



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI
SOSYAL HİZMET YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**RUH SAĞLIĞI ALANINDA ÇALIŞAN SOSYAL HİZMET UZMANLARININ
MESLEKİ ROL VE GÖREVLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Nefel ARTUÇ

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Abdullah KARATAY

İSTANBUL - 2025

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI
SOSYAL HİZMET YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**RUH SAĞLIĞI ALANINDA ÇALIŞAN SOSYAL HİZMET UZMANLARININ
MESLEKİ ROL VE GÖREVLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Nefel ARTUÇ

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Abdullah KARATAY

İSTANBUL - 2025

ÖZET

RUH SAĞLIĞI ALANINDA ÇALIŞAN SOSYAL HİZMET UZMANLARININ MESLEKİ ROL VE GÖREVLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ruhsal bozukluklar, bireyin düşünsel, duygusal ve davranışsal işleyişinde dengesizliklere neden olarak yaşamın çeşitli alanlarında uyum güçlükleri ve işlev kayıpları yaratmaktadır. Özellikle psikotik ve ağır duygudurum bozuklukları; öz bakım, iletişim, eğitim, istihdam ve sosyal roller gibi temel alanlarda ciddi aksamalara yol açmaktadır. Bu bozuklukların etkileri yalnızca tıbbi değil, aynı zamanda psikolojik, toplumsal ve çevresel düzeylerde de hissedilmektedir. Bu nedenle ruhsal bozukluğu olan bireylerin biyolojik, psikolojik ve sosyal yönleriyle bir bütün olarak değerlendirilmesi ve müdahalelerin biyopsikososyal bir yaklaşımla yürütülmesi önemlidir. Psikiyatrik sosyal hizmet bu noktada bireylerin sosyal işlevselliğini destekleyen, hak temelli çalışan ve hizmet koordinasyonu sağlayan bir uzmanlık alanı olarak öne çıkmaktadır. Bu araştırma, ruh sağlığı alanında görev yapan sosyal hizmet uzmanlarının mesleki rol ve görevlerini, ruhsal bozukluğu olan bireylerle yürüttükleri müdahaleleri ve çok disiplinli ekip yapısı içindeki deneyimlerini incelemektedir. Ayrıca uzmanların yaşadığı mesleki zorluklar, etik ikilemler ve geliştirilmesi gereken hizmetlere ilişkin önerileri de ele alınmaktadır. Nitel yönetime dayanan çalışmada, İstanbul, Ankara, İzmir, Adana, Aydın, Bolu, Yalova, Elazığ ve Trabzon illerinde Tıbbi Sosyal Hizmet Birimi, AMATEM, TRSM ve Psikiyatri Kliniklerinde çalışan toplam 20 sosyal hizmet uzmanıyla yarı yapılandırılmış görüşmeler yapılmış ve veriler betimsel analizle değerlendirilmiştir. Bulgular, uzmanların sosyal inceleme, vaka yöneticiliği, bilgilendirme, kurumlar arası koordinasyon ve savunuculuk gibi roller üstlendiğini ve çok düzeyli müdahalelerde bulunduğunu ortaya koymuştur.

Anahtar Kelimeler: Ruh Sağlığı, Ruhsal Bozukluk, Psikiyatrik Sosyal Hizmet, Biyopsikososyal Yaklaşım, Multidisipliner Ekip Çalışması,

ABSTRACT

EVALUATION OF PROFESSIONAL ROLES AND DUTIES OF SOCIAL WORKERS WORKING IN THE FIELD OF MENTAL HEALTH

Mental disorders cause imbalances in the individual's intellectual, emotional and behavioral functioning, creating adaptation difficulties and functional losses in various areas of life. Especially psychotic and severe mood disorders cause serious disruptions in basic areas such as self-care, communication, education, employment and social roles. The effects of these disorders are felt not only at medical but also at psychological, social and environmental levels. Therefore, it is important to evaluate individuals with mental disorders as a whole in terms of their biological, psychological and social aspects and to conduct interventions with a biopsychosocial approach. Psychiatric social work stands out at this point as an area of expertise that supports the social functionality of individuals, works on a rights basis and provides service coordination. This research examines the professional roles and duties of social workers working in the field of mental health, the interventions they conduct with individuals with mental disorders and their experiences within a multidisciplinary team structure. In addition, the professional difficulties experienced by the experts, ethical dilemmas and suggestions for services that need to be developed are also discussed. In the study based on qualitative methods, semