en az bir kişinin verimi azalabilir ya da hiç çalışmayabilir.
- Hastalar eğitimlerini tamamlamada güçlük çekmeleri nedeniyle meslek sahibi olamayabilirler ya da meslek sahibi olan hastalar hastalıklarının etkileri nedeniyle çalışamayıp işi bırakabilirler.
- Bunlara bağlı olarak hastalar genellikle ailelerine bağımlı yaşarlar ya da yetersiz ekonomik koşullarda yaşamlarını sürdürürler.
- Düzenli takip ve tedavinin yapılamaması sonucu yataklı tedaviye olan ihtiyaç artar. Bu da çoğu zaman ekonomik değer üretemeyen hastanın ülke ekonomisine maliyetini arttırır.

Hukuki Boyutta:

- Hastaların düzenli tıbbi ve hukuki kayıtlarının olmaması nedeniyle yanlış hukuki işlemler yapılabilmekte ve hastanın hak ihlali söz konusu olmaktadır.
- Gerekli kayıtların olmayışı hastanın askere alınması, hastaya sürücü belgesi ya da silah ruhsatı verilmesi gibi hasta ve toplum açısından risk teşkil edebilecek durumlara neden olmaktadır.

- Hasta ve yakınları hakları konusunda bilinçlendirilmediklerinden hak kaybı yaşamaktadırlar.
- Hastaların vesayet ve vasi işlemleri takip edilememektedir.

Tıbbi Boyutta:

- Hastalık yaşam boyu sürmekle birlikte tedaviye uyum/ uyumsuzluk takip edilirse hastalığın alevlenme sıklığı, şiddeti ve yataklı tedavi sıklığı azaltılabilir.
- Hasta ve ailesinin hastalığın alevlenme belirtileri hakkında bilgilendirilmesi erken müdahale ile alevlenmeyi önleyebilir.
- Ailenin hastalık hakkında bilgilendirilmesi hastaya, hastalığa ve tedaviye ilişkin tutumunu iyileştirerek hastanın tedaviye uyumunu kolaylaştırabilir.
- Hasta ile “iyileştiren ilişki” kurulması, uygun tedavi ve rehabilitasyon programlarının uygulanması, periyodik ziyaretlerle takibinin yapılması hastanın öz bakımını gerçekleştirir ve üretime katkı sağlayabilir hale gelmesini kolaylaştırabilir.

Tüm bu bilgiler ışığında hastane temelli modelin hastanın yalnızca tedavi ihtiyacına cevap verirken diğer sorun alanlarına ilişkin müdahale geliştirilemediği söylenebilir. Avrupa Birliği 2009 Türkiye İlerleme Raporu’nda akıl sağlığı konusundaki ilerlemenin sınırlı olduğundan söz ederek kurumsallaşmaya alternatif olarak toplum temelli hizmetlerin oluşturulması ile çocuk ve gençlerin sağlıklarının korunması yönünde özel çaba gösterilmesi gerektiği konuları üzerinde durmuştur (Avrupa Toplulukları Komisyonu, 2009). Avrupa Birliği gibi uluslararası kurumlarla birlikte Türk Psikiyatri Derneği ve Türk Psikologlar Derneği gibi meslek kuruluşları ve Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi Derneği gibi hak temelli sivil toplum örgütleri de ülkemizdeki ruh sağlığı politikalarında değişikliğe gidilmesi yönünde fikir beyanında bulunmuştur. Bu fikirler ve ihtiyaçlar doğrultusunda 2006 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan T.C. Ulusal Ruh Sağlığı Politikası metninde; toplum temelli ruh sağlığı sistemine geçilmesi, bu sistemin genel ruh sağlığı sistemine ve birincil basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesi, toplum temelli rehabilitasyon çalışmalarının yapılması, ruh sağlığı hizmetlerinin kalitesinin artırılması, ruh sağlığı alanına ilişkin yasaların çıkarılması, damgalanmaya karşın hasta haklarının savunulması, ruh sağlığı alanında eğitim, araştırma ve insan gücünün artırılması gibi konulara yer verilmiştir.

Genel bağlamda Türkiye'nin mevcut Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nın temel hedeflerini şöyle sıralanabilir:

- Ruh sağlığına ilişkin sorunların kapsamlı bir şekilde taranarak tanımlanması,
- Sektörler arası ve disiplinler arası işbirliği ile ruh sağlığı sisteminin ve ruh sağlığının geliştirilmesi,
- Hastalar, aileleri ve topluma yönelik farkındalık çalışmaları yapılması,
- Bu alana ilişkin finansmanın iyileştirilmesi,
- Ruh sağlığı alanında çalışanların sayısının ve niteliğinin artırılması,
- Uygulamaların kanıta dayalı olarak oluşturulması
- Tanı ve teşhisin birincil basamak sağlık hizmetleri kapsamında sağlanabilmesi için ruh sağlığı hizmetlerinin birincil basamak sağlık hizmetleri sistemine dâhil edilmesi.

Hiyerarşik yapılanmış merkezi yönetimli bir kurum olan hastane temelli hizmetlere göre toplum temelli hizmetlerin tanımını yapmak oldukça zordur. Ayrıca bu model birbirinden farklı ülkelerde farklı siyasal ve toplumsal koşullarda gelişmekle birlikte yaygın olarak kabul gören rehabilitasyon kavramı da bir ülkede başka ülkelerle aynı şekilde kabul görmeyebilir (Yılmaz, 2012). Toplum temelli ruh sağlığı sistemi İngiltere'de psikiyatri hemşireleri üzerine kurulmuştur. Almanya sisteminde görev ve sayı bakımından sosyal hizmet uzmanı ön plandadır. Ülkemizde ise sistem psikiyatristler üzerine kurulu olup; daha sonra psikiyatri hemşireleri ve son olarak psikologlar ile sosyal hizmet uzmanları gelmektedir (Bahar ve Savaş, 2013). Kurum temelli ruh sağlığı modeli, koruyucu-önleyici çalışmaları ve rehabilitasyona yönelik hizmetleri içermediğinden bireylerin hastalığa yakalanmalarını önleme, sosyal işlevselliklerini ve iyilik hallerini artırma ve sürdürmede yetersiz kalmaktadır (Bilge ve diğ. , 2016). Bu nedenle toplum temelli ruh sağlığı modeli, gelişmiş ülkelerin sağlık hizmetlerinin temel unsurlarından biridir.

Toplum temelli ruh sağlığı modelinde temel hedef hastanın mümkün olduğunca ailesinin ya da yakınlarının yanında yaşamını sürdürmesidir. Bunun mümkün olmadığı durumlarda hasta toplumun bir parçası olarak yaşayabileceği bir yere yerleştirilir (Yarı- yol evleri vb.). Bu aşamadan sonra toplum içerisinde tek başına veya kısmi destekle yaşayabileceği duruma geldiğinde korumalı evlere nakledilir (Alataş ve diğ. , 2009). Kurum bakımından toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçişteki genel amaçlar:

- Hastaların hastanede yatış sürelerini kısaltmak,
- Ayakta tedavi hizmetlerini geliştirmek,
- Hastaların toplum içerisinde tedavi edilmelerini sağlamaktır.

Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011-2023’de yer aldığı üzere Türkiye ağır ruhsal bozukluğu olan bireylerin tüm ihtiyaçlarını karşılayan bütüncül bir ruh sağlığı sistemi kurmak amacıyla toplum temelli ruh sağlığı sistemine geçmeyi hedeflemiştir. Bununla birlikte insan gücünün yetersiz olması nedeniyle kısa vadede toplum temelli ruh sağlığı modeline tamamen geçilmeden önce “toplum-hastane denge modeli” nin uygulanacağı da ifade edilmiştir. Sağlık Bakanlığı 2009 yılı Nisan ayında toplum- hastane denge modeli kapsamında Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) açma kararı almıştır. TRSM projesi oluşturulurken Finlandiya, İtalya, İngiltere, Almanya ve Hollanda’ya gidilerek bu ülkelerin sistemleri yerinde incelenmiştir (Alataş ve diğ. , 2009). Bu merkezlerle yapılan pilot çalışmalar sonucunda 2011 yılı Şubat ayında TRSM’lerin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge yayınlanmıştır. 2007 yılında Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi’ni de imzalayan Türkiye ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin ruh sağlığı hizmetlerine yurttaşlık temelinde eşit erişimleri ve insan onuruna yaraşır biçimde yaşamlarını sürdürmeleri ile yükümlü olduğunu beyan etmiştir.

2.3.3. Türkiye’de Alana İlişkin Mevzuat

2009 yılında TBMM tarafından onaylanan Engeli Haklarına İlişkin Birleşmiş Milletler Sözleşmesi tüm dünyada bu alanda yapılan en son düzenleme olup Türkiye bu sözleşmede tanınan hakların uygulanmasını taahhüt etmektedir. Bununla birlikte mevzuat incelendiğinde pratikte uygulanan mevcut bir mevzuat olmakla birlikte bir Ruh Sağlığı Yasasının bulunmadığı görülmektedir. Türkiye’de ruh sağlığına ilişkin hâlihazırda yürürlükte olan ve uygulanan mevzuat Ulusal Ruh Sağlığı Politika Metni (2006)’ne dayanan Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023) ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge’den oluşmaktadır:

Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023)

Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı’nda dört farklı bölüm altında Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı Geliştirme Sürecine, Türkiye Ruh Sağlığı Profiline ve 2011-2016 Yılları İçin Planlanan Eylemler ile 2011-2016 yılı Hedef, Strateji ve Eylem Planı’na yer verilmiştir.

Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı hazırlanırken 2006 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Ulusal Ruh Sağlığı Politika Metni temel alınmıştır. Bu plan ile hasta merkezli yaklaşım temelinde, toplum temelli ruh sağlığı hizmet modelinin ülkemize yerleşmesi hedeflenmiştir. Bu plan 2011-2012 kısa vadeli aktiviteler, 2013-2016 orta vadeli aktiviteler ve 2017-2023 uzun vadeli aktiviteler olmak üzere 2011-2023 dönemini üç aşamalı olarak kapsamaktadır. Kısa ve orta vadeli aktiviteler ayrıntılı olarak planlanmış, uzun vadeli aktivitelerin ise 2016 yılı itibariyle ayrıntılandırılması yönünde karar verilmiştir. Plana göre farklı ülkelerde kurulan ve ruh sağlığı alanındaki çalışmaların daha hızlı ve daha anlamlı şekilde yürütülmesini sağlayan ruh sağlığı koordinasyon kurulları mevcuttur. Türkiye'nin Ruh Sağlığı Koordinasyon Kurulu da Sağlık Bakanlığı, ASPB, Adalet Bakanlığı, İç İşleri Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı(ÇSGB) , YÖK, Diyanet İşleri Başkanlığı, RTÜK ile Meslek Örgütleri ve sivil toplum kuruluşlarından oluşmaktadır.

Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011-2016 hedef ve aktiviteler kapsamında “Ruh Sağlığının Geliştirilmesi ve Teşviki” başlığı altında damgalanma ve ayrımcılığa karşı farkındalığın oluşturulması, kadına yönelik şiddetin, çocuk istismarının, intiharın, afet ve travmaların ruhsal sonuçlarının önlenmesi hedeflenmektedir. Ayrıca ruh sağlığı hizmetlerinin birincil basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesi, psikiyatri yatak sayılarına ilişkin düzenleme yapılması, yüksek güvenli adli psikiyatri ve tutuklu psikiyatri hastanelerinin kurulması, ruh sağlığı alanında çalışan sayısının artırılması, çocukluk ve ergenlik dönemine yönelik Sağlık Bakanlığı, Adalet Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı ve ASPB işbirliğinde koruyucu ve önleyici çalışmalar yapılması, bağımlılığı önleme çalışmaları ve tedavi için yeni hizmet modelleri oluşturulması, ruh sağlığı alanındaki hizmetlerin denetlenmesi ve kalitesinin değerlendirilmesi, ruh sağlığının geliştirilmesi ve ruh sağlığına ilişkin araştırmaların desteklenmesi, ruh sağlığına ilişkin yasal düzenlemeler yapılması da ana hedefler arasındadır.

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge

16/02/2011 tarihinde 7364 sayılı makam onayı ile yürürlüğe giren bu yönergenin amacı TRSM'lerin kurulumu ve işleyişinde asgarî fizikî şartlar ile bulundurulması gereken araç, gereç ve personel standardının ve ilgili personelin görev, yetki ve sorumlulukları ile

uygulamanın denetimine ilişkin usul ve esasların belirlenerek hizmetin etkin ve ulaşılabilir bir şekilde sunulmasını sağlamaktır

Bu yönergeye göre merkezlerin, bağlı olarak kurulacağı sağlık tesisleri, hizmet vereceği bölge ve kurulacak merkez sayısı, hizmet vereceği nüfusun demografik yapısı ve epidemiyolojik özellikleri dikkate alınarak bakanlık tarafından belirlenir. İhtiyaç duyulması halinde illerde birden fazla TRSM kurulabilir. Merkezler gerekli hazırlıklar yapıldıktan sonra bir sağlık müdür yardımcısı başkanlığında ruh sağlığı ve sosyal işler şube müdürü ve müdürlüğün görevlendireceği en az bir ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanından oluşan bir inceleme ve değerlendirme komisyonu tarafından incelenerek bir komisyon raporu oluşturulur. Uygun bulunması durumunda valilik onayı, komisyon raporu ile Sağlık Bakanlığı'na gönderilir. Bakanlık tarafından tescillenen merkez faaliyete başlar. Üniversite rektörlüklerin talep etmesi halinde, yönergede belirlenen şartları taşımak ve Sağlık Bakanlığı'nca tescil edilmek kaydıyla tıp fakültesi hastanelerine bağlı merkez açılabilir.

Bir merkez fiziki olarak toplu taşıma araçlarıyla kolay ulaşılabilir merkezi bir yerde olmalı ve merkezde giriş ve karşılama alanı, grup terapi alanı, uğraş terapi odaları, kütüphane ve okuma salonu, yemek alanı ve terapi mutfağı, çok amaçlı salon, hasta gözlem odası, spor alanları, görüşme odası, ekip odası, depo ve tuvaletler bulunmalıdır. Ayrıca merkezde gezici ekip ve hasta nakli için ulaşım aracı bulunmalıdır.

Merkezde çalışan personel ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı, sosyal çalışmacı, psikolog, hemşire, şoför, iş uğraş terapisti ve/veya usta öğretici, tıbbi sekreter, idari ve teknik personel, temizlik elemanı, güvenlik görevlisi ile ihtiyaç duyulan diğer unvanlardan oluşur ve yeterli sayıda personel ilgili mevzuata uygun olarak valilikçe görevlendirilir. Merkezde görevlendirilecek personel, Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan "TRSM Çalışma Prensipleri Genel Uyum ve Teori Eğitimi"ni almış olan personel arasından seçilir. Bu nitelikte personel bulunmaması durumunda görevlendirilen personelin en kısa sürede ilgili eğitim modülünü alması Bakanlık tarafından sağlanır. Merkezde görevli personele Sağlık Bakanlığı tarafından sürekli eğitim kapsamında hizmet içi eğitimler verilir. Bu eğitimler için merkezde seminer, bilimsel tartışma ve bilgilendirme toplantıları gibi etkinlikler yapılması, gerekirse personelin diğer kurumlardaki eğitici etkinliklere katılması sağlanır.

Merkezler, müdürlük bünyesinde bulunan ruh sağlığı ve sosyal işler şubesi tarafından denetlenir. Olağan denetimler (şikayet, soruşturma ve bakanlık merkez teşkilatının veya müdürlüğün talebi üzerine yapılacak olağan dışı denetimler hariç) en az altı ayda bir yapılır. Denetime ilişkin bulgu ve sonuçlar merkez sorumlusu ile paylaşılır

Merkezler, toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulabilmesi için; Milli Eğitim Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı(ASPB) , Emniyet Müdürlükleri, Türkiye İş Kurumu (İŞKUR) İl Müdürlükleri, ilgili diğer kurum ve kuruluşlar ile gönüllüler ve ilgili sivil toplum kuruluşları ile uygulama protokolleri düzenleyerek işbirliği yapabilir.

Bu yönergede ayrıca merkezde çalışan personelin görev ve sorumlulukları, merkezlere başvuru ve hasta kabul süreci ile merkezin kapsamı ve görevlerine, çalışma esaslarına, hasta haklarına ve hizmetlerin sonlandırılmasına ilişkin maddelere de yer verilmiştir. Bu maddelere toplum ruh sağlığı merkezleri ve koruyucu önleyici hizmetler bölümünde ayrıntılı olarak değinilecektir.

Yukarıda anlatılan yürürlükte bulunan mevzuatla birlikte Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011-2023'de de yer aldığı üzere BM Sözleşmesi'ne uymayan mevzuatın eksiklerinin tamamlanması ve WHO tarafından 1996 yılında yayınlanan “Ruh Sağlığı Yasası: On Temel İlke” bildirisi ile uyumlu yasal mevzuatın düzenlenmesi gereklidir. Konuya ilişkin Türk Psikologlar Derneği, Türk Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Derneği, Çocuk ve Gençlik Psikiyatrisi Derneği, Psikiyatri Hemşireleri Derneği, Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği, Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Derneği ve Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi Derneği tarafından ortak çalışma ile hazırlanan altı bölüm ve yirmi iki maddeden oluşan Ruh Sağlığı Yasa Taslağı, 2016 yılının Aralık ayında TBMM'ye sunulmuştur (www.psikiyatri.org.tr, 17 Eylül 2017'de erişildi).

2.3.4. Sistem ve Yapısal Ögeler

Türkiye’de ruh sağlığı alanında Sağlık Bakanlığı, ASBP, Üniversiteler, Adalet Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, ÇSGB, İç İşleri Bakanlığı, RTÜK, Belediyeler, Askerlik Şubeleri ve Jandarma işbirliği içinde çalışmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Sağlık Bakanlığı: Koruyucu ve önleyici ruh sağlığı hizmetleri ve tedavi hizmeti vermekle yükümlüdür.

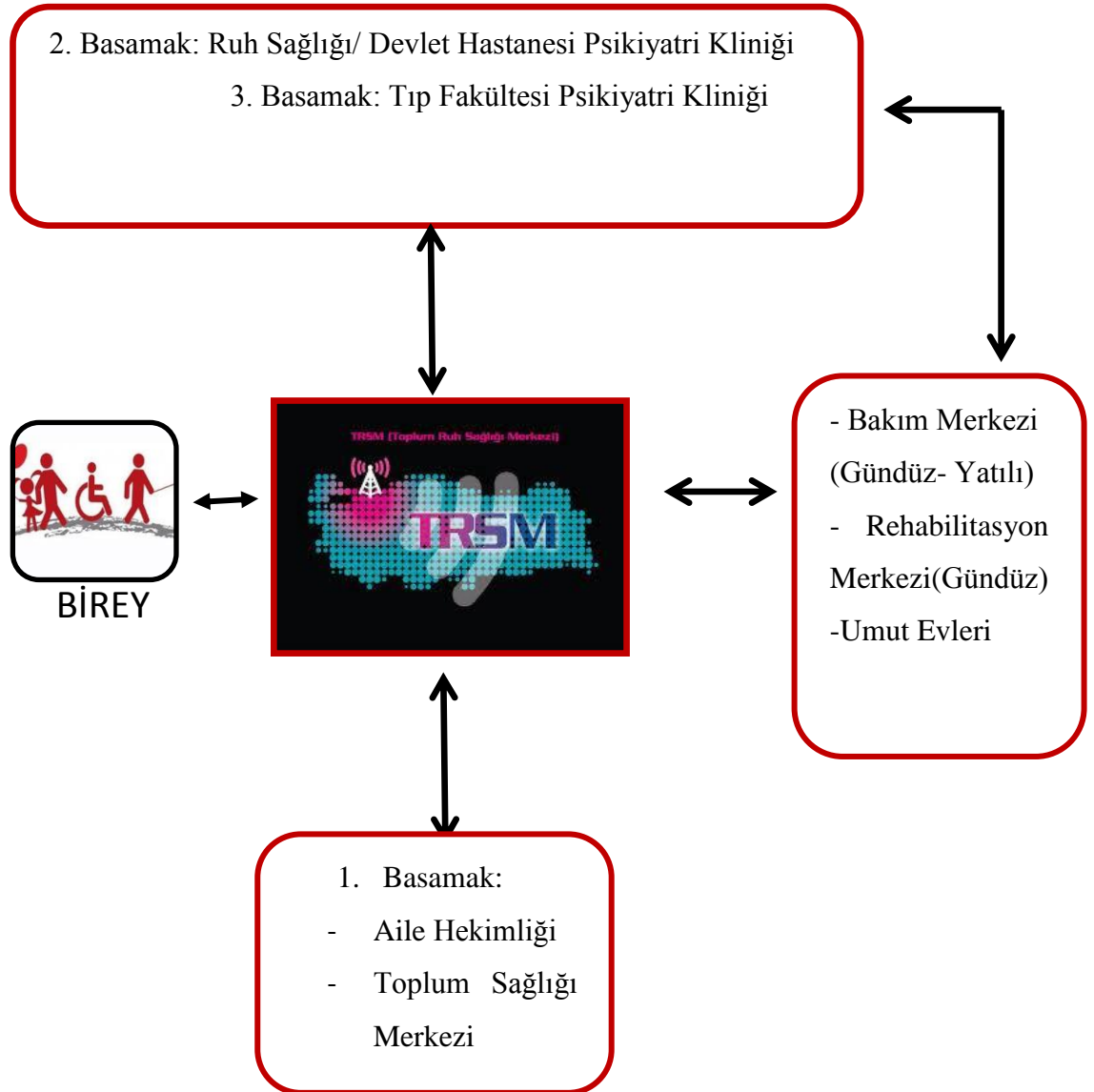
Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı: Eylem Planı'nda eski adı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) adıyla geçen ASPB; maddi, manevi ve sosyal yoksunlukların giderilmesi ve ihtiyaçların karşılanmasının bir insan hakkı olduğu çerçevesinde sosyal sorunların önlenmesi ve çözümlenmesinde ilgili alanlarda gerekli kurumlarla işbirliği yaparak nitelikli bir yaşam sürdürmekte güçlük çeken birey ve gruplara yönelik hayat standartlarını iyileştirmeyi amaçlayan sistemli programlar sunar. Üniversiteler: Psikiyatri uzmanlık eğitimi vermekle yükümlü olmakla birlikte toplam psikiyatri yataklarının % 13,1'ini bünyelerinde barındırırlar.

Adalet Bakanlığı: Ruh sağlığı alanında hizmet alan konumunda olan Adalet Bakanlığı aldığı hizmetlere ilişkin norm ve kuralları kendisi belirler ve diğer kurumlar bu kurallara uyar.

Milli Eğitim Bakanlığı: Öğrencilere, anne- babalara, eğitimci ve eğitim yöneticileri gibi okul sistemi içerisinde yer alan tüm bireylere yönelik sağlığın korunması ve psikososyal yönden sağlıklı gelişimin desteklenmesi konusunda faaliyetler yürütür.

Bunlara ek olarak ÇSGB, İç İşleri Bakanlığı, RTÜK, Belediyeler, askerlik şubeleri ve Jandarma da ruh sağlığı alanına çalışan kurumlar arasında ve Ruh Sağlığı Koordinasyon Kurulu'nda yer alır.

Rehabilitasyon ve tedavide görevli kurumlar ise ruh sağlığı hastaneleri, psikiyatri kliniği bulunan devlet hastaneleri, psikiyatri kliniği bulunan tıp fakültesi hastaneleri, aile hekimlikleri, sağlık ocakları, toplum sağlığı merkezleri, toplum ruh sağlığı merkezleri, rehabilitasyon merkezleri, bakım merkezleri ve umut evleridir. Bu kurumların çalışma şeması ise şöyledir:



Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri

Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin yerel ölçekte esas olarak TRSM'ler üzerinden yürütülmesi planlanmış ve çok sayıda dezavantaja rağmen çok hızlı bir biçimde ruhsatlandırılarak açılan TRSM'lerin sayısı günümüzde 163'e ulaşmıştır. 2011 Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'na göre TRSM'ler; ilgili coğrafi bölgede bulunan ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin ve ailelerinin bilgilendirildiği, ayaktan tedavi hizmetlerinin yürütüldüğü ve takip edildiği, rehabilitasyon, ruhsal eğitim, uğraş tedavisi yoluyla grup ve bireyde becerileri arttırmaya yönelik çalışmaların yürütüldüğü,

psikiyatri klinikleri ile işbirliği içerisinde çalışan, gerektiğinde mobil ekiplerle hastanın yaşadığı yerde takibini yapan sağlık birimleridir. TRSM projesi ile ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların bu merkezler tarafından kayıt altına alınarak takip edilmesi, hâlihazırda hastanelerde yatmakta olan ve ihtiyacı bulunan hastaların açılacak olan yarı- yol evleri ve korunaklı evlerde kalmaları ve korunaklı işyerlerinde istihdamlarının sağlanması öngörülmüştür (Alataş ve diğ. , 2009). Gerekli durumlarda ise bu merkezler gezici ekipleri ev ziyaretleri için görevlendirebilmektedir.

2.4.TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİ VE SUNULAN HİZMETLER

TRSM'ler disiplinler arası ekipler olarak faaliyet göstermekte olup tıbbi personel ve ruh sağlığı hizmeti veren diğer personelden oluşan bir ekip ortak bir yönetim altında hizmet vermektedir. TRSM ekiplerinde psikiyatrlar, hemşireler, sosyal hizmet uzmanları, psikologlar ve ergoterapistler (uğraşı terapistleri) bulunur. Toplum Ruh Sağlığı Ekibi (psikiyatr, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, psikiyatri hemşiresi ve ergoterapistten oluşan TRSM meslek ekibi) multidisipliner değerlendirme ve bakım için tek bir noktadan yönlendirme yapılmasını sağlar (Mitchell ve Patience, 2002). Nitekim ciddi ruhsal hastalıklara sahip bireylere etkin bakım ve tedavi sağlanabilmesi sosyal hizmetin de içinde bulunduğu birçok farklı mesleğin becerilerinin bir arada kullanılmasını gerektirmektedir (Mitchell ve Patience, 2002). Buradaki işbirliğinin gücü politika, planlama, fonlama, mesleki çalışma olanakları ve hizmet sağlama olanaklarını şekillendirir (Lightburn, 2001). TRSM'ler Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak Pazartesi-Cuma günleri 08.30- 17.00 saatleri aralığında hizmet verir. Mesai sonrası hizmetler ise TRSM'nin bağlı olduğu yerel hastane tarafından verilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012). TRSM'lerin öncelikli amacı ağır ruh sağlığı sorunlarına sahip bireylerin; hastaneye yatırılmalarını önlemek, olası yeti yitimlerini minimum düzeye indirmek, işlevlerin iyileştirilmesini ve yeniden kazandırılmasını sağlamak amacıyla biyopsikososyal müdahaleler sunmaktır. Ayrıca TRSM'ler ağır ruhsal sorunu olan bireylerin sosyal işlevlerini istikrarlı hale getirerek toplumsal hayat içerisindeki sürelerini arttırmayı, bu bireylerin ailelerini odak alan destek ve psiko eğitim çalışmaları yapmayı, hastane birimleri ve birincil basamak sağlık kurumları ile işbirliği yapmayı, belediye, ASPİM, İŞKUR gibi birey ve ailelerine ve topluma yönelik destek hizmeti sunan kurum

ve kuruluşlarla koordinasyon sağlamayı ve toplumda var olan ruhsal hastalıklara ilişkin damgalama eğiliminin azaltılmasını sağlamayı ve taburculuk sonrası izleme çalışmaları yapmayı amaçlar (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012). Ağır ruhsal bozukluk veya psikoz sonucu tedaviye ve psikososyal desteğe ihtiyaç duyan, kısa süre önce yataklı tedaviden taburcu olmuş ya da yataklı tedaviye geçirilme riski olan bireyler ile ağır ruhsal bozukluk sonucu işlevselliği büyük oranda azalmış bireyler TRSM tarafından tedavi için kabul edilir ve bu süreçte tedavi geçmişi sık aralıklarla olan ve yatış eğilimi olan bireylere öncelik verilir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012). TRSM'lere hasta ya da aileler tarafından yapılan bireysel başvurulara ek olarak aile hekimlerinden, birincil basamak sağlık kuruluşlarından, hastanelerin psikiyatri birimlerinden ve sosyal bakım kurumlarından sevk ile de başvuru yapılabilir. Bireyin TRSM'ye gelmediği ya da gelebilecek durumda olmadığı hallerde; TRSM ekibi tarafından ev ziyaretleri gerçekleştirilir. TRSM'de tedavi alma kriterlerine uygun olan bireyler kuruma davet edilerek kaydedilir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012).

TRSM Çalışma Rehberi (2012)'ye göre TRSM'lerin hedeflerini; mikro boyutta ruh sağlığı sorunlarına sahip bireylerin sağlık durumlarını, işlevselliklerini ve iyilik hallerini geliştirmek, mezo boyutta ruh sağlığı sorunlarına sahip bireyin aile üyelerine destek vererek onların baş etme kapasitelerini arttırmak ve makro boyutta ise ruh sağlığı hizmetlerinin koordineli biçimde yürütülmesini sağlamak amacıyla multidisipliner ekip çalışması için sağlık çalışanlarının kapasitelerini arttırmak ve kurumlar arası işbirliğini sağlamak olarak sıralamak mümkündür.

Genel bağlamda TRSM'lerin işlevleri şunlardır (Alataş ve diğ. , 2009; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012);

- Kendisine bağlı coğrafi bölgede yaşayan “psikotik bozukluk” tanısı olan hastaları tespit edip merkezin veri tabanına kaydederler.
- Merkeze kaydı yapılan hasta ve/veya yakınları ile irtibata geçip merkezin amaçları, işlevleri, hastaya ve aileye sağlayacağı faydalar konusunda bilgilendirme çalışmaları yaparlar.
- Sosyo- demografik soru formu ve ölçeklerle merkeze devam eden hastaların psikiyatrik ve sosyal profillerini değerlendirirler.
- Hastanın farmakolojik tedavi sürecini takip ederler.

- Merkeze devam sağlamayan hastalar için ev ziyaretleri yaparlar. Merkezde ya da evde takip sırasında alevlenme yaşayan hasta için kolluk kuvvetleri ile irtibata geçerek yataklı bir psikiyatri kliniğine yatışı sağlarlar.
- Hastaya ve hastanın yakınların psiko- eğitim vermekle yükümlüdürler.
- Uygun olan hastalara sosyal beceri eğitimi vererek toplum içinde uygulama yaptırırlar.
- Terapi sürecinde hastanın ilgi ve kişilik özelliklerine uygun uğraşı alanları ve terapi planlarlar ve uygun olan hastalara açık/ kapalı grup terapileri düzenlerler.
- Hastalara, ailelerine ve bakım verenlere yönelik müdahaleler yaparlar ve diğer sağlık ve sosyal hizmet sistemleri ile koordinasyonu sağlarlar.
- Yerel yönetimler ile işbirliği yaparak, yazılı ve görsel medya aracılığıyla toplumu bilinçlendirici damgalanma karşıtı çalışmalar yaparlar.

TRSM'lerin hastanın sağlık durumunun takibini yapan sorumlu merkez olması, hastanın yarı- yol evi, korumalı ev ya da korumalı işyerine geçişine karar veren kurum olarak iş görmesi planlanmıştır. Ayrıca ailelerinin yanında yaşayan hastalar için gün içinde vakitlerini geçirip tedavi ve terapilerinin sürdürüleceği merkezler olması düşünülmüştür (Alataş ve diğ. , 2009). TC Sağlık Bakanlığı'ndan Mayıs 2018 'de alınan bilgiye göre 78 ilde 163 TRSM bulunmaktadır ve sayılarının 236'ya çıkarılması planlanmıştır.

Türkiye'de var olan toplum temelli hizmet modeli hasta ve aile odaklı bir modeldir. Bu modelde hastanın kendisinin ve aile üyelerinin desteklenmesi ve baş etme kapasitelerinin artırılması amaçlanmaktadır. Ruh sağlığını koruma ve önleme boyutunda hizmet vermek üzere yapılandırılan TRSM'lerde verilen hizmetler şunlardır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012):

TRSM'lere kabul edilen bireyler için hizmet veren ekip, hasta ve ailenin işbirliği ile hastanın semptomoloji, eğitim, gelir, iş ve barınma durumunu, aile ve sosyal çevresi ile ilişkilerini ve biyopsikososyal durumunu göz önünde bulundurarak bakım planlaması yapar. Bakım planının amacı; var olan ruhsal hastalıkla bağlantılı olarak bu hastalığa eşlik eden diğer hastalıkların ve engelliliğin ele alınması, hastanın iyileşmesinin sağlanması ve işlevselliğini yeniden kazanmasının desteklenmesidir. Bu amaçlar kapsamında bakım planında hedeflere, takvime ve başarı göstergelerine yer verilir. Elde edilen sonuçlar görüşmelerde düzenli olarak gözden geçirilerek gerekli güncellemeler yapılır. TRSM'ye sevk edilen bütün hastalar alanında eğitilmiş personel tarafından değerlendirilir. Bu

değerlendirme hastanın psikiyatrik değerlendirmesini, psikososyal durumunun incelenmesini ve risk değerlendirmesini içerir.

TRSM'lerde "risk değerlendirmesi ve risk yönetimi" yapılır. Risk değerlendirmesi yapılırken,

- Hastanın kendisine ve çevresine zarar verme geçmişi,
- Aile ve toplumun hastaya yönelik destek düzeyi,
- Hastanın mali durumu ve barınma imkânları,
- Tedaviye devam durumu ve iç görü düzeyi,
- Madde kullanım durumu,
- Kendisine ya da çevresine zarar verebileceği araçlara erişim durumu gibi belirleyiciler göz önünde bulundurulur. Risk durumunun akut ya da kronik olması bu faktörlere göre belirlenir.

Risk yönetimi boyutunda ise risk durumunun hangi hallerde artabileceği belirlenir ve hizmet alan bireyin risk düzeyinin azaltılmasına ilişkin stratejiler oluşturulur. Risk yönetimi planı eğer mümkünse hasta ve aile üyeleri de dâhil edilerek hazırlanır.

TRSM'lerde hastalara, ailelerine ve hasta yakınlarına yaşadıkları sorunlara ilişkin psikoeğitim çalışması yapılır. Bu psikoeğitimlerde hasta ve ailesi tanı ve hastalığın seyri hakkında bilgilendirilir. Hasta ve aileleri ilaç kullanımı ve yan etkileri hakkında bilgilendirilir. Alevlenme ve alevlenmeyi tetikleyen faktörler hakkında bilgilendirme yapılır; alevlenmenin yaygın nedenleri, işaretleri ve alevlenme durumunda çeşitli hizmetlere erişim konusunda bilgi verilir. Alevlenmeyi azaltmaya yönelik grup çalışmaları yürütülür. Ailelerin tedavi sürecine katılımı teşvik edilerek desteklenir. Ailelerin bakım verdikleri/ destek sağladıkları hasta ya da hastalık kaynaklı ihtiyaçları tespit edilerek gerekli çalışmalar yapılır. Hasta ve ailesi tedavi seçenekleri hakkında bilgilendirilir. Tedavi süresince bakım planı TRSM ekibi, hasta ve ailesinin ortak çalışmasıyla oluşturulur. Uğraşı terapileri kapsamında hastanın uğraş ve eğitim ihtiyaçlarına göre bakım planı düzenlenir. Hastanın iş, aile ve okul gibi ortamlarda sosyal işlevselliğini arttıracak çalışmalar plana dâhil edilir. TRSM'lerde tedavinin amacı hizmet alan hastaların gündelik yaşam ihtiyaçlarını bağımsız olarak karşılayabilir hale gelmelerini sağlamaktır. Bu kapsamda hizmet alanın güçlü, zayıf ve savunmasız yönleri, motivasyonları ve baş etme stratejileri bakım planına dâhil edilir. Aynı zamanda

TRSM'ler ayrımcılık ve damgalanmayla mücadele kapsamında hizmet alanlar adına savunuculuk rolü üstlenirler.

TRSM Çalışma Rehberi'ne göre toplum ruh sağlığı merkezlerinde çalışan personelin görev ve sorumlulukları ise şunlardır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012):

- Psikiyatri uzmanı: TRSM'lerde merkezin sorumlusu olarak görev yapan psikiyatri uzmanı ilgili sağlık kurumu ile TRSM arasındaki koordinasyonu sağlamakla, psikoterapi hizmetleri, personel görev dağılımı ve iş akışı planlamalarını yaparak başhekime sunmakla, merkez takipli hastaların tedavisini planlamak ve tedavi gözetimini yürütmekle, kayıtların zamanında ve doğru tutulmasını sağlamakla, merkez hastalarının aile hekimleri ile koordinasyon ve işbirliğini sağlamakla, TRSM personeline eğitim ve süpervizyon sağlamakla, merkezin hizmet sunumu ile ilgili düzenli toplantılar düzenlemek ve yönetmekle, merkez tarafından verilen hizmetlerin etik ilkelere ve hasta hakları mevzuatına uygun olarak yürütülmesini sağlamakla ve gezici ekip faaliyetlerine katılmakla sorumludur.

- Sosyal hizmet uzmanı: Merkezden hizmet alan hastaların bakım planları çerçevesinde sosyal, ekonomik, barınma, istihdam vb. ihtiyaçlarının karşılanmasını kolaylaştıracak ilgili kurum ve kuruluşlarla koordinasyonu sağlamakla, damgalanmayla mücadele amacıyla projeler geliştirerek gerek olduğunda konuyla ilgili kurumlarla işbirliği yapmakla, hasta ve ailelerine yönelik sosyal ve yasal hakları konusunda destek ve danışma hizmeti vermekle ve yaptığı işlemlere ilişkin kayıt tutmakla sorumludur.

- Psikolog: Merkezden hizmet alan hastaların rehabilitasyon ve psikososyal programlarını takip etmek ve yazılı kayıtlarını tutmakla, psikometrik analizlerini yürütüp kaydedilen ilerlemeyi izlemekle ve eğitim aldığı alana ilişkin terapötik müdahaleleri uygulamakla sorumludur.

- Hemşire: Merkezden hizmet alan hastaların genel sağlık durumlarını (hipertansiyon, diyabet vb.) izleyip yazılı kayıtlarını tutmakla ve gerektiğinde de genel sağlık tedavilerini uygulamakla sorumludur.

- Ergoterapist (iş/ uğraşı terapisti): Hizmet alan hastaların bakım planlarına uygun bireysel programlar planlayıp uygulamakla ve eğitim, uğraş terapisi planlarının yazılı kayıtlarını tutmakla sorumludur.

Bunlara ek olarak sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve hemşirelerin ortak görevleri ise şunlardır;

- Hizmet alan hastalara, ailelerine ve ziyaretçilere TRSM'nin amaç ve çalışmaları ile ilgili bilgi vermek,
- Hastalara ve ailelerine yönelik psikososyal müdahaleler yürütmek,
- Gezici ekip faaliyetlerine katılmak,
- Yataklı tedavinin gerektiği durumlarda hastanın ilgili kliniğe nakline destek vermek,
- Merkeze devam etmeyen hastaların aileleri ile iletişim kurarak gerektiğinde merkezden taburculukları sürecini yürütmek,
- Skalaları izleyerek veri formlarını doldurmak ve ölçekleri izlemek,
- Veri toplamak ve değerlendirmek,
- Hastaların tedaviye katılımını sağlamaya yönelik destekleyici çalışmalar yürütmek,
- Merkeze devam etmeyen hasta ve aileleri çalışmalar yürütmek,
- Kamuoyunda farklılığı arttırarak damgalanma ile mücadele faaliyetleri yürütmek.

3. BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Çalışmanın bu bölümünde; araştırmanın modeli, öznelerin belirlenmesi, verilerin toplanma süreci, veri toplama araçları, verilerin analizleri ve yorumlanması, etik konular, araştırmanın sınırlılıkları ve araştırma kapsamında görüştüğüm öznelere ilişkin bilgiler yer almaktadır.

3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Bu araştırma; T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı, Ankara ilinde hizmet veren TRSM'lerde çalışan sosyal hizmet uzmanları ile bu merkezlerden hizmet alan hastaların toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin koruyucu ve önleyici boyutuna ilişkin deneyim, duygu, düşünce, gözlem ve değerlendirmelerini görünür kılmak amacıyla nitel bir araştırma olarak tasarlanmıştır. Nitel araştırma; araştırma öznelerinin bakış açıları ve anlam dünyalarını ortaya koymayı, dünyayı araştırma öznelerinin gözleriyle görmeyi, gerçeği olduğu gibi tanımlamayı amaç edinmekte, ne ve nasıl sorularına odaklanmaktadır (Kuş, 2009; Kümbetoğlu, 2015).

Bu çalışmada, T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak Ankara ilinde hizmet veren TRSM'lerde çalışan sosyal hizmet uzmanları ve bu merkezlerden hizmet alan hastalar ile yarı yapılandırılmış soru formu aracılığıyla nitel araştırma yönteminin veri toplama tekniklerinden derinlemesine görüşme tekniği kullanılmıştır. Derinlemesine görüşme tekniğinin belirleyici özelliği, görüşülen kişilerin bakış açılarını ortaya çıkarmak olduğundan nicel görüşmelerden farklı olarak yüzeysel değil kapsamlı bilgi edinmek esastır (Kuş, 2009).

Araştırmada sosyal hizmet uzmanı ve hastalarla yapılan görüşmelerde elde edilen bilgiler nitel veri analizinde kullanılan bir yaklaşım olan betimsel analiz kullanılarak işlenmiş ve değerlendirilmiştir. Betimsel analiz, görüşme çözümlerindeki verilerin özgün biçimlerine sadık kalınarak, bireylerin söylediklerinden doğrudan alıntılar yapılarak, betimsel bir yaklaşımla verilerin sunulmasını ifade etmektedir (Kümbetoğlu, 2015).

Betimsel analizin amacı araştırma sürecinde elde edilen verileri neden- sonuç ilişkilerini irdeleyerek düzenlemek ve ulaşılan sonuçları yorumlanmış biçimiyle okuyucuya sunmaktır (Yıldırım ve Şimşek, 2000).

Bu araştırmada saha araştırması sonucu elde edilen bilgiler ile toplum ruh sağlığı merkezlerinde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının ve buradan hizmet alan hastaların koruyucu ve önleyici hizmetlere ilişkin deneyimlerini ekolojik sistem kuramı çerçevesinde ele almaya çalıştım. Birey ve çevrenin bulunduğu ya da kesiştiği noktadaki transaksionlara/etkileşime odaklanan ekolojik sistem yaklaşımına göre ise insan organizması ile içinde bulunduğu çevrenin özellikleri karşılıklı uyum içinde olmalıdır (Baykara Acar ve Acar, 2002; Danış, 2006; Payne, 2005).

Bu araştırmada kendim ile koruyucu ve önleyici ruh sağlığı alanında hizmet verenler olarak sosyal hizmet uzmanları ve hizmet alanlar olarak hastalar arasında hiyerarşik ilişkiyi kırarak paylaşımı destekleyen, deneyimlerin paylaşılmasını kolaylaştırıcı zeminde bir güven ilişkisi kurmaya çalıştım.

3.2.ÖZNELERİN BELİRLENMESİ

Bu araştırmanın öznelere nitel araştırma modelinin amaçsal örneklem yöntemi kullanılarak belirlenmiştir. Amaçsal örneklem yöntemi, araştırmanın amacı doğrultusunda belirlenen kriter ya da özelliklere bağlı olarak araştırmacının amaçlarına en uygun cevapları verebilecek birey ya da gruplardan oluşan örneklem yapısıdır (Aziz, 2015; Kümbetoğlu, 2015). Bu bağlamda bu araştırmanın amaçları göz önünde bulundurularak öznelere seçiminde belirlenen kriterler şunlardır;

- Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının en az bir yıldır Ankara ilinde bulunan toplum ruh sağlığı merkezlerinden birinde çalışıyor olması,
- Araştırmaya katılan hastaların Ankara'da bulunan toplum ruh sağlığı merkezlerinden birinden hizmet alıyor olmaları,
- Araştırmaya katılan hastaların bilişsel yıkım düzeylerinin araştırmanın sorularına anlamlı yanıtlar vermelerini engellemeyecek düzeyde olduğunun psikiyatr ve sosyal hizmet uzmanı tarafından belirlenmesidir. TRSM'lerde ağır psikoz tanılı tüm hastalara hizmet verilmekle birlikte kriterler doğrultusunda belirlenen hastalar tamamına yakını şizofreni tanısı almış hastalardır.

Bu örnekleme çerçevesinde araştırma kapsamında altı sosyal hizmet uzmanı ve on üç hasta olmak üzere toplam yirmi bir özne ile görüşülmüştür.

3.3.ARAŞTIRMA ÖZNELERİNİ TANITICI BİLGİLER

Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinde koruyucu ve önleyici boyuta dair yaptığım bu araştırmada ruh sağlığı alanında koruyucu ve önleyici hizmetlerin verilmesinde ana kurum olan T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı Ankara ilinde bulunan Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'nde çalışan altı sosyal hizmet uzmanı ve bu merkezlerden hizmet alan on üç hasta olmak üzere toplam yirmi bir özne ile derinlemesine görüşmeler yaptım. Öznelerin gizliliğini sağlamak amacıyla takma isim kullandım. Sosyal hizmet uzmanlarının her biri benim için kendi içinde buldukları sistemdeki bireylerin varlıklarını sürdürmeye çalışan kişiler olduklarından onlara gezegen isimleri verdim. İçlerinde barındırdıkları derin düşünce dünyalarına girmeme izin veren hastaların her birine ise ruhsal hastalıklara sahip sanatçıların isimlerini verdim. Öznelerin tanıtımını sosyal hizmet uzmanları ve hastalar olarak ayırıp yazımımı görüşme sırasına göre yaptım.

Sosyal Hizmet Uzmanları:

Dünya; 45 yaşında, erkek, Sosyal Hizmet Bölümü'nde lisans eğitimini almış, TODAİE'de Kamu Yönetimi alanında yüksek lisans yapıyor. Daha önce radyolog olarak çalışmış, sekiz yıldır sosyal hizmet uzmanı olarak çalışıyor. Sekiz yıl boyunca tıbbi sosyal hizmet alanında çalışmış. Bunun ilk iki yılı hastanede geçmiş, altı yıldır da TRSM-1'de çalışıyor.

Venüs; 34 yaşında, kadın. Lisans eğitimini Sosyal Hizmet üzerine yapmış. On yıldır sosyal hizmet uzmanı olarak çalışıyor. Daha önce engellilik ve tıbbi sosyal hizmet alanlarında çalışmış. İki buçuk yıldır TRSM-2'de çalışıyor.

Satürn; 27 yaşında, kadın. Sosyal Hizmet Bölümü mezunu. Dört yıldır tıbbi sosyal hizmet alanında çalışıyor, son iki buçuk yıldır bizzat kurulumunda yer aldığı TRSM-3'de çalışıyor.

Mars; 49 yaşında, kadın. Lisans eğitimini sosyal hizmet üzerine yapmış. İş Sağlığı ve Güvenliği bölümünde yüksek lisans eğitimi almış. Yirmi beş yıldır sosyal hizmet uzmanı olarak çalışıyor, son iki buçuk yıldır da TRSM-4'te çalışıyor.

Merkür; 41 yaşında, kadın. Sosyal Hizmet Bölümü mezunu. 18 yıldır sosyal hizmet uzmanı olarak çalışıyor. Daha önce krize müdahale alanında çalışmış, 9 yıl ruh sağlığı alanında çalışmış, son iki yıldır da TRSM-5’de çalışıyor.

Plüton; 46 yaşında, kadın, Sosyal Hizmet Bölümü’nde lisans eğitimini almış, 21 yıldır sosyal hizmet uzmanı olarak çalışıyor. Son bir buçuk yıldır da TRSM-6’da çalışıyor.

Hastalar:

Harrel; 44 yaşında, erkek, şizofreni tanılı. On yedi yaşında tanı almış, yirmi sekiz yıldır tedavi görüyor. Daha önce dört defa yataklı tedavi görmüş. Beş buçuk yıldır TRSM-1’den hizmet alıyor. Bu süreçte yeniden yataklı tedavi görmemiş.

Vijinski; 27 yaşında, erkek, şizofreni tanılı. 17 yaşında tanı almış, on bir yıldır tedavi görüyor. Daha önce hiç yataklı tedavi görmemiş. Son bir yıldır TRSM-2’den hizmet alıyor.

Goram; 35 yaşında, erkek, şizofreni tanılı. Askerden geldikten sonra tanı almış, On beş yıldır tedavi görüyor, iki senedir TRSM-2’den hizmet alıyor.

Artaud; 37 yaşında, erkek, şizofreni tanılı. Askerde hastalığı belirti göstermeye başlamış, askerlik dönüşü tanı almış, on yedi yıldır tedavi görüyor. Daha önce yataklı tedavi görmüş, beş aydır TRSM-2’den hizmet alıyor, bu süreçte yeniden yataklı tedavi görmemiş.

Greenberg; 44 yaşında, kadın, şizofreni tanılı. 16 yaşında tanı almış, o zamandan beri tedavi görüyor. Daha önce yataklı tedavi de görmüş. On aydır TRSM-3’ten hizmet alıyor, bu süreçte yeniden yataklı tedavi görmemiş.

Woolf; 47 yaşında, kadın, şizofreni tanılı, 17 Ağustos 1999 depremi sonrası sesler duymaya başlaması sonucu hastalığının ortaya çıktığını ifade etmiştir. 15 yıldır tedavi görüyor. Daha önce hiç yataklı tedavi görmemiş ancak iyileştiğini düşünerek defalarca ilaçlarını bırakıp tedavi sürecinde başa dönmüş. Beş aydır TRSM-3’ten hizmet alıyor, bu süreçte ilaçlarını hep düzenli kullanmış.

Plath; 47 yaşında, kadın, şizofreni tanılı. Üniversite yıllarında teşhis konulmuş, o zamandan beri tedavi görüyor. Hiç yataklı tedavi görmemiş, yaklaşık bir yıldır TRSM-4’ten hizmet alıyor.

Christie; 36 yaşında, kadın, şizofreni tanılı. 18 yaşında tanı almış, o zamandan beri tedavi görüyor ve bir buçuk yıldır TRSM-4'ten hizmet alıyor.

Marmara; 24 yaşında, kadın, şizofreni tanılı. Üniversiteye yeni başladığında, 17 yaşında sosyal fobi teşhisi ile ilaç kullanmış, 20 yaşında şizofreni tanısı konmuş. Dört yıldır tedavi görüyor, hiç yataklı tedavi görmemiş. İki yıldır TRSM-4'ten hizmet alıyor.

Ramirez; 52 yaşında, erkek, şizofreni tanılı. 26 yaşında teşhis konmuş, o zamandan beri tedavi görüyor. Üç yılı aşkın süredir TRSM-4'ten hizmet alıyor.

Helfgott; 58 yaşında, erkek, şizofreni tanılı. 46 yaşında tanı almış, daha önce üç kez yatılı tedavi görmüş. İki yıldır TRSM-6'dan hizmet alıyor, bu süreçte yeniden yataklı tedavi görmemiş.

Monroe; 47 yaşında, kadın, psikoz tanılı. 24 yaşında tanı almış, yedi kez yataklı tedavi görmüş. Son yataklı tedavinden sonra TRSM-6'dan hizmet almaya başlamış. Üç yıldır buradan hizmet alıyor, bu süreç içerisinde yeniden yataklı tedavi görmemiş.

Nash; 49 yaşında, erkek, şizofreni tanılı. 35 yaşında tanı almış, o zamandan beri tedavi görüyor. Hiç yataklı tedavi görmemiş, üç yıldır TRSM-6'dan hizmet alıyor.

3.4. VERİ TOPLAMA ARACI

Araştırma verilerini toplamak üzere sosyal hizmet uzmanları ve hastalar için ayrı yarı yapılandırılmış formlar oluşturdum. Yarı yapılandırılmış görüşme araştırmacının ortaya çıkarmayı planladığı veriler için oluşturduğu soru ya da başlıkların bir listesinden oluşan rehber form üzerinden yapılır (Kümbetoğlu, 2015). Yarı yapılandırılmış formları hazırlarken araştırmamın amaçlarına uygun olarak yaptığım literatür taraması ve elde ettiğim bilgilerden ve alana ilişkin gözlemlerimden faydalandım.

Etik kurul iznim çıktıktan sonra Sağlık Bakanlığı ile gerekli yazışmalarımı yazarak izinlerimi aldım. Gerekli izinlerimi aldıktan sonra hazırlamış olduğum formların üç kişi ile ön denemelerini yaparak işlerliklerini kontrol ettim. Ön görüşmelerde herhangi bir problem yaşamamam sonucunda veri toplama sürecine başladım. Sosyal hizmet uzmanları için hazırladığım yarı yapılandırılmış görüşme formunda öncelikle öznelere tanıtıcı yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve ruh sağlığı alanında çalıştıkları süreye ilişkin genel sorulara yer verdim. Daha sonrasında kurum bakımından toplum temelli bakıma geçiş sürecine ilişkin deneyimlerini anlamaya yönelik sorular sordum. Bir sonraki

bölümde toplum ruh sağlığı merkezlerinde yürütülen hizmetler ve kendi bilgi düzeyleri doğrultusunda uzmanların bu hizmetlere ilişkin düşünce ve deneyimlerine odaklanan sorular sordum. Amaçlarım doğrultusunda sonraki bölümde hizmetlerin standardizasyonu ve ölçme değerlendirme kriterlerine ilişkin sorulara yer verdim. Son olarak toplum temelli ruh sağlığını değerlendirebilmek için bu alanda hizmet veren tek kurum olan TRSM’lerde çalışan bu uzmanların var olan politikalara ilişkin değerlendirme ve önerilerini almaya yönelik sorular oluşturdum.

Hastalara yönelik hazırlamış olduğum yarı yapılandırılmış görüşme formunda ise; ilk olarak yaş, cinsiyet, tanı aldıkları yaş, tedavi süreleri ve TRSM’den yararlandıkları süre gibi tanıtıcı bilgilere odaklandım. Ardından faydalandıkları hizmetler ile bunlara ilişkin duygu ve değerlendirmelerine yönelik sorular sordum. Hastalık deneyimlerini samimi bir şekilde anlatan hastalar ile aramızda bir bağ olduğundan bu bağa zarar vermemek adına cevap dışı anlatılarını bölmeden dinledim. Hastalar ile görüşmelerimin son kısmında varsa hizmetlerden yararlanıcılar olarak onların hizmet önerilerine ilişkin sorular sordum. Gerek uzmanlarla gerek de hastalarla görüşmelerimizin soru cevaptan ziyade güven ortamını oluşturduğumuz bir sohbet şeklinde ilerlemesi görüşmelerin daha nitelikli ve samimi geçmesine olanak sağladı.

3.5.VERİLERİN TOPLANMASI

Bu araştırmada verileri yarı yapılandırılmış formlar kullanarak derinlemesine görüşme yoluyla topladım. Derinleme görüşme açık uçlu soruların sorulması, dinlenmesi, verilen cevapların kaydedilmesi ve ilişkili ilave sorular yoluyla sosyal dünyada var olan ‘görünür’ olgu, süreç ve ilişkilerin özüne inerek araştırma konusunu detaylıca incelemeyi ve bütüncül olarak kavramayı sağlar (Kümbetoğlu, 2015).

Koruyucu ve önleyici ruh sağlığı hizmetlerine ilişkin sosyal hizmet bakış açısı ile değerlendirme yapabilmek için bu alanda çalışan sosyal hizmet uzmanlarının deneyim, görüş, değerlendirme, beklenti ve önerilerinin önemli olduğunu düşündüğümden bu uzmanlar ile derinlemesine görüşmeler yapmayı tercih ettim. Bu hizmetleri değerlendirirken yalnızca hizmet verenlerin değil hizmet alanların da deneyimlerini anlamının, değerlendirmelerini öğrenmenin olmazsa olmaz olduğunu düşündüğüm için de koruyucu ve önleyici hizmetlerin sunulduğu toplum ruh sağlığı merkezlerinden hizmet alan hastalar ile de derinlemesine görüşmeler gerçekleştirdim. Derinlemesine

görüşmelerim sırasında danışmanım rehberliğinde hazırladığım yarı yapılandırılmış görüşme formunu kullandım.

Görüşmelere başlamadan önce T.C. Sağlık Bakanlığı'ndan gerekli izinlerimi aldım. Bu iznin hastanelere gönderilmesinin ardından Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin bağlı bulunduğu hastanelerin TRSM'den sorumlu başhekim yardımcıları ile telefonla ya da yüzyüze görüşmeler yaptım. Başhekim yardımcılarının onaylarını aldıktan sonra yüzyüze ya da telefonla görüşmeler yaparak TRSM'den sorumlu psikiyatrlar ile görüşmeler gerçekleştirdim. Olumlu dönüş aldığım TRSM'leri arayarak oralarda çalışmakta olan sosyal hizmet uzmanlarının ön onaylarını aldım ve randevular oluşturarak uzman ve hasta görüşmelerini planladım. Verilerin toplanması sürecinde T.C. Sağlık Bakanlığı'ndan iznim olmakla birlikte bazı TRSM çalışanları ve hastaları ile bağlı buldukları hastanenin onayını alamadığımdan görüşemedim.

Ön onaylarını aldığım sosyal hizmet uzmanları ile çalıştıkları TRSM'de görüşmelerime başladım. Bu görüşmelerin sonunda sosyal hizmet uzmanı ve psikiyatrlar ile görüşerek hasta görüşme formlarını sundum ve uygun gördükleri hastalar ile görüşmek üzere randevular aldım. Sosyal hizmet uzmanları ve hastalarla yaptığım derinlemesine görüşmelere öncelikle kendimi tanıtarak ve çalışmamın içeriğini ve amacını ayrıntılı olarak anlatarak başladım. Ardından katılımcılara araştırmanın konusunu ve amaçlarını açıklayarak, katılımın gönüllülük esaslarına dayalı olduğunu ve istedikleri zaman görüşmeye son verebileceklerini ifade ettim. Görüşmeye başlamadan önce soruların herhangi bir kimlik bilgisi içermediğini ve araştırma sürecinde elde edilen verilerin amacı dışında kullanılmayacağını belirttim. Görüşmeler esnasında ses kaydı almak için katılımcılardan izin istedim. Ses kaydı almama izin vermeyen katılımcılara görüşmelerimi birebir yazılı notlar alarak kaydedebileceğimi belirttim. Katılımcıların onaylarını aldıktan sonra tercih ettikleri biçimde görüşmelere başladım. Sosyal hizmet uzmanları ile yaptığım görüşmeler ortalama 60-90 dakika, hastalar ile yaptığım görüşmeler ortalama 30-50 dakika sürdü. Genellikle erkeklerle yaptığım görüşmeler daha kısa sürdü. Erkek hastaların çoğunlukla iletişime kadınlar kadar açık olmadıklarını, sorulara daha kısa yanıtlar verdiklerini gözlemledim.

Hazırlamış olduğum yarı yapılandırılmış görüşme formları ile topladığım verileri nitel veri analizine yardımcı programlardan biri olan MAXQDA 12 paket programını kullanarak betimsel analize tabi tuttum. Wolcott (1994) betimsel analizi toplanan verileri

mümkün olduğunca orjinaline sadık kalınarak ve yer yer katılımcıların söylemlerinden direk alıntılar yaparak betimsel yolla bir yaklaşımla okuyucuya sunulması olarak açıklamıştır (Yıldırım ve Şimşek, 2000). Çözümleyerek metne aktardığım tüm verileri bu programa aktardım. Metinlerde sıklıkla tekrar edilen ve üzerinde durulan konu ve kavramları belirledim. Bu şekilde kodları ve alt temaları oluşturdum. Kodlamalar üzerinden verileri analiz ederek katılımcıların düşünce, görüş ve önerilerine ulaşım, bunlar arasında karşılaştırmalar yapmaya çalıştım. Betimsel analiz yaptığım bu süreçte katılımcıların özgün ifadelerine sadık kaldım.

3.6.VERİLERİN ÇÖZÜMLENMESİ ve YORUMLANMASI

Ses kaydı ya da yazılı kayıt yoluyla elde ettiğim verilerin çözümlemelerini günü gününe yapmaya çalıştım. 60-90 dakika arası süren sosyal hizmet uzmanı görüşmelerinin yazıya aktarımı yaklaşık 8-9 saat sürmüş olup yazılı metinlerin uzunluğu 22-30 sayfa arasında değişiklik gösterdi. 30-50 dakika arası süren hasta görüşmelerinin yazıya aktarımı ise 5-6 saat sürüp, metin uzunlukları 13-21 sayfa arasında değişiklik gösterdi.

Verilerin analizini ses ve yazılı kayıtlar ile görüşme formunu çözümleyerek MAXQDA 12 paket programını kullanarak yaptım. Program üzerinde verilerimi dörder defa okuyarak, tekrar tekrar üzerlerinden geçerek analizlerimi yaptım. Analizlerimi betimsel yolla yaptım. Verilerin analizi sonucunda “Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetlerine Geçiş Süreci ve Sınırlılıklar”, “Mikro, Mezzo, Makro Boyutta Koruyucu Ve Önleyici Hizmetler ve Hizmetlere Katılım”, “Politikaların Yansıması Olarak Deneyimler” olmak üzere üç ana kategori ve bunlara ait alt başlıklar çıktı. Verilerimin analizini bu ana kategoriler çerçevesinde gerçekleştirdim.

3.7.ETİK KONULAR

Araştırmada veri toplamaya başlamadan önce hazırlamış olduğum yarı yapılandırılmış görüşme formları ve katılımcıların yazılı onaylarını almak üzere hazırladığım aydınlatılmış onam formu, İyi Klinik Uygulamalar Taahhütnamesi ve Helsinki Bildirgesi Taahhütnamesi'nin içinde bulunduğu bir dosya ile Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulundum. Buradan araştırmamın etik uygunluğuna ilişkin resmi onayımı aldım ve bu onay sonrasında veri toplama sürecime başladım. Buna ek olarak Eğitim ve Araştırma Hastanelerine bağlı

Toplum ve Ruh Sağlığı Merkezlerinde hastanelerin Eğitim ve Araştırma birimlerinden de araştırmamın uygunluğuna ilişkin resmi izinleri aldım.

Görüşmeler sırasında ise katılımcılara araştırmamın konusu ve amacına ilişkin tüm bilgileri açıklayarak ses kaydı almak için izinlerini talep ettim. İzin veren katılımcılarla görüşmelerimi ses kaydı yolu ile yaparken, izni olmayan katılımcılar ile yaptığım görüşmeleri yazılı olarak not ettim.

Araştırmamın yazımı esnasında ise hem sosyal hizmet uzmanı hem de hastalara takma isimler vererek gizliliklerini korumayı amaçladım. Ayrıca Ankara ilinde bulunan toplum ruh sağlığı merkezlerinin sayısını ve bu merkezlerde yalnızca bir uzman olmasını göz önünde bulundurarak da gizliliğin korunması için bu merkezleri numaralandırarak görüşmelerde geçen yer isimlerini değiştirdim.

3.8.ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmamın en önemli sınırlılığı izin süreci ve Ankara ilinde bulunda TRSM sayısının az olmasıydı. İlk sınırlılığım T.C. Sağlık Bakanlığı ile izin yazışmaları sürecimin bakanlığın yapısında ve yerleşiminde bir takım değişiklikler ile aynı zamana denk gelmesiydi. Öncelikle izin almak üzere T.C. Sağlık Bakanlığı İl Müdürlüğü'ne dilekçe yazdım. Dilekçemi götürdüğümde danışma bölümünde bulunan görevli tarafından TRSM'ler ile Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü'nün ilgilendiği gerekçesi ile bu birime, bakanlığın ana binasına yönlendirildim. İzin dilekçemde gerekli düzeltmeleri yaparak dosyayı Sağlık Bakanlığı'nın ana binasının evrak birimine teslim ettim. Yaklaşık üç ay sonra dilekçeme verilen cevapta T.C. Sağlık Bakanlığı İl Müdürlüğü'ne başvuru yapmam gerektiği yazılıydı. Yaklaşık üç ay gibi bir süre vakit kaybı yaşadım. Sonrasında yeniden T.C. Sağlık Bakanlığı İl Müdürlüğü'ne ilgili birime başvuru yapmaya gittim. Birimdeki görevliler bilimi, araştırmayı destekleyici tavırları ile bana çok yardımcı oldular. Evraklarımda bir takım eksiklikler vardı, onları tamamlayıp getirmemi söylediler. Dört gün sonra evraklarımı götürdüğümde bu çalışmalarla ilgilenen Sağlık Geliştirilmesi Bölümü'nün taşındığını öğrendim. Dosyayı alıp birimin yeni yerine giderek işlemlerimi başlattım. Bu kez süreç çok hızlı bir şekilde sonuçlandı. İzin sürecinin beni zorlayan ikinci kısmı ise Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı TRSM'ler için ayrıca hastanelerin Eğitim Birimleri, TRSM'den sorumlu Başhekim Yardımcıları ya da Psikiyatri Klinik Şefleriyle görüşmemin istenmesi oldu. Bazı hastanelerde çalışmayı yapabilmek için hastane içinden bir partner bulma zorunluluğu vardı. Bazı hastanelerin

klirik Őeflerinin çalışmayı gerçekleŐtirdiĐim üniversite ile bir takım bireysel sorunları vardı, bazı klinik Őefleri akademi ve hastane sürecini birlikte yürüttüklerinden buldukları yeri bulup görüşmek uzun bir zaman aldı, bazı hastanelerde ise klinik Őefinin izniyle çalışmayı gerekleŐtirmiŐtim ancak ardından EĞitim Birimi'nden red yazısı gelmiŐti. Bu sınırlılıkların hepsini yüz yüze görüşmeler yapıp kendimi ve çalışmamı ayrıntılı biçimde anlatarak ya da danıŐmanımın değerli yardımları ile özümledim. Bu çabaların sonucunda altı TRSM ile görüşme sağlayabildim. Dışkapı Yıldırım Beyazıt EĞitim ve Araştırma Hastanesi TRSM iŐlerinin yoğunluğu nedeniyle, Yenimahalle Devlet Hastanesi TRSM ise adli bir süreçten geçmeleri nedeniyle çalışmamın hastanelerinde yapılmasının uygun olmadığı kanaatine vardı. Çalışma için izin aldığım yerlerde uzman ve hastalarla görüşmeler yaptım ancak yalnızca Numune EĞitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı TRSM'de psikiyatri klinik Őefinin uygun bulmaması üzerine hastalarla görüşme yapamadım.

İzin süreçlerine ek olarak ağır psikoz hastalarına hizmet veren TRSM'lerde çoğunlukla Şizofreni hastaları ile görüşmeler yaptım. Bu görüşmelerde derinlemesine görüşmenin süresi konusunda sınırlılıklar yaşadım. Ayrıca görüşmelerde sorduğum sorulara yönelik kısa cevaplar alıp sonrasında hastaların yine kendilerini ve kendileri için önemli olan konuları anlattıkları zamanlar oldu. Bu zamanlarda hem onları bölmeden dinlemeye çalışarak hem de kendi sorularımı farklı biçimlerde yeniden sorarak odak noktamızı görüşmelerimizin amaçları doğrultusunda Őekillendirmeye alıŐtım.

4. BÖLÜM

ANALİZ

Analiz sürecinde üç kategori üzerinden ortaya çıkan araştırma verilerini yöntem bölümünde de belirttiğim üzere MAXQDA 12 paket programını kullanarak analiz ettim. İlk kategori “Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetlerine Geçiş Süreci ve Sınırlılıklar” da sosyal hizmet uzmanlarının toplum temelli ruh sağlığına geçiş sürecine ilişkin deneyimleri değerlendirilmiştir. İkinci kategori “Mikro, Mezzo, Makro Boyutta Koruyucu ve Önleyici Hizmetler ve Hizmetlere Katılım” ve üçüncü kategori “Politikaların Yansıması Olarak Deneyimler” başlıkları ruhsal hastalıkların tedavisinde psikososyal boyutun çevresi içinde birey yaklaşımı çerçevesinde ele alınmasıyla analiz edilmiştir.

İlk kategori “Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetlerine Geçiş Süreci ve Sınırlılıklar” başlığı altında sosyal hizmet uzmanlarının ruh sağlığı alanına ilişkin bilgi düzeyleri, hizmet içi eğitimler ve mesleki paylaşımlar, ekip çalışması, geçiş sürecinde işbirliği ve hizmetlerin entegre sunumu, geçiş süreci yetersizlikleri, kapsanan coğrafi bölge ile hizmet verilen kişi sayıları ve TRSM’de çalışmanın psikososyal boyutu konularını içermektedir. İkinci kategori mikro, mezzo ve makro boyutta TRSM’ler tarafından verilen koruyucu ve önleyici hizmetleri, yaş ve cinsiyet bağlamında hizmetlere katılım düzeyini, hizmetlerle ulaşılan hedefleri içermektedir. Üçüncü kategoride ise güncel politikadaki aksaklıklar ile hizmetlere ilişkin sosyal hizmet uzmanı ve hasta deneyim ve değerlendirmelerine yer verilmiştir. Bu bölümde sosyal hizmet uzmanı ve hasta deneyimleri üzerinden ruh sağlığının korunması, ruhsal hastalıkların önlenmesi ve tedavisine ilişkin değerli politika önerilerine de değinilmiştir.

4.1. TOPLUM TEMELLİ RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİNE GEÇİŞ SÜRECİ VE SINIRLILIKLAR: “Sistem bizi tanımıyor ki bulunduğumuz sistem.”

Toplum temelli ruh sağlığı; ruh sağlığının korunmasını, ruhsal hastalıkların önlenmesini, psikiyatri hastalarının tedavisini ve bu hastaların toplum içinde rehabilitasyonunu içerir (Eaton ve Rodtke, 2007). Toplum temelli ruh sağlığının amaçları (Akdağ, 2008; Black ve

Mindell, 1998; Knapp ve diğ. , 2007; Llopis ve Anderson, 2007; Thornicroft ve Tansella, 2003; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012):

- Ruhsal hastalıkların oluşmasını önlemek,
- Tedavide toplumun sorumluluk almasını ve katılımını sağlamak,
- Müracaatçı merkezli yaklaşımla hastalarla daha yakın olmayı ve bakımın sürekliliğini sağlamak,
- Gereksiz yatışları önlemek,
- Damgalanma ile mücadele etmek,
- Veriler toplayarak toplum temelli ruh sağlığını araştırmak ve değerlendirmektir.

Toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri ruhsal hastalık yaşayan birey ve ailesine iyileşme, toplum içinde yaşamını sürdürme, ruhsal hastalıklardan korunma ve hastalığın tekrarını önleme noktasında yerel düzeyde tedavi ve destek sağlar denilebilir. Dünya genelinde toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri TRSM'ler üzerinden yürütülmektedir. TC. Sağlık Bakanlığı 2009 yılı Nisan ayında Türkiye genelinde TRSM'leri açma kararı almıştır (TC. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Bu kapsamda TRSM'lerde çalışmakta olan sosyal hizmet uzmanlarına geçiş sürecine ilişkin deneyimleri sorulmuştur. Bu deneyimlerden bazıları şöyle ifade edilmiştir.

“Yani hastaların ve toplumun toplum temelli bu modele geçiş aşamasında direncini kırmak biraz zorlayıcı oldu. Bu alışlagelmemiş bir hizmet şekli. Dolayısıyla ailelerin, hastaların bu hizmeti kavramaları ve kabul etmeleri biraz zaman aldı. TRSM için zamanlama olarak biraz geç kalındığını düşünüyorum. Bununla birlikte yapılanmanın doğru olduğunu, mekân olarak da topluma uzak yerlerin tercih edilmemesinin doğru bir yaklaşım olduğunu düşünüyorum” (Merkür, 41 yaş, Kadın, 18 yıllık deneyim sahibi).

“Bence ilk başta tanımalıydık, topluma da bunu tanıtmalıydık ondan sonra geçişin yapılması gerekirdi. Ama biz bir şeyleri yapıyoruz sonra kabul ettirmeye çalışıyoruz. En güzeli zaten şöyle tanımlayacak olursam; sistemde... Sistem bizi tanımıyor ki bulunduğumuz sistem. Hani biz gidip kendimizi tanıtmak zorundayız. Sağlığın içinde bile TRSM'nin hastaneye bağlı olduğunu bilmeyen birçok sağlık personeli var. Böyle bir durumda da sen kendini ne kadar anlatabilirsin? Yani aslında geçiş süreci hala devam ediyor. TRSM daha halen kabul görmüş bir birim değil” (Satürn, 27 yaş, Kadın, 4 yıllık deneyim sahibi).

“Toplum temelli yaklaşıma ruh sağlığı alanında Avrupa ülkelerinde ve dünyada çok daha önce geçildi. Hak temelli yaklaşım çerçevesinde bakılacak olursa olması gereken bir model. Bizim ülkemizde bu modele çok geç kalındı. Ancak şu an geçilmesi çok büyük avantaj. Ancak her sistemde olduğu gibi Sağlık Bakanlığı çok fazla temelini kurmadan bu sistemi yapılandırmaya çalıştı. Örneğin bizim

hastanemizde yataklı servis yok psikiyatri ünitesinde. Bir hasta atak geçirdiğinde, Ankara'daki bütün hastaneleri aradığımızda hastayı yatırarak yer bulamıyoruz. Onun dışında başka sıkıntılarımız var. Personelin nitelikleri açısından sıkıntılar olabiliyor, fiziksel koşulları sağlayamama açısından sıkıntılar olabiliyor. Şimdi yeni bir hastane yapılacak toplum ruh sağlığı ile ilgili bir alan yapılmıyor hastaneye. Bizde her şey sonradan eklendiği için ülkemizde maalesef bunda da temeli atılmadan yapıldığı için daha çok meslek elemanlarının özveriyle olması gerektiğini bilen kişiler tarafından özveriyle yürütülüyor” (Venüs, 34 yaş, Kadın, 10 yıllık deneyim sahibi).

Sosyal hizmet uzmanlarının anlatıları toplum temelli ruh sağlığına geçiş sürecinde hem kendilerine, hem genel sağlık personeline, hem de topluma yönelik TRSM'ler konusunda yeterli bilgilendirme çalışmaları yapılmadan hızlı bir biçimde bu yapılanmaya geçildiği, bu nedenle mesleki güçlükler yaşadıkları yönündedir. Bu sisteme geçilmesinde geç kalındığını, hızlı bir şekilde de olsa geçilmesinin yerinde bir uygulama olduğunu ifade etmişlerdir. Bu süreçte en çok hangi noktalarda sıkıntılar yaşadıkları üzerine detaylı konuşulduğunda TRSM'de sosyal hizmet uzmanı olarak çalışırken deneyimledikleri bireysel düzeydeki güçlükler ile makro boyutta yaşanan aksaklıklara değinmişlerdir.

4.1.1. TRSM'de Sosyal Hizmet Uzmanı Olmak: “... onun nasıl diyeyim ya gözlerindeki ışıltı bize gurur veriyor, çok mutluluk veriyor, haz veriyor.”

Toplum temelli ruh sağlığı anlayışı, hastaların yataklı tedavi nedeniyle toplumdan uzaklaşarak işlevselliklerinin azalmalarını önlemeye çalışır ve hastanın baş etme becerilerini geliştirmeyi hedefler. Bu hedeflerin gerçekleştirilmesi için takip ve tedavi sürecinde hasta, hastanın ailesi ve iş-okul çevresi ile çalışmalar yürütülerek temel ihtiyaçları belirlenir ve bunları karşılamaya yönelik çalışmalar yürütülür (Bilge ve diğ. , 2016). Amerika Birleşik Devletleri'nde kurumsuzlaştırma hareketi ile başlayan toplum temelli hizmetlere geçiş sürecinde 1975 yılı sonrasında çok sayıda ruhsal hastalığa sahip hasta hastanelerden taburcu edilerek TRSM'lerden hizmet almaya başlamıştır ve 1950-1980 yılları arasında psikiyatri yatak kapasitesi 558000'den 140000'e düşürülmüştür (Welsh, 2008). WHO, CBM gibi örgütler tarafından yürütülen uygulamalar sonucunda şu açıktır ki TRSM ruhsal hastalığa sahip bireylerin yatılı kurumlardan azade toplum içerisinde varlıklarını sürdürebilmelerini ve rehabilitasyonlarını sağlayacak bir uygulamadır. Türkiye de bu modele geçiş sürecindedir. Ancak bu hızlı geçiş sürecinde

TRSM'lerde çalışmak üzere görevlendirilen sosyal hizmet uzmanları bir takım mesleki güçlüklerle karşılaşmışlardır.

“Şöyle söyleyeyim kendi adıma ilk şeye başladığım zaman buraya başladığım zaman ben daha önce psikiyatride ya da toplum ruh sağlığı alanında çalışmadım hiç. Kaç yıllık çalışma şeyim var ama teorik bilgiyle uygulama aynı olmuyor. Yani siz biliyorsunuz evet ruh sağlığı ile ilgili, ruhsal bozukluklarla ilgili bir bilginiz oluyor ama hasta size çok farklı şeyler getirebiliyor” (Plüton, 46 yaş, Kadın, 21 yıllık deneyim sahibi).

25 yıldır sosyal hizmet uzmanı olarak çalışan son bir buçuk senedir bu merkezde çalıştığını, mesleğine ilişkin bilgi birikimi olmakla birlikte ruh sağlığı alanının çok farklı olduğunu bu sözlerle ifade eden Plüton bu alanda doçent olan psikiyatristlerinden çok destek aldığını da anlatmıştır.

“İşin doğrusu işte 2 haftalık bir eğitimden sonra çok da teşekkür ediyorum Dışkapı'daki arkadaşım bana bir yol gösterici oldu en azından. Ama sonuçta hani bu formları oluşturmayı öğrenirsiniz de, bol bol şizofreniyle ilgili bilgi de alırsınız psikozları da okursunuz falan filan ki kolay değildir onlar, kavramsal düzeyde de şey yapmak zor çok ayırt edici yanları var. Bu da biraz zamanla oluşan bir şey ama hastayla iletişim kurmak, şizofreni hastasıyla görüşmenin sınırlarını korumak, önce zarar vermeme ilkesi var öyle değil mi? Önce zarar vermeyeceksin ama sonradan da ondan hem bilgi alacaksın hem bilgi vereceksin. Bunları biz doğrusu çok okuyarak, çok tartışarak, psikiyatristimizden de destek alarak geliştirdik kendimizi. Hangi noktadayızdır bilemem... (Satürn, 27 yaş, Kadın, 4 yıllık deneyim sahibi).

“Valla dediğim gibi şimdi işte bu konuyla ilgili biz Sağlık Bakanlığı'nın verdiği eğitimlerden yararlandık bir de psikiyatri hekimimizin. Onun dışında mesleki açıdan herhangi bir şey yok. Sosyal hizmet uzmanı ne yapar? Ben kimseden öğrenmedim, öğrenecek bir yer de yoktu zaten. Ben nasıl öğrenebilirim dedim işte bilgisayardan, engelli haklarından birde gelen talepleri yazdım ben. Hastalarımızdan gelen talepleri bir ajandaya yazdım. Farklı farklı şeyler, taleplerden ve bu taleplerin peşine düşerek ben biraz bilgi birikimi oluşturdum”(Dünya, 45 yaşında, Erkek, 8 yıllık deneyim sahibi).

Toplum temelli ruh sağlığı sürecinin başlangıcından bu yana sürecin içinde yer alan Dünya, yaşadığı güçlükleri bu cümlelerle dile getirmiştir. Görüşülen diğer uzmanların tamamına yakını herhangi bir sıkıntı yaşadıklarında bilgi almak için Dünya'yı aradıklarını, bu süreçte kendisinden çok destek gördüklerini belirtmişlerdir.

Katılımcı sosyal hizmet uzmanları genel sosyal hizmet bilgileri olmakla birlikte ruh sağlığı alanında yetkin bilgi birikimine sahip olmadan TRSM'de çalışmaya başladıklarını süreç içerisinde psikiyatrik bilgi anlamında zorlandıklarını, deneyimleri doğrultusunda profesyonellerden ve kitap, yönetmelik vb. kaynaklardan yararlanarak bireysel bağlamda kendilerini geliştirdiklerini ifade etmişlerdir. Nitekim Nathan ve Webber (2010) klinik

psikolog ve psikiyatristlerle çalışırken sosyal hizmet uzmanlarının bilgi eksikliği yaşayabileceklerini ve meslektaşlarının tıbbi literatürlerini telaffuz etmekte zorlanabileceklerini belirtmişlerdir.

Ruhsal hastalıklara ilişkin bilgi edinme konusunda psikiyatristlerden destek alan sosyal hizmet uzmanları ruh sağlığı alanında süpervizyon alabilecekleri bir platformun olmadığına ve mesleki paylaşımların ve vaka tartışmalarının daha çok informal ilişkilerle sınırlı olduğuna da değinmişlerdir.

“Açıkçası böyle bir paylaşım platformu olsa birbirimizi beslesek, geliştiresek, desteklesek daha iyi olacağını, TRSM’de çalışanlar olarak daha verimli olacağımızı düşünüyorum. Bunun için sosyal medya kullanılabilir” (Merkür, 41 yaş, Kadın, 18 yıllık deneyim sahibi).

“Ben bunların tamamını TRSM-1’deki sosyal hizmet uzmanından öğrendim birçok öğrenmem gereken şeyi, hala da soruyorum sorularım olunca. O çünkü en eskim alanda ondan öğreniyorum yani biraz da kendin ne katabiliyorsan. Bence olgular düzeyinde destek gerekiyor, vaka tartışmaları falan bunu o eğitimde yaptık biz ama o çok sıkıştırılmış oldu” (Satürn, 27 yaş, Kadın, 4 yıllık deneyim sahibi).

“Biz kendi çapımızda kurduğumuz gruplarla bilgi veriyoruz birbirimize. Sosyal medya üzerinden gruplarımız var bir hastane TRSM grubumuz var, Türkiye TRSM grubu var, Ankara ili için bir grubumuz var. O gruplarda işte sorunlarımızı paylaşıyoruz onun dışında öneri ihtiyacımız olursa onları soruyoruz, yaptığımız sosyal aktiviteleri paylaşıyoruz ve o sosyal ortamda birbirimize destek veriyoruz. İşte ben hastamı yatıracak hastane bulamadım, Onkolojinin hekimi bana yatırın ben öncelik tanırım diyor. Bu şekilde yapıyoruz ama dediğim gibi yine informal yöntemlerle” (Venüs, 34 yaş, Kadın, 10 yıllık deneyim sahibi).

Araştırma verileri sosyal hizmet uzmanlarının bilgi alışverişinde bulunabildikleri, vaka tartışmaları yapabildikleri, süpervizyon desteği alabildikleri bir platformun olmadığını göstermektedir. Özkan (2016) genelci sosyal hizmet eğitimi alan sosyal hizmet uzmanlarının pek çok bilgi, beceri ve donanıma sahip olmakla birlikte her kurumun kendi çalışma alanına ilişkin dinamikleri nedeniyle sosyal hizmet uzmanlarının eğitsel süpervizyona ihtiyaç duyduklarını vurgulamaktadır ve bu durum toplum ruh sağlığı alanı için de geçerli görünmektedir.

TRSM’de çalışan sosyal hizmet uzmanlarına aldıkları hizmet içi eğitimlere ilişkin değerlendirmeleri sorulmuştur.

“Daha çok uygulamaya dönük şekilde olabilir eğitim mesela vaka bazlı verilen eğitim şöyle şeydi orada bizim yaptığımız, bakım planı oluşturulması yönünde yapılabilecek şeylerdi. Ama orada verilen eğitimlerde daha çok istatistikler vermiş, yönergede geçen şeylerdi aslında işte psikoloğun görevleri neler, sosyal hizmet uzmanının görevleri neler işte istatistiksel olarak nasıl? Tabi ki bunlarında verilmesi

gerekir yeni başlamış bir kişi için sonuçta ama daha çok vaka bazlı eğitimler olabilir”(Plüton, 46 yaş, Kadın, 21 yıllık deneyim sahibi).

“Bir eğitime katıldık zaten bir ilk düzey eğitim vermişlerdi o eğitimde gayet güzeldi, biz yararlandık diyebilirim ama şey beklentimiz vardı daha üst düzeyde olgu tartışması düzeyinde şeyler olsun. Çünkü hani biz oraya gittiğimizde zaten Dışkapı’da eğitim almıştık formlar nasıl oluşturulur, hastayla hani 3 aşağı 5 yukarı oradaki işleyiş yapı... Tabi o şeylerin dışında asıl hastayla iletişim kurma, şizofreni hastasıyla iletişim kurma vakayı yönetmede ayrı bir şey hani bunu da çok okuyarak ve biraz da deneyimle elde ettik. Ben arzu ederdim ki bu süpervizyonu da alabileyim”(Merkür, 41 yaş, Kadın, 18 yıllık deneyim sahibi).

Sosyal hizmet teori ile uygulamayı bir arada yürüten bir meslektir. Bu nedenle kırılğan gruptan biri olan ruhsal hastalığa sahip bireyler ile çalışmada sosyal hizmet uzmanlarının iyi bir eğitsel süpervizyon alması hayati öneme sahiptir. Buradan hareketle bu alanda çalışan sosyal hizmet uzmanları da bu ihtiyaçlarını dile getirerek hizmet içi eğitimlerin vaka çalışması odaklı olursa kendileri için daha verimli olacağını ifade etmişlerdir.

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı beden, ruhen ve sosyal yönlerden tam bir iyilik hali olarak tanımlamıştır. Bu sağlık tanımından yol çıkılarak ruhsal hastalıkların tedavisinde bireyin bedensel, ruhsal, duygusal ve sosyal bileşenlerini bir arada düşünmek kaçınılmaz hale gelmiştir. Zaman içerisinde bireyin biyopsikososyal bütünlüğünde olacak bir aksaklığın kendisi ile birlikte çevresini ve toplumu da etkilediği görülmüştür. Bu da sağlık alanında farklı disiplinlerin multidisipliner ekip çalışması yapmalarını zorunlu kılmıştır. Özellikle psikiyatrik rehabilitasyonda, birçok müdahale farklı disiplinler ve müracaatçının sosyal çevresi tarafından aynı anda uygulanır. Yalnızca ekip çalışması bu tedavinin etkili bir şekilde uygulanmasını ve sürdürülmesini sağlayabilir (Lieberman ve diğ. , 2001). Buradan yola çıkarak sosyal hizmet uzmanlarına “Hizmetlerin sunumunda meslek grupları arasında nasıl bir rol paylaşımı bulunuyor? Bu rol paylaşımını nasıl değerlendiriyorsunuz?” sorusu sorulmuştur.

“Ekip çalışması olmadan yürüyemeyecek bir yer TRSM. Yönetmelikte de görmüşsünüzdür, vaka yöneticiliği yapıyoruz burada. Hastaları bölüşüyoruz. Vaka yöneticiliği demek hastanın tedavisinden sosyalleşmesine, sosyal işlevselliğini kazanmasına, hastalıkla ilgili iç görü kazanmasından aile içi ve iş yaşamındaki sorunlarına kadar her bir boyutuyla sizin ilgilenmeniz demek. Tabi benim bu kadar hastam var deyip kenara çekilmiyorum. Sosyal hizmetle alakalı her şeyini takip ediyorum hepsinin. Hepimizin eğitimleri, altyapısı ve refleksleri ayrı. Sosyal hizmet uzmanı olarak benim vaka yönetimi yapmama ergoterapist arkadaşımın farklı olabilir. Aynı formları aynı şeyleri kullanıyoruz, stratejiyi yapıyoruz, risk değerlendirmede neyi ele alacağımız belli ama sonuçta bizim hepimizin bir eğitim altyapısı ve ilgilendiğimiz, odaklandığımız alanlar ayrı. Bunları hepimizin ayrı

yapmasının dezavantajlarını vakayı birlikte değerlendirerek ve bakım planı varsa başka disiplinlerin ilgilenmesi gerekiyorsa onları da bilgilendirerek, yönlendirerek yapıldığında dezavantajları ya da zayıf yönleri ortadan kalkıyor”(Mars, 49 yaş, Kadın, 25 yıllık deneyim sahibi).

“Şöyle oluyor mesela hastanın IQ ile alakalı bir problemi var ya da bu ara baş edemediği bir anksiyete durumu var psikolog arkadaşından destek alabiliyorum. Zaten sosyal hizmet görüşmelerini ben yapıyorum, sosyal hizmetle alakalı bütün ne var ne yok yardım mı gerekiyor EGO kartımı eksik, su faturasından mı yararlanmak istiyor yada raporu neyi gerektiriyor indirimlerden, vergi indirimlerine bunların hepsinin bilgilendirmesini ben yapıyorum ama iş boy ölçümü, tansiyon ne bileyim enjeksiyon yada bazı hastalarımız ilaç kullanmada zorluk çekiyor onların ilaç takibi böyle şeylere tablet gibi kutulara konuluyor ilaç takibi yapılıyor onları hemşiremize yönlendiriyoruz, hemşiremiz ilgileniyor. Hijyenle hemşiremiz ilgileniyor daha çok sosyal yönleriyle ben ilgileniyorum, iletişimiyle psikoloğumuz ilgileniyor”(Satürn, 27 yaş, Kadın, 4 yıllık deneyim sahibi).

Araştırma bulgularının da desteklediği üzere ruh sağlığı alanındaki ekip çalışmalarında sosyal hizmeti diğer disiplinlerden ayıran en önemli özelliği sistem ve ekosistem yaklaşımları kullanarak bütüncül bir yaklaşımla bireyin sağlığında meydana gelen bozulmanın onun yaşam tarzının etkisini ve ruh sağlığının yaşam tarzı üzerindeki etkilerini anlamaya çalışmasıdır.

“Bizim rol paylaşımımız gayet iyi düzeyde. Sınırını bildikten sonra sıkıntı olmuyor. Şöyle; sabahları doktorumuz vizit yapıyor ve vizit sırasında biz orada ekipçe görüşlerimizi bildiriyoruz işte o dönem birinin hal ve hareketlerinden ilacını alıp almadığını tahmin ediyoruz. Ya da işte o gün uykusuz geldiyse geceyi dışarıda geçirdiğini, evdeki sorunları biliyoruz. Psikolog her gün grup çalışması yapıyor grupta zaten çok şey konuşuyorlar onları bize aktarıyor. Sosyal hizmet uzmanı psikolojik destek veriyor psikologla işbirliği içerisinde. Burada sosyal hakları konusunda danışmanlığı ben veriyorum, ev ziyaretlerine mutlaka hepsine gidiyorum, ev incelemelerine mutlaka gidiyorum. İhtiyaç saptama ve o riskleri belirleme noktasında sosyal inceleme raporlarını yazıyorum, kurum bakımına alınacak kişilerin diğer kurumlar arası işbirliğini sosyal hizmet uzmanı yapıyor. Sosyal aktiviteleri ben ayarlıyorum ve genelde biz hep şeyizdir meslek elemanları olarak sosyal hizmetin doğasında bu var üzerimize vazife olmayan pek çok şeye karışırız ama bu alanda da başarılıyız. Kurumlar arası orada şey gibi koordinatör gibi kurumlar arası işbirliğini hep sosyal hizmet uzmanı yapar ve genelde bu konuda biz daha iyiyiz”(Venüs, 34 yaş, Kadın, 10 yıllık deneyim sahibi).

“Vaka yöneticiliğinde en büyük sıkıntı şundan kaynaklanıyor hemşire arkadaşlarda görüşme yapıyor mesela. İşte onların yaptığı görüşme sadece şundan ileriye gidemiyor; günlük yaşam aktivitende ne yapıyorsun, ilacını yaptırıyor mu, temizliğini yapabiliyor mu, öz bakımını yapabiliyor mu, bunlara yönelik şey oluyor. İşte bu asıl TRSM’lerde kullanmamız gereken, bizim hasta grubumuzda yapılması gereken bilişsel davranışlar terapiler kısmı orada eksik kalıyor”(Plüton, 46 yaş, Kadın, 21 yıllık deneyim sahibi).

Katılımcı sosyal hizmet uzmanları TRSM'lerin en çok ekip çalışması yürütülmesi gereken yerler olduğunu, iyi bir ekiple çalışıldığı takdirde bir sıkıntı yaşanmayacağını, kendi buldukları TRSM'lerde herkesin mesleki rolünün gerektirdiği şekilde hareket ettiğini, yalnızca hemşirelerin vaka yöneticiliği yapmalarını doğru bulmadıklarını ifade etmişlerdir. Ekip çalışmaları ile ilgili araştırmacıların bir kısmı rollerin esnek olması gerektiğini savunurken; bir kısmı da ekipteki her üyesinin görev sınırlarının birbirinden kesin biçimde ayrılmasının ekip çalışmasını kolaylaştıracağını savunmaktadır (Arıkan, 1985). Bazı araştırmacılar roller arası bulanıklaşmanın uygulayıcılar için ön görülemeyen problemlere yol açacağını öne sürmektedir (Brown, Crawford ve Darongkamas, 2000). Ekip üyelerinin meslek tanımları ve rolleri net bir şekilde tanımlandığı zaman, pozitif süpervizyon ve uzmanlığa dayalı eğitim ve hatta iyi işleyen bir tedavi ve sevk sistemi oluşur denilebilir.

“Başınızda iyi bir doktorunuz yoksa, iyi bir meslek elemanınız yoksa kesinlikle yürümüyor. Yani iyi derken bilip bilmemesi önemli değil, iyi niyetle yaklaşması önemli olan” (Dünya, 45 yaşında, Erkek, 8 yıllık deneyim sahibi).

Saydam (1994)' a göre ekip çalışmasının ana prensibi, sorumluluğun paylaşılarak, karar verme ve uygulamada, eşdeğerli çok sesliliğin vurgulanmasıdır.

Toplum temelli ruh sağlığına geçiş sürecinde psikiyatri alanına ilişkin bilgi düzeyleri, mesleki paylaşımları, hizmet içi eğitimler ve ekip çalışmasına ilişkin deneyimlerini aktaran sosyal hizmet uzmanları bu temalara ilişkin sorulara cevap verirken TRSM' de çalışmanın psikososyal boyutuna da değinmişlerdir.

“Emin olun TRSM' de çalışmak gönüllülük esaslı. Yani şimdi ben kâr-zarar hesabına bakarsam hiç çalışmam. Ben bunu hep söylerim hiç çalışmam. Çünkü burada hakikaten özverili çalışmak lazım. Ekip çalışmasına uyacaksınız, hastanızı seveceksiniz yoksa eğer bunlar yapılmazsa burada zaten çalışamazsınız. Çalışan kişi de bunları kabul etmiştir. Yeri geliyor hasta bile ben evde çocuğuma göstermediğim hoşgörüyü bu kişilere gösteriyorum. Hastamızın neler başına geldi laf dinlediği yok ama hala kızmadan anlatıyorsun. Kesinlikle çok zorlanıyorum ama işimi seviyorum” (Dünya, 45 yaşında, Erkek, 8 yıllık deneyim sahibi).

“Burada insanlara hizmet veriyoruz ve insanlardan dua alıyoruz, çok güzel dönüşler alıyoruz. Yaptığımız işi gördüğümüz zaman onun mutluluğu, onun nasıl diyeyim ya gözlerindeki ışıltı bize gurur veriyor, çok mutluluk veriyor, haz veriyor. Bunu severek yapan insanlar olması lazım, birilerinin zorla sürdüğü yerler olmaması lazım TRSM' ler. Ve Türkiye genelinde de sanki TRSM'ler çok kötü tüh kaka yerler buralara da binadan yani ana binadan, hastaneden uzaklaştırılması gereken personeller gidiyor havası yaratıyorlar. Öyle bir şey yok TRSM sevilerek, istenerek yapılması gereken birde eğitilmiş bireylerin yapması gereken bir yer” (Satürn, 27 yaş, Kadın, 4 yıllık deneyim sahibi).

Sosyal hizmet uzmanlarının mesleki deneyimlerine ilişkin anlatıları TRSM’lerde çalışmanın gönüllülük esasına dayandığı, özveri gerektirdiği ve güçlükler yaşadıkları bu süreçte hastalardaki değişimlerin mesleki doyum kaynağı olduğu yönündedir.

4.1.2. Geçiş Süresinde İşbirliği ve Entegre Çalışma: “Yani bizim ülkemizde hemşeriyseniz ... iş bitirirsiniz.”

Dünya genelinde geleneksel hekimlik anlayışı (klinik hekimlik) dönemi bitmiş çağdaş hekimlik (toplum hekimliği) anlayışı hâkim olmaya başlamıştır. Çağdaş hekimlik anlayışı ile sağlığın sosyal bir olgu olduğu, sağlık hizmetlerinin yalnızca Sağlık Bakanlığı tarafından verilemeyecek kadar geniş boyutlu olduğu gerçeği kabul edilmiş ve sağlık hizmetlerinin sunumunda farkı kurumlarla eşgüdüm halinde hareket edilmesi kaçınılmaz hale gelmiştir (Akdur, 2005). T.C. Ruh Sağlığı Eylem Planı’nda ruh sağlığı hizmetlerinde paydaş olacak kurumlar ve ruh sağlığı koordinasyon kurulunu oluşturan kurumlara yer verilmiştir. ASPB, Üniversiteler, Adalet Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, ÇSGB, İç İşleri Bakanlığı, RTÜK, Belediyeler, Askerlik Şubeleri ve Jandarma Sağlık Bakanlığı’nın işbirliği içinde çalışmayı planladığı kurumlardır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011). Ancak Eylem Planı’nda bu kurumların yalnızca bir kaçının görevleri detaylı olarak anlatılmıştır. Ayrıca Valilikler ve Emniyet Genel Müdürlükleri de koordinasyon toplantıları üzerinden işbirliği yapılan kurumlar arasındadır. TRSM’de çalışan sosyal hizmet uzmanları ile yapılan görüşmelerde hizmetlerin entegre sunumu ve kurumlar arası işbirliğine ilişkin deneyimleri öğrenilmiştir.

“Bizim ülkemizde genelde şu oluyor her bakanlık kendi sistemini kuruyor ve kendi sistemini bir şekilde yürütüyor, birinin eksikliği öbürüne yük oluyor anlatabiliyor muyum? Araştırmacı: “Hem hizmet alanlar hem hizmet verenler açısından... Bu gelişen teknoloji de sene olmuş 2018 en azından kendi kurumlarımız arasında bir işbirliği olması gerekiyor. Az önce bahsettiğim gibi ortak ağlar olması gerekiyor, iletişim kanalları, ortak paylaşımlar, hazırlanan protokoller...”(Venüs, 34 yaş, Kadın, 10 yıllık deneyim sahibi).

“En yakın iş birliği yapmamız gereken kurum bizim emniyet. Yolda bir toplantı yapıyoruz. Valilikle emniyette de toplantıya iştirak ediyor. Ama emniyetten biz destek alamıyoruz. Çünkü onların ruhsal hastalığı olan bireylere karşı bilgisizlikleri var. Bu anlamda çok zorluk yaşıyoruz onlarla. Yani onların tanımlanana uygun davranış kalıpları yok iş birliği konusunda. Yani diğer kurum ve kuruluşlarla çok zorlanmıyoruz ama emniyet daha hızlı ve etkili hareket etmesi gerekirken çok da bunun bilincinde değil bence. Alevlenme durumunda acil arıyorsun 3 saat sonra geliyor. Başka vaka vardı diyor. Olayın ciddiyetini anlamakta sıkıntı yaşıyorlar. Bu

da onların eğitim eksikliğinden kaynaklı bence. Bu konuda eğitim çalışmaları yapılması gerekiyor”(Merkür, 41 yaş, Kadın, 18 yıllık deneyim sahibi).

“Ben her dönem resmi yazıyla öğretmen talep ediyorum, bu resmi yazıyı da kendim yazıyorum doktorum imzalıyor, doktorumun üstü olan başhekim yardımcılarını görüyor, başhekimlik imzalıyor imzalarsa tabii yazıdan geçerse oraya iletiliyor, orası da keyfine uyarsa benim hocamı gönderiyor. Bu haftalar süren bir süreç oluyor, bir yerlerde takılırsa zaten daha uzun sürüyor. Niye böyle bir sürece gerek duyayım ki. Gayet bir telefonla bile bu dönemki ihtiyacınız nedir? Bize söyleyin ihtiyacınızı bir telefonla bile halledebiliriz resmi anlaşmaları olsa. Protokoller bu şekilde ilerleyebilir diye düşünüyorum bütünleşikte, kesinlikle öyle olmalı”(Satürn, 27 yaş, Kadın, 4 yıllık deneyim sahibi).

Sosyal hizmet uzmanları farklı kurumlarla işbirliğinin daha çok bireysel iletişim becerileri ile informal yollarla gerçekleştirdiklerini ve işbirliği yaptıkları kurumların ruh sağlığına ilişkin bilgi düzeylerinin yetersiz olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca bu konuda en çok yaşadıkları vakit kaybı, istenen bilgilere kolay erişememe ve gereksiz iş yükü gibi sorunlar üzerinde durmuşlardır.

“Yani bizim ülkemizde şeydir her şey böyle hemşeriyseniz, iş bitirirseniz, sosyal beceriniz iyiyse iş bitirirsiniz. Sosyal hizmet uzmanları alanda yoğrularak buralara geldiği için sosyal beceri olarak psikologlardan daha iyi düzeydeler. Her yere girer çıkar hiçbir şekilde utanması olmaz, sosyal hizmet uzmanları kurumlar arası işbirliğinde koordinatör görevini üstlenir. Bir hastamla ilgili gerekirse SGK' ya dilekçe yazması konusunda ben yardımcı oluyorum, SGK müdürüne çıkıyorum, savcıyla randevu alıp görüşüyorum ya da kaymakamdan randevu alıp hekimimle birlikte gidip görüşebilirim. Kurumlar arası işbirliği böyle olmamalı ama profesyonel olmalı”(Venüs, 34 yaş, Kadın, 10 yıllık deneyim sahibi).

“Hastalarımızın önceki tedavileriyle ilgili böyle bir ortak ağ olsaydı mesela biz sadece eczaneden kullandığı ilaçları görebiliyoruz. Onun dışında o epikrizlerini görseydik, bundan önceki tedavileri nedir ya da işte ben hastanenin otomasyon sisteminden inceleme raporunu yazıyorum bir ortak ağ olsaydı bu hasta başka bir hastanede yattığı zaman benim inceleme raporumu orada uzman görseydi. Göremiyor, sadece benim doktorum görür benim hastanemdeki benim sağlık çalışanım görür ama bu hasta mesela sağlık tedbiri konmuş bir hastaysa hani diyorum ya aynı işlem tekrar tekrar yapılıyor. MERNİS nüfus kayıt sistem örneğini, ben MERNİS'e girebilmeliyim o hastanın adresini görebilmeliyim ki o hasta taşınıyor mesela ben hastanenin imamını bulacağım MERNİS'ten son zamandaki kaydını göreceğim, oranın muhtarını arayacağım muhtardan adresini öğreneceğim. Hâlbuki ben direk görebilmeliyim yani”(Venüs, 34 yaş, Kadın, 10 yıllık deneyim sahibi).

Dünya Sağlık Assamblesi'nin 1975 yılı Mayıs ayında kabul edilen tasarısında temel sağlık hizmetlerinin ülkelerin ulusal sağlık sistemlerinin bir parçası olarak toplumun diğer sektörleriyle tamamen entegre olması gerektiği bildirilmiştir. 1978 yılındaki Alma- Ata Konferansı'nda ise temel sağlık hizmetlerinin ulusal sağlık sistemlerinin ana parçası

olarak görüldüğüne dair bildirge yayınlanmıştır. Bildirgedeki tanıma göre temel sağlık hizmetleri birey ve ailelerin katılımıyla evrensel olarak ulaşılabilir herkese gerekli olan hizmetlerdir ve ulusal sağlık sistemi ile sosyal ve ekonomik gelişmenin de entegre bir parçasıdır (Akdağ, 2008). Ancak sosyal hizmet uzmanlarının deneyimlerine dayalı mesleki anlatılarından elde edilen bulgular amaçlanan entegre hizmet modelinin henüz istenen düzeyde hayata geçmediğini gösterir niteliktedir. Bununla birlikte kurumlar arası işbirliğinin de olmamasının hastaların yaşamları üzerinde olumsuz etkilere yol açtığı öğrenilmiştir.

“Ben sosyal yardımlaşma ile işbirliği yapayım yapmasına da... Bazen telefonla irtibata geçtiğimde ya da gittiğimde konuşacak kişi bulamıyorsunuz, kestirip atılıyor. Sonra noluyor olan benim hastama oluyor”(Satürn, 27 yaş, Kadın, 4 yıllık deneyim sahibi).

“Her kurumun çok keskin çizgileri var. İŞKUR'la Valilik mesela hocam TRSM'lerde bu şeyler oluyor... Yılda bir ya da altı ayda bir koordinasyon kurulu toplantıları yapılıyor. Bu kurullarda siz dileklerinizi dile getiriyorsunuz. Bende işte doktor hanıma verdim 5-6 sayfa yazdık, kaygılarımızı dile getirdik. Dedim ya en basitinden hastam zaten üç aylık maaş alıyor, 3 aylık maaş alan kişi 2022'ye tabi olunca sağlıktan da yararlanıyor zaten. Ben o kişiye kurs buluyorum. Dört ay gidecek günde 20 lira harçlık alacak, bu da biraz bu işi çekici hale getiriyor. Tamam, bırakın gitsin işte kursa. Efendim biz giriş yapıyoruz sigorta. Tamam da sigortası olan birine sigorta yapınca sosyal yardımlaşma çalışıyor zannediyor bunu kesiyor. Diyoruz ki size bunun kursa girdiğini, kurstan dolayı bir sağlık güvencesi yaptıklarını söyleyelim de kişiyi siz dört ay idare edin diyoruz. Veya diyoruz ki İŞKUR'a bu kişinin sosyal yardımlaşmadan zaten sigortası var sürekli maaş alıyor 4-5 senedir yapmayın diye bir yazı verelim diyoruz. O diyor ki benim yetkim yok öbürü diyor ki benim yetkim yok. E adamın 5 senedir aldığı yardımlaşma... Hocam ben çalışmam diyor. Çalışırsam para kesilir diyor. Ben kursa gitmem, gidersem para kesilir diyor. Zaten aldığım para diyor % 45 raporu olan birisinin 3 ayda alacağı para 1000 lira aylık 350 liraya geliyor zaten. Olsun sigara param diyor, hiç değilse devamlı alıyorum diyor. Kursu gideceğim kesilecek diyor. İnsanlar yapmak istemiyor, insanlar bırakın işbirliğini sorun bile çözülmüyor. Hani iş birliği istemiyoruz biz sorunları bile çözemiyoruz. Diyorum ki sosyal yardımlaşmaya siz yapmayın, İŞKUR'a diyorum siz yapmayın. Hiç biri sorumluluk almıyor. Aile Sosyal Politikalar Bakanlığı'nı arıyorum onlar da bizim böyle bir şeyden haberimiz yok diyor. Biz bunu su yüzüne çıkardık bunların birbirinden haberi yokmuş”(Dünya, 45 yaşında, Erkek, 8 yıllık deneyim sahibi).

Görüşülen sosyal hizmet uzmanlarının tamamı 2022 ve İŞKUR kursları ile ilgili bu soruna değinmiştir. Yürürlükte olan politikadaki bu aksaklık hastaların toplumsal yaşama katılımını ve sosyal işlevselliklerini engellemektedir. Katılımcılar bu sorunu çözmek adına kurumların işbirliğinde bulunmadığını, kimsenin sorumluluk almak istemediğini dile getirmişlerdir. Bu konuya güncel politikadaki aksaklıklar bölümünde daha ayrıntılı olarak değinilecektir. Bunlara ek olarak katılımcıların tamamı yerel yönetimlerle işbirliği

noktasında bağılı buldukları belediyenin işbirliğine açık olduğunu ifade etmiştir. Yine katılımcıların yarısı halk eğitim merkezinin kendilerine destek olduğunu söylemiştir.

“Kamu kurumları mesela dediğim gibi bizim işbirliğinde daha çok sağladığımız şeyler halk eğitim var, bize halk eğitim çok destek oluyor bu konuda. Bir EKPSS kursu açılması bile gerçekten iyi bir şey ve biz burada öğretmenlerimizi tamamen halk eğitimden alıyoruz. Sağ olsun oradaki idareyle de ilgili şeyler oluyor bunlar biliyorsunuz hem idare hem de biraz böyle sizin de kişisel bağlarınızla ilgili aslında, kurduğunuz iletişimle ilgili olan şeyler Yine buranın belediyesi özellikle araç konusunda çok destekler bizi, gittiğimiz birçok gezilerde, organizasyonlarda hep belediyeden yardım alıyoruz, çok yardımcıları o konuda. Yine işte bu belediyelerin büyükşehir olabilir veya diğer buranın belediyesinin olabilir... Orada şeyler çok iyi hastalarımıza verilen temizlik hizmetleri gibi onlarla ilgili çalışıyoruz onlarda hizmet veriyorlar”(Plüton, 46 yaş, Kadın, 21 yıllık deneyim sahibi).

“Biz gittiğimizde, belediyeye başvurduğumuzda biz TRSM olarak bu hizmetleri veriyoruz bize araç temin edin dediğimizde belediye bütün kaynaklarını bize sunabiliyor”(Venüs, 34 yaş, Kadın, 10 yıllık deneyim sahibi).

Kurumlar arası işbirliğinin bir diğer ayağını ise sağlık kurumlarının kendileri arasındaki işbirliği oluşturmaktadır. Ruh Sağlığı Kontrol Programı kapsamında ruh sağlığı sistemlerinin toplum temelli olması ve genel sağlık sistemi ile birinci basamağa entegre edilmesi Ulusal Ruh Sağlığı Politika Metni önerilerindedir (Akdağ, 2008). Buna paralel olarak TRSM işleyişinde birinci basamakta Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) yani aile hekimleri ile ikincil ve üçüncül basamakta ise ruh sağlığı/ devlet hastanesi psikiyatri klinikleri ile tıp fakültesi psikiyatri klinikleriyle işbirliği yapılmaktadır. Sosyal hizmet uzmanlarına bu modelin işlerliğine ilişkin sorular yöneltilmiştir.

“Kurumlar arası işbirliği daha etkin olmalı. Dedik ya aile hekimlerinden bile hasta çıkmıyor. Diğer TRSM'lerde bunu söylüyor, diğer şehirlerdeki TRSM'ler de bunu söylüyor. Çünkü aile hekimleri zaten pratisyen hekim hastanelerde çalışmıyor. Maaşlarının daha yüksek olmasını istiyor dolayısıyla hasta kaybını yaşamamak için bildirimde bulunup da ekstra bir şey yapmak istemiyor, böyle bir işbirliğine girmiyor. Kurumlar arası işbirliğinin iyi yapılması lazım”(Dünya, 45 yaşında, Erkek, 8 yıllık deneyim sahibi).

“Biz tanımlı hastalara hizmet veriyoruz. Sadece etraftaki şizofreni hastalarını bulmakta güçlük çekiyoruz. Aile Sağlığı Merkezlerinden yardım istiyoruz. Ancak onların yardım edeceğimiz sözü lafta kalıyor. Aslında ASM'lerin böyle bir görevi de var. Ancak onlar da temiz hasta diye düşünüyorlar sanırım. Aydan aya gelip enjeksiyonlarını yaptırıyorlar sadece sonuçta. ASM'ler bu yüzden şizofreni hastalarını yönlendirmek istemiyorlar”(Merkür, 41 yaş, Kadın, 18 yıllık deneyim sahibi).

“Aile hekimleri göndermek istemiyorlar elimizden geldiği kadar bilgilendirdik ama herhalde hasta kaybetme kaygısı var kendilerinde. Bize yönlendirme

yapılmıyor hastalara ilaç yazıp yazıp gönderiyorlar. Bu güne kadar aile hekimliğinden belki 1 tane falan gelmiştir hasta” (Satürn, 27 yaş, Kadın, 4 yıllık deneyim sahibi).

TRSM’lerin öncelikli amacı ruh sağlığı hizmetlerinin birincil basamak hizmetlerine entegre edilmesidir. Ancak sosyal hizmet uzmanlarının anlatıları ikincil ve üçüncül basamak sağlık kuruluşları ile işbirliği yapılabilirken birincil basamak sağlık kuruluşları ile işbirliği yapılamadığı yönündedir. TRSM’nin tanıtımına ilk olarak bağlı oldukları bölgedeki aile hekimliklerinden başlayan sosyal hizmet uzmanları bunun nedeninin sağlık sistemindeki performans sistemi olabileceğini düşündüklerini ifade etmiştir. Amerika’da yapılan bir çalışmada, ciddi bir ruhsal hastalık sonrası iyileşen hastalar tedavide zorlayıcı ve ataerkil yaklaşımların iyileşme için engeller yarattığını ifade etmişlerdir (Mancini, ve diğ. , 2005), Avustralya’da yapılan bir çalışmada ise uygulayıcının tutumlarının iyileşme sürecinde müracaatçının aktif benlik algısının gelişimi üzerinde önemli etkileri olduğu görülmüştür (Tooth ve diğ. , 2003). Bu araştırmalar hastane temelli modele alternatif olarak geliştirilen, psikososyal tedavi sunan ve alevlenmeyi önleme noktasında önemli işlevi olan TRSM’lerden hizmet almanın hastalar için önemini göstermektedir. Kurumlar arası işbirliğinde yaşanan bu aksaklık Türkiye’nin sağlık politikasındaki sağlık hizmetlerinin toplum temelli yürütülmesi amacı ile örtüşmemektedir.

Kurumlar arası işbirliği konusunda sosyal hizmet uzmanlarına sivil toplum örgütleri ile iletişimleri de ortaya konulmuştur. Genellikle devlet ile toplum arasında devletin etkinliğinin dışında kullanılan bir ara alanı ifade etmek için kullanılan sivil toplum kavramı devlet bürokrasisi dışında bağımsız karakteri ile uyumlu ve gönüllü bir yapıda örgütlenmiş kurumlar tarafından temsil edilmektedir (Özaydın, 2015). Ankara Şizofreni ile Yaşamayı Öğrenme ve Destekleme Derneği (AŞDER), Tüm Engelliler ve Aileleri (TEDAY) ve Şizofreni Dernekleri Federasyonu ruh sağlığı alanında etkin çalışmalar yapan ve Ankara’da bulunan sivil toplum örgütlerinden bazılarıdır. Bunlara ek olarak Ankara’da Şizofreni Dernekleri Federasyonu’na bağlı şizofreni hastalarına iş olanağı sağlayan ve bu alanda birçok çalışma ve etkinlik yürüten Mavi At Kafe bulunmaktadır. Sosyal hizmet uzmanlarına kamu kurumları olarak sivil toplum örgütleri ile işbirliklerine ilişkin değerlendirmeleri şöyledir:

“Bu anlamda yani işbirliği kurmamızı gerektirecek bir çalışma olmadı açıkçası. 3-4 üyemiz Mavi At’a üye. Bir de benim Şizofreni Dernekleri Federasyonu var Facebook’tan takip ettiğim, oradan gelişmeleri takip ediyorum. Ama birlikte yaptığımız çalışmalar yok. Sadece üyelerimizden Mavi At’a üye olup etkinliklere katılanlar var. Onlardan bilgi alıp dışarıda vakit geçirmek isteyen olursa yönlendiriyorum ben de” (Merkür, 41 yaş, Kadın, 18 yıllık deneyim sahibi).

“Aramızda bir protokol yok ama işbirliği içindeyiz. Mesela geçenlerde Mavi At’a bizim hastalarımızı götürdük, eğitim seviyesi yüksek olan kişiler o Mavi At kafede çalışmak üzere gitti. Onların bu şizofreni dernekleri federasyonu çok zaten o anlamda destekleyici kişiler, federasyona pek çok kişiyi yönlendirdik Etimesgut’ta TEDAY diye bir dernek var onlarla tanıştık oraya hastalarımızı yönlendirdik. Yine informal yollarla yine onlarla fayda görüyor yönlendiriyoruz ama Türkiye’de tam olarak hani o sivil toplum bilinci gelişmediği için insanlar çekinebiliyor” (Venüs, 34 yaş, Kadın, 10 yıllık deneyim sahibi).

“Şöyle hocam hepsi kendi alanında çalıştığı için onlarla nasıl bir ilişkimiz olabilir? Hani biz gidiyoruz bazen eğitimlerine falan da gidiyoruz ruhsal sağlıkla ilgilenen, projeler üreten bir sivil toplum örgütleri var. Ama bazı tespitleri mesela bana şey gelmedi. Dedim ki bakın alanda biz çalışıyoruz dışarıdan görüldüğü gibi değil. Yani iş yapmak başka, proje üretmek başka onu uygulamak çok başka” (Dünya, 45 yaşında, Erkek, 8 yıllık deneyim sahibi).

Sivil toplum örgütleri daha iyi toplum yönetiminin önemli bir parçasıdır ve yenilikçi uygulamaların test edilip hayat geçirilmesine olanak sağlar (Keyman, 2004; akt: Özaydın, 2015). Niceliksel durum gözetildiğinde Türkiye’de örgütlülük düzeyinin düşük olduğu ve STK üyeliğinin % 7.8 oranlarında seyrettiğini görülmektedir (TÜSEV, 2006; akt: Yeğen ve diğ. , 2010). Sosyal hizmet uzmanları ile yapılan görüşmede sivil toplum örgütleriyle işbirliği bağlamında birbirlerine hasta yönlendirmesi yaptıklarını ancak ortak herhangi bir projede yer almadıklarını ifade etmişlerdir. Toplum bazında örgütlülük düzeyinin düşük olması nedeniyle hasta ailelerinin sivil toplum örgütlerine kuşkuyla yaklaşmasının, kamu ve sivil işbirliğini sağlayacak proje çalışmalarının olmamasının işbirliğini engelleyen faktörler arasında olduğu söylenebilir.

4.1.3. Geçiş Süreci Yetersizlikleri: “Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'nin o dinamik, sürekliliği değiştirici, geliştirici yanıyla devletin hantal yanı bazen geride kalabiliyor.”

Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının geçiş süreci deneyimlerine ilişkin ortaya çıkan en önemli örüntülerden biri de geçiş süreci yetersizlikleridir. Sosyal hizmet uzmanları bu süreçte bütçe, hastaların taşımıcılığı ve meslek elemanı konusunda sıkıntılar yaşadıklarını dile getirmişlerdir.

“Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'nin o dinamik, sürekliliği değiştirici, geliştirici yanıyla devletin hantal yanı bazen geride kalabiliyor. Siz daha hızlı ilerleyeceksiniz, hizmet alan kitleniz de buna hazır ama işte bütçe çıkacak, efendime söyleyeyim birtakım lojistik destekler sağlanacak, halk eğitimden mesela buraya öğretmen gelecek bunların hepsi bir zamanlama ve bürokratik işlemlerle işlediği için istediğimiz hızda olmasa da birçok şeyi başardık. Yine bizim burası iyi en azından bütçemiz çıkıyor, eğitimlerde duyuyoruz bütçe yok” (Mars, 49 yaş, Kadın, 25 yıllık deneyim sahibi).

“Hastamızın iğnesi bitiyor, burada el işi yapıyor orada lazım oluyor ya da ıslak mendili bitiyor gidiyorum cebimden alıyorum niye? Çünkü yeter ki hasta işini halletsin çünkü kimse bize bu konularda bitti mi diye sormuyor. Aktiviteler için alınan şeyleri iki senede git gel, git gel hemşire hanım müdüriyete böyle kapısını kazıya kazıya ancak aldırabildik. Kâğıt aldık origami yaptırdı psikologumuz. Psikologun işi mi origami yaptırmak ama yaptırdı. Ben yürüyüşlerini yaptırdım ondan sonra film seansları yaptırdım, gittim mısır aldım, mısır patlattım, mısır yedirdim. İşte dediğim gibi diğer hemşire hanım gitti makarna aldı kendi cebinden işte tereyağı aldı onu aldı, bunu aldı tencere getirdi evinden yemek eğitimi verdi. Bunların hiç biri bizim işimiz değildi ama biz ne yaptık? Sırf hasta gelsin biz burada boş boş oturmamalım, aldığımız maaşı hak edelim bu bir şekilde düzeler diye bekledik ama iki buçuk yıldır düzemedi. Halk eğitimden hoca talep ediyoruz, hocanın parasını sen öde diyor ama sen öde derken bize kaynağı zaten hastane vermiyor. Hastaneye gelen kaynak hastanede süzülüp gidiyor, nereye gittiği belli değil. TRSM'nin kaynağı hastanenin genel bütçesinde yok oluyor” (Satürn, 27 yaş, Kadın, 4 yıllık deneyim sahibi).

Sosyal hizmet uzmanlarının yarısından fazlası bütçe süreçlerinin sıkıntılı olduğunu ancak yine de bütçelerinin çıktığını söylerken üçte biri bütçelerinin hastane bütçesi içinde eridiğini düşündüğünü, kendilerine ait bir bütçelerinin olduğuna inanmadığını ifade etmiştir. Nitekim 2013 yılı itibariyle Sağlık Bakanlığı bütçesi; Sağlık Bakanlığı, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu olarak üç parça halinde yapılmaya başlanmıştır. Mental Health Economics European Network (MHEEN) verilerine göre de ülkemizdeki toplam sağlık hizmetleri bütçesinden ne kadarının ruh sağlığı hizmetlerine ayrıldığı bilinmemektedir (Knapp, M ve ark., 2007; akt: Soygür, 2016).

Bütçe sorununa ek olarak hastaların taşımacılığı konusunda da sıkıntılar yaşanmaktadır. Görüşme yapılan sosyal hizmet uzmanları yönetmelikte hastalar için servis bulunmasının zorunlu olduğunu, ancak bunun binanın ruhsatlandırılmasındaki gibi detaylandırılmadığını, bu nedenle sıkıntılar yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

“Bizim bir de ulaşım problemimiz var o yüzden her hasta da buraya gelmek istemiyor. Çok sapa kalıyor, bu semtin sıkıntılı bir bölgesindeyiz o yüzden iki vasıta değiştirmeyi de herkesin gözü almıyor. Yani servis olanağımız olsa, bizim şöyle büyük bir servisimiz olsa belki sayımız çok kısa bir sürede artar. Kendi hastanemiz bize 2 tane doblo ayarladı, 2 dobloda işte 4 birine alınabiliyor 4 birine sadece 8

hastamızı alabiliyoruz günlük. Gelmek isteyen hasta yakınlarımız oluyor gelemiyor”(Satürn, 27 yaş, Kadın, 4 yıllık deneyim sahibi).

Geçiş sürecinde sosyal hizmet uzmanlarının yaşadıkları sıkıntılardan biri de nitelikli meslek elemanı bulamamaktır.

“Öğretmenin çeşitliliği hiçbir zaman olmadı, hiçbir zaman seçenek hakkımız olmadı. Bunların bence bir an önce hallolması gerekiyor. Biz memnun kaldığımız öğretmeni ikinci defa isteyebilmeliyiz, öğretmen de burayı istiyorsa eğer. Çünkü öğretmene de biz hizmet içi eğitim veriyoruz. O üç ayın içinde öğreniyor o şizofreni nedir, şizofreni hastasına nasıl davranılır, nasıl eğitim verilir? Sonra hooop o gidiyor başkası geliyor hadi yeni baştan”(Satürn, 27 yaş, Kadın, 4 yıllık deneyim sahibi).

“Şimdi ekipte personel arttırmak çok zor. Yani hastaneden tedavi kurumlarına böyle personel alıp eğitmek. Çünkü şey değil gelen kişi donanımlı olmadığı için onun yetişmesi lazım. Birden de çekilebiliyor, tayin alabiliyor, gidebiliyor sürekli artış yapamıyorsunuz. Hastalarınız arttığı zaman personeliniz de doğru orantılı artmıyor”(Dünya, 45 yaşında, Erkek, 8 yıllık deneyim sahibi).

Sosyal hizmet uzmanları meslek elemanı yetersizliği, eğitim alan personelin sık sık değişmesi, döner sermaye gibi imkânlardan faydalanılamaması, TRSM’lerin sürgün yeri olarak algılanması gibi sebeplerle nitelikli meslek elemanı sayısına bağlı olarak hizmet vermede problem yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Buna ek olarak psikiyatrist sayısında da sıkıntı yaşanmaktadır. TRSM-2’de görev yapan psikiyatrist ile yapılan izin görüşmesinde kendisi performans sistemine değinmiş, bu sistem nedeniyle asistan bulmakta zorlandıklarını ve önümüzdeki yıllarda psikiyatrist sayısında sıkıntılar yaşanacağını düşündüğünü “ Öğrenci diyor ki niye gideceğim de bu alanla uğraşacağım, hem işi de zor. Gider cilt hastalıkları uzmanı olurum. Bir sürü hasta bakarım. O da aynı para o da, kendimi niye yıpratayım.” cümleleri ile ifade etmiştir. Nitekim katılımcıların yarısı psikiyatristlerinin sürekli değiştiğini, rotasyonlu çalıştığını ifade etmişlerdir.

“Aslında mesela benim bu yılki hedeflerimden birisi muhtarlarla ve okullarla çalışma yapmaktı ama 1 yıldır neredeyse yarım günlük bir şeyle işleyen bir psikiyatrist şeyimiz var. Hem rotasyonlu hem de yarım gün çalışma şekliyle psikiyatristimiz yeterli sayıda değil hastane ve buranın takviyesiyle. Öyle olunca dediğim gibi kafanızdaki planla şey çok fazla uymayabiliyor”(Mars, 49 yaş, Kadın, 25 yıllık deneyim sahibi).

“Toplumun direkt kendisine yönelik bir tarama, bilgilendirme çalışmamız maalesef yok. Bunun için yeterli zamanımız da yok. Çünkü daha çok kurum bazında tanı hastaların iyilik hallerini sağlamaya ve sürdürmeye yönelik çalışmalar yapıyoruz. Ki bizim kurulmamızın temel hedefi öncelikli olarak bu diyebiliriz. Erken teşhis, tedavi için çalışma şansımız olmuyor. Birkaç tane oldu yönlendirdik ayaktan tedavi veren psikiyatri kuruluşuna tanı almaları için. Böyle bir şeye ihtiyaç duyacak zeminimiz bile olmuyor neredeyse”(Merkür, 41 yaş, Kadın, 18 yıllık deneyim sahibi).

2002 yılı verilerine göre Türkiye’de 100.000 kişiye bir ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı, bir psikolog ve bir sosyal hizmet uzmanı düşmektedir (Ulaş, 2008). Sosyal hizmet uzmanlarının ifadeleri doğrultusunda meslek elemanı yetersizliğinin en önemli sonuçlarından birinin de risk taraması ya da koruyucu çalışmalar yapmak için yeterli zamanın kalmaması olduğu bulgusu ortaya çıkmıştır. Meslek elemanı sayılarına ilişkin anlatılara ek olarak sosyal hizmet uzmanlarına merkezin kapsadığı coğrafi bölge ve hizmet verilen hasta sayıları hakkında da soru sorulmuştur.

“İlk başta mesela 300 kişiye hizmet vereceği, coğrafi bölgeyle sınırlandırılacağı söylendi ama iş başladıktan sonra biraz daha düzenleme yaptılar. Sınırlandırmanız gerekiyor ki Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin bir kapasitesi var. Mesela ilk başta 300 kişiden bahsediliyordu. Şu an hâlihazırda 1000 kişiyi takip eden TRSM'lerin olduğunu biliyoruz. Ha şu olabilir; personel yeterli düzeyde bulursanız o bölgeye bir tane daha TRSM açmanız lazım” (Dünya, 45 yaşında, Erkek, 8 yıllık deneyim sahibi).

“Bizim şu an ulaşabildiğimiz 150 falandır. Amaçladığımız 200 takipli hastadır çünkü bizim burada ki alanımız fiziksel yapımız buna müsait 200'den fazlasını kaldırmaz. Ondan ziyadesi polikliniğe gider bizim poliklinik hizmeti vermek gibi bir niyetimiz yok zaten” (Satürn, 27 yaş, Kadın, 4 yıllık deneyim sahibi).

“Coğrafi bölge olarak net ayırım yapılmadı aslında Halk Sağlığı tarafından, Daha çok bizim hastaların ulaşabileceği yerler ama bunun yanında ilçeden gelen hastamız da var bizim bir Kızılcahamam'dan Çubuk'tan gelen hastamız da var şu anda. Onlar da geldiği zaman yok bizim bölgemiz dışındasınız almıyoruz demiyoruz” (Plüton, 46 yaş, Kadın, 21 yıllık deneyim sahibi).

“TRSM yönetmeliği tercihen bağlı bulunduğunuz bölgedeki hastalarla iletişime geçin diyor. Ancak burası sadece bu bölge ile kısıtlı değil” (Merkür, 41 yaş, Kadın, 18 yıllık deneyim sahibi).

TRSM’lerin WHO’nun önerisi ve Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı doğrultusunda bağlı buldukları coğrafi bölgeye hizmet vermeleri planlanmıştır. Yönetmelikte hizmet verilebilecek hasta kapasitesi net bir sayıyla belirtilmemiştir. Sosyal hizmet uzmanlarının mesleki anlatıları öncelikli olarak bağlı buldukları coğrafi bölgeye hizmet verdikleri ancak bu bölgenin dışından gelen hastaları da geri çevirmedikleri, varsa hastanın ikamet ettiği bölgedeki TRSM ile görüşüp bilgi vererek hastanın kaydını aldıkları yönündedir. Ayrıca hizmet verilecek hasta sayısının yönetmelikte belirtilmediğine, bir vaka yöneticisi başına ortalama elli hasta şeklinde eğitimlerde konuşulduğuna, ancak bazı TRSM’lerde hasta yükünün fazla olduğuna değinmişlerdir.

Ankara’da bulunan TRSM’lerde çalışan sosyal hizmet uzmanları ile yapılan görüşmelerde toplum temelli ruh sağlığına geçiş sürecinin hızlı bir şekilde

yapılandırılmasına bağılı olarak sorunlar yaşandığı öğrenilmiştir. Bu sorunların bazılarının uygulamalara ilişkin bilgi ve süpervizyon eksikliğinden, bazılarının TRSM'lerin tanınmıyor olmasından, bazılarının politikalarla hedeflenen amaçlara henüz ulaşamamış olmasından, bazılarının nitelikli iş gücü yetersizliğinden ve bazılarının da yönetmelikteki yetersiz açıklamalardan kaynaklandığı görülmüştür.

4.2.MİKRO, MEZZO, MAKRO BOYUTTA KORUYUCU ve ÖNLEYİCİ HİZMETLER VE HİZMETLERE KATILIM: “Bilmiyorlar çünkü ruh hastalığı olunca buna bir muska oldu.”

Bu araştırmanın çıkış noktası toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin koruyucu ve önleyici boyutunun sosyal hizmet bakış açısı ile değerlendirilmesidir. TRSM'de verilen hizmetlere ilişkin bulgular çevresi içinde birey yaklaşımı çerçevesinde analiz edilmiştir. Ruh sağlığı son birkaç yıldır pek çok ülkede politik çevrelerin dikkatini çeken bir konudur. Politikacılar ve politika yapıcılar ruh sağlığını destekleme ve ruhsal hastalıkları önleme konuları üzerine belgeler hazırlamakta, konuşmalar yapmakta, konferanslar yapıp raporlar oluşturmaktadır (Llopis ve Anderson, 2006). Araştırmalar hem genetik hem de biyolojik bileşenlerin ruh sağlığı ile ilişkili olduğunu ortaya koymakla birlikte sosyal çevre, ekonomik istikrar, eğitim, fiziksel sağlık, fiziksel ve ruhsal sağlık sistemlerine erişim, düşük gelir, barınma, taşınma, okul değişimi, kaliteli sağlık hizmetlerine sınırlı erişim, güvensiz ve stresli çevre ve yetersiz beslenmenin de bilişsel, duygusal ve davranışsal sağlığı etkilediğini göstermektedir (APHSA, 2013). Günümüzde sağlık hizmetleri yalnızca hastalıkları tedavi etmeyi değil, aynı zamanda hastaların yaşam kalitelerini yükseltmeyi, sosyal ve meslek becerilerini geliştirerek üretkenliklerini arttırmayı ve toplumla uyumu sağlamayı amaçlamaktadır (Doğan, 2016). Bu da hastanede uygulanan tedavilerin aile ve toplumsal kurumlarca desteklenmesi ile mümkün olacaktır. Ruhsal hastalıkların tedavi ve rehabilitasyonunda ancak tıbbi tedavi ile psikososyal tedavinin iç içe yürütülmesi ruhsal hastalıkların bozucu ve yeti yitimine yol açan etkilerini azaltabilecektir (Yıldız, 2007). Etkili toplum temelli ruh sağlığı uygulaması koruma ve önleme ve müdahale programlarının geniş bir sistem içerisinde birbirine bağılı olarak yürütülmesine dayanır (Lightburn, 2001). Bu sistem içerisinde yer alan sosyal hizmet de sürekli olumlu değişim ve gelişimi desteklemek amacıyla birey ile

birey, aile, grup ve topluluklar arasındaki etkileşimleri ve ilişkileri inceler (Gitterman ve Germain, 2008; akt: Teater, 2015).

Bu araştırmada sosyal hizmet uzmanlarına koruyucu ve önleyici boyutta ne gibi hizmetler sundukları sorulmuştur. Ayrıca merkezlerden hizmet alan hastalara da merkezin sunduğu hangi hizmetlerden faydalandıkları sorusu sorulmuştur. Sosyal hizmet uzmanları ve hastalar ilk olarak ruh sağlığına ilişkin bilgi düzeyi noktasında şunları anlatmıştır:

“Görüyoruz, bu işin hocalık olduğunu düşünüyorlar yani biz bilgilendirme yaparak en azından bundan sonraki süreçlerde kişilerin doğru adım atmasını sağlıyoruz öyle söyleyeyim. Yoksa bize geliyor şimdi aile eğitimlerini veriyoruz. Diyoruz ki bu tedavi, hastalık bu biliyor musunuz, daha önce nerelere gittiniz? Hepsi üfürükçüye işte hacıya, hocaya mutlaka gitmiş oluyorlar. Bilmiyorlar çünkü ruh sağlığı olunca buna bir muska oldu” (Dünya, 45 yaşında, Erkek, 8 yıllık deneyim sahibi).

“Benimki şöyle bir şey... Depremden sonraki sürekli uğultular duyuyordum, sesler geliyordu böyle kulağıma. Ondan sonra yani rahatsız etti beni. Hocaya bile götürdüler beni. Ayyy dediler bu ne kadar kötü bir hastalığa yakalanmış dedi hoca. İşte ben şey mişim u... Nasıl söyleyeyim ayy dedi bu kocasına küfür etmiş, ondan böyle olmuş falan filan dedi ne alaka. Ben de korktum dedim Allah belasını versin hocanın dedim. İnsan dedim kocasına küfür edince bu hale mi gelir dedim. Ben oraya gittiğim için çok pişman oldum ama ablam da dedi götürelim diye. Kız kardeşimin kocası böyle hocalarla fazla haşır neşir onun aracılığıyla gittik ama hiç memnun kalmadım ben. Ama biz bilmeyince hemen hoca” (Woolf, 47 yaş, Kadın, Şizofreni Tanılı).

Anlatılar hastaların ve sosyal çevrelerinin ruh sağlığına ilişkin bilgi düzeylerinin düşük olduğu ve toplumsal mitler nedeniyle TRSM öncesi tedavi için farklı alanlara yönlendirildikleri ve buralardan herhangi bir olumlu sonuç alamadıkları yönündedir. Buldukları bölgede eğitim düzeyinin görece düşük olduğunu ifade eden sosyal hizmet uzmanları (sosyal hizmet uzmanlarının yarısı) TRSM öncesi hastalarının tedavi için gittikleri bu yerlerde karşılaştıkları suçlama ve olumsuz söylemlerin alevlenme gibi olumsuz etkilere yol açtığını, toplum genelinde ruh sağlığına ilişkin bilgi düzeyinin düşük olması nedeniyle bunun sıkça başvurulan bir yol olduğunu söylemişlerdir.

İnsan yaşamı boyunca biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutta değişimler yaşar. Geniş bir sistem içinde çalışan sosyal hizmet disiplininin bu sistem içerisinde bulunan toplumun farklı özelliklerine sahip çeşitli gruplarına karşı sorumlulukları vardır (Özbesler ve Bulut, 2013). Sosyal hizmet uygulaması sosyal adalet, müracaatçının özerkliği ve sistemlerin işlevselliği temelinde sistemler arasındaki etkileşimi incelediğinden bu yaklaşımın temelinde, sosyal hizmet müdahalesinin başarılı olabilmesi için yalnızca bireye yönelik

değil bireyin etkileşimde olduğu tüm sistemlere yönelik olması gerektiği düşüncesi yatar (Duyan, 2014; Attepe Özden, 2017).

Birey-çevre arasındaki olumsuzluk sonucu oluşan uyumsuzluk sorununun çözümlenebilmesi için de bireyin davranış kalıplarının temellerini, içinde yaşadığı çevre sistemlerini ve sorunun tanımını iyi anlamak gerekir (Turan, 2009). Bireyin sorunlarının çözülmesinde ve işlevselliğinin geliştirilmesinde birey- çevre ilişkisinin geliştirilmesi ve bireyin etkileşimde bulunduğu diğer sistemlerde değişiklik yapılması hayati önem taşır. Bu kapsamda ilk olarak TRSM’lerde mikro ve mezzo düzeyde birey, aile ve sosyal çevreyle yapılan çalışmalar analiz edilecektir.

4.2.1. Mikro ve Mezzo Düzeyde Sunulan Hizmetler: “Eskiden şizofreni çok kötü bir şey zannedirdim.... basit bir hastalıktan başka bir şey değil.”

Sosyal hizmet birey, aile ve grupların geçiş dönemleri, bu dönemlere ilişkin sorunlar ile bir dönemden diğerine geçişte taşıdıkları ihtiyaçlar üzerine odaklanır (Danış, 2006). Gitterman ve Germain (2008)’e göre insanoğlunun gelişim evreleri, büyümesi potansiyelleri ve çevresiyle uyumu çevresi içinde birey yaklaşımını odağını oluşturur (Teater, 2015). Çevre ve birey arasında uyumsuzluk olması durumunda bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal ihtiyaçları ile çevresel kaynaklar arasındaki bağ kopmaya başlar ve bu da bireyin kendini baskı altında hissetmesine neden olur (Turan, 2009). Bu gerçeklikler göz önünde bulundurularak planlanan psikososyal müdahalede birey ve aile psikoeğitimlerine yer verilmiştir. Sosyal hizmet uzmanı ve hastalara sorulan hizmetlere ilişkin sorularda ortaya çıkan örüntülerden ilki birey ve ailelere verilen psikoeğitimdir.

4.2.1.1.Psikoeğitim

Psikoeğitim klinik bulgulara dayanan, hasta ve ailesine ruhsal hastalıkla ilgili bilgi vermeyi ve bu yolla baş etme becerilerini geliştirerek tedavide sorumluluk almalarını sağlamayı amaçlayan eğitici çalışmalardır (Srivastana ve Panday, 2017). TRSM’lerde koruyucu ve önleyici boyutta yürütülen hizmetlerden biri psikoeğitimlerdir. Psikoeğitimler hastalara ve ailelere yönelik olmak üzere ayrı ayrı planlanır. Hasta psikoeğitimlerine ilişkin anlatılar şöyledir:

“Hastalarımıza yaptığımız ruhsal ve toplumsal beceri eğitimi var onun içeriğinde de hastalığı hakkında bilgilendirme, hastalık nedir? Aynı şekilde aile eğitiminde verdiğimiz gibi, ilaç tedavileri, tedavi şekilleri nedir, neler olması gerekiyor bunlarla ilgili bilgiler veriliyor. Onun yanında da sorun çözme becerileri, iletişim becerileri ya da günlük yaşam aktiviteleri neler, nasıl olmalı? Bu var içerik olarak. Yine beslenme, egzersiz bu tür şeyler madde kullanımı işte alkol, sigara kullanımı bunlarla ilgili” (Plüton, 46 yaş, Kadın, 21 yıllık deneyim sahibi).

“Burada TRSM’de bize ders verdiler, hastalığımla ilgili bilgilendirdiler bizleri. Burada her şeyi öğrendim hastalığım nedir burada öğrendim. Tedavisi nasıldır, neye dikkat edilmesi lazımdır, ilaçların zamanında kullanılması gerektiğini hepsini burada öğrettiler her şeyi. Yani ben 10 yıldır hastaydım ama her şey burada öğrendim” (Helfgott, 58 yaş, Erkek, Şizofreni Tanılı).

“Eskiden şizofreni çok kötü bir şey zannedirdim ama ben burada her şey anlatıldığı için beni bilgilendirdikleri için basit bir hastalıktan başka bir şey değil. Yeter ki tedavini yaptır” (Nash, 49 yaş, Erkek, Şizofreni Tanılı).

“Ailemde... İşte babamla sıkıntı yaşıyordum önceden, bu aralar babamla da iyiyiz yani bir sıkıntı yok yani. Etkiledi yani. Çünkü yani babam diyor ki eskiye göre daha sakinsin diyor. Eskiden hurçunluğum vardı biraz şimdi daha sakinim yani bu eğitimlerden sonra” (Vijinski, 27 aşında, Erkek, Şizofreni Tanılı).

Görüşme yapılan sosyal hizmet uzmanları ve hastalar psikoeğitimlerde ruhsal hastalıklar, hastalıklarla baş etme, düzenli ilaç kullanımının önemi ve ruhsal hastalığa sahip bireylerle iletişim gibi konuların anlatıldığını ifade etmişlerdir. Sosyal hizmet uzmanlarının anlatıları bu eğitimlerin amacının hastalara hastalıklarına ilişkin farkındalık, öz bakım ve iletişim becerileri kazandırma olduğu yönündedir. Hastaların ifadeleri ise bu eğitimlerin tedavinin psikososyal boyutunu gerçekleştirdiğini göstermektedir. Nitekim daha önce üç kez yataklı tedavi gören Helfgott, on yıllık hastalığı süresince hastalığına ilişkin hiçbir farkındalığının olmadığını bu eğitimlerde gördüğünü söylemiştir. NAMI (2015) de psikoeğitimlerde insanlara kendi durum ve seçeneklerinin öğretildiğini, aile ve sosyal çevrenin baş etme becerilerinin geliştirildiğini ve hastalığın tekrarına ilişkin işaretleri tanımının öğretildiğini ifade etmiştir.

IFSW (2014)’nin tanımına göre “sosyal hizmet insanların çevreleriyle etkileşim kurduğu noktaya müdahale eder”. Birey-çevre arasındaki ilişki bireye gelişmesi ve yeteneklerini kullanabilmesi için olanak sağladığı gibi tersi yönde engelleyici de olabilir (Turan, 2009). Psikiyatrik sosyal hizmet uzmanları mental hastalığa sahip bireylere, psikiyatristler ve bu alanda çalışan diğer meslek elemanları ile işbirliği yaparak psikososyal tedavi uygulamaları ve diğer sosyal hizmetlere erişimini sağlar ve buna ek olarak hastanın ailesi ile çalışırlar (Barker, 1999). Psikososyal destek birey, aile ve toplumun psikolojik sağlamlılığını

destekleme, artırma sürecidir (The Psychosocial Framework of 2005-2007 of the International Federation; akt: Ager, 2009). Birçok hastalık yaşam boyu süren psikososyal ve ekonomik etkileri nedeniyle yalnızca bireyi değil aynı zamanda aileleri de etkilemektedir (The National Academies, 2009). Ailesiyle yaşayan hastaların çoğu gününü evde geçirmekte ve buna bağlı olarak da en az bir kişi hasta bakımı nedeniyle sosyal yaşamdan ve üretimden uzak kalmakta ve aile içi ilişkilerde bozulmalar olmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011). Sosyal hizmet sürekli olumlu değişim ve gelişimi desteklemek amacıyla ailelerle de çalışmalar yürütür. Sosyal hizmet uzmanı ve hastaların aile psikoeğitimlerine ilişkin ifadeleri şöyledir:

“Psiko eğitimleri çok önemsiyoruz biz. Çünkü hastaların ve ailelerin içgörü kazanması, hastalığı kontrol altına almaları için çok önemli” (Mars, 49 yaş, Kadın, 25 yıllık deneyim sahibi).

“Aile eğitiminin içeriği şu; öncelikle ailenin bu hastalığı tanınması yani daha çok bizim grubumuz bipolar da alınıyor ama az şu anda. Daha çok psikoz ve şizofreni tanımlı hastalar var bizde. Psikoz, şizofreni nedir? Belirtileri nelerdir? İşte alevlenme belirtileri neler olabilir? İlaç kullanımı, ilaç kullanımında ilacın yan etkileri nelerdir? Bunları öğreniyorlar daha doğrusu hastalık ve hastalığın getirdiği diğer yan etkilerle ilgili konuları öğreniyorlar ve ona göre hastalarına davranıyorlar ve bunun yanında da iletişim” (Satürn, 27 yaş, Kadın, 4 yıllık deneyim sahibi).

“İlk başta işte aile "Ya işte hocam biz yıllardır benim hastam bu hastalığı yaşıyor biz yaşaya yaşaya öğrendik" diyebiliyorlar mesela ama eğitimin sonunda "Yani hiçbir şey bilmiyormuşuz, çok da bir şey bilmiyormuşuz" gibi şeyler geliyor "Çok şey öğrendik diye söylüyorlar, aslında tanımiyormuşuz hastalığı tam olarak" diyor” (Plüton, 46 yaş, Kadın, 21 yıllık deneyim sahibi).

“Annemin eğitimi şizofreni hastalarıyla nasıl iletişim kuracağı, onlara nasıl davranacağı, şizofreni hastalığının belirtilerinin neler olduğu konusunda bilgi verildi anneme. Annem daha farklı yaklaşmaya başladı bana o toplantılara, eğitimlere katıldıktan sonra daha anlayışlı olmaya başladı daha beni anlamaya başladı, benim işimi kolaylaştırdı” (Monroe, 47 yaş, Kadın, Psikoz Tanılı).

“Ailem... Yani eşim bana karşı önceden de iyiydi, yine iyi. Tabii buradan aldığı eğitim belki daha bilinçli olmasını sağlamıştır. Benim için öyle oldu çünkü” (Nash, 49 yaş, Erkek, Şizofreni Tanılı).

Sosyal hizmet uzmanları hastaların içgörü kazanmasında aile ile işbirliğinin önemi üzerinde dururken, hastalar eğitimlerle birlikte ailelerinin bilinç düzeyinin arttığını ve iletişim becerilerinin geliştiğini ifade etmişlerdir. Psikoeğitimlerde ailelere ruhsal hastalığa sahip bireylerin nasıl desteklenmesi gerektiğine ilişkin destek verilerek evdeki gerginliklerin azaltılması amaçlanır (NAMI, 2015). Adverse Childhood Experience

Survey (ACES) verilerine göre çocukluk ve gençlik dönemi ile yetişkinlikte sağlıklı aile ve çocuk sahibi olma arasında pozitif; ihmal, istismar, aile işlevlerinde bozukluk durumları ile yetişkinlikte sağlıklı aile ve çocuk sahibi olma arasında ise negatif bir korelasyon vardır (APHSA, 2013). Bu verilerin de desteklediği üzere sağlıklı aile işlevlerinin ve uyumun sağlanabilmesi için hem hastanın kök ailesi hem de kendi kuracağı aile noktasında psikoeğitimler büyük önem taşımaktadır. Bu veriler aile ile çalışmanın önemini ortaya koymaktadır.

Psikoeğitimler aracılığıyla ikincil düzey koruma ve önleme çalışmalarından olan alevlenmenin önlenmesi de gerçekleştirilmeye çalışılır. Vaka yönetimi, birey ve aile psikoeğitimleri ile alevlenmenin önlenmesi ve yatışların azaltılması amaçlanır.

“Şimdi biz her gün ekip olarak gözlemliyoruz. Doktor, ilacını alıyor mu almıyor mu günlük vizitelerini yapıyor, psikolog o gün gruba girdiğinde o gün hasta nasıl evde bir problem mi var anlıyor ve biz işbirliği halinde o gün ailesini çağırıyoruz evde bir sorun varsa onun çözümüne yönelik neler yapabiliriz ya da diğer arkadaşları bildiriyor mesela diyor ki Ahmet bugün ilacını içmemiş diyor ya da Ahmet'in evden kaçma planları var diyor. Biz onunla ilgili evdeki durumu da gözlemliyoruz, ev ziyaretleri yapıyoruz” (Venüs, 34 yaş, Kadın, 10 yıllık deneyim sahibi).

“Hastanın alevlenme dönemini engellemek, hastaneye yatışlarını azaltmak ve dolayısıyla da bu hastalığın getirmiş olduğu o işlev kayıplarını en aza indirmek için yapılan ve burada ilaçlı tedavilerinin takipleri yapılıyor. Yine hastalara, aileye verilen eğitimlerle hastanın aile ve sosyal çevresindeki ilişkisi düzenlenerek onları yine diğer çevreyle, sosyal çevreyle iletişiminin artırılması sağlanmaya çalışılıyor” (Plüton, 46 yaş, Kadın, 21 yıllık deneyim sahibi).

Merkür ve Venüs psikiyatrik hastalıklarda ilaç kullanımının alevlenme konusunda çok önemli olduğuna, psikoeğitimlerle ilaç kullanımı hakkında hastalara ve ailelere bilgi verildiğine, alevlenmenin belirtilerinin anlatıldığına, alevlenmeyi önlemek için ekip çalışması yürüttüklerine, hastalar ve aileler ile işbirliği yaptıklarına değinmişlerdir.

Sosyal hizmet uzmanı birey ya da grup düzeyinde hasta ve ailesine yönelik psikososyal müdahalelerle bireyin tedaviye katılımını ve uyumunu sağlamak, hastalığa ilişkin farkındalık sağlamak ve alevlenmeyi önlemek için birey ve ailesini bilgilendirir, hastanın toplum içerisindeki sosyal işlevselliğini kazanabilmesi yönünde çalışmalar yürütür, birey ve ailenin problem çözme becerilerini arttırarak baş etme yöntemleri ve destek mekanizmaları üzerinde durur. Bunun yanı sıra sosyal hizmet uzmanlarının mezo düzeyde hastaların sosyal çevrelerine de hizmet vermesi planlanmıştır. Ancak hastalara sorulan “TRSM'nin sosyal çevrenize sunduğu herhangi bir hizmet var mı?” sorusuna tüm katılımcılar tarafından olumsuz yönde cevap verilmiştir. Bunun üzerine olsaydı, nasıl

hizmetler verilmesini istediklerine yönelik soru sorulmuştur. Katılımcıların büyük çoğunluğu aileleri dışındaki sosyal çevrelerine hizmet verilmesini istemediklerini, hastalığını yalnızca aileleri ile paylaştıklarını, çevreleri tarafından kötü karşılanmaktan çekindiklerini, onlar hasta olmadığı için yapılacak çalışmaların ilgilerini çekmeyeceğini söylemişlerdir.

“Ee... İstemem, niye biliyor musunuz? Komşular, kendisi yani bu zorluğu yarattıktan sonra ben niye şey yapayım yani. İstemem tabi ki yani. Kendileri görüşmek istemedikten sonra ben niye TRSM’ye söyleyeyim yani, öyle düşündüm” (Greenberg, 44 yaş, Kadın, Şizofreni Tanılı).

“Vallahi ailelerin kabul etmediği bir hastalığı başkaları nasıl kabul eder, nasıl karşılar bilmiyorum, o yüzden bilmelerini de buraya gelmelerini de istemem. Ben söylemiyorum, depremlerle ilgili eğitime gidiyorum diyorum” (Woolf, 47 yaş, Kadın, Şizofreni Tanılı).

Uzmanlarla yapılan görüşmelerde ise vakitleri kalır ve uygun işbirliği olursa okullara bilgilendirme amaçlı eğitimlere gittiklerini, bir hastaları işe yerleşirse iş yeri ile bağlantı kurarak çalışma yaptıklarını ancak zaman ve kaynak yetersizliği nedeniyle sosyal çevreye yönelik çalışmalarının çoğunlukla aile ile sınırlı kaldığını ifade etmişlerdir. Elde edilen bulgular birincil düzey koruyucu önleyici çalışmalardan toplumun ruhsal hastalıklardan korunması ve ruhsal hastalıklar hakkında bilinçlendirilmesinin; ikincil düzey koruyucu ve önleyici çalışmalardan krize müdahale ve taburculuk sonrası toplum içerisinde rehabilitasyonun devamı için toplum kaynakları ile işbirliği yapılmasının; üçüncül düzey koruyucu ve önleyici çalışmalardan ise toplumsal destek sistemleri ile işbirliği yapılmasının eksik kaldığını ortaya koymaktadır.

Bireylerle çalışmaya ilişkin ortaya çıkan en yoğun anlatılardan biri de uğraşı terapileri ve EKPS kursları olmuştur.

4.2.1.2.Uğraş Terapileri

Sosyal yoksunluk ile ruh sağlığının bozulması arasında güçlü bir ilişki vardır (Social Exclusion Unit 2004; akt: Knapp ve diğ. , 2007). Psikiyatrik hastalıkların bireyi güçsüzleştirip çaresiz hissettirerek sosyal uyumunu bozduğu yaygın olarak kabul gören bir gerçekliktir (Attepe Özden, 2017). Bu da psikososyal yaklaşımlar ile tedavi sürecinde farmokoterapiye ek olarak bireyin sosyal ortamlar içerisine dahil edilmesini zorunlu kılmıştır. 18. yüzyılın sonlarında Philippe Pinel’in benimsediği “Moral Treatment and Occupation (Ahlak Tedavisi ve Uğraş)” ile uğraş psikiyatride bir tedavi şekli olarak kabul

edilip kullanılmaya başlanmıştır (Büyükkinacı, 2010). Uğraş terapisi; müracaatçı odaklı bir terapi olup bireyin evde, okulda, işyerinde, toplumda ve diğer alanlarda günlük yaşam aktiviteleri içindeki rol ve alışkanlıklarının iyileştirilmesini sağlamak amacıyla birey ve gruplarla yapılan terapötik çalışmalardır (WFOT, 2010; Amini, 2013). Görüşme yapılan sosyal hizmet uzmanlarının uğraşı terapilerine ilişkin ifadeleri şöyledir:

“Halk eğitimden gelen hocalarımız var bu da geniş bir şekilde hastalığın getirdiği yeti yitimini tekrar kazandırmak amacıyla yaptığımız terapiler var. Resim var işte müzik, ritim çalışması ahşap boyama var, seramik çalışması var. Geçen yıldan devam eden bir proje var, kalkınma ajansından bu konuda yardım almıştık sanatla terapiyle ilgili. O kapsamda buraya aldığımız seramik fırını falan var işte hastalarımız seramik çalışmalarını burada yapıyorlar, fırınlanıyor, boyama çalışması falan tamamen kendi ürünleri oluyor çıkardıkları ürünler. Onun dışında el sanatları var mesela takı tasarım bayan hastalarımızın özellikle yapmak istedikleri ekstra bunları da yapabiliyorlar veya hastalar hangisine, ihtiyacı neyse ona göre yönlendiriliyor ya da hastanın kendi isteği doğrultusunda da olabiliyor” (Plüton, 46 yaş, Kadın, 21 yıllık deneyim sahibi).

“Bunları işte efendim sadece incik boncuk olarak görmemek lazım. Bu aktiviteler onlar için bir araya gelme, işte bir varoluş, işe yaradığını hissetme biçimi” (Satürn, 27 yaş, Kadın, 4 yıllık deneyim sahibi).

“Bizim burada verilen bilgisayar, resim, müzik, takı ve çeşitli el işi faaliyetleri var. Bunlar rutin olarak veriliyor odalarımızda, atölyelerimizde. İsteyen hastalarımız oraya gidip bu hocalarımızla beraber çalışır” (Dünya, 45 yaşında, Erkek, 8 yıllık deneyim sahibi).

Sosyal hizmet uzmanlarının ifadelerine göre hastalar kendi ihtiyaç ya da istekleri doğrultusunda merkezde rutin olarak verilen uğraşı terapilerinden faydalanmaktadır. Ayrıca sosyal hizmet uzmanlarının ifadeleri literatürü destekler nitelikte bu terapilerin hastaların sosyal işlevselliklerini ve özgüvenlerini arttırdığını ortaya koymaktadır. Uğraşı terapilerinde uygun hastaya uygun aktivitenin bulunması gerekmektedir. Bu noktada hastanın tercihleri, ilgi alanları, günlük rutinleri yapabilmesi, öz bakımını gerçekleştirebilmesi, boş zamanlarını değerlendirmesi, güçlü yanları, sosyal ve fiziksel çevresi ve terapi sonunda ulaşılmak istenen amaçlar göz önünde bulundurulur (Çakmak ve diğ. , 2016).” Ancak Dışkapı Yıldırım Beyazıt TRSM’de 2013 Kasım- 2014 Mart ayları arasında hizmet alan 81 şizofreni tanısı alan bireyler ile yapılan çalışmada; hastaların birbirlerinden farklı alanlarda aktivitelere ihtiyaç duydukları, tedavi programları oluşturulurken birey temelli rehabilitasyon yaklaşımının belirlenmesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır (Ekici ve diğ. , 2016). Bu araştırma sonuçları da bize merkezlerde sunulan uğraşı terapilerinin hizmet alan hasta popülasyonuna göre

şekillendirilip çeşitlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Nitekim buna ilişkin hasta ifadeleri de daha önce yapılan bu çalışmayı destekler niteliktedir.

“Bazen taleplerimiz oluyor hani biz müzik istiyoruz fakat tahmin ettiğim kadarıyla gerekenler yapılıyor fakat bu anlamda bir boşluk var diye düşünüyorum. Aktivitelerde biraz daha çeşitlendirilmeli. Bizlere özgün olmalı” (Plath, 47 yaş, Kadın, Şizofreni Tanılı).

“Burası sosyal aktivite yani sosyalleştiriyor insanı. Arkadaş çevresi ediniyoruz, işte gülüp eğleniyoruz. Mesela evde moralimiz bozuk olduğu zaman buraya geldiğimiz zaman gülüp eğleniyoruz, geçiyor. Fazla bir şeyleri kafaya takmamayı öğrendim burada. Yani hastalığıma iyi geldi diyebilirim yani. Ama aktiviteler daha çeşitli olsa daha güzel olabilir bence” (Ramirez, 52 yaş, Erkek, Şizofreni Tanılı).

Dünya Uğraş Terapisi Federasyonu (WFOT, 2010), uğraş terapistleği için 3-4 yıllık teorik ve pratik eğitim sonrası süpervizyon eşliğinde çalışmayı mecburi tutsa da Türkiye’de ergoterapi mesleğinin yeni olması nedeniyle TRSM’lerde bu terapiler daha çok psikolog, sosyal hizmet uzmanı ya da hemşireler tarafından uygulanmaktadır. Sosyal işlevselliği ve becerileri arttırmayı hedefleyen bu çalışmalarda uygulayıcıların WFOT’un eğitim şartlarını sağlamasa da etkili olduğu kabul edilmektedir (Çakmak ve diğ. , 2016).

“Zaman zaman terapi mutfağı etkinliği yapıyoruz. Onları yaşama karıştırabilmek adına mutfakta kek börek yapıyorlar, yeşillik ayıklayıp salata yapıyorlar. Yaşam alanı düzenlemesi gerekiyorsa onu da yapıyoruz. Merkezimizde bir ergoterapistimiz var, o yapıyor” (Merkür, 41 yaş, Kadın, 18 yıllık deneyim sahibi).

“Bunlar aslında ergoterapistlerin işi. Ergoterapistlerin alanına çok dâhil oluyoruz biz ama çünkü yok, kadro yok. Her TRSM’de olsun istiyoruz ama bizim TRSM’imizde yok daha çok hemşiremiz üstleniyor sağ olsun bazen ben yaptırıyorum” (Satürn, 27 yaş, Kadın, 4 yıllık deneyim sahibi).

Araştırmaya katılan TRSM’lerin yarısında ergoterapist bulunurken; diğer yarısında ergoterapist olmadığı, bu çalışmaların halk eğitim merkezlerinden gelen öğretmenler tarafından sosyal hizmet uzmanı, psikolog ya da hemşire yönetiminde yürütüldüğü öğrenilmiştir.

William R. Dunton uğraş terapisinin sağlık ve iyilik hali üzerinde etkisi olduğunu ve bu terapilerin yaşama anlam kattığını ileri sürmüştür (Knowles, 1995; akt: Büyükkınacı, 2010). Görüşme yapılan hastaların anlatıları da Dunton’u destekler niteliktedir.

“Kötü hissettiğimde buraya gelebilmeyi... İlk aklıma gelen yer burası oluyor benim. Burada kendimi çok özgür, bağımsız hissediyorum. Her istediğimi yapabiliyorum. Ben hani düşünlerde bile ortada durmaya bile korkarken burada dans ederken ekip başı oluyorum. Kendim yönetiyorum, bir şeyler yapıyorum. Mesela resme

katılmışım birkaç defa Van Gogh'un Ayçiçekleri'ni çizmişim. İlk defa böyle resim çizince içimde bir şey hissettim. Bir eser hani ortaya çıkarıyorsun ya o yüzden insan böyle şey hissediyo bir konuda bir şeyler yapabiliyo. Aslında hani boş ya da ne bileyim insan kendini şey görüyor ya hani bazen... işe yaramaz. Ama bir şeyler ortaya koydukça kendini daha böyle bir şeyler yapabiliyorsun, kendinin farkına varıyorsun" (Marmara, 24 yaş, Kadın, Şizofreni Tanılı).

"Her şeyden önce insancıl yaklaşıyorlar. İnsanın ruhuna kadar inebiliyorlar. Ellerinden geldiği kadar iyi niyetlerini gösteriyorlar Kurslara katılıyor. Kurslarda becerilerimiz arttı, kendime güvenim arttı. Bundan dolayı evde kalmamaya bakıyorum artık" (Helfgott, 58 yaş, Erkek, Şizofreni Tanılı).

Hastaların ifadeleri katıldıkları uğraşı terapilerinin bireysel farkındalıklarını ve sosyal işlevselliklerini arttırdığını, çevreye uyumlarını, karşılıklı bağımlılık/ aidiyet hissini güçlendirdiğini ve tedavilerine katkı sağladığını göstermektedir. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yataklı tedavi gören hastalarla yapılan uğraşı tedavisi çalışmalarına istinaden katılımcıların % 91,66'sı uğraşı aktivitelerinin tedavilerine katkı sağladığını ifade ederken, % 81.25'i bu etkinliklere taburcu olduktan sonra da katılmak istediğini söylemiştir (Çakmak ve diğ. , 2016). Amerika'da uğraşı terapisi üzerine yapılan bir çalışmada beceri geliştirme girişiminin bireyin bağımsızlaşması noktasında belirgin bir düzelme sağladığı görülmüştür (McGrath ve L. Hayes, 2000). Buna ek olarak İsrail'de 58 şizofreni hastası ile 12 aylık süreçte gerçekleştirilen çalışmada bilişsel terapi ile uğraşı terapisini birlikte alan hastaların hafıza ve düşünce süreçlerinde daha iyi düzelme olduğu görülmüştür (Çakmak ve diğ. , 2016). Hastaların anlatıları daha önce yapılan bu araştırmaları destekler niteliktedir.

4.2.1.3.EKPSS Eğitimleri

İstihdam, hastaların iyileşmesinin desteklenmesi konusunda çok önemlidir ve Liberman pozisyon, çalışma saati ve maaşa bakılmaksızın anlamlı bir işte çalışarak "çalışan" kimliği kazanmanın hastanın öz saygısını, öz yeterliliğini arttıracaklarını, hastanın yaşamında rutinler oluşturacağını, sosyal ilişkiler kurarak toplumsallaşma fırsatı sunacağını, yaşam kalitesinin artacağını ifade etmiştir (Liberman, 2011). Günümüzde tüm dünyada oluşturulan sağlık politikalarında ruhsal hastalıklara sahip bireylerin ekonomik ve sosyal yaşama katılımlarının sağlanması ana hedeflerdendir. Türkiye'de ruh sağlığı sorunlarına sahip engelli bireylerin kamu kurumlarına istihdamı EKPSS üzerinden yapılmaktadır. EKPSS; devlet memurluğu ile kamu kurum ve kuruluşlarının işçi

kadrolarına alımlarda kullanılan ortaöğretim, ön lisans ve lisans mezunu engellilerin engel grupları ve eğitim durumlarına göre yapılan ve merkezi sınav sistemidir. Ortaöğretim mezunları kura sistemi ile ön lisans ve lisans mezunları sınav ile atanmaktadır. TRSM’lerde ruhsal engellilere yönelik EKPSS kursu verilmektedir. Bu kurslara ilişkin sosyal hizmet uzmanı ve hastaların anlatıları şöyledir:

“Hasta kendisini işe yarar görmek istiyor, okumuşum ben diplomam var, bir işe yararım illa ki diyor. O hastaları biz yerleştirmeye çalışıyoruz. Lise mezunu, üniversite mezunu 6-7-8 tane hastamız sınava girecek onları inşallah sisteme dâhil edip bu devlete yararlı bir yerlere getirirsek ne mutlu bize. Olabildiğince işlevselliği iyi olanları devlet işine kanalize edip aslında sosyalleşmelerini, hatta bilişsel düzeylerinin olabildiğince yükselmesini istiyoruz yani kötüleşmesinden ziyade. O belirtileri falan giderek azalması sabitlenmesi, olabildiğince de il değiştirmelerini istemiyoruz, il değiştirirlerse de biz o TRSM’lerle iletişime geçmeyi planlıyoruz. Bu şekilde planlarımız var yani olabildiğince hayata katmaya çalışıyoruz hastalarımızı” (Dünya, 45 yaşında, Erkek, 8 yıllık deneyim sahibi).

“Yani iş için uğraşiyor hocalar. Dediğim gibi öğretmenler geliyor memur olalım diye bayağı çabalyorlar. Buradan 6-7 kişi de gitti. Hem hayatımız kurtulsun diye, Dünya Hoca çok çabalyor, öğretmen gelmedi o ders anlatıyor. Bir an önce kazansınlar memur olsunlar diye yani. Daha önce gidenler oldu hoca hep destek onlara, arıyor, gidiyor” (Harrel, 44 yaş, Erkek, Şizofreni Tanılı).

“İş...yani abla bizim en büyük sıkıntımız. Venüs abla işte sağ olsun hep uğraşiyor biz kazanalım biz iyi olalım. Yani abla işsizlik hep çok zor hep babanın eline nereye kadar bakacaksın ben askerden geldim beri çalışamıyorum yani abla çok zor” (Goram, 35 yaş, Erkek, Şizofreni Tanılı).

Sosyal hizmet uzmanları bünyelerinde EKPSS’ye katılım şartlarını sağlayan hastalar için kurs açtıklarını ifade etmişlerdir. Yapılan görüşmelerde TRSM’lerin yarısında bu kurslar için öğretmen olmadığı, sosyal hizmet uzmanlarının hastaları sınava hazırladığı, il dışı yerleştirmeler nedeniyle sıkıntılar yaşandığı öğrenilmiştir. Ayrıca hastaların eğitim durumlarına uygun işlere yerleştirilmedikleri bilgisi edinilmiştir. Hastalar ise sosyal hizmet uzmanlarının onlar için yaptıkları özverilere ve istihdam sisteminin dışında kalmanın zorluklarına değinmiştir. Bir işe sahip olmak bireyin içinde bulunduğu toplumda kendini gerçekleştirerek güven içinde var olabilmesini, tüketici konumundan üretici konuma geçmeyi sağlar ve bireye bir kimlik sunarak özgüveniyle sosyal ilişkilerini artırır (Mamatoğlu, 2015). Yapılan araştırmalar ruhsal bozuklukların işsiz olan hastalarda çalışanlara oranla iki kat daha fazla olduğunu göstermektedir ve iş sahibi olmanın ruhsal hastalığa sahip bireylerde bir baş etme ve sosyal ilişkileri sürdürme

mekanizması olduğuna inanılmaktadır (Ruggeri ve diğ., 2004 ; akt: Çakmak ve diğ. 2016).

Merkezlerde TRSM Çalışma Rehberi'nde yer aldığı üzere psiko eğitim, uğraşı aktiviteleri ve eğitim, gündelik yaşam aktivitelerinin kazandırılması, sosyal içirme, alevlenmenin önlenmesi ve gerekli olduğunda psikoterapi hizmetleri verilmektedir. Bu müdahaleler öncelikle bireyi çevreleyen eğitim sistemi, geçim kaynağı, bireyin kendini savunabilmesi, tedaviye dâhil olması, bireyin tedaviye katılımını cesaretlendirecek onu güçlendirmede temel rol oynayan faktörler vb. gibi bireyin sosyal dünyası üzerine odaklanır (Eaton ve Rodtke, 2007).

4.2.2. Makro Düzeyde Çalışmalar: “...adam şizofren deniyor. Ahmet, Mehmet der gibi yani.”

Bireyin sosyal işlevselliğinde çevrenin de önemli bir rolü olduğunu fark eden ilk kuramcılardan biri Mary Richmond'dır (Özbesler ve Bulut, 2013). Zastrow ve Kirst-Ashman (1990)'a göre sosyal hizmet uzmanı toplumla çalışma yaparken aile, eğitim, inanç, istihdam, sosyal hizmet, mal ve hizmet sistemleri ve politik sistemler ile çalışır ve bunu yaparken de bireyi çevreyle karşılıklı etkileşimde bulunan aktif özneler olarak ele alır, hem iç hem de dış etkenleri araştırır (Zastrow, 2014).

Bu araştırma çalışmasında toplumla çalışma noktasında TRSM'lerin tanıtımı, ayrımcılık ve damgalama ile mücadele, risk taraması çalışmaları, ve hizmetlere erişimi sağlama ortaya çıkan örüntülerdir.

4.2.2.1. TRSM'lerin Tanıtımı

Bu bölümde sosyal hizmet uzmanlarının göreve ilk başladıkları süreçte TRSM'lerin tanıtımına ilişkin yaşadıkları deneyimlerine yer verilmiştir.

“Aile hekimlerine eğitimler düzenleyip buraya kuruma çağırdık, gezdirdik. Muhtarlara gittik broşürlerimizi verdik. Gelmek isteyen, bazen hastalarımızın yakınları, ailesi geliyor, öbürü bir komşusuna söylüyor o geliyor. Bu şekilde daha çok ilerledi. Ama biraz daha bakanlık düzeyinde bir çalışmanın yapılması gerektiğini düşünüyorum. Hani bizim yapacağımız her şey izine dayalı olduğu için gelişigüzel her şeyi yapamıyorsunuz. Ben dediğim gibi elime çantamı alıp da her muhtara her zaman gidemiyorum. Dedim ya ne kadar çalışmak istesem de olmuyor. Kurumlar arası işbirliğinin iyice yapılması birde bilgilendirmenin iyi yapılması lazım” (Dünya, 45 yaşında, Erkek, 8 yıllık deneyim sahibi).

“TRSM’lerin tanıtımı daha henüz çok gerçekleşmiş değil. Sadece işte o bölgede TRSM varsa o sağlık personeli, doktor yada işte oradaki dediğimiz gibi formla geliyorsa insanlar biliyor. Bazen mahallenin içinde olduğu için kapıdan girip soruyorlar "Benim hanım depresyonda buraya gelse olur mu, ilacını burada yazdırabiliyor muyuz?" gibi. Bunun tanıtımında yetersiziz” (Venüs, 34 yaş, Kadın, 10 yıllık deneyim sahibi).

“Toplum Ruh Sağlığı merkezlerinin tanıtımı konusunda Sağlık Bakanlığı'nın kamu spotunun eksik olduğunu düşünüyorum. Yani gereksiz ilaç kullanımı, sigara konusunda falan bir sürü kamu spotu var ama bu konuda yok. Mutlaka bir kamu spotu yapılması gerektiğini düşünüyorum” (Merkür, 41 yaş, Kadın, 18 yıllık deneyim sahibi).

Sosyal hizmet uzmanları TRSM’lerin tanıtımı konusunda öncelikle kendi personelerinden başlayıp bağlı buldukları hastanede tanıtım eğitimi yaptıklarını, sonrasında birincil basamak sağlık hizmetlerini sunan aile hekimlerine gidip kendilerini tanıttıklarını, tercihen bağlı buldukları coğrafi bölgede hizmet verme görevlerine dayanarak muhtarlıklara, emniyet müdürlüklerine gittiklerini ancak bunların daha çok yerel düzeyde olduğunu; başarılı bir tanıtım için T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından makro ölçekli tanıtım çalışmaları yapılması gerektiğini ifade etmişlerdir.

4.2.2.2. Damgalanmayı Önleme ve Ayrımcılıkla Mücadele

Çevresi içinde birey yaklaşımı ve ruh sağlığı alanında yapılan araştırmalar doğrultusunda sosyal hizmetin ruh sağlığı çalışmalarında toplumsal yapıyı da göz önünde bulunduran psikososyal müdahaleler geliştirdiği söylenebilir. Toplumla çalışma noktasında sosyal hizmet uzmanlarının en önemli görevlerinden biri hastaların stres düzeyini azaltmak, olumlu gelişim ile uyumunu sağlamak için damgalama ve ayrımcılıkla mücadele kapsamında çalışmalar yürütmesidir (Teater, 2015). Sosyal hizmet uzmanlarının birey ile çevre arasındaki bağlılık, karşılıklı bağımlılık/ aidiyet ve mevcut uyum düzeni bağlamında bireyin içinde bulunduğu aile, eğitim, istihdam, inanç ve sosyal hizmet sistemlerine yönelik ayrımcılık ve damgalama ile mücadele kapsamında bilgilendirme çalışmaları yapması gerekmektedir. Ayrıca makro düzeyde buna yönelik politikalar oluşturulması için politik sistemlerle de çalışmalar yürütmelidir. Nitekim Knapp ve arkadaşları (2007)’na göre ayrımcılıkla mücadele etmek, yatılı kurumları azaltmak, toplum temelli modeli geliştirmek, yaşam kalitesinin artırılmasını desteklemek, kanıta dayalı karar verme yaklaşımı geliştirmek, müracaatçıya self- determinasyon hakkı

tanımak ve müracaatçının karar verme sürecine katılımını desteklemek ve hizmetlerin tanıtımını arttırmak ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının görevleridir. Ankara’da bulunan TRSM’lerde çalışan sosyal hizmet uzmanları ve hizmet alan hastalar ile yapılan görüşmelerde toplumla çalışma noktasında en çok anlatı damgalama konusu üzerine olmuştur. Damgalama terimi diğerleri tarafından utanç verici, huzur bozucu olarak bulunma ve sosyal kabul görmeme ile karakterize olmuş durumu ifade etmektedir (Charles ve Bentley, 2016). Goffman (1993), damgalamayı: etiketleme; stereotiplere ayırma; onaylamama, reddetme, dışlama ve ayrımcılık sergileme olarak tanımlamaktadır (Gormley ve Quinn, 2009). Damgalamaya ilişkin bazı sosyal hizmet uzmanı ve hasta anlatıları şöyledir:

“İlk başta bizim burası kurulurken istemedi, bu apartman istemedi bizim buraya... Biz işte çocuklarımız var, çocuğumuzu sokağa nasıl salacağız, ruhsal özürhümlerle ne işimiz var.” Ondan sonra aradan 2 yıl geçti bizim hastalarımız kurallara uyan, hiç kimseye karışmayan, bir hayvan görseler kedi, kendi yemeklerinden arttırıp kediyi besleyen, bahçeyi temizleyen o kadar toplumsal faydası olan insanlar ki onları tanıdıktan sonra bu apartmanın önyargıları yıkıldı, karşiki berberin ön yargısı yıkıldı, bakkalın, manavın önyargısı yıkıldı. O nedenle bu merkezleri kampüs gibi uzak uzak yerlere değil bilakis mahallenin ortasına yapmak gerekiyor”(Venüs, 34 yaş, Kadın, 10 yıllık deneyim sahibi).

“... önyargıları yıkmak hastalarla beraber hem hastaların kendi o içselleştirmiş oldukları kalıpları, hani içselleştirilmiş damgalama diyelim onu da aşmaya çalışmak, onlara yapabileceklerini göstermek hem de toplumda da bunlar saldırgan, suça meyilli, güvenilmez kişiler değiller. Tedavi aldıklarında son derece doyurucu bir yaşam kalitesi yüksek bir günlük yaşamları olabilir, çalışma yaşamına katılabilirler”(Mars, 49 yaş, Kadın, 25 yıllık deneyim sahibi).

“Biz ailecek anneme, babama ben ısrarla benim engelli olduğumu sakladık, açıklamadık, söylemedik. Burada da bana farklı bir hitapla söylerler bir takma ad koydum onu Bana burada Luna deyin dedim ben ondan sonra dışarıdaki çevrede Plathyim ama burada Lunayım” (Plath, 47 yaş, Kadın, Şizofreni Tanılı).

“Şizofreni hastaları genellikle ürkütücü olarak tanınıyor ben gizliyorum mesela şizofreni hastası olduğumu, gizlemek zorunda kalıyorum. Ama bilseler, tanısalar, bu konuda biraz daha bilgi sahibi olsalar yaklaşımları daha farklı olacaktır”(Monroe).

“Söylemek istemiyorum. Bazılarının bilgisi var bazılarının bilgisi yok. Yani şimdi tanıdan dolayı. Yanlış anlarlar, kötü gözle bakarlar” (Christie, 36 yaş, Kadın, Şizofreni Tanılı).

Sosyal hizmet uzmanları ve hastalar toplumun ruhsal hastalıklara karşı genellikle ön yargılı olduğunu, ruhsal hastalığa sahip bireyleri zarar vermeye meyilli kişiler olarak nitelediklerini ifade etmişlerdir. Sosyal hizmet uzmanları bu önyargıların yıkılması için TRSM’lerin toplumla içiçe konumlandırılmasının son derece doğru bir yaklaşım

olduğunu söylerken; hastalar sosyal çevrelerinin vereceği tepkiden çekindikleri için hastalıklarını ve bu merkezden hizmet aldıklarını gizlediklerini ifade etmişlerdir. Kelly ve McKenna (2004) da toplumun büyük bir kısmının ruhsal hastalığa sahip bireylerin tehlikeli olduğu inancına sahip olduğunu ve onlardan korktuğunu ileri sürmüştür (Kelly ve McKenna, 2004). “Ruh hastalıkları” bireyin bilişsel, duygusal ve davranışsal kontrolüne etki eden ve aile ile toplum içerisinde öğrenme becerileri ve sosyal işlevleri sekteye uğratan hastalıklardır; “nörolojik hastalıklar/ akıl hastalıkları” ise beyne ve sinir hücrelerine etki eden ağır yeti yitimlerine yol açan hastalıklardır (Eaton ve Rodtke, 2007). Birçok ruhsal hastalık akıl hastalıklarına benzer mitlerle anlatıldığından bu konuda pek çok yanlış anlama ve önyargı yaşanmaktadır. Bu noktada yaygın olarak ruhsal hastalığa sahip bireylere yönelik görülen ayrımcılık ve damgalama ile baş etmek hastalığın kendisi ile baş etmekten daha zordur (Gormley ve Quinn, 2009).

“Biz hastalardan başladık eğitime, aileleri, daha sonra kurum ziyaretleri yapalım, diğer kurumlarda bilsin ve üniversitelere gidelim. Üniversitelere gittiğimizde de oldu sorduk "şizofren bir komşunuz olur mu?" diye. Kimse istemedi. Çünkü onlarda bilmiyor ne olduğunu. Şimdi üniversite öğrencileri, tıp fakültesi öğrencileri de dâhil biz yaklaşık 3-4 sene diğer TRSM' lerle birlikte Ankara'da herhalde 8-10 tane üniversite gezdik. Bazen 1 senede birkaç kere gittik. İşte psikoloji öğrencilerine, sosyal hizmet öğrencilerine biz böyle dedik bilgilendirme eğitimleri yapalım.... Bu tür böyle çalışmalar var ama tabii bu yeterli düzeyde değil çünkü bu işin biraz medya ayağının, reklamının olması gerekiyor. Haberlerde görüyoruz şizofren hasta babasına şunu yaptı diye, en büyük damgalama orada başlıyor zaten”(Dünya, 45 yaşında, Erkek, 8 yıllık deneyim sahibi).

“Yani biz deli değiliz, akıl hastası da değiliz. Ruhsal engelli mesela yani akıl hastasıyla ruh hastası arasında çok farklar var bence gayet yani fark var. İnsanları bu konuda bilinçlendirseler, insanlar belki böyle bizim gibi ruhsal engelli hastalar hakkında önyargılı olmazlar”(Greenberg, 44 yaş, Kadın, Şizofreni Tanılı).

“Mutlaka toplumun bu konuda bilinçlenmesi gerekiyor. Her insan kendi içinde bir engeli vardır aslında hepimiz engeliyiz ama bu engelliliğin ortaya çıkış durumları ve gördüğümüz tedaviler farklı. Birisi yatmıyordur, hasta olmuyordur, günlük aktivitelerine devam ediyordur ama psikopattır, bizden daha hastadır yani böyle şeyler de var. ... Aslında toplumda her zaman engelliler vardı ama onlar ortaya çıkmıyorlar maalesef. Saklanmak zorunda kalıyorlar. Aileleri saklıyor bir şekilde, kendileri bilmiyorlar veya kendi içinde kalıyorlar bu insanların yardıma çok ihtiyacı var, el uzatılmaları gerekiyor”(Plath, 47 yaş, Kadın, Şizofreni Tanılı).

Sartorius (2002) damgalamanın en belirgin kaynağının teşhise ilişkin kelimelerin dikkatsiz kullanımı olduğunu vurgulamaktadır (Gormley ve Quinn, 2009). Tanı bir etikettir, bu da damgalama ve ayrımcılığa neden olur. Hastalardan Nash'in anlatıları da tanının bir etiket olarak kullanıldığını destekler niteliktedir.

“Aslında hastalığın gerçekte ne olduğunu anlatabilir. Bu hastalık... Yani aslında bu hastalığın bir kimlik yerine geçmediğini anlatmalıyız. Bunu anlatmalı. Aslında bakarsanız adam şizofren deniyor. Ahmet Mehmet der gibi yani. Hastalık bir cezalandırma, yaftalama ismine dönüşüyor. Öncelikli olarak bunun önüne geçilmeli, bundan sonra da bilgilendirici eğitici çalışmalar yapılmalı”(Nash, 49 yaş, Erkek, Şizofreni Tanılı).

Sosyal hizmet uzmanı burada devreye girerek hastanın yakın çevresini, toplumu bilgilendirir ve damgalama davranışının ortadan kalkması için uğraş gösterir. Sosyal hizmetin rolü farklı yaşam kalitesine sahip birey ve ailesinin güvenliğini ve sosyal içermesini sağlamak ve onları gelebilecek zararlardan korumaktır (Henderson ve diğ. , 2015). Bu noktada toplumun ve diğer kurumların işbirliği hayati önem taşımaktadır.

“Sosyal içermenin sağlanması için çocuk yaştan itibaren bireylerin ebeveynleri tarafından ruhsal hastalık yaşayan bireylerle temas ettirilmesi gerektiğini düşünüyorum. Çünkü çocukluktan itibaren psikiyatrik rahatsızlık yaşayan bireylere yaklaşmaması gerektiği vurgulanıyor insanlara”(Merkür, 41 yaş, Kadın, 18 yıllık deneyim sahibi).

RTÜK burada çok önemli damgalamayla mücadele, ya şu anda zaten en önemli şeylerden birisi bu damgalamayla mücadele. Toplumda hatta şöyle şeylerin bile olduğu söylenmişti; bir kurum açmak istiyorsunuz ama halk istemiyor diyor mesela orada yani böyle bir şey. ..."Buraya hep delileri toplayacaksınız" gibi bir algı oluşabiliyor. En önemli şeylerden birisi damgalamayla mücadele ve bilgilendirme. Önce bir toplumu bilinçlendirmek gerekiyor bütün şeylerin önüne geçebilmek için aslında, farkındalığın çok önemli olduğunu düşünüyorum” (Plüton, 46 yaş, Kadın, 21 yıllık deneyim sahibi).

“Biz kendimiz bile şurada TRSM'yi tanıtamıyoruz bence. Çünkü geliyor hasta kendimiz bile damgalandığımızı hissediyoruz. Çünkü şuradaki muhit burada şizofrenlerle dolu bir birim olduğunu bilsin istemiyoruz. Aslında tam tersine bangır bangır biz burada şizofrenlerle çalışıyoruz varsa gönderin gibi bir algı yaratmamız lazım. Ne doktorlarımızda ne bizde böyle bir girişim yok” (Satürn, 27 yaş, Kadın, 4 yıllık deneyim sahibi).

Sosyal hizmet uzmanları görüşmelerde damgalama konusunda toplumla ve sağlık personeli başta olmak üzere kurumlar arası işbirliği yapmanın önemine değinmişlerdir. Crisp (2000) birçok psikiyatrin damgalayıcı yönde hareket ettiğini ve damgalamayla mücadelede ortak sorumluluğun kabul edilmesi gerektiğini savunmaktadır (Crisp ve diğ., 2004; Schulze 2007; akt: Gormley ve Quinn, 2009). Sosyal hizmet uzmanlarının anlatıları damgalama ile mücadelede politikalar üretilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Thornicroft (2003), hizmet alanların güçlendirilmesi noktasında damgalama ve ayrımcılığı azaltmak için ruh sağlığı hizmetlerini yeniden şekillendiren, savunuculuk hizmetlerini genişleten, 'ruh hastalığı' ile ilgili medya raporlarını ele alan, eğitim

atölyeleri sunan çok yönlü ve çok katmanlı yaklaşımlara yönelik meclis lobileri oluşturmanın önemli olduğunu belirtmiştir. Bir sosyal çalışma akademisyeni olarak Scheyett (2005) de damgalama ile mücadelede "güçlendirme çerçevesinde" engellilik durumunu gelişim için bir fırsata çeviren kabul edici ve destekleyici bir engellilik modeli oluşturmanın kilit nokta olduğuna inanmaktadır.

4.2.2.3.Risk Taraması

Koruyucu ruh sağlığı; ruhsal hastalıkların önlenmesi, hastalıkların başlama süreçlerinin geciktirilmesi, hastalığının süresinin kısaltılması ve bu hastalıklar nedeniyle yeti yitiminin azaltılması amacıyla yürütülen faaliyetlerdir (Aksaray ve diğ. , 1999). Birçok önleme birey ve toplum için risk faktörlerini belirleyerek bu faktörleri değiştirmeye yönelik çalışmalar yapmaya, birey ve gruba yönelik destekleyici ve koruyucu çalışmalar yürütmeye dayalıdır (WHO, 2004a). Bazı risk faktörleri aile geçmişine dayanır genetikdir ve değiştirilemez bazıları ise düşük eğitim seviyesi, düşük gelir düzeyi, şiddet, travma ve sosyal destek eksikliği gibi doğrudan müdahalelerle değiştirilebilecek şeylerdir (O'Brian, 2007). TRSM'ler önleme çalışmaları kapsamında risk taraması çalışmaları yürütmektedir. Bu kapsamda bazı sosyal hizmet anlatıları şunlardır:

“Biz sadece hastane değil ailesiyle de ilgilendiğimiz için koruyucu-önleyici hizmetler kapsamında o ailenin her bireyine yönelik ihtiyaç tespiti yapıyoruz. Ev ziyaretleri yapıyoruz. Gittiğimiz evde o çocuk risk altında mı? Şiddete uğradığını gördük, ihtiyaçlarının karşılanmadığını gördük, duygusal açıdan çok örselendiğini gördük. Onun dışında mesela bizim hastalarımız önceden atak zamanlarında suça yönelmişler, maddeye yönelmişler, zaman zaman ilaçlarını bırakıyor o dönem işte evleniyor ya da evden kaçıyor başka şehirden bulup getiriyorlar. Suça yönelmesini, maddeye yönelmesini ya da diğer risk faktörlerine yönelmesini önüyor. Meslek elemanları bu işe yarıyor burada. Sadece işin ilaç tedavisi boyutu yok, sosyal boyutu bu merkezler için çok önemli hizmet sağlıyor”(Venüs, 34 yaş, Kadın, 10 yıllık deneyim sahibi).

“Evlenip çocuk sahibi olanlar var. Şimdi şizofrenide biliyoruz ki şizofreni bir bireyin evlilikte çocuğa geçme ihtimalinin olduğunu, riskin olduğunu biliyoruz. Anne babanın şizofren olmasıyla doğacak çocuğun şizofren olma ihtimali çok yüksek. Bunun takibini, taramasını yapıyoruz” (Dünya, 45 yaşında, Erkek, 8 yıllık deneyim sahibi).

Sosyal hizmet uzmanları yalnızca hasta ve ilaç tedavisiyle değil, hastanın sosyal çevresi ve yaşantısı ile de çalışarak tedavi ve takip çalışmaları yürüttüklerini ifade etmişlerdir. Ancak yapılan risk taraması çalışmalarının daha çok genetik risk faktörleri ile kısıtlı kaldığı, sosyokültürel risk faktörlerine ilişkin çalışmalar yapılamadığı ve risk

taramalarının daha çok tanı, alevlenme dönemindeki hastalara yönelik olduğu görülmüştür. Katılımcılardan Merkür, risk önleme çalışmalarında Milli Eğitim ile işbirliği yapmaları gerektiğini, ruhsal hastalıkların lise döneminde daha çok ortaya çıktığını şu sözleri ile belirtmiştir:

“Okullara henüz inmedik ama okullara inilebilir, öğretmenler bu konuda risk saptama anlamında, risk faktörlerini belirleme anlamında çok önemliler. Lise öğretmenlerine ve üniversite hocalarına eğitim verilmeli. Çünkü şizofreni 18 yaşından sonra tanı konan bir hastalık, öğretmenler şey konusunda çok iyi ilkökul öğretmeni çocuk akademik başarı gösteremiyorsa onun hiperaktif olduğunu ya da belli başlı hastalıkları saptayabiliyor ama şizofreniyi tanımıyor lise öğretmenleri. Şöyle hani risk anlamında nasıl yaparız dediniz ya, bizim hastalarımızın geçmişine baktığımızda genellikle kişilik yapısı olarak aşırı içine kapanık kişiler bu çocuklar okul zamanında çok başarılı öğrenciler olabiliyor, çok zeki olabiliyor ama içine kapanık olabiliyor iletişim konusunda sıkıntı yaşayabiliyor. Öğretmenlerin de bu konuda uyanık olması, aileleri bu konuda uyarması gerekiyor”(Venüs, 34 yaş, Kadın, 10 yıllık deneyim sahibi).

Nitekim araştırmalar da günümüzde ruhsal hastalıkların, genç bireylerde sağlığı tehdit eden ana tehdit unsurlarından birisi olduğunu ve bu hastalıkların dörtte üçünün 14 ile 24 yaş arasında teşhis edildiğini göstermektedir (The National Academies, 2009).

Davranışlar hem bireyin organik ve psikolojik yapısından hem de toplumdaki diğer insanlarla arasındaki ilişkilerden etkilenir (Arıkan ve Dilek, 1996). Araştırmalar sosyal ve duygusal iyilik halini en çok etkileyen şeyin diğer insanlarla etkileşimin en aktif biçimde yaşandığı çocukluk dönemi olduğunu göstermektedir (Mc Ewan, ve diğ. , 2007; akt: O'Brian, 2007). Erken teşhis ve müdahale noktasında risk faktörlerinin ve ruhsal hastalığa zemin hazırlayan stres unsurları ile bozuklukların belirlenerek yatıştırmanın sağlanması ve iyi bir çocukluk döneminin desteklenmesi son derece önemlidir (APHS, 2013). Ruh sağlığına yönelik risk faktörleri; genetik yatkınlık, negatif beden algısı, düşük benlik saygısı ve özgüven, eğitime katılım düzeyinin düşük olması, düşük akademik başarı, anti sosyal davranışlar, sosyal fedakârlık düzeyi, fiziksel sağlık, sosyal çevre ve ağların eksikliği, düşük sosyoekonomik statü ve kaynaklara erişim, güvensiz kapital toplum, işsizlik, aile içi şiddet, ebeveyn bakımının eksikliği, sağlıksız aile ve madde kullanımı olarak sayılabilir (Campion ve diğ. , 2011; O'Loughin ve diğ. , 2017). Bütün araştırmalar en riskli dönemin çocukluk dönemi olduğunu göstermektedir (Meltzer ve diğ. , 2003; akt: Champion ve diğ. , 2011). Bu doğrultuda WHO'nun hazırlamış olduğu koruma ve önleme çalışmaları da hamilelik döneminden başlamaktadır. Katılımcılardan

Venüs'ün anlatılatıları da araştırma bulgularının gerçekliğini desteklemekte ve bu alanda çalışan bir meslek elemanı olarak öneriler sunmaktadır:

“Koruyucu-önleyici hizmet ailede başlıyor. Ailesine gideceğiz eğer çocukların, gençlerin risk altında olduğunu saptarsak evdeki problemleri saptarsak o çocuk yalnızlaşıyor sonrasında suça yönelebiliyor, maddeye yönelebiliyor, okul başarısı düşüyor. Şizofren ailelerin çocukları çok zor durumdadır. Benim en çok çocuklara karşı ilgim alakam olduğu için bu konuda ben çok ev ziyareti yapıp çocukları daha çok gözlemliyorum. Öncelikle ev ziyaretlerini ev incelemelerini çok yapmak gerekiyor, ailelerin desteklenmesi gerekiyor hem maddi olarak, maddi olarak sosyal yardımlar çözüm değil yani verdikleri 3 aydan 3 aya 1500 lira para onlar için zaten kontrol edemedikleri için para kullanmayı günde 3 paket sigara alıp bir haftada o parayı zaten bitiriyorlar. Aileleri şöyle desteklemeliler; nasıl ki hani şehit çocukları belli bir pozitif ayrımcılığa taşınıyorsa bence ruhsal engellilerin çocukları da öyle olmalı. Çünkü o çocuğun evde ders çalışma ortamı yok, o çocuk babasının hastalığından dolayı evdeki ortamdan ders çalışmıyor, kendisinin zaten hasta olma ihtimali var ileride genetik geçiş olabileceği için. O çocuk küçük yaşta iş gücüne katılıyor, 13 yaşında, baba çalışmadığı için anne çalışmadığı için o çocuk kendi geçimini kendi kazanmaya çalışıyor. Ya da işte okulda gidip diğer çocukları gasp edip para kazanmaya çalışıyor. Duygusal ihtiyaçları çoğu zaman karşılanmıyor daha çok bu anlamda desteklenmesi gerekiyor ve meslek elemanı sayısının artırılması gerekiyor. O çocuk zaten madde bağımlısı olmak için risk altında ve evdeki diğer bireyler şizofrenler kadar, şizofreniyle yaşayan ailenin diğer üyeleri bizim hastalarımız” (Venüs, 34 yaş, Kadın, 10 yıllık deneyim sahibi).

Risk taramasına ilişkin hastalara da “TRSM”lerin hastalar tanı almadan önce sunabileceği hizmetlere ilişkin önerilerinizden bahseder misiniz?” sorusu sorulmuştur. Hastaların bu soruya ilişkin genel yanıtları tanı öncesi TRSM ya da farklı kurumlar tarafından hastalık hakkında bilgilendirilme isteklerini bildirir nitelikte olmuştur.

“Aslına bakarsanız yüzde biri psikiyatri hastası olan bir toplumun bilgilendirilmesi genel olarak iyi olur ki ben bu oranın daha fazla olduğunu düşünüyorum. Ama bu da bir tek TRSM yoluyla olmaz, okul olabilir, belediye olabilir buralara davet yoluyla olabilir. Buralarda eğitim gibi anlatılabilir hastalıklar. En yaygın da internet yoluyla olabilir, radyo televizyon yoluyla olabilir. Yani ben hastalığının belirtileri daha evelden bilseydim belki daha erken anlardım” (Nash, 49 yaş, Erkek, Şizofreni Tanılı).

4.2.2.4. Savunuculuk: Diğer Hizmetlere Erişim

Ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının en önemli görevlerinden biri de savunuculuk rolü kapsamında hasta ile ihtiyaç duyduğu hastane dışı kurumsal hizmetlerle ve toplum kaynakları arasında bağlantı kurmasıdır (Oral ve Tuncay, 2012). Sosyal hizmet uzmanları bu kapsamda insanlarla kaynakları bir araya getirerek sağlıkta eşitliğin ve sosyal adaletin sağlanabilmesi için gerekli politikaların üretilmesine katkıda bulunur

(Turan, 2009). Sosyal hizmet uzmanı ve hastaların diğer hizmetlere erişim konusunda bazı anlatıları şunlardır:

“Mesela hastamız ağır bir şizofren annesiyle yaşıyor. Hasta annesi, genç erkek arkadaş annesi banyosunu yaptırmakta zorlanıyor. İşte bundan haberi olmuyor belki belediyeden bu hizmeti alıyoruz. Yemek yapamıyor şizofren hasta evine zarar verebiliyor. Yalnız yaşıyor bipolar hasta ailesi terk etmiş, çocukları bakmıyor. İşte yemek hizmeti nasıl alabiliriz ona bakıyoruz. Ev ziyareti yapıyoruz, temizlik hizmetine bakıyoruz. Bazen öyle ki şizofren hasta yaşlı annesine bakıyor. O daha da zor, kendine bakamayan kişi işte gidiyoruz onunla hemen talepleri nedir bazen gözlemliyorsunuz sormanıza bile gerek kalmıyor. Şu şöyle şöyle talepleri olması gerekiyor. Biz bu şekilde destekleyelim diyoruz. Evi çok kirli, çok pis sürekli ailesiyle çatışan bu bireylerle yeri geliyor siz uzlaşmacı oluyorsunuz, haklarını savunuyorsunuz. Yanlış yere gitmiş kredi çekmiş. Hapse giren oluyor, tedavisi aksayan oluyor hani başımıza gelemeyen şey kalmıyor” (Dünya, 45 yaşında, Erkek, 8 yıllık deneyim sahibi).

“Ben buraya gelen kişileri aynı zamanda engelli kabul edileceği, işte biz bunu engelli raporuyla sağlayacağımızı, engelli raporunun nasıl alınacağı, nerelerde kullanılacağı, ne işe yarayacağı birde buna daha önce özürlü raporu deniliyordu bu engelli olarak değiştirildi. Özürlü denilince tabi o kişi çekiniyor çünkü şizofreni olan kişiler genelde kendilerini hasta ve özürlü ya da engelli olarak kabul etmiyorlar. Önce onları bu şekilde bilgilendirip, bu konuda inandırmanız gerekiyor” (Satürn, 27 yaş, Kadın, 4 yıllık deneyim sahibi).

“Ben... raporum yoktu, rapor aldırıldılar bana. Hastalık raporu aldırıldılar. Ondan sonra bazı ulaşım araçlarından bedava faydalanıyorum. Yani hakkım varmış ben bilmiyormuşum bazı şeyleri. Burada öğrendim yani” (Helfgott, 58 yaş, Erkek, Şizofreni Tanılı).

Sosyal hizmet uzmanlarının anlatıları hastaları hakları konusunda bilgilendirerek bu haklardan faydalanmaları konusunda çalışmalar yürüttükleri yönündedir. Araştırmaya katılan hastaların tamamına yakını TRSM’den hizmet almadan önce hakları konusunda bilgisinin olmadığını, kurumdaki sosyal hizmet uzmanı tarafından bilgilendirildiğini ve bu haklara erişim konusunda destek aldığını ifade etmiştir. Hastalardan biri engelli maaşına ilişkin kendisine SGK tarafından kendisine yüklü miktarda borç çıkarıldığını, kurumun sosyal hizmet uzmanı tarafından kendisine hem güçlendirme hem yasal dayanaklar konusunda destek olduğunu ve sorunun birlikte çözümlendiğini ses kaydını kapatırarak anlatmış, yeniden ses kaydını açtırdığında “Çok iyi hocam. Valla anan baban yapmaz hocanın yaptığı iyiliği. Yani bir buradakilerin yaptığını anne, baba, kardeşin yapmaz.” sözleriyle ifade etmiştir.

Sosyal hizmet uzmanları hastalığa bağlı olumsuzlukları asgari düzeye indirebilmek amacıyla kurumsal ve yasal düzeyde hasta lehine düzenlemeler yapılması, sorunların

kaynağının görünür kılınması için savunuculuk rolü üstlenirler (Uçan ve diğ. , 2015). Sosyal hizmet uzmanları sosyal adalet noktasında politik düzeyde en büyük problemin istihdam noktasında olduğunu dile getirmişlerdir. 2022 no'lu yasa ile engelli maaşı alan hastaların sosyal işlevselliklerini arttırmak ve istihdamlarını sağlamak adına İŞKUR kurslarına yönlendirme yaptıklarını, ancak bu kurs süresince yapılan geçici sigortaya bağlı olarak hastaların maaş hakkı kaybı yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Sorunun kaynağını ortaya çıkaran sosyal hizmet uzmanları bu durumu koordinasyon toplantılarında ve T.C. Sağlık Bakanlığı ile yaptıkları görüşmelerde belirttiklerini ve çözüm önerisi sunduklarını dile getirmişlerdir. Buna ek olarak ruhsal engelli hastaların özellikle özel sektörde engelli kadrolarına istidamı süreçlerine ilişkin sıkıntıların olduğundan bahsetmişlerdir. Saruç ve Kaya Kılıç (2015) Antalya Aşır Aksu TRSM'den hizmet alan 322 hastadan merkezdeki günlük uğraşı terapilerine katılan ve ev ziyareti yapılan hastaların dosya taramasında hastaların hastalık öncesi iş yaşamı incelenmiş; önemli bir kısmının (% 62,9) hastalık öncesinde çalıştığı, tamamına yakınının (% 91,5) ise hastalık sonrasında çalışmadığı bulgularına ulaşmıştır.

“Hastalarımız şunu söylüyor ben işe girmiştım diyor, çalışıyordum diyor. Yaptığı işte şu bu. Ben psikiyatrik ilaç kullandığımı söyleyince işte çıkardılar diyor. Söylemiyorlar, çoğu söylemiyor. Söylemediğim sürece çalışıyorum diyor. Dolayısıyla toplum zaten bilmiyor, bu hastalığı da bilmiyor. Dolayısıyla sizin de onu önlemeye yönelik bir şeyiniz yok. Ancak siz sorumlu olduğunuz hasta grubunun orada savunuculuğunu yapabiliyorsunuz. Buna nasıl iş imkânı oluşur nasıl işte gelir imkanı artırılabilir, toplumda nasıl tutunur? Biz ona bakıyoruz”(Dünya, 45 yaşında, Erkek, 8 yıllık deneyim sahibi).

“İŞKUR engelli kadrosuna bizim ruhsal engellileri kaydediyor ama işverenler ruhsal engelli kişiyi tercih etmiyor. Neden? Bilmedikleri için. Korkuyor, diyor ki; "Ruhsal engelli işte beni öldürür, beni keser!" Birde medyanın bu konuda çok olumsuz yaklaşımı olduğu için insanlarda olumsuz ön yargı var. Bir şeyi yeni kurmaktansa, yanlış kurulan bir şeyi yıkıp yenisini yapmak çok daha zor. O anlamda işimiz çok zor ve makro yaklaşımlar bu ölçüde etkili. Öncelikle medya, basın yayın yoluyla insanlara ulaşılmalı”(Venüs, 34 yaş, Kadın, 10 yıllık deneyim sahibi).

Sosyal hizmet uzmanları ruhsal engellilerin istihdamı noktasında makro düzeyde politikalar üretilmesi ve ayrımcılık ile damgalamayı önleme noktasında bakanlık tarafından kurumlarla işbirliğine gidilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir.

TRSM'lerde mikro ve mezzo düzeyde birey ve sosyal çevresine yönelik RUTBE adı verilen psiko eğitim çalışmaları, hastalara yönelik uğraşı terapileri ve EKPS eğitimleri gibi hizmetler verilmektedir. Hastaların sosyal işlevselliklerini ve toplumsal yaşama

katılım düzeylerini arttırmak amacıyla kurumlar arası işbirliği yapılarak hastalara istihdam olanakları sağlanmaya çalışılmaktadır. Makro düzeyde ise TRSM'lerin tanıtımına, ayrımcılık ve damgalama ile mücadeleye, risk tarama ve diğer hizmetlere erişime yönelik çalışmalar yürütülmektedir. Bu çalışmalar yürütülürken de iş gücü ve finansman konusunda sıkıntılar yaşanmaktadır.

4.2.3. Hizmetlere Katılım Düzeyi: “Bizim bölgemizde kadınlar daha çekinceli buraya gelmekte. Çünkü eğitim seviyesi düşük...”

TRSM'ler gerek sosyal psikiyatrinin felsefesine, gerekse toplum ruh sağlığı uygulamasına uygun yapılanmalardır (Doğan, 2016). Ancak bu hizmet modelinde yaşanan aksaklıklardan en önemlisi sürekliliğin olmamasıdır. Merkeze sürekli gelen danışan sayısının az olması toplumun ve danışanların merkezlerin işlevi hakkında bilinçli olmamaları ve damgalanmaya maruz kalmaktan korkmaları ile açıklanabilir (Bilge ve diğ. , 2016). Bilge ve arkadaşları (2016) tarafından Türkiye'deki TRSM'lerin % 42.45'inde gerçekleştirilen araştırmada merkezlere kayıtlı 6777 hastadan yalnızca % 7.8'ine tekabül eden 530'unun sürekli merkezlere geldiği bulunmuştur. Sosyal hizmet uzmanları ile yapılan görüşmelerde uzmanların tamamı kayıtlı hasta sayısının ancak yarısına yakınının tedavinin tıbbi boyutuyla sınırlı kalmayıp etkinliklere katılımı öğrenilmiştir.

"176 tane hastamız var, aktif katılan 60 kişi falan var. İnsanlar hala o damgalanmanın verdiği olumsuz etkiyi üzerinden atabilmiş değiller. Hani servis kapının önüne geldiğinde, bizim servislerimizde herhangi bir hastane logosu ya da işte biz ev ziyaretlerine giderken beyaz önlük giymeyiz, sivil vatandaş gibi gideriz ifşa etmemek için hastalarımızı. Onlar hala o çekinceyi yaşıyorlar, engelli raporu almaktan kaçınıyor pek çok hastamız. Bu onu koruyan bir şey aslında engelli raporunun verdiği sosyal haklardan faydalanması için biz rapor almasını önerdiğimizde ben bu raporu alırsam iş bulamam, bana deli gözüyle bakarlar kimse kız vermez, evlenmez bu tür korkular olabiliyor ve buraya gelip gitmekten bu sebeple korkabiliyorlar"(Venüs, 34 yaş, Kadın, 10 yıllık deneyim sahibi).

"Şimdi şöyle eğer hasta alevlenme dönemi dediğimiz dönemde değilse iç görü varsa katılım daha iyi ama iç görü olmayan hastada en zorlandığımız grup bu aslında"(Plüton, 46 yaş, Kadın, 21 yıllık deneyim sahibi).

"...Hele hele yeti yitimi olan, kullandığı ilaçlara, çok yoğun ilaçlara ve tedaviye rağmen pozitif belirtileri devam eden hastalarımız da oluyor. Bu hastaların illa burası TRSM yani uğraş tedavileri olacak, katılım sağlayacağız, sizi sosyal yaşama

sokacağız bilmem ne bu beklenti bazı hastalar için çok gerçekçi olmayabiliyor”(Mars, 49 yaş, Kadın, 25 yıllık deneyim sahibi).

“Motivasyonsuzluk, bağışlayın beni fazla bu sevmediğim bir şey bazen değerlendirmeye hastalar arasında zayıf”(Plath, 47 yaş, Kadın, Şizofreni Tanılı).

Görüşme yapılan uzmanlar katılımdaki düşüklüğün nedeninin damgalanma korkusu ya da devam eden pozitif belirtiler olabileceğini belirtmişlerdir. Ancak uğraş terapilerine gelemeseler bile vaka yönetimi kapsamında hastalarının takiplerini yaptıklarını ifade etmişlerdir.

“Hastam Dışkapı'ya hastaneye gidiyor, üniversiteye gidiyor ama tedavisine gidiyor ve ben ona şunu söylüyorum bir desteğe ihtiyacınız olduğunda arayabilirsiniz; ben sizi arayacağım 2 ayda bir 3 ayda bir hatırlatacağım kendimi”(Dünya, 45 yaşında, Erkek, 8 yıllık deneyim sahibi).

Sönmez (2009) psiko eğitim çalışmalarına katılan şizofreni hastalarının içgörü düzeyinin daha yüksek olduğunu saptamıştır. Uygulanan rehabilitasyon hizmetlerine katılım düzeylerinin düşük olmasının sosyal değişimlerin davranışa dönüştürülmesinde yetersiz kalınmasına yol açtığı görülmektedir.

Sosyal hizmet uzmanları ile yapılan görüşmelerde hizmet alan hastaların yaş ve cinsiyet dağılımları sorulmuştur. Bu soruya ilişkin bazı yanıtlar şöyledir:

“Şizofreni zaten orta yaş döneminde görülen bir hastalık olduğu için çoğunlukla yaş gruplarımız da 30 ile 55 arası. Bizdeki dağılım böyle ama tabii 20 yaşında hastamız da var. Bizim çok az bir fark da olsa kadınlara göre erkek şizofreni hastamız biraz daha fazla” (Merkür, 41 yaş, Kadın, 18 yıllık deneyim sahibi).

“İşte cinsiyet dağılımını tam olarak söyleyemesem de yani % 60 erkek gibi. ... Biz 18 yaş üzeri aldığımız için genç yaş grubumuz % 30 falandır herhalde. Çok çok yaşlı grubumuz yok daha çok genç ve orta yaş”(Satürn, 27 yaş, Kadın, 4 yıllık deneyim sahibi).

“Bizim bölgemizde kadınlar daha çekinceli buraya gelmekte. Çünkü eğitim seviyesi düşük olduğu için ailelerin daha böyle kadınlara karşı koruyucu ve kapalı tutumu var. İşte burada erkeklerin onlara zarar verebileceğini düşünüyorlar ya da bazı aileler kadınların gözü açılır orada ben ona artık sözümü geçiremem diyor. Farklı farklı düşünceler var ve çok fazla bizim hastalarımızın dinsel mitleri olur ama bu bölgede eğitim seviyesinin düşük olmasına bağlı olarak çok fazla cemaatlere katılım var” (Venüs, 34 yaş, Kadın, 10 yıllık deneyim sahibi).

Sosyal hizmet uzmanları ile yapılan görüşmeler sonucunda tüm merkezler göz önünde bulundurulduğunda psikososyal müdahalelerden faydalanan hastaların yaş ortalamasının 40 civarlarında olduğu söylenebilir. Bunda, merkezlerden en yoğun hizmet alan hastaların tanısının şizofreni olması ve şizofreni hastalığının daha çok ergenlik sonrasında ortaya

çıkmasının etkili olduğu söylenebilir. Bu araştırmaya katılan katılımcıların ise en küçüğü 24, en büyüğü ise 58 yaşında olup, yaş ortalaması 42,07'dir. Cinsiyet dağılımına ilişkin sorulara verilen yanıtlar doğrultusunda ise erkek – kadın oranları birbirine yakın olmakla birlikte, eğitim seviyesinin düşük olduğu yerlerde erkek katılımcı, yüksek olduğu yerlerde ise kadın katılımcı sayısının fazla olduğu görülmüştür. Araştırma bulguları Saruç ve Kaya Kılıç (2015)'in Antalya Aksu TRSM'den hizmet alan hastaların profili üzerine yaptıkları araştırma bulguları ile uyushmaktadır. Söz konusu araştırmada yaş ortalaması 40,74; cinsiyet dağılımları ise % 58 erkek ve % 42 kadın olarak bulunmuştur. Toplumsal cinsiyet rolleri bağlamında kadınların TRSM'lerin hizmet verdiği saat aralığında çocuk bakımı, yemek gibi hane içi emek üretmelerinin ve eğitim düzeyi ile toplumsal yaşama katılım düzeyinin orantılı olmasının araştırma bulguları üzerinde etkisinin olduğu söylenebilir.

4.2.4. Ulaşılan Hedefler: “TRSM keşke yıllar önce olsaydı belki ben 3 defa intihar etmezdim.”

Bireyin toplum yaşamına katkı sağlayabilmesi ile duygularının doğru kontrolü, kaygılarını yenmesi, iç çatışmalarını çözümlenmesi, kendisine ve başkalarına zarar vermeden ihtiyaçlarını karşılaması ile doğru orantılıdır (Arıkan ve Dilek, 1996). TRSM'lerde yürütülen çalışmalar bireyi bu doğrultuda güçlendirmek üzerine yapılandırılmıştır. Çalışmanın bu bölümünde TRSM çalışmaları ile gerçekleştirilen hedeflere ilişkin sosyal hizmet uzmanı ve hasta anlatılarına yer verilmiştir.

“Hastalar tıbbi tedavisini aldıktan sonra gönderiliyor. Kaldığı yer, kimle kalıyor, ekonomik durum, sosyal duruma bakılmaksızın ve sürekli alevlenmeleri artıyor. Biz bunu TRSM'ler başladıktan sonra biz bu verileri araştırdık. Mesela yılda en az iki kez Bakırköy'de yatan ve alevlenen hastamızın artık yatışı yok. ... Kalacağı yer, ekonomik durum bunları da düzelttiğiniz zaman hastaların yatışı hakikaten bazen hiç bile olmuyor. Yani 3- 4 senedir hiç yatışı olmayan hastalarımız var, normalde yılda 2 kez yatan”(Dünya, 45 yaşında, Erkek, 8 yıllık deneyim sahibi).

“Şöyle ki buraya gelen hasta hastalığını kabul ettiği için diğer hastalardan bir adım önde oluyor ve sosyal olarak desteklendiği için, sosyal becerilerini arttırdığı için, sosyal işlevi arttırıldığı için Hiç kendini ifade edemeyen kişilerin artık sabah selamlaşmayı öğrendiği, nasılsın, işte alışveriş yapmayı öğrendiği, evinde bir miktar çocuğuna eşine karşı destek olduğu... Hep burası sayesinde oluyor bunlar ve atak geçirmediği içinde hayatı düzene giriyor”. (Venüs, 34 yaş, Kadın, 10 yıllık deneyim sahibi).

“Şimdi devamlı tedavi görseydim iyileşecektim ama iyileştim diye kendim ilaçlarımı bıraktım, tekrar hastalandım. Tekrar iyileştim, yine ilaçlarımı bıraktım, hastalığım

tekrar yeniledi. Hep böyle ilerledi. Ama şu buraya başladığımdan beri hep ilaçlarım düzenli” (Woolf, 47 yaş, Kadın, Şizofreni Tanılı).

“Önceleri annemle gittik geldik yalnız geledim, annem beni bekledi aşağıda beraber çıkıyorduk. Sonra artık tek başıma gelmeye başladım şimdi artık herkesten önce gelen benim, çayı falan ben yapıyorum çay paralarını ben topluyorum çok ilgiliyim burasıyla” (Monroe, 47 yaş, Kadın, Psikoz Tanılı).

Sosyal hizmet uzmanı ve hastaların anlatıları TRSM’lerin toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin amacına uygun olarak tedavi ve takibin sürekliliğini sağladığı, yatış sıklığında azalma sağladığı ve hastaların özgüven ile sosyal işlevselliklerini arttırdığı yönündedir. Yapılan araştırmalar da koruma ve önleme çalışmalarının maliyeti ve işlev bozukluklarını azalttığını ortaya koymakta, erişilebilir ve gerekli müdahalelerle sağlıklı bireyler ve toplumlar için potansiyel fayda sağladığını göstermektedir (APHS, 2013). Ruhsal hastalığa sahip bireyler sağlıklı iletişim ve ilişki kurmak, okula devam etmek, çalışmak gibi birçok gelişimsel görevlerini başarıyla tamamlayamamaktadır (The National Academies, 2009). TRSM’lerde psikososyal müdahaleler ile hastaların iletişim becerilerinin artırılması, yapabilirliklerinin güçlendirilmesi yoluyla üretken bir birey olarak toplumsal yaşama katılımlarının sağlanması amaçlanmaktadır.

“Tabi şimdi ilaçlar alıyoruz, sağlıklı normal bir insan haline geldik insan içine çıkabiliyoruz hocam yani eskiden buraya gelmezden önce biraz farklıydık hocam bayağı hastaydık” (Harrel, 44 yaş, Erkek, Şizofreni Tanılı).

“Daha da değiştiğimi hissediyorum ben de arkadaş çevresi olarak. Ben mesela yurttan aynı kalıp bir sürü kişiyle konuşmuyordum. Şimdi... yani bütün neredeyse herkesi tanıyorum, herkese selam veriyorum...En önemlisi eğitimime devam ediyorum” (Marmara, 24 yaş, Kadın, Şizofreni Tanılı).

Merkezlerden hizmet alan hastaların deneyimsel anlatıları TRSM’lerin bu doğrultudaki amaçlarını gerçekleştirdiklerini göstermektedir. Hastalardan Helfgott anlatılarında TRSM’ler için geç kalınmakla birlikte, bu merkez sayesinde yaşadığı büyük değişimler ve buralara ne kadar ihtiyaç olduğuna değinmiştir.

“TRSM keşke yıllar önce olsaydı belki ben 3 defa intihar etmezdim. Ölümünden döndüm, aylarca hastanelerde yattım. ... Şimdi iyiyim yani, çok iyiyim. Haftanın 5 günü buradayım. 10 yıl evden dışarı çıkmadım hesap edin. Öyle ki odadan dışarı çıkmıyordum yemek yemek için 2 gün 3 gün 4 gün odadan çıkmadığım oluyordu. Aç kalıyordum ama dışarı çıkıp bir ekmek alamıyordum, kendime bir şey ismarlayamıyordum. Ben buraya geldikten sonra her şey düzeldi Artık metro ile gidip geliyorum evime. Rahatım. Nasıl diyeyim kendimi hasta değil de yeni Dünya, 45 yaşında, Erkek, 8 yıllık deneyim sahibiyim gelmiş bir kişi olarak görüyorum....Çok şaşırıldılar, iyileşmeme çok şaşırıldılar. Nasıl iyileştiğimi tahmin edemiyorlar. Daha doğrusu benim böyle düzeldiğime inanamıyorlar. Eskiden içine kapanık,

konuşmayan, sert bakan her şeye, kimseyi dinlemeyen biriydim ama şimdi çok uysalım yani. Her şeyden önce insan gibi konuşmayı öğrendim, gezmeyi öğrendim, yemeyi öğrendim. Her şeyi burada öğrendim ben. Burada yani hocalarımızın sayesinde, hemşirelerimizin sayesinde emin ol ki sanki dünyaya ben yeni gelmişim Benim ablam beni gördü şaşırıldı. Saç sakal kesmez papaz gibiymişim. Evde yıkanmaz. Zorla beni yıkarmış abilerim. Ama şimdi öyle değil. Elim yüzüm temiz, yıkanabiliyorum, gezebiliyorum. Hepsi burada başladı. Ben buraya başladım Allah bana yardım etti. Emin ol ki yardım etti ve nice insanlar var, hastalar var. Gelip burada şifa buluyorlar. Hastaneler yerine buraların sayıları arttırılmalı” (Helfgott, 58 yaş, Erkek, Şizofreni Tanılı).

Helfgott konuşmanın sonunda kayıt kapatıldıktan sonra “Benim kimlik bilgilerimi de yazın, kimseden utanmıyorum. Ben şizofrenim. Birinin kanser olması ne kadar normale benimki de o kadar normal” cümlelerini de eklemiştir. Helfgott’ın anlatıları ruh sağlığında birincil, ikincil ve üçüncül düzeyde koruma ve önleme ile toplum içinde rehabilitasyonun yataklı tedaviye oranla daha başarılı sonuçlar verdiğini kanıtlar niteliktedir.

4.3.POLİTİKALARIN YANSIMASI OLARAK DENEYİMLER: "Hocam nereye kadar geleceğim diyor. Hadi cevap verin nereye kadar gelecek?"

Sağlık hizmetleri koruyucu ve önleyici, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler olmak üzere üç düzeyde verilmektedir. Bu hizmetlerin sunumunda “koruyucu boyut” tedaviye oranla çok daha az maliyetli olduğundan diğerlerine göre daha öncelikli bir konumdadır. Sağlık hizmetlerinde vatandaşlara gelir düzeyine bakılmaksızın mal ve hizmetlerden yararlanabilmeleri için eşit fırsatlar verilmesine sosyalizasyon denir bu süreç 1960’larda başlamakla birlikte koruyucu hizmetlerde etkin ve yeterli organizasyon halen sağlanamamıştır. Bu doğrultuda T.C. Sağlık Bakanlığı’nın ruh sağlığı hizmetlerine ilişkin güncel hedefleri şunlardır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2006);

- Ruh sağlığı hizmetlerine tam ulaşımın sağlanabilmesi,
- Ruh sağlığı hizmetlerinin genel sağlık hizmetleri ile bütünleştirilmesi ve sunumunun birinci basamakta gerçekleştirilmesi,
- Koruyucu ve önleyici ruh sağlığı hizmetlerine önem verilmesi ve bu alanda ASPB, belediyeler, okullar, üniversiteler, Rehberlik Araştırma Merkezleri gibi kurumlarla işbirliği yaparak bu tür hizmetlerin sunumunun desteklenmesi,
- Risk gruplarının belirlenmesi ve bu gruplara yönelik çalışmalar yapılması,
- Ülkenin genelinde ruh sağlığına yönelik genel ihtiyaçların takibinin yapılması,

- “Ulusal Ruh Sağlığı Veri Tabanının” oluşturulması,
- Gündüz hastaneleri, bakım evi, rehabilitasyon merkezleri ve Adli Psikiyatri Kliniklerinin iyileştirip geliştirilmesi,
- Hizmetlerin sunumunda multidisipliner ekip çalışmasının sağlanması,
- Çalışan sayısının artırılması,
- Mevzuat çalışmalarının yapılması,
- Hizmet kalitesinin artırılması.

Bu kapsamda bu bölümde sosyal hizmet uzmanlarına güncel politikalara ilişkin değerlendirmeleri yönündeki soru ile sosyal hizmet uzmanı ve hastalara politika önerilerinin neler olduğuna ilişkin sorulara alınan yanıtlar doğrultusunda ortaya çıkan temalar incelenecektir. Bu kapsamda ilk olarak güncel politikalar üzerinden yaşanan sıkıntılara değinilecektir.

4.3.1. Güncel Politikalardaki Aksaklıklar: “...damgalama ve çalışma sorununun çözülmesine yönelik politikalar geliştirmeliyiz”

Ruh sağlığı hizmetleri birbirine etki eden ve birbirini tamamlayan hizmetler bütünü olduğundan koruyucu ve önleyici, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerin birbirlerinden kesin sınırlarla ayrılmaları mümkün değildir. Bu çalışmada ruh sağlığının koruyucu ve önleyici boyutu üzerinde durulmuştur. Genel bağlamda koruyucu ve önleyici hizmetler hastalıkların oluşumunu önlemeyi, ruhsal hastalığa sahip bireylerin tedavisini toplum içerisinde yürüterek sosyal işlevsellikleri ile üretkenliklerini arttırmayı amaçlar WHO (2001). Dünya Sağlık Raporu’na göre ülkelerin yaklaşık % 40’ının kesin bir ruh sağlığı politikası yoktur, ulusal ruh sağlığı politikası bulunan ülkelerin birçoğu da bu politikaları son on yıl içinde oluşturmuştur. Türkiye’de sağlık politikalarında 2003 yılı ile birlikte “Sağlıkta Dönüşüm” başlığıyla yeni bir yapılanma dönemine girmiştir. Türkiye’de özellikle 1999 yılında yaşanan 17 Ağustos Marmara ve 12 Kasım Düzce depremleri sonrası ruh sağlığı hizmetlerinin örgütlenmesinde büyük eksiklikler olduğu görülmüş ve 2006 yılında Ulusal Ruh Sağlığı Politika Metni ile ruh sağlığı politikalarındaki büyük adımlar atılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2006).

4.3.1.1. Performans Sistemi

Türkiye’de toplam kalite yönetimi anlayışı ile birlikte sağlıkta hizmet sunumuna performans sistemi getirilmiştir. Sağlıkta “performans sistemi” çok yönlü etkileri açısından oldukça önemlidir. Performansa dayalı sistem kısaca hekimlerin, ücretlerinin baktıkları hasta ve yaptıkları işlem ile doğru orantılı olduğu söylenebilir. Bu sistem hekimlerin ücretlerinde önemli artışlar olmasını sağlamıştır. Ancak performansa dayalı ücretlendirme sistemi hekim dışı sağlık personeline adaletsizlik olarak yansıdığından onları rahatsız etmektedir (Kasapoğlu, 2016). Nitekim sosyal hizmet uzmanlarının deneyimsel anlatıları da Kasapoğlu’nu destekler niteliktedir.

“Bu kadar performans odaklı ve psikoz polikliniği mantığıyla baktığınız zaman zaten TRSM'nin mantığıyla, felsefesiyle de çakışıyor, çelişiyor bence. Çünkü şeyimiz o değil, sayıyla ölçemezsiniz buradaki hizmeti sosyal hizmetin genel sorunları ve sosyal tıbbın da sorunu bu sayıyla ölçülmemesi lazım, sayıyla bakılmaması lazım, nicel bakılmaması lazım nitelik olarak bakılması lazım” (Mars, 49 yaş, Kadın, 25 yıllık deneyim sahibi).

“Aile hekimlerinde performans sistemi var. Hasta kaybı istemiyorlar, hasta kaybı olursa onların geliri azalır. Dolayısıyla size niye göndersin. Ve idarecilerimiz her zaman ne der çok hasta bakın yani çok kişiye hizmet götürün değil, çok hasta girişi olsun. Niye? Hasta baktığı kadar para alıyor, size göndermez hastasını. Ben hekimim diyor ayda 10 bin lira kazanmalıyım yani yeterli gelmiyor kendilerine demek ki. Bir aile hekimi ne kadar kazanıyor? 3500, hasta bakıyor ne kadar kazandı 5 bin, 8 bin lira. Bu işe bakış açısı biraz maddi oluyor... Ben o kadar aile çalışması yapıyorum ama bir değeri yok benim ne katkım var ki muayene mi yapıyorum... Yani aslında fazla değil ben de hakkım olanı alayım istiyorum” (Dünya, 45 yaşında, Erkek, 8 yıllık deneyim sahibi).

“En büyük sıkıntı yine sistemle ilgili. Aile hekimleri hasta ona ilacını yazdırıyor diye performans üzerine çalıştığı için hastasını kaptırmamak adına bize bildirmiyor.....Bizim ücretlerimizse yaptığımız işle doğru orantılı değil kesinlikle” (Venüs, 34 yaş, Kadın, 10 yıllık deneyim sahibi).

Sosyal hizmet uzmanları anlatılarında bakanlığın yalnızca sayılar üzerinden değerlendirme yaptığına, psikiyatristler ile diğer sağlık personeli arasında TRSM’lerin hasta bakımından niceliksel değil niteliksel değerlendirme yapılması gereken yerler olduğuna, performans sisteminin verilen hizmetlerin kalitesini olumsuz yönde etkilediğine, performans sistemine bağlı olarak aile hekimlerinin hasta yönlendirmesi yapmadığına değinmişlerdir. Hastaların TRSM’den ilk haberdar oluşlarına ilişkin anlatıları da sosyal hizmet uzmanlarının söylemlerini desteklemektedir.

“Bize telefon ettiler eve. Ertesi günde evimize geldiler. Bizim oraya gelin böyle böyle falan filan dedi işte Venüs, 34 yaş, Kadın, 10 yıllık deneyim sahibi Hanım. Ben de gelmeye başladım” (Artaud, 37 yaş, Erkek, Şizofreni Tanılı).

“Ben hastaneye gittim.... Devlet Hastanesi var oraya gittim. Orada Doktor Celalettin Bey vardı o yönlendirdi buraya. Onun tavsiyesiyle geldim”(Vijinski, 27 yaş, Erkek, Şizofreni Tanılı).

“Buradan işte heyete girmiştim... Buuu hastaneye gidiyordum... Devlet Hastanesine. Orada heyete girdim. Hoca buraya benim kaydımı yaptı öyle geldim”(Goram, 35 yaş, Erkek, Şizofreni Tanılı).

“Buradan benim bir arkadaşım sayesinde haberdar oldum ben. O da buradan hizmet alıyordu, halen de alıyor”(Nash, 49 yaş, Erkek, Şizofreni Tanılı).

Hastaların anlatıları TRSM'nin kendisi tarafından davet edildikleri, gittikleri hastanede psikiyatr tarafından yönlendirildikleri ya da hizmet alan bir tanıdıkları aracılığıyla TRSM'den haberdar oldukları yönündedir. Görüşme yapılan hastalardan hiçbiri aile hekimi tarafından yönlendirildiğine ilişkin bilgi vermemiştir. Buradan hareketle performans sisteminin (bakılan hasta sayısı ile orantılı prim sistemi) ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesi amacı noktasında bir engel oluşturduğu, bu amacın gerçekleştirilmesinin(hasta yönlendirmelerinin) bireylerin kararına bırakıldığı kanısına varılmıştır.

4.3.1.2. Veri Tabanı Eksikliği

T.C. Sağlık Bakanlığı'nın ruh sağlığı politikalarına ilişkin amaçlarından biri de “Ulusal Ruh Sağlığı Veri Tabanı”nın oluşturulmasıdır. Araştırma sırasında yapılan taramalarda ruh sağlığı alanına ilişkin yerel verilerin oldukça az ve ulaşılması güç olduğu deneyimlenmiştir. Sosyal hizmet uzmanlarına sorulan “*Koruyucu ve önleyici ruh sağlığının geliştirilmesi için ne tür verilere ihtiyaç duyduğunuzdan ve ihtiyaç duyduğunuz verilere hangi kurumlar tarafından hazırlanan veri tabanları üzerinden ulaştığınızdan söz eder misiniz?*” sorusuna yönelik anlatılar da bu deneyimler ile örtüşmektedir.

“Dünyada diyor % 1 oranında şizofreni var biz onu kabul etmişiz. 80 milyon işte 800 bin tane mi oluyor, 700 bin tane mi şizofreniz var diyoruz. Şu an ülkemizde kaç tane şizofren var bilmiyoruz. ... Yani aslında kimse bu konu hakkında bir bilgi bilmiyor. Bakanlığında işte en son ulusal ruhsal eylem planı yayınlanıyor 2011'di zannedersem. Bu burada bakılıyor, meslek elemanının öneminden bahsediliyor, bazı istatistiksel veriler veriliyor ondan sonrada TRSM'lere geçiliyor. Şu an asıl veriler şimdi toplanıyor” (Dünya, 45 yaşında, Erkek, 8 yıllık deneyim sahibi).

“Mesela ben kendi adıma söyleyeyim bizim hasta grubumuzun kendi verdiğimiz hizmet çerçevesinde, meslekî hizmet çerçevesinde düşünüyorum hastanın ekonomik durumuyla ilgili şeyleri göremiyorum ben. Hastanın bana söylediği, ailesinin bana söylediği kısmını görüyorum. ... Hasta mesela geliyor buraya hastaneye giriş

yaptıramadı diyelim niye yapılamamış görmüyorum ben onların hiçbirini öyle bir veri tabanı yok. Burada işte SGK ile biz işbirliğine geçiyoruz ama bu da bizim işi biraz zorlaştırıyor” (Plüton, 46 yaş, Kadın, 21 yıllık deneyim sahibi).

“Yani veri olarak aylık gönderdiğimiz istatistikler var sadece. Aylık ve 3 aylık ve 6 aylık olmak üzere gönderdiğimiz sayısal veriler var. Bu verilerin hizmet kalitesini ölçmek için düzenlendiğini düşünmüyorum. Kalite değil de daha çok sayıyla ilgili veriler. Kaç kişiye ulaştığımız, kaç kişiye hizmet verdiğiniz gibi sayısal içerik veren veriler. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin değerlendirilmesi için de bir form oluşturulmalı tabii ki. Daha çok hastaların ilgi istek ve ihtiyaçlarının tam anlamıyla nasıl karşılanabileceğini tespit edecek sorular olmalı” (Merkür, 41 yaş, Kadın, 18 yıllık deneyim sahibi).

Sosyal hizmet uzmanlarının cevapları genel ve yerel düzeyde hasta sayılarına ilişkin verilerin olmadığı, hastalara ilişkin sosyoekonomik durum gibi formlarında bulunan ihtiyaç duydukları verilere ilişkin veri bankalarının olmadığı, kendi oluşturdukları ve bakanlığa gönderdikleri verilerin ise sayısal içerikli olduğu yönündedir. Ayrıca sosyal hizmet uzmanlarına hasta ve ailelerin memnuniyetlerini ölçen formların olup olmadığı sorulmuş ve bakanlık tarafından geliştirilen standart formlarının olduğu, hizmet alanların memnuniyet ya da beklentilerini bildirebilecekleri kurumsal bir değerlendirme sisteminin olmadığı bilgisi alınmıştır.

4.3.1.3.İstihdam, Yasanın Olmayışı ve Yönetmelikte Eksiklikler

Kurumsuzlaştırma hareketi ile toplum temelli sağlık sistemi doğrultusunda kurulan TRSM'lerin amacı bir ara kurum olarak tanımlı hastaların yatış öncesi ya da sonrası tıbbi ve psikososyal tedavilerini yaparak toplumsal işlevselliklerini kazanmalarını ve aktif bir birey olarak toplumsal yaşama katılmalarını sağlamaktır. TRSM'ler bu amaçla yola çıkmış olsa da bu amaçları gerçekleştirme sürecinde hastaların toplumsal yaşama katılımlarını engelleyen bir takım yasal boşluk ya da eksiklikler mevcuttur. Özellikle hastaların istihdamı noktasında pek çok sıkıntı yaşanmaktadır.

"Hocam nereye kadar geleceğim diyor. Hadi cevap verin nereye kadar gelecek? Yani bura ne? Okul mu yurt mu nedir burası? Tamam, gelelim aktivite var diyor resim yapıyor ne kadar resim yapacağım daha diyor. Cevap vermiyorsunuz. Takı yap diyoruz tamam, bilgisayar tamam müzik tamam ama diyor ne olacak bana? Hep bir gelecek kaygısı var siz bunu çözmelisiniz, beklentisini karşılamalısınız. Biz de diyoruz ki kişi % 80 raporlu bir şizofren ile % 80 raporlu bir böbreği olmayan birisini aynı kefeye koymayın” (Dünya, 45 yaşında, Erkek, 8 yıllık deneyim sahibi).

“TRSM’ye hasta 3 ayda bir 5 ayda bir veya yılda birde gelmeye devam edebilir ondan sonra ne olacak? Zaten aşamanın önemli olan kısmı” (Plüton, 46 yaş, Kadın, 21 yıllık deneyim sahibi).

“Ruhsal hastalığa sahip bireylerin toplumda var olabilmeleri, çalışılabilir durumda olanların yaşamlarını idame ettirebilmeleri için iş olanaklarının sağlanması konusunda düzenlemeler yapılmalı ve politikalar geliştirilmeli. Bence şu anda ruh sağlığı alanında koruyucu ve önleyici boyutta çözümlenmesi gereken iki tane çok büyük sorununuz var. Hastaların toplumsal işlevselliğinin artırılabilmesi için toplumsal yaşama katılanlarının sağlanabilmesi için damgalama ve çalışma sorununun çözülmesine yönelik politikalar geliştirmeliyiz” (Merkür, 41 yaş, Kadın, 18 yıllık deneyim sahibi).

Ruhsal hastalığa sahip bireylerin istihdamı iki şekilde mümkündür: “Yarışmalı İşler” ve “Korumalı İşyerleri”. Yarışmalı işler iş koçlarının hastalara iş bulma konusunda yardım ettiği, hastaları çalışmaları için yönlendirdiği, herkesin başvuruda bulunup çalışabildiği işlerdir. Korumalı işyerleri ise belediye, kamu ve özel kurumlar tarafından desteklenen, Çalışma Bakanlığı’nın işbirliğiyle açılması planlanan hastaların özerk çalışma koşullarına sahip oldukları, üretime katkıda bulunarak rehabilite edildikleri iş ve işyerleridir. TRSM’lerde yeterli sosyal beceriyi kazanan hastaların illerde açılacak olan korumalı ev ya da iş yerlerine yönlendirilmesi planlanmıştır (Ensari, 2011). Ancak Türkiye’de böyle bir model planlanmakla birlikte henüz uygulamaya geçmiş değildir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2006). Ruhsal sorunlara sahip bireyler Türkiye’de İŞKUR üzerinden iş başvurusu yapabilmektedirler. 2008 Eylül verilerine göre iş başvurusunda bulunan 7728 ruhsal engelli bireyden yalnızca 650’si istihdam edilmiştir (Akarçay, 2013). İstihdama ilişkin sosyal hizmet uzmanı ve hasta anlatılarından bazıları şunlardır:

“En büyük sıkıntımız dediğim gibi iş alanı hani kanunen bir şey var ama işyerinde 50 tane personel çalıştıran işyerinin %3 bir kısmının engelli grubundan çalıştırması gerekiyor diyor ama o engelli grubunun, engel grubu belli olmadığı için hiç kimse ruh sağlığı engelliye tercih etmiyor. Bu da tamamen hastaların işsiz kalmasına, açıkta kalmasına sebep oluyor” (Plüton, 46 yaş, Kadın, 21 yıllık deneyim sahibi).

“Sonuçta diyoruz ki biz hastalarımızı değerlendirelim işe girmede. Şu an bakan hiçbir özel sektörde benim hastam çalışmıyor. Alınmıyor, özel sektör bilmiyor korkuyor. ... Şu an biliyorsunuz devlet diyor ki engelli çalıştıran kişiye ben diyor size gerekli kolaylığı sağlayacağım. Bugün bir engellinin kişiye maliyeti 1500 lira iken örnek veriyorum, gidiyor çalıştırmıyor cezası 2500 lira aylık ödüyor. 50 kişiyi geçen iş yerlerinde hani çalıştırılmak zorunda ya, o cezayı ödüyor ama çalıştırmıyor. Hani biz mesela bunu çözelim” (Dünya, 45 yaşında, Erkek, 8 yıllık deneyim sahibi).

“Hastalarımızın İŞKUR’a kaydını yaptırıyorum. Kendisine uygun bir iş olup olmadığını sorguluyorum. Uygun iş varsa iş danışmanı ile bağlantı kurup, görüşüp iş edinmesine yardımcı oluyorum. Gerekirse işverenle görüşmeye beraber

gidiyorum. Ancak bu konuda İŞKUR çalışanlarına hizmet verilmesi gerektiğini düşünüyorum. Herhangi bir iş yerinden engelli kadrosunda iş bulduğumda raporu görünce sıkıntı çıkartıyorlar. Ya alıp geri geri hizmete veriyorlar ya da alıp işten çıkarabiliyorlar”(Merkür, 41 yaş, Kadın, 18 yıllık deneyim sahibi).

Sosyal hizmet uzmanları anlatılarında işverenlerin ve İŞKUR’da çalışan iş danışanlarının ruhsal hastalıklar konusunda bilgisiz olmaları nedeniyle ruhsal hastalığa sahip bireylerden korktukları, işe almak ya da yerleştirmek istemedikleri yönündedir. Bu konuda damgalama ve ayrımcılıkla mücadele bağlamında işverenlere ve iş danışanlarına daha makro boyutta bilgilendirme çalışmaları yapılması gerektiğini dile getirmişlerdir. Can Öz (2016) şizofreni tanılı bireylerin bir işte çalışabilmesi üzerine işverenlerin insan kaynakları birimiyle yaptığı niteliksel çalışmada, işverenlerin hastalık hakkında bilgi sahibi olmadıkları, hastaların şiddete meyilli ve saldırgan kişiliklerinin olduğunu düşündükleri, bu nedenle diğer çalışanların huzursuz olmasından ve çalışma ortamının bozulmasından endişe etmeleri nedeniyle bu bireyleri işe almaktan çekindikleri bulgularına ulaşmıştır. Bu araştırmada elde edilen veriler Can Öz (2016)’ün araştırma bulgularını destekler niteliktedir. Yine Dünya, konuşmalarının devamında hastalarının devlet personeli olarak istihdamına ilişkin şunları söylemişlerdir:

“Hastalar şimdi EKPSŞ sınavına giriyor, müracaat olurken hastaya işte insan hakları... Hastada rapor % 80 çalışamaz yazıyor. Müracaatını alıyorsun hasta sınava girip ataması gelince diyorsun ki raporun % 80 sende çalışamaz yazıyor. Peki neden müracaatını alıyorsun? Hastam çok iyi de çalışıyor. 87 puan aldı hem de 100 üzerinden, hastanın raporu % 80. Bence rapora bakılmaksızın insanlara bu şans verilmeli, çalışmazsa zaten ayırarsınız, değil mi? Müracaatını kabul etmezseniz hasta sıkıntıya girer, kazandıktan sonra atamasını yapmazsanız daha çok sıkıntıya girer. Ne yapacağız o zaman? Yani biraz işi esnetmek gerekiyor. Hastalarımızın menfaatine, biz hepsine para dağıtalım demiyoruz” (Dünya, 45 yaşında, Erkek, 8 yıllık deneyim sahibi).

“Kurumda KPSS kursu açıyoruz ama yarın bir gün ellerindeki sağlık raporu ile işe girecekleri zaman bir sürü zorlukla karşılaşıyorlar. Oradaki açıklıktan ötürü uygun raporu alamayınca devlet memuru olma konusunda bir sürü zorluk yaşıyorlar” (Merkür, 41 yaş, Kadın, 18 yıllık deneyim sahibi).

Sosyal hizmet uzmanlarının ruhsal engelli hastaların devletin açtığı engelli kadrolarına istihdamı konusundaki anlatıları EKPSŞ giriş koşulları ile işe alım koşulları arasında uyumsuzluk olduğunu ve istihdam noktasında ruhsal engelli bireylerin diğer engel türlerine sahip bireylerden farklı değerlendirilmeleri gerektiğini ortaya koymaktadır. İstihdama ilişkin hasta anlatıları da sosyal hizmet uzmanlarının anlatılarını destekler niteliktedir. Hastaların tamamına yakını en büyük sorunlarının işsizlik olduğuna vurgu

yapmıştır. Yalnızca maddi ihtiyaçlarını karşılamak için değil aynı zamanda üretken bir birey olabilmek, saygı görebilmek için çalışmak istediklerini dile getirmişlerdir. Hasta anlatıları bedensel ya da zihinsel engelli olsalar çalışamamalarının çevreleri tarafından kabul görebileceği, ancak ruhsal engelli olunca bu sosyal kabulün olmadığı, ilaç kullanımına bağlı olarak çalışma saatlerinde sıkıntı yaşadıkları ve işe girseler dahi psikiyatri ilacı kullandıkları ortaya çıktığında işten çıkarıldıkları yönündedir.

“Ben şimdi sakat olsam tamam çalışamaz bu derler, deli olsam yine öyle ama bakıyorsun sağlam adamım ben dışarıdan, yaşım da genç. İşte konu komşu akraba falan diyor senin oğlan kaç yaşına geldi çalışmıyor diye. E hastalığımı da söylemiyoruz.... Engelli raporum var % 73. Kura çekiyorlar bu engelli alımı var işte. Oraya müracaat ettim, bekliyorum ben de” (Vijinski, 27 aşında, Erkek, Şizofreni Tanılı).

“Normal çalışamıyoz. Yani denedim olmadı. Askerden geldim 2003'te. 2007'ye kadar çalışmışlığım görünüyor. İşte güvenlikte, kargoda falan çalıştım. 4 sene filan bir çalışmışlığım var o da yani kopmalı yani, sürekli değil. Çalışamıyoz ne bileyim yani hastalıktan mı vaktinde uyanamıyoz diye mi neden kaynaklanıyorsa çalışamıyoz bir yerde. Dışlanıyoz. Ne biliyim zaten biz rahatsızız. ... Düşünün, hesap edin 11-12 senedir ben boştayım yani. Yani bizim tek sıkıntımız çalışmamak. ... Bana raporu da düşük verdiler hep babama yük oldum yani inanın pantol alıyom babam, ayakkabı alıyom babam. Sigara parası alıyom inanın 10 lira sigara parası alıyom, 10 lira sigara parası verdiler, kaçak sigara içiyoruz. Her şeyde baba olmuyor ki böyle. Yani çok sıkıntı. Çalışmış olmuş olsak her şey yolunda ama çalışmamak çok kötü oluyor. Yani evlenemedik abla bunlar çok zor şeyler” (Goram, 35 yaş, Erkek, Şizofreni Tanılı).

Hastalardan Goram kendisinin en büyük sorununun çalışmamak olduğunu dile getirmiş, görüşme boyunca farklı sorular sorulduğunda da bütün cevaplarında işsizliği odak almıştır. İşsizliğine ek olarak herhangi bir sosyoekonomik destekten de faydalanmak için uygun şartları taşımadığı için ekonomik olarak ailesine bağımlı olduğunu ve uzun süren bu bağımlılığın yaşı itibariyle de kendisini rahatsız ettiğini ifade etmiştir. Görüşme süresince hastalığına bağlı olarak kullandığı ilaçların çalışma saatlerine uyum sağlamasını engellediğini ve bu nedenle işten çıkarıldığını belirtmiştir. Nitekim Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu (1998)'nun ruhsal hastalıklara bağlı işe devamsızlıkların bir hafta ve daha uzun bir zamanı kapsayarak iş gücü kayıplarına neden olduğu yönündeki bulguları Goram'ın anlatılarını destekler niteliktedir. Ruhsal hastalığa sahip bireylerin ilaç kullanıma bağlı olarak çalışma saatlerine uyum sağlayamamaları, çalışma verimlerinin düşmesi, hastalığa bağlı nedenlerle eğitim sürelerini tamamlayamamaları hastaların meslek sahibi olmaları ve istihdam edilmeleri yönündeki engellerdendir denilebilir.

Ruhsal hastalığa sahip bireylerin toplumsal yaşama katılımını engelleyen en önemli etkenlerden biri de düşük istihdam oranlarının da katkıda bulunduğu sosyoekonomik durumdur.

1/7/1976 tarihli ve 2022 sayılı yasa kapsamında 25.01.2013'de 28539 sayılı Resmi Gazete yayınlanan 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Gücsüz Ve Kimsesiz Türk Vatandaşları İle Engelli Ve Muhtaç Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Yönetmelik'e göre engelli bireylere sağlık raporu % 70 ve üstü olanlar için "bakıma muhtaç engelli aylığı, rapor oranı % 40- 69 arası olanlara ödenen engelli aylığı ve son olarak 18 yaş altı engelli aylığı olmak üzere üç çeşit aylık bağlanabilmektedir. Yasanın ikinci maddesine göre bu aylıkların bağlanabilmesi için bireyin engel oranı, çalışma durumu ve tüm gelirler esas alınarak hane içinde kişi başına düşen gelir esas alınır. Engelli aylığı bağlanabilmesi için hane içinde kişi başına düşen gelirin 16 yaşından büyükler için belirlenmiş asgari ücretin aylık net tutarının 1/3'ünden az olması ya da aynı tutardan fazla gelir sağlanamamasının mümkün olması gerekir. 30.07.2006 tarih 26244 sayılı "Bakıma Muhtaç Engellilerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik" e göre engelli bakım maaşı içinse engellilik oranının % 50 üzerinde olması ve bireyin ağır engelli olması, bakıma muhtaçlık şartlarını sağlaması, aylık gelirin ise güncel asgari ücret tutarının 2/3'ünden az olması gerekmektedir (Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik, 2014). Engelli evde bakım aylığı her ay, diğer aylıklar ise üç ayda bir ödenir. Yapılan görüşmelerde sosyal hizmet uzmanları engelli aylıklarının bağlanmasına ilişkin şartlar üzerinde durmuşlardır:

".... Ailenin gelir durumuna bakılıyor buda çok yanlış yani kişi bireysel düşünülmeli. O kişi annesinden babasından maaş almıyor, bir geliri yok, bir çalışma şeyi yok ama sen ona bakıp diyorsun ki yaşadığı ailede, ortamdaki gelir durumuna bakıyorsun, malvarlığına bakıyorsun. Bence sadece engelli kişinin malvarlığına, gelir durumuna, SGK kapsamında olup olmadığına bakılmalı"(Mars, 49 yaş, Kadın, 25 yıllık deneyim sahibi).

"En büyük sıkıntılarımız iş bulamıyoruz ya da işte ailenin ekonomik durumu. Ekonomik olarak 2022 maaşı olarak verilen maaşlar var, bakım ücretleri var ama mesela onların şeyleri de çok düşük, miktarlar çok düşük işte asgari ücretin üçte birinin altında olacak ve en büyük sorundan birisi ailenin toplam geliri hesaplanıyor, tek hastanın geliri hesaplanmıyor. O zaman da yani kardeşiyle birlikte oturuyorsa kişi kardeşi ona bakmak... Birlikte oturuyor olabilir ama ekonomik olarak ne kadar yükümlülüğü var ya da ne kadar bakıyordur, bakamıyordur hani bütün ailede yaşayan herkesin gelirine bakılıyor öyle olduğu zamanda hastanın

kendisine yönelik direkt bir ekonomik özgürlüğü olmuyor” (Plüton, 46 yaş, Kadın, 21 yıllık deneyim sahibi).

“Yani ben şunu söylüyorum. Şizofreni hastasıyla, engelli kategorisine soktuğunuz bu hastayla, zihinsel engelliyle veya ortopedik bunların hep ayrı değerlendirilmesi gerekiyor siz direk engel diye birçoğunu koymuşsunuz. Senin gelirin yeterli, senin gelirin yetersiz diye kestirip atıyorsunuz. Biz bu insanların iş gücüne katılımını, çalışabilirliğine bakıp gidip kendimizi orada ifade etmemiz lazım”(Dünya, 45 yaşında, Erkek, 8 yıllık deneyim sahibi).

Sosyal hizmet uzmanları anlatılarında engelli aylıklarının bağlanması noktasında hane geliri üzerinde hesaplama yapmanın yanlış bir yaklaşım olduğunu dile getirmişlerdir. Bu alanda uzun süredir çalışan Dünya, 45 yaşında, Erkek, 8 yıllık deneyim sahibi bu politikaların alanda çalışan meslek elemanları ile işbirliği yapılarak geliştirilmesi yönündeki düşüncelerini şu cümlelerle ifade etmiştir:

“İş gücüne bir bakın o bir böbreği olmayan kişi çalışabilir ama belki de benim bu hastamın hepsi çalışamaz zaten. Çalışamazsa ben diyorum ki e siz dışarı çıkın gezin, kitap okuyun, gazete okuyun. E param yok ki diyor, çalışmıyorum da diyor. E ben ne yapayım şimdi diyor, ailemde bakmıyor bana diyor. Bana gelip de ailemden sıkıldım beni bakım merkezine yerleştirin diyor. Bakım merkezine gidiyorsunuz diyor ki ağır engelli olması lazım. Çözüm yok işte bekliyor hastam. Ağır engelli değil diyor sonra gidiyoruz hocam diyor ki %45 rapor verdim diyor. Ailenin geliri diyor asgari ücretin 3 de 1 inden fazla diyor. E bu kişi 2022 alamadığı için sağlık güvencesi de olmuyor. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için üste 53 lira para yatıracak. Ya benim diyor sigara param yok. Zaten bunların ilaç yan etkisi çok fazla çok yemek yerler, çok sigara içerler. Sigara diyor ben tütün alıyorum diyor. Bir taraftan sağlıkları yerine gelsin diye uğraşıyoruz biz hastalarımızla. Benim hastamın ben dâhiliyede şeker takibini bile yaptırıyorum niye şeker hastası olması diye. Öbür taraftan hasta düzenli sigara içemiyor, gidiyor sağdan soldan ucuz tütünleri buluyor. Bu nasıl bir iştir? Biz hastalarımıza iyilik mi yapıyoruz kötülük mü yapıyoruz? O diyor ki zaten üretken değilim birde tüketimim var diyor. Diyorum ki ruhsal hastaların ayrı değerlendirilmesi lazım, politikaları beraber şekillendirmek lazım” (Dünya, 45 yaşında, Erkek, 8 yıllık deneyim sahibi).

2022 maaşına ilişkin anlatılara ek olarak sosyal hizmet uzmanlarının tamamı “2022 maaşı ve İŞKUR meslek edindirme kursları” konusu üzerinde durmuşlardır. Yapılan görüşmelerden İŞKUR’un dört ay süreli meslek edindirme kursları açtığı, bu kurslara katılanlara günlük ortalama 20 TL’lik bir ödeme ve kurs süresi boyunca sigorta yaptığı, 2022 maaşı ile birlikte sosyal güvencesi olup da bu kurslara yönlendirilen hastaların yönetmeliklerdeki boşluk nedeniyle hak kaybı yaşadıkları bilgisi alınmıştır.

“Diyoruz ki size bunun kursa girdiğini, kurstan dolayı bir sağlık güvencesi yaptıklarını söyleyelim de kişiyi siz 4 ay idare edin diyoruz. Veya diyoruz ki İŞKUR’a

bu kişinin sosyal yardımlaşmadan zaten sigortası var sürekli maaş alıyor 4-5 senedir yapmayın diye bir yazı verelim diyoruz. O diyor ki benim yetkim yok öbürü diyor ki benim yetkim yok. E adamın 5 senedir aldığı yardımlaşma... Hocam ben çalışmam diyor. Çalışırsam para kesilir diyor. Ben kursa gitmem, gidersem para kesilir diyor. Zaten aldığım para diyor % 45 raporu olan birisinin 3 ayda alacağı para 1000 lira aylık 350 liraya geliyor zaten. Olsun sigara param diyor, hiç değilse devamlı alıyorum diyor. Kursu gideceğim kesilecek diyor. ... İŞKUR nereye bağlı SGK ile irtibatla SGK, Kaymakamlık Sosyal Yardımlaşma bunların dördü arasında kaldık. Neden kesiliyor? Dolayısıyla hastalarımız artık gitmek istemiyor, kursa gitmek istemiyor”(Dünya, 45 yaşında, Erkek, 8 yıllık deneyim sahibi).

“İŞKUR’da iş danışmanları bununla ilgili yönlendirdiğimiz zaman şeyler var ama yasal sıkıntılar var bundan mutlaka haberdarsınız. ... Çünkü şey diyor "ben meslek edindirmeye ilgili bir eğitime, kursa gideceğim ama o eğitimden sonra bir de işe giremezsem beni bir de maaşımdan ettiniz" olacak. Bizde bitmediği için süreç, bu engellilikle ilgili bir politika aslında ruh sağlığıyla da ilgili değil” (Mars, 49 yaş, Kadın, 25 yıllık deneyim sahibi).

Yapılan görüşmeler sonucunda 2022 maaşı ve sosyal güvencesinden faydalanan hastaların bu haklarını kaybetmemek adına meslek edindirme kurslarına katılmadıkları ya da kurs sonrası istihdam için açılan pozisyonlara başvurmadıkları bilgisi alınmıştır. Bu durum farklı kurumların işbirliği yaparak yönetmeliklerinde bu özel duruma ilişkin maddelere yer vermemeleri sonucunda hastaların istihdam üzerinden toplumsal yaşama katılımlarının sağlanamadığını göstermektedir.

Ruhsal hastalıklarda ilaçların düzenli kullanımı psikososyal destek ve rehabilitasyon hizmetleri, aile ve toplum tarafından desteklenme hastanın iyi olma halini sağlayarak bireylerin toplumda etkin ve üretken bir yaşantı sürmelerine olanak sağlar (Can Öz ve Ünsal Barlas, 2017). İşsizlik ve bununla gelen işe yaramama duygusu ruhsal hastalığa sahip bireylerde görülen en önemli sorunlardan biridir. Bu çalışmada ruh sağlığı alanında çalışan kurumların yönetmeliklerindeki çakışma ya da eksiklikler, yetersiz işbirliği, korumalı iş yerleri projesinin henüz hayata geçirilememiş olması, damgalama ve ayrımcılık gibi nedenlerle hastaların topluma üretken katılımlarını sağlama konusundaki amaçlarını gerçekleştiremedikleri görülmüştür. Yapılan araştırmalar kendi başlarına iş aradıklarında şizofreni tanılı bireylerin % 20’sinden azının iş bulabildiğini, destekli istihdam ile iş bulma oranlarının ise % 40-55’lere çıktığını göstermektedir (Can Öz ve Ünsal Barlas, 2017). Bu çalışmada istihdam konusunda çalışma yapılmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Türkiye’de çalışılmış ve meclise sunulmuş bir yasa taslağı olmakla birlikte bir ruh sağlığı yasası yoktur. Sosyal hizmet uzmanlarına yasanın olmayışının ve yönetmelikteki açık

noktaların çalışanlar ve hizmet alanlar açısından ne gibi sıkıntılara yol açtığına ilişkin sorulan soruya alınan yanıtlardan bazıları şunlardır:

“Yönergede mesela her şeyin ucu açık, bu hizmeti ver diyor ama nasıl vereceğimizi açmıyor. ... Milli Eğitim'den hoca talep ediyoruz, hocanın parasını sen öde diyor ama sen öde derken bize kaynağı zaten hastane vermiyor. Yani bunların hep beraber yeniden gözden geçirilmesi lazım”(Satürn, 27 yaş, Kadın, 4 yıllık deneyim sahibi).

“Şimdi mesela TRSM yönergesindeki biraz evvel bahsettim ya yönergede veya gelen yazılarda diyor ki; "çalışanlar sık değiştirilmesin." Halk Sağlığının her yıl eğitim verdikleri insanların 3 de 1 ini kaybediyor, kaybediyor derken alan dışına çıkıyor. ... Çakalı bir psikiyatrist olması gerekiyor ama psikiyatrist yeterli olmayınca o taraf, işte poliklinik var, hasta yığılmış, psikiyatristlerin de elinde olmayan şeyler var, insan gücü diye bir şey var. ... bırakın ruh sağlığı yarasını, yönerge bile tam olarak uygulanamayabiliyor. Ya da diyor ki ; "siz uğraş tedavileri için şu kadar bütçe alabilirsiniz." diyor ama o bütçelerin bir kısmı alınabiliyor, bir kısmı alınamayabiliyor. Şu kadar insan çalışacak diyor, çalışabiliyor, çalışamayabiliyor”(Mars, 49 yaş, Kadın, 25 yıllık deneyim sahibi).

“Ruh sağlığı alanı deyince sadece ağır ruhsal hastalığı ve TRSM leri kastetmiyorum. Ben daha önce acil servislerde intihar önleme biriminde görevliydim. Burada mesela intihar eden hastaların sonrasında 2 gün içerisinde dönüyorduk biz, psikiyatrik muayenesini mutlaka yaptırıyorduk ve onunla ilgili dehşet sonuçlar çıkıyordu. ... Bununla ilgili sosyal hizmet uzmanı ne gerekiyorsa yapıyordu bu çok proje halinde kaldı ülkemizde tam oturmadı....mesela adam zaten işsizlikten intihar etmiş, hiçbir geliri yok bunalmış intihar etmiş sonrasında emniyet senin kati rapor alman gerekiyor diyor, bunun için de psikiyatri ve dahiliyeye muayene olman gerekiyor. O adamın ücretli girişi yapılmak zorunda ve o SGK intihar edenin midesinin yıkandığı intoksları(Zehirlenme vakalarında kullanılan ilaçların tamamına verilen ad.) ödemiyor, onları da adamdaki tahsil etmek zorundasın. Psikiyatrye ve dâhiliyeye paralı girişi yapılacak, adam rapor alacak onu verecek intihar ettiğine edeceğine pişman oluyor. ... Sıkıntılı çok fazla nokta var”(Venüs, 34 yaş, Kadın, 10 yıllık deneyim sahibi).

Sosyal hizmet uzmanlarının anlatılarından elde edilen ortak bulgular yönetmelikte mesleki çalışmalara ve bütçe tedarikine ilişkin ayrıntılı biçimde bilgi verilmediği, çalışan sayılarının yönetmelikle uyuşamadığı, var olan yönetmeliğin hem çalışanların hem hizmet alanların ihtiyaçlarını karşılama noktasında yetersiz kaldığı, yönetmelikleri geliştirme noktasında meslek elemanları ile birlikte hareket edilmesi gerektiği yönündedir. WHO'nun Ruh Sağlığı Atlası (2011) verilerine göre Türkiye'de ruh sağlığı harcamalarının % 60'ı yataklı kurumlara yapılmaktadır ve ruh sağlığı hizmetlerine ayrılan ayrı bir bütçe yoktur. Bu hizmetlerin bedeli sosyal sigorta, özel sigorta, vergiler ya da bireylerin kendi ceplerinden yaptıkları harcamalarla karşılanmaktadır (WHO, 2011). Yine aynı Atlası göre Türkiye'de 100000 kişiye düşen psikiyatrist sayısı 2,20, psikolog

hemşiresi sayısı 3 ve sosyal hizmet uzmanı sayısı 1'dir. Bu veriler sosyal hizmet uzmanlarının anlatılarını desteklemektedir. Bunlara ek olarak katılımcı sosyal hizmet uzmanlarının yarısından fazlası TRSM'lerin riskli birim olarak görülmesi gerektiğine ilişkin görüşlerinden bahsetmişlerdir.

“Çalışanlar açısından var olan hizmetler, "Beyaz Kod" uygulamamız var ... TRSM'leri hastaneye bağlı bağımsız kuruluşlar, bizim burada kendi aramızda uyguladığımız bir beyaz kod uygulaması yok ya da bir butonumuz bir tuşumuz yok. Bizim güvenlik anlamında sadece kameralarımız var, bir tane güvenlik görevlimiz var. ... riskli birim sayılmıyor ben bunu anlamış değilim! TRSM'ler bakanlıkça riskli birim sayılmıyor. ... sanki başlı başına bir kuruluşmuş gibi algılanıyor, hastaneler kendileri bile unutuyorlar öyle bir yerin olduğunu. Riskli birim yani şu an bizim en çok istediğimiz şey, bakanlığa da onu ilettik zaten gittiğimiz eğitimlerde bizim en çok istediğimiz şey riskli birim kapsamına alınmak”(Venüs, 34 yaş, Kadın, 10 yıllık deneyim sahibi).

4.3.1.4.Korumalı Evler

Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nda ruhsal engellilere yönelik yarı- yol evi ve korumalı ev projesine yer vermiştir. Yarı yol evleri taburcu edilebilecek ancak ailesinin yanında kalamayacak hastaların sağlık personeli tarafından 24 saat boyunca gözlendiği ve desteklendiği evler olarak planlanmıştır; korumalı evler ise geliri varsa hasta tarafından yoksa ASPB tarafından finanse edilecek, sağlık çalışanlarının periyodik ziyaretler gerçekleştireceği, bir ya da birkaç hastanın bir arada yaşayacağı yerler olarak düşünülmüştür (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011). Yarı-yol evlerinde tek başına ya da kısmi destekle yaşayabilecek duruma gelen hastaların korumalı evlere gönderilmesi, korumalı evlerde arkadaşları ve toplumla uyum içinde yaşayan hastaların ise korumalı işyerlerinde çalışması planlanmıştır. Bu süreçte kararların TRSM'ler tarafından verilmesi uygun görülmüştür (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011). Mart 2015 itibarıyla MATRA (Şizofreni Hastaları İçin Toplum Temelli Ruh Sağlığının Geliştirilmesi) projesine başlanmış, proje kapsamında üç yıl süreyle Elazığ Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde korumalı ev fikri pilot olarak uygulanmıştır (Llopis ve Anderson, 2006). Ancak yapılan görüşmelerde katılımcıların tamamı korumalı işyeri gibi, korumalı ev fikrinin de uygulamaya geçirilmediğini ifade etmiştir.

“Yok henüz başlamadı onlar, onlar henüz şeyde değil sadece o ulusal eylem planının içerisine alınmış bir şey 2011 yılında var olan ulusal eylem planı. Henüz sadece o eylem planında belirtilen TRSM ayağı başladı, TRSM ayağından sonra işte korumalı ev, korumalı işyerleri, yarı yol evlerinin olabileceğini düşünüyorum”(Plüton, 46 yaş, Kadın, 21 yıllık deneyim sahibi).

“Yarı- yol evi ile ilgili bir proje vardı, sanırım Elazığ’da yürütüldü. Bu hizmet modelinde başarılı olunamadığı için uygulanmadığını biliyorum. Korumalı evlerin bizim hastalarımız için faydalı olacağını düşünüyorum. Yalnız yaşayan, ailesi olmayan hastalarımız var. Onlar için iyi olabilir ancak korumalı evlerin işlerliği ve sürdürülebilirliği konusunda net bir fikrim yok. Korumalı evden sonra da korumalı iş yeri konusunda çalışmaların yapılması gerektiğine inanıyorum” (Merkür, 41 yaş, Kadın, 18 yıllık deneyim sahibi).

Sosyal hizmet uzmanları korumalı evlerin korumalı işyerleri gibi Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı’nda olduğunu ancak buna ilişkin Elazığ’da yapılan pilot uygulama dışında herhangi bir çalışma olmadığını ifade etmişlerdir.

Bakanlık yapılanması da incelendiğinde korumalı evlere ilişkin herhangi bir çalışma yapılmadığı ancak “Umut Evleri” adıyla tüm engellileri kapsayan benzer bir yapılanmanın olduğu görülmüştür. Umut evleri her ilin sosyokültürel açıdan engellilerin kalması için uygun olan bölgesinde, tercihen şehir merkezinde bulunan apartman dairesi ve müstakil binalarda iki ile altı kişi arası hastaya hizmet veren yatılı ev tipi sosyal hizmet kuruluşlarını ifade etmektedir (Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2016). Bu evlerde ev sorumlusu meslek elemanı ve bakım personeli olduğundan yarı- yol evi ve korumalı ev projesinin özündeki hastaların yapabilirliğinin artırılması ve bağımsızlıklarının kazandırılması fikriyle örtüşmediği söylenebilir. 2008 tarihinde başlanan bu proje kapsamında 138 tane umut evi vardır ve bunlardan yalnızca 11 tanesi ruhsal engellilere yöneliktir, 2 tanesi de hem ruhsal hem zihinsel engellileri kapsamaktadır (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2015). Korumalı evlere ilişkin bir çalışma olmamakla birlikte sosyal hizmet uzmanlarının yarısı bu hizmet modelinin Türkiye’ye uygunluğu konusunda çekinceleri olduğunu belirtmiştir:

“Toplum temelli ruh sağlığı modelinden bir sonraki aşama hastaların bağımsız yaşamasını sağlamak. Ancak Türkiye’deki sosyal yaşam standartları düşünüldüğünde devletin onlara ayırabileceği bütçe, ailelerinin bakış açısı göz önünde bulundurulduğunda bir sonraki aşamada zorlanılacağını düşünüyorum. Korumalı mesken aşamasının Türkiye için doğru bir model olup olmadığı çok kafam karıştırıyor. Sosyal devlet sisteminin zayıflığı ile ilgili değil bu. Bu alan için uygun bir model mi, çalışan sayısı yeterli olacak mı? Evlerde bağımsız yaşamaları için şizofreni hastaları bir araya getirmek beni korkutuyor. Çünkü toplum zaten bu hastalığa karşı çok büyük önyargılara sahip. Bu insanların sadece mekânsal olarak değil toplumsal olarak da çevre düzenlemesine ihtiyacı olacak. Bu evi tutuyoruz ama şizofreni hastaları için desem başta ben de damgalama yapıyor olacağım zaten. O ev sahibi de evi vermek istemeyecek. Bu politikalar biraz daha yerelleştirilip topluma uygun hizmet modelleri oluşturulursa daha iyi olur bence. Toplumsal yapılanmayı dikkate alarak hizmet modelleri geliştirirse daha işlevsel olması sağlanır. Özellikle

bu alanda kültürel yapıyı göz ardı etmek ciddi zorlukları yol açacaktır bence” (Merkür, 41 yaş, Kadın, 18 yıllık deneyim sahibi).

Toplumun sosyal sorunlara yaklaşımı, yasa yapıcıların uygulama bilgisine ilişkin eksiklikleri, yasalarla ya da entegre hizmet sunumuyla ilgili sorunlar ruh sağlığına sorunlardır (WHO, 2011). Bu araştırmada sosyal hizmet uzmanı ve hastalarla TRSM’lerde yürütülen koruyucu ve önleyici hizmetlere ilişkin görüşmeler yapılmıştır. Bu görüşmelerde de ayrımcılık ve damgalama ile mücadelede makro boyutlu çalışmaların eksik olduğu, toplumsal yaşama katılımında barınma ve istihdam hedeflerinde istenilen düzeyde ilerlemenin sağlanamadığı, iş gücünün yetersiz olduğu, finansal kısıtlılıkların yaşandığı bulguları elde edilmiş olup yönetmeliklerin revize edilmesi ve ruh sağlığı yasanın oluşturulmasına yönündeki ihtiyaçlar görünür kılınmıştır.

4.3.2. Hastaların Deneyimleri ve Değerlendirmeleri: “Burada bir birlik beraberlik, bir dayanışma, ruh birliği...”

Türkiye Ruh Sağlığı Profili (2008) çalışmasına göre nüfusun % 18’i yaşamı boyunca bir ruhsal hastalık geçirmektedir (Akarçay, 2013). Tedavide Türkiye’nin toplum temelli ruh sağlığı hizmet modelinin temel yapı taşlarından biri olan TRSM’ler Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu’na bağlı olarak yataklı tedavi kurumları bünyesinde hizmet vermekte ve biyopsikososyal tedavi hizmetleri sunmaktadır. Psikososyal müdahaleler psikoterapileri, toplum temelli tedavileri, mesleki rehabilitasyonları, akran destek sistemlerini ve entegre bakım müdahalelerini içermektedir (England ve diğ. , 2015). TRSM’lerde de psikiyatrist, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, hemşire ve ergoterapist (iş/uğraşı terapisti) çalışmakta olup bireysel ve grup psikoterapisi, hastalara ve ailelere yönelik psikoeğitim, kişisel beceri eğitimi, uğraş terapileri gibi hizmetler verilmektedir (Ensari, 2011). Yapılan görüşmelerde hastaların hizmet aldıkları TRSM’lere ilişkin değerlendirmeleri ve önerilerine ilişkin sorular sorulmuştur. Bu sorulara verilen yanıtlardan bazıları şunlardır:

Ben ilaçsız olarak hasta olarak tam 4 yıl üniversite eğitimi gördüm ve yurttan kalırken bu hastalığı hem yaşayarak hem de okulumu bitirmeye çalıştım. Böyle yerler o zaman olsaydı giderdim, çok ihtiyaç duyuyordum çünkü o yüzden şimdi burası benim için çok değerli, bu hastalıkla hayatıma devam etmeyi öğrendim burada” (Theona, 47 yaş, Kadın, Psikoz Tanılı).

“Mesela burada arkadaşlık ortamı var. El sanatları öğreniyoruz. Burada bir birlik beraberlik, bir dayanışma, ruh birliği, arkadaşlarımızla ruhsal beraberlik, birlik, paylaşma, birbirimizle konuşmak, fikir alışverişi, yani ondan sonra birbirimizle güzel şeyler paylaşmak onlar yani” (Greenberg, 44 yaş, Kadın, Şizofreni Tanılı).

“Ne bileyim oturup boş boş düşünmektense bir şeylerle uğraşmak, normal hayata adapte olmak, hayata ayak uydurmak çok iyi bir şey oluyor. Ne bileyim sordukları zaman konuşacağım, söyleyeceğim bir şeyler oluyor. ... sohbet edebileceğim arkadaşlarım oldu hem daha ilgilendiler sosyal hizmet uzmanı olsun, hemşire hanımlar olsun, doktor hanımlar olsun iyi geldiler yani daha iyi oldu” (Ramirez, 52 yaş, Erkek, Şizofreni Tanılı).

Hastaların anlatıları TRSM’lerde ortak deneyimlere sahip bireylerle bir arada oldukları, bir sosyal çevre ve aidiyet oluşturdukları, uğraşı terapileri ile aktif yaşama katılımında buldukları yönündedir. Buna ek olarak hastalara ruh sağlığı alanında başka hangi kurumların kendilerine hizmet verebileceği sorusu sorulmuştur. Katılımcı hastaların tamamına yakını medyanın kendilerine hizmet verebileceğini düşündüğünü ifade etmiştir.

“Bu konuda mesela televizyonlar, radyolar bilgi versin isterim. Topluma seminerler vermeleri lazım. Aslında bu çağın hastalığı. Çünkü ne kadar modernleşirsek ruhsal sıkıntımız, çöküntümüz başlıyor yani. Kendimizi toparlayamıyoruz biz ince ruhlu insanlar olduğumuz için çabuk alınıyoruz, çabuk bozuluyoruz. Ama böyle yerler insanı böyle hayata bağlıyor” (Helfgott, 58 yaş, Erkek, Şizofreni Tanılı).

“Medyanın yardımı olabilir bence. Televizyona çıkmalı bunlar TRSM’yi tanıtmalı, şizofreni hastası olan insanlarla röportaj yapıp halk daha çok bilgilendirilmeli, aileler daha çok bilgilendirilmeli. Halâ şizofreni hastası olup evden dışarıya çıkamayan insanlar var. Bir sürü insan var yazık değil mi o insanlara! Onlarda bu faaliyetlerden faydalanmalılar o yüzden medyanın çok faydası olabilir” (Monroe, 47 yaş, Kadın, Psikoz Tanılı).

Hastaların araştırma kapsamında TRSM’lere ilişkin genel anlatılara hizmetlerden memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğunu, bu kurumlar sayesinde sosyal yaşama katılabildiklerini, hastalıkları hakkında doğru bilgileri alabildiklerini, aldıkları eğitimlerle aileleri ile iletişim problemlerinin azaldığını ve çözüldüğünü, bir şeyler üretmelerine bağlı olarak öz güven ve öz saygılarının, sosyal işlevselliklerinin ve toplumsal yaşama katılımlarının arttığını gösterir yöndedir. Hastaların bu merkezlerle ilişkin genel beklentileri ise merkezlerin daha geniş alanlara konumlandırılması ve aktivitelerin şekillendirilmesi yönünde olmuştur.

5. BÖLÜM

SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu araştırma toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda kilit rol üstlenen TRSM'lerde çalışan sosyal hizmet uzmanı ve hizmet alan hastaların deneyimsel anlatıları üzerinden koruyucu ve önleyici hizmetlerin değerlendirilmesine katkı sağlamak amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu süreçte toplum temelli ruh sağlığına geçiş süreci, sunulan hizmetler ve güncel politikalar analiz edilmiştir. Yapılan analizler geçiş süreci ve güncel politikalar üzerinden sosyal hizmet uzmanlarının yaşadıkları güçlükler ile eksikliklere ve hastaların geri bildirimlerine ilişkin önemli sonuçlar ortaya çıkarmıştır.

Yapılan araştırmalar, farklı ülkelerde denenen modeller ruh sağlığının toplumların kültürleriyle yakından ilişkili olduğunu, bu nedenle de tek bir mükemmel toplum ruh sağlığı modeli olmayacağını göstermektedir. Bu araştırma sonuçları Türkiye'de yürütülen ruh sağlığı politikalarına ilişkin iyileştirme ve geliştirmelere olan gereksinimi ortaya koymaktadır.

Koruyucu ve önleyici ruh sağlığı hizmetleri birincil düzeyde ruh sağlığını koruma ve hastalıkları önlemeye ilişkin çalışmalar, ikincil düzeyde hastalıkların erken tanı, tedavi ve bakımını sağlamaya yönelik çalışmalar ve üçüncü düzey rehabilitasyon ve bakımın devamlılığını sağlayarak buna ilişkin politikalar üretmeye yönelik çalışmalar olmak üzere üç düzeyde ele alınmaktadır. Bu araştırmanın sonuçları da bu üç düzey üzerinden ele alınacaktır.

5.1.BİRİNCİL DÜZEY KORUMA ve ÖNLEMeye İLİŞKİN SONUÇ ve ÖNERİLER

Yaşam bireyin doğumuyla başlayıp ölümüne kadar olan geniş bir süreci kapsamaktadır. Bu yaşam döngüsü içerisinde her bir dönem kendisinden sonraki dönemlere olumlu ya da olumsuz yönde etki etmektedir. Buradan hareketle bu dönemlere yönelik çalışmalar yaparak bireyi hastalıklardan korumak, hastalıkların oluşumunu önlemek tedaviden daha kolaydır denilebilir.

Hastalıkların oluşumunda genetik ve sosyal faktörler kilit rol oynamaktadır. Eğitim, inanç sistemi, sosyo-ekonomik durum, istihdam, toplumsal olaylar, içinde bulunulan sosyal çevre de genetik faktörler kadar ruhsal hastalıkların oluşumuna etki etmektedir. Bu da koruyucu ve önleyici boyutta genetik ve psikososyal risk faktörlerinin belirlenmesinin, birey ve çevresinin hastalıklara ilişkin bilgi düzeyinin artırılmasının önemini ortaya koymaktadır. Çünkü ruhsal hastalıklar yalnızca bireye değil, bireyin içinde bulunduğu aileye ve topluma da etki etmektedir.

Araştırma sonuçları birincil koruma ve önleme düzeyinde risk taraması yapma, damgalama ve ayrımcılığı önleme ve ruh sağlığına ilişkin veri tabanı oluşturma yönündeki ihtiyaçları ortaya çıkarmıştır.

Araştırma sonuçları erken teşhis noktasında risk taramalarının hem sosyal hizmet uzmanları hem de hastalar için önemli olduğunu göstermektedir. Ancak sonuçlar TRSM'lerin sorumlu olduğu coğrafi alan, hizmet verdikleri hasta sayısı, bakılan hasta sayısı odaklı performans sistemi ve sosyal hizmet uzmanı sayısının yetersizliği gibi nedenlerle yalnızca genetik faktörlerden doğan risklere yönelik tarama yapılabildiğine, sosyokültürel risk faktörlerine ilişkin bir çalışma yürütülemediğine işaret etmektedir.

Ayrıca araştırma bulguları hastalık öncesi süreçte koruyucu ve önleyici ruh sağlığı hizmetleri sunan danışma merkezleri gibi ara kurumların olmadığını, yalnızca tanıli hastalara hizmet verilebildiğini göstermektedir.

Ulusal ruh sağlığı hastalık yükünün azaltılabilmesi için TRSM'lerin sayısının artırılması, sosyal hizmet uzmanı başta olmak üzere TRSM'lerde çalışan personel sayısının artırılması ve değişim periyodlarının hastaları olumsuz yönde etkilemeyecek biçimde belirlenmesi, personel ihtiyacının karşılanabilmesi için ilgili bölümlerde lisans kontenjanlarının artırılması, sosyal hizmet eğitiminde ruh sağlığına ilişkin uzmanlaşmanın sağlanabilmesi için tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet / klinik sosyal hizmet gibi ana bilim dallarının açılması ve artırılması önerilmektedir. Buna ek olarak bakanlık tarafından hastalık tehdidi altında olan ancak tanı almamış bireylere hizmet vermek üzere ara kurumların oluşturulması ve tanı almış bireyler ile ailelerine verilen psikoeğitimlerin belirli aralıklarla tekrarlanması önerilmektedir.

Araştırma sonuçları ruhsal hastalık yaşayan bireylerin toplum tarafından damgalama ve ayrımcılığa maruz kaldığını ve toplumsal düzeyde buna ilişkin çalışmalar yapılamadığını göstermektedir.

Sosyal hizmet sosyal adaleti, sosyal içermeyi ve toplumsal bütünleşmeyi sağlamayı amaçlayan bir disiplindir. Ancak bulgular önceliklerin tanımlı hastalar ve aileleri olması, iş yükü ve sosyal hizmet uzmanı sayısı gibi nedenlerle damgalamaya ilişkin bu boyutlarda çalışma yapma konusunda yetersiz kalındığı yönündedir.

TRSM'lerin amaçları ve buralarda çalışan sosyal hizmet uzmanlarının görevleri incelendiğinde damgalama ve ayrımcılıkla mücadeleye ilişkin makro boyutlu çalışmalar yapılmasının çok da mümkün olmadığı görülmektedir.

Araştırma sonucunda damgalama ve ayrımcılıkla ilgili en çok etiketlenmenin medya tarafından yapıldığı, damgalama ve ayrımcılıkla mücadelede en çok desteğin de medyadan beklendiği yönündedir. Damgalama ve ayrımcılıkla mücadele kapsamında politikalar geliştirilmelidir.

Günümüz toplumunda kitle iletişim araçlarına erişim durumu göz önünde bulundurulduğunda damgalama ve ayrımcılıkla mücadelede toplumsal algıların değiştirilerek sosyal içermenin sağlanabilmesi için RTÜK ile iş birliği yapılması; ruhsal hastalıkları tanıtıcı bilgiler ve hasta, psikiyatr, sosyal hizmet uzmanı, psikolog röportajlarını içeren, TRSM'leri tanıtan yayınlar yapılması; TRSM'ler tarafından medya mensuplarına belirli periyodlarla ayrımcı ve damgalayıcı olmayan haber dili konulu eğitimler verilmesi önerilmektedir. Buna ek olarak ruhsal hastalığa sahip hasta ve ailelerinin maruz kaldığı damgalama ve sosyal dışlanma ile mücadele için üniversiteler, yerel yönetimler ve T.C. Milli Eğitim Bakanlığı ile işbirliği yapılarak eğitimler ve konferanslar düzenlenmesi önerilmektedir.

Araştırmada çıkan bir diğer sonuç ruh sağlığına ilişkin bir veri tabanına ihtiyaç duyulmakla birlikte bu veri tabanının eksikliğine işaret etmektedir.

Emek, iş gücü ve kaynak sarfiyatını önlemek adına ruh sağlığına ilişkin veri toplamaya ve istatistikler oluşturmaya yönelik çalışmaların artırılması, hizmet alan hasta ve ailelerinin memnuniyet ve beklentilerini ölçen formlar oluşturularak hizmetlerin değerlendirilmesinin sağlanması ve uygulamaların kanıta dayalı veriler kullanılarak şekillendirilmesi önerilmektedir.

5.2.İKİNCİL DÜZEY KORUMA ve ÖNLEMeye İLİŞKİN SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırma bulguları ikincil düzey koruma ve önleme çalışmalarına ilişkin TRSM'lerin tanıtımına yönelik çalışmaların artırılması ihtiyacını ortaya koymuştur. Araştırma sonuçları TRSM'lerin sağlık sektöründe dahi çok tanınmadığını, ne tür hizmetler verdiğine ilişkin bilgilerin yetersiz olduğunu göstermektedir.

Merkezlerde çalışan sosyal hizmet uzmanları bağlı buldukları hastanenin sağlık personelinin başlayarak birinci basamak sağlık kuruluşlarına, yerel yönetimlere yönelik tanıtım çalışmaları yapmıştır. Ancak hizmet ile hizmete ihtiyaç duyan bireyi buluşturma noktasında bu çalışmalar yetersizdir.

TRSM'lerin tanıtımında “kamu spotları”ndan yararlanılması, televizyon ve internet gibi mecralarda tanıtıcı kısa filmlerin yer alması, afişler hazırlanarak sokaklarda, alışveriş merkezlerinde, kalabalık meydanlarda bulunan reklam panolarına asılması önerilmektedir.

Araştırma sonuçlarından biri de erken teşhise ilişkin çalışmalara ihtiyaç olduğu yönündedir. Sonuçlar toplumda ruhsal hastalıklara ilişkin bilgi ve bilinç düzeyinin düşük olduğunu, ruhsal hastalıklara ilişkin belirtilerin “muska, büyü” olarak nitelendirildiğini, buna bağlı olarak da yardım almak için hastaneler yerine toplumsal çevrenin de baskısı ile “hocalara” gidildiğini ortaya koymuştur. Bilgisizlik ve yanlış inanışlar erken teşhisin önündeki en büyük engellerdendir.

Erken teşhis noktasında yoksulluğun hastalığı tetikleyen nedenler arasında olmasına bağlı olarak sosyoekonomik düzeyi düşük bireylerle sosyal yardım sistemleri üzerinden temasta olan sosyal hizmet uzmanları, ruhsal hastalıkların başlangıç yaşının ergenlik dönemine rastlamasına bağlı olarak ortaöğretim öğretmenleri ve birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev yapan aile hekimleri ile işbirliği yapılması, TRSM'lerde çalışan sosyal hizmet uzmanları tarafından bağlı buldukları coğrafi çevrede bulunan ve bu mesleklerde çalışan bireylere yönelik ruhsal hastalıklar ve belirtilerine ilişkin bilgilendirici eğitim çalışmaları düzenlemesi önerilmektedir. Bu bağlamda erken teşhisi sağlamak ve risk faktörlerini saptayarak önlem almak noktasında okul sosyal hizmeti birimlerinin kurulması, okullarla işbirliği yapılması ve Milli Eğitim Bakanlığı ile entegre koruyucu ve önleyici ruh sağlığı programları oluşturulması ve yürütülmesi büyük önem taşımaktadır.

Ruh sađlıđı alanında sunulan hizmetlerde sosyal eřitliđin ve adaletin sađlanması, hasta ve ailesiyle birlikte toplumun iyileřme sūrecinde sorumluluk alması ve hizmetlerin koordineli olarak iřbirliđi içinde yūrutūlmesi esastır. Bu hizmetler yalnızca T.C. Sađlık Bakanlıđı tarafından verilemeyecek kadar çok yūnlūdur.

Arařtırma sonuçları hizmetlerin sunumunda kurumlar arası iřbirliđi ve entegrasyonun yeterli dūzeyde olmadıđını gōstermektedir. Sonuçlar iřbirliđinin “hemřhricilik, iř bitiricilik” olarak nitelendirilen yollarla yūrutūldūđunū ortaya koymaktadır.

Sonuçlar ayrıca kurumlar arası iřbirliđinin olmamasının sosyal hizmet uzmanlarının iřlerini verimli yapamamasına ve būrokratik engellerle vakit kaybetmelerine, hastaların hak kayıpları yařamalarına ve toplumsal katılım dūzeyinin dūřmesine neden olduđunu da gōstermektedir.

Hizmet veren her kurumun kendi oluşturduğu yasa ve yōnetmelik çerçevesinde hareket etmesi, hak kayıpları ve gereksiz iř yūkūnū ortadan kaldırılması için yōnetmeliklerin revize edilmesi, bu revizeler yapılırken ruh sağlığı alanında hizmet veren farklı kurumlardan mesleki uygulama deneyimi olan temsilci sosyal hizmet uzmanlarının bir araya gelmesi, gerekli iletişimin sağlanabilmesi için sosyal inceleme raporları, epikrizler, MERNİS, SOYBİS gibi ihtiyaç duyulan bilgilere erişilecek boyutta ortak bir portalın oluşturulması önerilmektedir.

Ruh sağlığı hizmetleri ekip olarak sunulan hizmetlerdir. Araştırma sonuçları bu alanda ekip çalışmasının gerçekleştirilebildiğini ancak yūrūrlūkte olan performans sisteminin sosyal hizmet uzmanları başta olmak ūzere sağlık alanında çalışan hekim dışı personelin kendisinin ayrımcılığa uğradığını hissetmesine neden olduğunu ve hasta yōnlendirmelerinin yetersizliği nedeniyle ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesine engel olduğunu ortaya çıkarmaktadır.

Bu bağlamda aileye yōnelik psikoeğitim hizmetlerinin de kayıt altına alınması ile sosyal hizmet uzmanlarının da psikososyal boyutta yaptıkları iřin gōrūnūr kılınması ve bu kayıtların performans sistemi dāhilinde değerlendirilmesi; performans sisteminin yalnızca hekimleri değil bu alanda hizmet veren sosyal hizmet uzmanı, psikolog, ergoterapist, hemşire vb. meslekleri de kapsaması; sayı odaklı ilerleyen ve niteliği gōz ardı eden performans sisteminin sunulan hizmetlerin kalitesine öncelik verecek biçimde yeniden dūzenlenmesi önerilmektedir.

Araştırma sonuçları TRSM'lerin hizmet ve işlerliğine ilişkin de önemli sonuçlar ortaya koymuştur. TRSM'lerin fiziksel olarak ulaşılabilirliği hastalar açısından oldukça önemlidir.

Araştırma bulguları merkezlerin büyük çoğunluğunun yönetmeliğe uygun olarak toplu taşıma ile kolay ulaşılabilir konumda olduğunu göstermektedir. Ancak bununla birlikte merkezlerin kendilerine ait yeşil alan eksikliği olduğu, yönetmelikte tercihen müstakil denmekle birlikte merkezlerin çoğunluğunun çok katlı binaların zemin katında ya da bağlı buldukları hastanenin poliklinik ek hizmet binasında yer aldığı gözlemlenmiştir. Ayrıca bazı TRSM'lerde aktif katılımda bulunan hasta sayısına bağlı olarak uğraşı terapisi alanlarının dar olduğu, fiziksel yapıya bağlı sorunlar olduğu görülmüştür.

Araştırma sonuçları hastaların ulaşım ve nakil hizmetlerine ilişkin problemler olduğunu, ulaşım ve nakil hizmetlerine ilişkin yönetmelik maddesinin gerekli detayları içermediği yönündedir.

Buna istinaden yönetmelikte hastaların nakil ve ulaşımını sağlayacak ve ev ziyaretlerinde kullanılacak hasta nakil aracına ilişkin araç sınıfı ve kapasite gibi bilgilere detaylı olarak yer verilmesi ve kapasitenin merkeze aktif olarak gelen hasta sayıları göz önünde bulundurularak belirlenmesi, servis kullanımının hastaların bağımlılığını arttırmak yerine toplu taşımanın kullanımı üzerinden toplumsal işlevsellik kazanmalarını sağlayacak şekilde düzenlenmesi önerilmektedir.

Araştırmanın bir diğer sonucu da TRSM'lere ayrılan bütçeye ilişkindir. TRSM'lerin bütçeleri bağlı buldukları hastane tarafından karşılanmaktadır. Araştırma bulguları yönetmelikte bütçeye ilişkin bir madde olmadığından bu konuda merkezler arasında bir standardizasyonun olmadığı yönündedir.

Merkezlerin bütçesi hakkında aktif katılan hasta üzerinden bir hesaplama yapılması ve bütçelerin çıkarılacağı tarihlere ilişkin ayrıntılı bir maddeye yönetmelikte yer verilmesi önerilmektedir.

Araştırmanın önemli sonuçlarından biri de hastaların merkezlerden memnuniyet düzeyinin yüksek olması ile birlikte uğraşı terapilerinin hasta talepleri toplanmaksızın planlandığı yönündedir.

TRSM'lerde yapılan uğraşı terapilerinin amaç değil araç olması, hastanın ilgi alanları, yapabilirliği, sosyal ve fiziksel çevresi ve terapi sonunda ulaşılmak istenen amaçlar gibi kıstaslar göz önünde bulundurularak planlanması gerekir. Bu nedenle TRSM'lerde belirli

periyodlarla hastalardan talep formları toplanması ve uğraşı terapilerinin bu formlar doğrultusunda şekillendirilmesi önerilmektedir.

5.3.ÜÇÜNCÜL DÜZEY KORUMA ve ÖNLEMENE İLİŞKİN SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırma bulguları üçüncül düzeyde koruma ve önleme çalışmalarının en önemli amaçlarından biri olan bireyin toplumsal yaşama katılımının sağlanması ve tedavinin toplum içinde sürdürülmesi kapsamında en büyük sıkıntının “istihdam” alanında olduğunu ortaya çıkarmıştır.

Araştırma sonuçları kamu ve özel sektörde ruhsal hastalığa sahip bireylerin iş sahibi olabilmek için birçok zorluk yaşadığına ve istihdam onların çok düşük olduğuna işaret etmektedir.

Bu kapsamda hastaların kamuda istihdamına yönelik olarak ruhsal engellerin diğer engel türlerine sahip bireylerden farklı olarak değerlendirilip çalışabilirlik kriterlerinin yeniden yapılandırılması, EKPSŞ başvuru şartları ile işe alım şartlarının uyumlu hale getirilmesi önerilmektedir. Ayrıca hastaların bireysel değerlendirmelere tâbi tutularak eğitim düzeylerine uygun işlere ve sosyal çevresinin bulunduğu illere yerleştirilmesi önerilmektedir.

Hastaların özel sektörde istihdamına yönelik olarak da TRSM’lerde çalışan sosyal hizmet uzmanları artırılarak buradaki sosyal hizmet uzmanlarının bağlı oldukları coğrafi bölgelerdeki esnaf ve zanaatkar odaları ve meslek odaları ile işbirliği yaparak işverenlere eğitimler vermesi yoluyla önyargı, damgalama ve ayrımcılığın önüne geçilmesi, buna ek olarak da hastaların yalnızca engelli kadrolarına değil yarışmalı işlere de başvuru yapabilmelerinin sağlanması önerilmektedir.

Ayrıca iş danışanları başta olmak üzere hastalarını istihdamı konusunda işbirliği yapılan İŞKUR personeline de eğitimler verilmesi ve engelli kadrosu ile işe yerleştirilen hastaların işe bağlı sosyal çevresine yönelik hizmetlerin sosyal hizmet uzmanlarının bireysel tercihlerine bırakılmaksızın TRSM’nin amaç ve görevleri arasına konulması önerilmektedir.

Araştırmanın önemli bulgularından biri de engelli aylıklarının hesaplanmasına ilişkin uygulamaların hak kayıplarına neden olduğu yönündedir.

Engelli aylıkları yalnızca engelli birey üzerinden değil 16 yaşından büyük tüm aile bireylerinin kişi başına düşen geliri üzerinden hesaplanmaktadır. Engelli aylıklarına ilişkin hesaplama çalışmalarının yeniden düzenlenmesi, hesaplamaların yalnızca engellinin geliri ve sosyal sigortası üzerinden yapılması, ücretler belirlenirken asgari yaşam standartlarının sağlanabilmesi için gerekli olan gelir miktarının göz önünde bulundurulması ve önceliğin hastaları sosyal yardımlara bağımlı hale getirmek yerine istihdamın sağlanması yönünde olması önerilmektedir.

Araştırma sonuçları yürürlükte olan bir ruh sağlığı yasasının olmadığını göstermektedir. Meclise bir yasa taslağı sunulmuş olmakla birlikte, oluşturulan taslakta tedavi, tıbbi veya psikolojik müdahaleler olarak tanımlanmış, tedavinin “sosyal” boyutuna değinilmemiştir. Bu da sosyal hizmet mesleğinin ruhsal hastalıkların tedavisinde görünürlüğünü olumsuz yönde etkilemektedir. Buna paralel olarak yasada sosyal hizmet uzmanı hasta hakları temsilcisi olarak yatışı gereken hastaları yatışa ikna etmekten tedavinin tüm aşamalarında hastanın bilgilendirilip desteklenmesinden, hasta ya da temsilcisinin gerekli tüm özel ya da resmi kurumlarla iletişimini sağlamaktan sorumlu kişi olarak tanımlanmıştır.

Yasa taslağında sosyal hizmet uzmanının yürüttüğü aile psikoeğitimlerinden söz edilmemektedir. Sosyal hizmet uzmanlarının emeklerinin görünür kılınması adına yasada psikoeğitimler de tanımlanmalıdır. Daha çok tıbbi eksenli olarak şekillendirilen yasada “psikososyal tedavi” ibaresine yer verilmesi ruhsal hastalıkların tedavisinde sosyal hizmet uzmanı ve psikoloğun önemi ve gerekliliğine değinilmesi önerilmektedir.

Yine bir hak kaybı olarak güvenlikle ilgili maddeler bulunmakla birlikte yasada ve yönetmelikte ağır psikoze hastalarına hizmet veren TRSM’ler riskli çalışma alanı görülmemektedir.

TRSM’lerde çalışanların rotasyon ve ek ödeme gibi hak kayıpları yaşamamaları için TRSM’lerin riskli birim olarak kabul edilmesi önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- (20, Şubat 2017). <http://www.psikiyatri.org.tr> adresinden alınmıştır
- Academies, T. N. (2009). *Report Brief For Policy Makers: Preventing Mental, Emotional and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and Possibilities.*
- Ager, W. (2009). *Psychosocial Interventions: A Handbook.* International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies.
- Akarçay, D. (2013). Türkiye'de Yürütülen Ruh Sağlığı Hizmetleri Politikalarının Değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.* Ankara.
- Akdağ, R. (2008). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri Kasım2002-2008.* Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Akdur, R. (2005). *Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslama.* Ankara Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı.
- Aksaray, G., Kaptanoğlu, C., ve Oflu, S. (1999). Koruyucu Ruh Sağlığı. *Yeni Synposium,* 37(3), 55-59.
- 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, 25-29.
- Allott, P. (2004). What is Mental Health, Illnes and Recovery? T. Ryan, ve J. Pritchard içinde, *Good Practice in Adult Mental Health* (s. 13-31). London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Almeida, J. C., Mateus, P., ve Tomé, G. (2015). *Joint Action on Mental Health and Well-being: TOWARDS COMMUNITY-BASED AND.*
- Amaddeo, F., Becker, T., Fioritti, A., Burti, L., ve Tansela, M. (2007). Reforms in Community Care: The Balance Between Hospital and Community- Based Mental Health Care. M. Knapp, D. McDaid, E. Mossialos, ve G. Thornicroft içinde, *Mental Health Policy and Practice Across Europe : The Future Direction of Mental Health Care* (s. 235-250). Open University Press.
- Amini, D. (2013). Occupational Therapy Practice Framework: Domain ve Process(3rd Edition). 68(1). *American Journal of Occupational Therapy.*

- APHSA. (2013). *Behavioral Health- Prevention, Early Identification and Intervention: A Pathway Policy Brief*. American Public Human Services Association.
- Arıkan, Ç. (1985, Ocak). Psikiyatrik Sosyal Çalışma ve Psikiyatrik Ortamda Ekip Çalışması. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Arıkan, Ç. (1989). Sağlık Alanında Kurum İçi Ekip Çalışması. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 7(1-2-3), 46-58.
- Arıkan, Ç. (2016, Kasım). *Psikiyatrik Tedavi Sürecinde Sosyal Hizmet Uzmanı*. www.sosyalhizmetuzmani.org/pskshusureci.doc adresinden alınmıştır
- Arıkan, Ç., ve Dilek, L. (1996). *Ruh Hastalıklarının Tedavisinde Psikososyal Boyut*. Ankara: Şafak Matbaacılık.
- Attepe Özden, S. (2015). Koruyucu Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Sosyal Hizmetin Rolü. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 26(1), 191-204.
- Attepe Özden, S. (2017). Psikiyatri Kliniğinde Sosyal Hizmet Uygulamaları. S. Attepe Özden, ve E. Özcan içinde, *Tıbbi Sosyal Hizmet* (s. 125-133). Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Aviram, U. (2002). The Changing Role of the Social Worker in the Mental Health System. *Social Work in Health Care*, 35(1-2), 617-634.
- Avrupa Toplulukları Komisyonu. (2009). *Komisyon Tarafından Konseye ve Avrupa Parlamentosuna Sunulan Bildirim: Genişleme Stratejisi ve Başlıca Zorluklar*. Brüksel: Avrupa Toplulukları Komisyonu.
- Aziz, A. (2015). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri ve Teknikleri*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Bahar, G., ve Savaş, H. A. (2013). Ruh Sağlığı Çalışmalarında Sosyal Hizmet Mesleğinin Rolü. *Yeni Symposium Journal*, 51(2), 83-90.
- Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik*. (2014, Ekim 24). Nisan 24, 2018 tarihinde ASBP Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü: <https://eyh.aile.gov.tr/mevzuat/ulusal-mevzuat> adresinden alındı
- Barker, R. L. (1999). *The Social Work Dictionary*. NASW Press.
- Baykara Acar, Y., ve Acar, H. (2002). Sistem Kuramı- Ekolojik Sistem Kuramı ve Sosyal Hizmet: Kavramlar ve Farklılıklar. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 13(1), 29-35.

- Bilge, A., Güleğül, M., Çetinkaya, A., Erdoğan, E., ve Üçkuyu, N. (2016). Türkiye'deki Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin 2013-2015 Yıllarının Profili. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 1-5.
- Black, J., ve Mindell, M. (1998). A Model for Community-Based Mental Health Services for Older Adults. *Journal of Gerontological Social Work*, 26(3-4), 112-127.
- Brand, U. (2001). Mental Health Care in Germany: Carer's Perspective. *Acta Psychiatrica Scand*, 104 (Suppl.410), 35-40.
- Brown, B., Crawford, P., ve Darongkamas, J. (2000). Blurred Roles and Permeable Boundaries: The Experience of Multidisciplinary Working in Community Mental Health. *Health and Social Care in the Community*, 8(6), 425-435.
- Burns, T. (2015). *Psikiyatri Kısa Bir Giriş*. Ankara: Nika Yayınevi.
- Büyükkınacı, A. (2010). Uğraş Terapisi (Ergoterapi). *Klinik Psikiyatri*, 13, 137-142.
- Campion, J., Bhui, K., ve Bhugra, D. (2011). European Psychiatric Association(EPA) Guidane on Prevention of Mentall Disorders. *European PSychiatry*, 27, 68-80.
- Can Öz, Y. (2016). Şizofreni Biryleri İşe Yerleştirme İle İlgili Görüşler ve Beklentiler: Hasta Ailesi ve İşverenler. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstirüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi.
- Can Öz, Y., ve Ünsal Barlas, G. (2017). Şizofrenili Bireylerde İstihdamın Önemi. *GOP Taksim Eğitim Ve Araştırma Hastanesi JAREN*, 3(Ek Sayı), 46-50.
- Charles, J. L., ve Bentley, K. J. (2016). Stigma as an Organizing Framework for Understanding the Early History of Community Mental Health and Psychiatric Social Work. *Social Work in Mental Health*, 14(2), 149-173.
- Courtney, M., ve Moulding, N. T. (2014). Beyond Balancing Competing Needs: Embedding Involuntary Treatment Within a Recovery Approach to Mental Health Social Work. *Australian Social Work*, 67(2), 214-226.
- Çakmak, S., Süt, H., Öztürk, S., Tamam, L., ve Bal, U. (2016). Psikiyatri Kliniğinde Uğraşı ve Psikososyal Müdahalelerin Hastaların Kişiler Arası İşlevsellik ve Bireysel ve Sosyal Performans Düzeylerine Etkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 53, 234-240.
- Çam, O., ve Bilge, A. (2007). Ruh Hastalığına Yönelik İnanç ve Tutumlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 215-223.

- Çifci, E. G., Gök, F. A., ve Arslan, E. (2015). Kurum Bakımından Toplum Temelli Bakıma Geçiş: Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rolü. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 163-175.
- Danış, Z. (2006). Davranış Bilimlerinde Ekolojik Sistem Yaklaşımı. *Aile ve Toplum*, 3(9), 45-53.
- Davidson, G., ve Campbell, L. B. (2016). Risk, Recovery and Capacity: Competing or Complementary Approaches to Mental Health Social Work. *Australian Social Work*, 69(2), 158-168.
- Denk, P., ve Weibold, B. (2016). Psychiatric Care Planning in Lower Australia- A Long Term Project. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*, 22, 97-100.
- Direk, N. (2008). Avustralya ve Japonya'nın Sağlık Sistemlerine Kısa Bir Bakış. *Türk Psikiyatri Derneği Bülteni*, 11(2), 19-21.
- Doğan, O. (2002). Anksiyete Bozukluklarını Koruma ve Önleme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3, 174-182.
- Doğan, O. (2016). Dünden Bugüne Türkiye'de Sosyal Psikiyatri Uygulamaları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 17(2), 136-142.
- Doğan, S., Doğan, O., Tel, H., Çoker, F., Polatöz, Ö., ve Başeğmez, F. D. (2002). Şizofrenide Psikososyal Yaklaşımlar: Ayaktan Hastalar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3, 69-74.
- Durdu, Z. (2009). Modern Devletin Dönüşümünde Bir Ara Dönem: Sosyal Refah Devleti. *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*(22), 37-50.
- Duyan, V. (2014). *Sosyal Hizmet Temelleri Yaklaşımları Müdahale Yöntemleri*. Ankara: Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği.
- Eaton, J., ve Rodtke, B. (2007). *Developing Community Mental Health Services, Report of the Regional Workshop Bangkok, Thailand, 11-14 December 2006*. WHO.
- Ekici, G., Çoraçı, Z., ve Şafak, Y. (2016). Şizofrenili Bireylerde Aktivite Performansı, Yaşam Memnuniyeti ve Ruhsal Durum İlişkilerinin İncelenmesi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 4(2), 65-72.
- Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2016, Kasım 16). *Engelli Bireylere Yönelik Umut Evleri Yönergesi*. Nisan 25, 2018 tarihinde http://eyh.aile.gov.tr/engelli_bireylere_yonelik_umut_evleri_yonergesi.pdf adresinden alındı

- England, M., Butler, A., ve Gazalez, M. (2015). *Psychosocial Interventions for Mental and Substance Use Disorders: A Framework for Establishing Evidence- Based Standarts*. Washington: The National Academies of Sciences.
- Ensari, H. (2011). Koruyucu Psikiyatri Açısından Bolu TRSM Rehabilitasyon Çalışmaları. *Türkiye Klinikleri J. Psychiatry Special Topics*, 4(4), 86-93.
- Erkoç, Ş., Kardeş, F., ve Artvinli, F. (2010). Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Kısa Tarihi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*(25. Yıl Özel Sayı), 1-12.
- Foucault, M. (2006). *Deliliğin Tarihi*. Ankara: İmge Kitabevi.
- Gormley, D., ve Quinn, N. (2009). Mental Health Stigma and Discrimination: The Experience Within Social Work. *Practice*, 21(4), 259-272.
- Gültekin, B. K. (2008). Amerika Birleşik Devletleri Ruh Sağlığı Sistemi. *Türk Psikiyatri Derneği Bülteni*, 11(2), 15-18.
- Gültekin, B. K. (2010). Ruhsal Bozuklukların Önlenmesi: Kavramsal Çerçeve ve Sınıflandırma. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(4), 583-594.
- Henderson, M., Cheung, S. Y., Sharland, E., ve Scourfield, J. (2015). The Effect of Social Work Use on the Mental Health Outcomes of Parents and the Life Satisfaction of Children in Britain. *Elsevier Children and Youth Services Review*, 58, 71-81.
- Hodges, J. Q., ve Anderson, K. M. (2006). What Do Social Workers Need to Know About Mental Health Courts? *Social Work in Mental Health*, 4(2), 17-30.
- Kasapoğlu, A. (2016). Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 19(2), 131-174.
- Kelly, S., ve McKenna, H. (2004). Risk to Mental Health Patients Discharged Into the Community. *Health, Risk, Society*, 6(4), 377-385.
- Kesgin, B. (2012). Sosyal Politikanın En Önemli Kurumu: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. *İnsan Hakları Yıllığı*, 30, 41-54.
- Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., ve Thornicroft, G. (2007). Mental Health Policy and Practice Across Europe: An Overview. M. Knapp, D. McDaid, E. Mossialos, ve G. Thornicroft içinde, *Mental Health Policy and Practice across Europe* (s. 1-15). New York: Open University Press.
- Kuş, E. (2009). *Nitel- Nitel Araştırma Teknikleri: Sosyal Bilimlerde Araştırma Teknikleri Nicel mi? Nitel mi?* Ankara: Arı Yayıncılık.

- Kuşgözoğlu, T., ve Akbıyık, D. (2007). Development of Social Services and Psychiatric Social Work in Turkey. *Journal o Mental Health*, 36(3), 29-37.
- Kut, S. (1988). *Sosyal Hizmet Mesleği, Nitelikleri, Temel Unsurları, Müdahale Yöntemleri*. Ankara.
- Kümbetoğlu, B. (2015). *Sosyolojide ve Antropolojide Niteliksel Yöntem ve Araştırma*. İstanbul: Bağlam Yayıncılık.
- Liberman, R. (2011). *Yeti Yitiminden İyileşmeye: Psikiyatrik İyileştirme El Kitabı*. Ankara: Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği.
- Liberman, R. P., Hilty, D. M., Drake, R. E., ve Tsang, H. W. (2001). Requirements for Multidisciplinary Teamwork in Psychiatric Rehabilitation. *Psychiatric Services*, 52(10), 1331-1342.
- Lightburn, A. (2001). Conclusion: Clinical Social Work Practice in Community-Based Systems of Care. *Smith College Studies in Social Work*, 71(2), 357-377.
- Llopis, E. J., ve Anderson, P. (2007). A Policy Framework for the Promotion of Mental Health and the Prevention of Mental Disorders. M. Knapp, D. McDaid, E. Mossialos, ve G. Thornicroft içinde, *Mental Health Policy and Practice Across Europe: The Future Direction of Mental Health Care* (s. 188-214). New York: Open Universty Press.
- Llopis, E., ve Anderson, P. (2006). *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention Across European Member States: A Collection of Country Stories*. Luxemburg: European Communities.
- Mamatoğlu, N. (2015). Türkiye'de Engelli İstihdamının Genel Görünümü: İşveren Gözüyle Engelli İstihdamını Artırma Konusunda Önerilen Politikalar. *Alternatif Politika*, 7(3), 524-561.
- Mancini, M., HArdiman, E., ve Lawson, H. (2005). Making Sense of It All: Consumer Providers' Theories about Factors Facilitating and Impeding Recovery from Psychiatric Disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29(1), 45-55.
- Martin, J. (2013). Accredited Mental Health Social Work in Australia: A Reality Check. *Australian Social Work*, 66(2), 279-296.
- McGrath, J., ve L. Hayes, R. (2000). *Cognitive Rehabilitation for People with Schizophrenia and Related Conditions*. The Cochrane Library: <http://cochranelibrary-wiley.com> adresinden alınmıştır

- Mitchell, F., ve Patience, D. A. (2002). Conjoint Multi-Disciplinary Assessment in a Community Mental Health Team. *Social Work in Health Care*, 35(1-2), 605-613.
- Mullen, E. J. (2008). Evidence-Based Policy and Social Work in Health and Mental Health. *Social Work in Mental Health*, 7(1-3), 255-270.
- NAMI. (2015, Nisan 23). *Psychosocial Treatments*. <http://www.nami.org> adresinden alınmıştır
- Nathan, J., ve Webber, M. (2010). Mental Health Social Work and the Bureau-Medicalisation of Mental health Care: Identity in a Changing World. *Journal of Social Work Practice*, 24(1), 15-28.
- NSW Health Department. (2001, October). Getting In Early: A Framework for Early Intervention and Prvention in Mental Health for Young People in New South Wales. North Sydney: NSW NSW Health Department.
- O'Brian, W. (2007). *Evidence Review: Prevention of Menta Health Disorders*. BC Ministry of Health.
- O'Brien, A.-M., ve Calderwood, K. A. (2010). Living in the Shadows: A Canadian Experience of. *Social Work in Mental Health Mental Health Social Work*, 8(4), 319-335.
- O'Loughin, K., Allhoff, R., ve Hudziak, J. (2017). Health Promotion and Prevention ind Child and Adolescent Mental Health. R. J.M. içinde, *e- Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Pschiatry and Allied Prffessions.
- Oral, M., ve Tuncay, T. (2012). Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rol ve Sorumlulukları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 23(2), 93-114.
- Özaydın, M. M. (2015). Refah Devletinin Krizi, Sosyal Politikanın Dönüşümü ve Yükselen Sivil Toplum. *Hak-İş Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi*, 2(3), 74-91.
- Özbesler, C., ve Bulut, I. (2013). Sosyal Hizmette Genelci Yaklaşım ve Ekolojik Perspektif. H. Acar, N. Negiz, ve E. Akman içinde, *Sosyal Politika ve Kamu Yönetimi Bileşenleriyle Sosyal Hizmet Temelleri ve Uygulama Alanları* (s. 97-107). Maya Akademi.

- Özdemir, S. (2005). Sosyal Gelişim Düzeyleri Farklı Refah Devletleirinin Sınıflandırılması Üzerine Bir İnceleme. *Sosyal Siyaset Konferansları*, 49, s. 232-266. İstanbul: İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Yayını.
- Özdemir, U. (1998). Psikiyatrik Sosyal Hizmet. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi.
- Özdemir, U. (1999). Psikiyatri Tedvavi Ekibinin "Ekip Çalışması" Kavramına İlişkin Kendi Bilgilerini ve Çalıştıkları Psikiyatri Tedavi Kurumlarını Değerlendirmeleri. *Kriz Dergisi*, 7(2), 17-24.
- Özdemir, U. (2000). *Türkiye' de Psikiyatrik Sosyal Hizmet*. Ankara: Aydınlar Matbaacılık.
- Özkan, S. (2016). Sosyal Hizmet Uzmanlarının Uygulamalarında Karşılaştıkları Güçlükler ve Süpervizyon Gereksinimi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Payne, M. (2005). *Modern Social Work Theory*. Chicago: Lyceum Books.
- Pektaş, İ., Bilge, A., ve Ersoy, M. A. (2006). Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Epidemiyolojik Çalışmalar ve Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliğinin Rolü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*(7), 43-48.
- Piccinelli, M., Poiti, P., ve Barale, F. (2002). Focus on Psychiatry in Italy. *British Journal of Psychiatry*, 181, 538-544.
- Sarı, N., ve Akgün, B. (2008). Türk Tarihinde Psikiyatriye Bakış. *Türkiye' de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No:62* (s. 1-24). İstanbul: İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı.
- Saruç, S., ve Kaya Kılıç, A. (2015). Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinden Hizmet Alan Hastaların Sosyal Profili ve Merkezde Verilen Hizmetler. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 26(2), 53-71.
- Saxena, S., Sharan, P., Cumbreira, M. G., ve Sacareno, B. (2006, October). World Health Organization's Mental Health Atlas 2005: Implications for Policy Development. *World Psychiatry*, 5(3), 179-184.
- Saydam, M. B. (1994). Sosyal Psikiyatride Ekip Çalışması ve Terapötik Demokrasi. *Kriz Dergisi*, 2(1), 197-202.
- Scheyett, A. (2005). Stigma, Serious Mental Illnes and Social Work. *Social Work in Mental Health*, 3(4), 79-97.

- Sheafor, B. W., ve Horejsi, C. J. (2014). *Sosyal Hizmet Uygulaması: Temel Teknikler ve İlkeler*. Ankara: Nika Yayınevi.
- Shorter, E. (2007). The Historical Development of Mental Health Services in Europe. M. Knapp, D. McDaid, E. Mossialos, ve G. Thornicroft içinde, *Mental Helth Policy and Practice Across Europe* (s. 15-33). New York: Open University Press.
- Simpson, G. A., Williams, J. C., ve Segall, A. B. (2007). Social Work Education and Clinical Learning. *Clinical Social Work Journal*, 35(1), 3-14.
- Sönmez, S. (2009). Şizofreni Hastalarında Psikoeğitim Çalışmasının Pozitif Belirtiler, Sosyal İşlevsellik, Yeti Yitimi, İç Görü ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi Yayınlanmamış. İstanbul: T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzmanlık Tezi.
- Srivastana, P., ve Panday, R. (2017). Psychoeducation an Effective Tool as Treatment Modalityin Mental Health. *The International Journal of Indian Psychology*, 4(1), 123-130.
- Şen, H., Katrancıoğlu, A., ve Keser, N. (tarih yok). *TC Sağlık Bakanlığı "Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı" Değerlendirme Raporu*. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği.
- T.C. Kalkınma Bakanlığı. (2015). *Özürlülere Sunulan Hizmetlerin Etkinleştirilmesi Çalışma Grubu Raporu*. Ankara. <http://www.kalkinma.gov.tr>: <http://www.kalkinma.gov.tr> adresinden alınmıştır
- T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. (2012). *Hemşirelik- Ruh Sağlığı ve Hastalıklarına Giriş*. Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2006). *Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası* . Ankara: TC Sağlık Bakanlığ Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011). *Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011-2023*. Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2012). *Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri İçin Çalışma Rehberi*. Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2014). *Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge*.
- Teater, B. (2015). *Sosyal Hizmet Kuram ve Yöntemleri*. Ankara Nika Yayınevi.

- Thomas, S., Jenkins, R., Burch, T., Nasir, L. C., Fisher, B., Giotaki, G., . . . White, R. (2016). Promoting Mental Health and Preventing Mental Illness in General Practice. *London Journal of Primary Care*, 8(1), 3-9.
- Thornicroft, G., ve Tansella, M. (2003). What are the arguments for community-based mental health care? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN).
- Tiyek, R., ve Yertüm, U. (2016). Güney Avrupa Refah Rejimi Bağlamında Türkiye: Bir Değerlendirme. *Kırıkkale Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 5(1), 26-51.
- Tooth, B., Kalyanasundaram, V., Glover, H., ve Momenzadah, S. (2003, October). Factors Consumers Identify as Important to Recovery from Schizophrenia. *Australasian Psychiatry*, 11, 70-77.
- Tosone, C. (2016). Clinical Social Work Education, Mental Health, and the DSM-5. *Social Work in Mental Health*, 14(2).
- Turan, N. (2009). *Sosyal Kişisel Çalışma: Birey ve Aile İçin Sosyal Hizmet*. Ankara: Aydınlar Matbaacılık.
- Uçan, G., İldan Çalım, S., 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.
- Webber, M. (2013). Developing Advanced Practitioners in Mental Health Social Work: Pedagogical Considerations. *Social Work Education*, 32(7), 944-955.
- Welsh, C. (2008). The Debacle of Deinstitutionalization: History and Politics of Community Mental Health Centers.
- WFOT. (2010). *World Federation of Occupational Therapists*. <http://www.wfot.com> adresinden alınmıştır
- WHO. (2001). *The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*, Geneva. World Health Organization.
- WHO. (2004a). *Prevention of Mental Disorders Effective Interventions and Policy Options Summary Report*. Geneva: World Health Organization.

- WHO. (2004b). Mayıs 12, 2017 tarihinde <http://www.euro.who.int/en/health-topics/non-communicable-diseases/mental-health> adresinden alındı
- WHO. (2007). *Developing Community Mental Health Services, Report of the Regional Workshop Bangkok, Thailand*. New Delhi: World Health Organisation.
- WHO. (2011). *Mental Health Atlas 2011*. Italy: World Health Organization.
- www.mevzuat.gov.tr. (2013, Ocak 25). Nisan 2018, 2018 tarihinde T.C. Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü Mevzuat Bilgi Sistemi: <http://www.mevzuat.gov.tr> adresinden alındı
- Yanık, M. (2007). Türkiye Ruh Sağlığı Sistemi Üzerine Değerlendirme ve Öneriler: Ruh Sağlığı Eylem Planı Önerisi. *Psikiyatride Delemeler, Olgular ve Varsayımlar Dergisi RCHP* (Özel Sayı).
- Yeğen, M., Keyman, E., M.A., Ç., ve Tol, U. (2010). *Türkiye’de Gönüllü Kuruluşlarda Sivil Toplum Kültürü TÜBİTAK Raporu*. YADA.
- Yıldırım, A., ve Şimşek, H. (2000). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Yıldız, M. (2007). Psikiyatrik Rehabilitasyon. E. Köroğlu, ve C. Güleç içinde, *Psikiyatri Temel Kitabı* (s. 726-732). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Yılmaz, V. (2012). *Türkiye’de Ruh Sağlığı Politikaları: Tespitler ve Öneriler*. İstanbul: Karika Matbaacılık.
- Zastrow, C. (2014). *Sosyal hizmete Giriş*. Ankara: Nika Yayınevi.
- Zastrow, C., ve Ashman, K. K. (2014). *İnsan Davranışı ve Sosyal Çevre I*. Ankara: Nika Yayınevi.
- Ziguras, S., Henley, K., ve Catford, W. C. (1999). Social Work in Mental Health Services: A Survey of the Field. *Australian Social Work*, 52(2), 53-59.

EK-1: YARI YAPILANDIRILMIŞ SOSYAL HİZMET UZMANI GÖRÜŞME FORMU

I. Sosyo-Demografik Bilgiler

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz:
3. Eğitim Durumunuz:
4. Kaç yıldır sosyal hizmet uzmanı olarak çalışıyorsunuz?
5. Kaç yıldır ruh sağlığı alanında çalışıyorsunuz?

II. Kurum Bakımından Toplum Temelli Bakıma Geçiş Süreci

6. Türkiye’de ruh sağlığı alanında kurum bakımı hizmet modelinden toplum temelli ruh sağlığı modeline geçiş sürecindeki deneyimlerinizden bahseder misiniz?
 - Geçiş süreci zaman planlaması
 - TRSM yapılanması
 - Hizmet verilen coğrafi bölgenin kapsamı
 - Meslek elemanı sayıları
 - Merkezin fiziksel ihtiyaçları
 - Diğer

III. Yürütülen Hizmetler ve Bu Hizmetlere İlişkin Düşünce ve Değerlendirmeler

7. TRSM’lerin tarama alanlarından bahseder misiniz? (Bulduğunuz coğrafi bölgede nerelere hizmet vermekle yükümlüsünüz? Yaklaşık kaç kişiye hizmet sunacağınız belli mi?, vb.)
8. TRSM’lerin ruh sağlığının koruyucu- önleyici boyutunda ne gibi hizmetler verdiğinden bahseder misiniz? (Çocukluk, yetişkinlik, yaşlılık dönemine ilişkin mikro, mezzo ve makro boyutlu çalışmalar)
9. Hizmetlerin sunumunda meslek grupları arasında nasıl bir rol paylaşımı bulunuyor? Bu rol paylaşımını nasıl değerlendiriyorsunuz? (Olumlu ve olumsuz yanları)
10. Sunulan hizmetleri hedef kitle bağlamında nasıl değerlendirdiğinizden söz eder misiniz?

- Hizmet modellerinin nasıl belirlendiği
- Hizmet modelleri ile hedef kitlenin ihtiyaçlarının uyumu
- Hizmet alanların katılım düzeyleri
- Hizmet alanların cinsiyetlere göre dağılımı
- Hizmet alanların yaş gruplarına göre dağılımı
- Diğer

11. TRSM'lerden yararlanan hastaların toplumsal işlevselliğini arttırmaya ilişkin ne tür hizmet modellerine ihtiyaç duyuyorsunuz? Korumalı ev/ iş yeri, yarı yol evi gibi hizmetlerin işlerliğini nasıl değerlendiriyorsunuz?
12. Ruhsal hastalıkları önlemeye ilişkin risk taraması çalışmaları yapabiliyor musunuz? Yapabiliyorsanız çalışmalardan ve süreçten; yapamıyorsanız nedenlerinden bahseder misiniz?
13. TRSM'ler olarak topluma yönelik ne gibi çalışmalar yürütüyorsunuz? Topluma yönelik çalışma yapmanın güçlüklerinden söz eder misiniz?
14. TRSM'lerin tanıtımı ve sunulan hizmetlere toplumsal katılım hakkında neler düşünüyorsunuz?
15. Hizmetlerin sunumunda kamu kurumları arasındaki işbirliğini nasıl değerlendiriyorsunuz?
16. Kamu bağlamında koruyucu ve önleyici ruh sağlığında sivil toplum örgütleri ile işbirliğiniz var mı? Varsa boyutlarından bahseder misiniz?

IV. Hizmetlere İlişkin Ölçme, Değerlendirme ve Standardizasyon

17. TRSM'ler tarafından verilen koruyucu ve önleyici hizmetlere ilişkin ölçme ve değerlendirme sistemleri var mı? Varsa yeterli buluyor musunuz? Bu değerlendirme sistemlerini TRSM'nin bakanlık ve hastalar tarafından değerlendirilmesi yönünde ele alır mısınız?
18. Sağlık Bakanlığı tarafından verilen hizmet içi eğitimleri mesleki bilgi, beceri ve değerler bağlamında nasıl değerlendiriyorsunuz?

19. Koruyucu ve önleyici ruh sağlığının geliştirilmesi için ne tür verilere ihtiyaç duyduğunuzdan ve ihtiyaç duyduğunuz verilere hangi kurumlar tarafından hazırlanan veri tabanları üzerinden ulaştığınızdan söz eder misiniz?
20. Bu alanda çalışanlar olarak mesleki paylaşım, bilgi aktarımı, süpervizyon gibi konularda desteğe ihtiyaç duyuyor musunuz? (Hangi boyutlarda desteğe ihtiyaç duyuyorsunuz?) Varsa bu destek ihtiyacını karşılamaya yönelik platformlardan ve içeriklerinden bahseder misiniz?

V. Ruh Sağlığı Politikaları ve Politika Önerileri

21. Ruh sağlığı alanında yürürlükte olan politikalara ilişkin değerlendirmelerinizden bahseder misiniz?
22. Ruh sağlığı hizmetlerine ilişkin var olan yasal düzenlemelerin çalışanlar ve hizmet alanlar açısından bir değerlendirmesini yapar mısınız?
23. Ruh sağlığı çalışmaları alanında öncü ülkelerden biri olan İsveç'te hizmetler bu alanda hizmet veren tüm kurum ve kuruluşlar tarafından birbiriyle bütünleşik (entegre) biçimde yürütülüyor. Hizmetlerin bütünleşik olarak sunulmasına ilişkin düşüncelerinizden söz eder misiniz?
24. Son olarak koruyucu- önleyici hizmetlere ilişkin politika önerilerinizden bahseder misiniz?

EK-2: YARI YAPILANDIRILMIŞ HASTA GÖRÜŞME FORMU

Sosyo-Demografik Bilgiler:

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz:
3. Kaç Yaşında Tanı Aldınız? :
4. Kaç Yıldır Tedavi Görüyorsunuz? (Yataklı Tedavi/ Ayaktan Tedavi):
5. Ne Kadar Süredir TRSM' deki hizmetlerden faydalaniyorsunuz? :

Bilgilendirme: Türkiye Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2006) ile birlikte kurum bakımı modelinden toplum temelli bakım modeline geçme kararı aldı ve bu doğrultusunda sizin de şu anda hizmet almakta olduğunuz Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri kurulmaya başlandı. Ben bu araştırmada sizin TRSM'den aldığınız koruyucu ve önleyici hizmetlere ilişkin duygu, düşünce ve yaşamsal deneyimlerinizi anlamaya ve varsa önerilerinizi öğrenmeye çalışıyorum. Bu doğrultuda hazırlamış olduğum sorular üzerinden sizinle sohbet etmek istiyorum. Bu sohbet esnasında daha sonrasında unutmamak adına izniniz olursa ses kaydı almak istiyorum. Araştırma kapsamında herhangi bir şekilde kimlik bilgilerinizi istemeyeceğim ve elde ettiğim bilgileri saklı tutarak yalnızca bilimsel amaçla kullanacağım. Ayrıca araştırmanın istediğiniz anında, ayrılmak istediğinizi herhangi bir neden veya koşul belirtmeden ifade edebilirsiniz.

Kurumdan Alınan Hizmetler ve Bunlara İlişkin Düşünce ve Deneysel Değerlendirmeler

6. Toplum Ruh Sağlığı Merkezinin sunduğu hangi hizmetlerden faydalandığınızı hizmetlerden haberdar olma sürecinizden başlayarak anlatır mısınız? (Bireysel, ailenize yönelik ailenizle beraber, vb.)
7. Faydalandığınız hizmetler hakkındaki duygu, düşünce ve değerlendirmelerinizden bahseder misiniz?

8. Ailenizden TRSM'nin sunduğu hizmetlerden faydalanan bireylerin bu hizmetlerden faydalanmadan önce ve bu hizmetlerden faydalandıktan sonra size karşı tutumlarına ilişkin deneyimlerinizden bahseder misiniz?
9. TRSM'den aldığımız hizmetler sonrasında iş, okul gibi sosyal çevrenizin size karşı tutum ve davranışlarına ilişkin deneyimlerinizi benimle paylaşır mısınız?
10. TRSM'lerin iş, okul gibi sosyal çevrenize sunduğu hizmetler var mı? Varsa neler bahseder misiniz?
11. İş, okul gibi sosyal çevrenize TRSM'lerin ne gibi hizmetleri sunmasını isterdiniz?

Hizmetlere İlişkin Öneriler

12. TRSM'lerin hastalar tanı almadan önce sunabileceği hizmetlere ilişkin önerilerinizden bahseder misiniz?
13. Faydalandığımız hizmetlere ilişkin değerlendirmelerinizden bahseder misiniz?
(Olumlu, olumsuz yanlar, hizmet alırken karşılaşılan zorluklar)
14. Ruh sağlığının korunmasında size hizmet verebileceğini düşündüğünüz kurum ve kuruluşlardan bahseder misiniz?
15. Son olarak bence böyle olsa daha iyi olurdu dediğiniz hizmetlere ilişkin önerileriniz neler?

EK-3: AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

“Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Koruyucu- Önleyici Boyutun Değerlendirilmesi” isimli araştırma Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü Öğretim Üyesi Doç. Dr. Sema BUZ ile birlikte yürütülmektedir. Araştırma yüksek lisans tezidir.

Bu araştırmanın yapılmak istenmesinin nedeni toplum ruh sağlığı merkezlerinde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının kurum temelli bakımdan toplum temelli bakıma geçiş sürecindeki deneyimleri ve bu merkezlerde verilen hizmetlere ilişkin bilgi, düşünce ve değerlendirmelerinin belirlenmesidir. Aynı zamanda bu merkezlerden hizmet alan bireylerin yararlandıkları hizmetlere ilişkin bilgi, düşünce ve deneyimsel değerlendirmelerinin belirlenmesi de amaçlanmaktadır. Bu çalışmaya vereceğiniz katkılar bu merkezlerde çalışan ya da bu merkezlerden hizmet alan ve benzer sorunlar yaşayan diğer meslek elemanları ve hastalar için yardımcı ve yol gösterici olacak, hizmet modelinde var olan eksikliklerin saptanması yoluyla gerekli iyileştirmelerin yapılmasına ışık tutacaktır.

Bu bağlamda Ankara ilinde bulunan toplum ruh sağlığı merkezlerinde çalışan sosyal hizmet uzmanları ve bu merkezlerden hizmet alan bireylerle gerçekleştirilecek olan araştırmaya sizin de katılmanız istenmektedir. Ancak bu araştırmaya katılıp katılmamak gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında bilgilendirilmeniz amacıyla bu form hazırlanmıştır. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak istemeniz durumunda formu imzalayınız.

Araştırmanın yapılabilmesi için Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyon’undan çalışma için gerekli izinler alınmıştır. Araştırmanın uygulaması ortalama bir saat sürecek ve derinlemesine görüşme ile gerçekleştirilecektir. Ayrıca görüşme söylediklerinizin unutulmaması ve görüşmenin akışının bozulmaması için kayıt cihazı ile kaydedilecektir. Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü Arş. Gör. Özlem GÖZEN tarafından yapılacak bu araştırmaya katılımınız ve görüşme sırasında sorulan soruları eksiksiz ve doğru yanıtlamanız araştırmanın başarısı için önem taşımaktadır.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Araştırma uygulaması sonucunda sizden alınan bilgiler bilimsel araştırma amaçları dışında kesinlikle kullanılmayacaktır. Verilen bilgilerin gizliliği kesinlikle korunacaktır.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkınız da bulunmaktadır.

İletişim için:

Arş. Gör. Özlem GÖZEN gznozlem@gmail.com 0(312) 297 6363

Aydınlatılmış onam formunu okudum ve çalışmaya kendi rızamla tamamen gönüllü olarak katılıyorum. Çalışmanın yürütülmesi sırasında önceden bildirmek kaydı ile araştırmadan çekilebileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Tarih: .../.../.....

Katılımcının Adı-Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Araştırmacının Adı-Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

EK-4: SAĞLIK BAKANLIĞI İZİNİ

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 90169164/799
Konu : Özlem GÖZEN (Tez Çalışması)

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : Hacettepe Üniversitesi Genel Sekreterlik'in 31/01/2018 tarihli ve 160-906 sayılı yazısı.

İlgide kayıtlı yazı ile Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı'nda yüksek lisans yapmakta olan Özlem GÖZEN' in " Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Koruyucu- Önleyici Boyutun Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışması talebine ilişkin yazı yazımız ekinde gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Dr.Üzeyir ERDOĞAN
Başkan Yardımcısı

EK: Yazı ve ekleri (26 sayfa)

DAĞITIM:

Gereği:

Ankara Sincan Dr. Nafiz Körez Devlet Hastanesi (Toplum Ruh Sağlığı Merkezi)
SBÜ Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH (Toplum Ruh Sağlığı Merkezi)
Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji EAH (Toplum Ruh Sağlığı Merkezi)
Ankara YBÜ Yenimahalle Eğitim Araştırma Hastanesi (Toplum Ruh Sağlığı Merkezi)
SBÜ Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Toplum Ruh Sağlığı Merkezi)
SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Toplum Ruh Sağlığı Merkezi)
Ankara Etimesgut Şehit Sait Ertürk Devlet Hastanesi (Toplum Ruh Sağlığı Merkezi)
SBÜ Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Toplum Ruh Sağlığı Merkezi)

Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Birimi
Emrah Mh. Gata No: 87 Keçiören - ANKARA
Faks No:

e-Posta: yesim.ozer@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.asm.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden d55abe47-93b5-45f2-8594-9efbcdae3f kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Yeşim ÖZER(ŞİRKET)

Unvan: Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.

Telefon No: 0312 306 36 57

EK-5: ETİK KURUL İZİNİ



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 - 1373

Konu :

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 10 EKİM 2017 SALI
Toplantı No : 2017/22
Proje No : GO 17/552 (Değerlendirme Tarihi: 04.07.2017)
Karar No : GO 17/552- 17

Üniversitemiz İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü öğretim üyelerinden Doç. Dr. Sema BUZ' un sorumlu araştırmacı olduğu ve Arş. Gör. Özlem GÖZEN' in yüksek lisans tezi olan, GO 17/552 kayıt numaralı, "*Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Koruyucu-Önleyici Boyutun Değerlendirilmesi*" başlıklı proje önerisi araştırmacının gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

- | | |
|---|--|
| 1. Prof. Dr. Nurten AKARSU (Başkan) | 10 Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU (Üye) |
| 2. Prof. Dr. Sevda F. MÜFTÜOĞLU (Üye) | 11 Yrd. Doç. Dr. Özay GÖKÖZ (Üye) |
| 3. Prof. Dr. M. Yıldırım SARILCI (Üye) | 12. Doç. Dr. Gözde GİRGİN (Üye) |
| 4. Prof. Dr. Necdet SAĞLAM (Üye) | 13. Doç. Dr. Fatma Visal OKUR (Üye) |
| 5. Prof. Dr. Hatice Doğan BUZOĞLU (Üye) | 14. Doç. Dr. Can Ebru KURT (Üye) |
| İZİNLİ | |
| 6. Prof. Dr. R. Köksal ÖZGÜL (Üye) | 15. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev TURNAGÖZ (Üye) |
| 7. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN (Üye) | 16. Öğr. Gör. Dr. Müge DEMİR (Üye) |
| 8. Prof. Dr. Elmas Ebru YALGIN (Üye) | 17. Öğr. Gör. Dr. Meltem ŞENGELEN (Üye) |
| 9. Prof. Dr. Mintaze Kerem GÜNELİ (Üye) | İZİNLİ |
| | 18. Av. Meltem ONURLU (Üye) |



HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

Tarih: 21/06/2018

Tez Başlığı : Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Koruyucu ve Önleyici Boyutun Değerlendirilmesi

Yukarıda başlığı gösterilen tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 126 sayfalık kısmına ilişkin, 20 /06 /2018 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda işaretlenmiş filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı %'8 dir.

Uygulanan filtrelemeler:

- 1- Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç
- 2- Kaynakça hariç
- 3- Alıntılar hariç
- 4- Alıntılar dâhil
- 5- 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nı inceledim ve bu Uygulama Esasları'nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Adı Soyadı: Özlem GÖZEN
Öğrenci No: N15120459
Anabilim Dalı: Sosyal Hizmet
Programı: Sosyal Hizmet

Tarih ve İmza

DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR.

Prof. Dr. Sema BUZ

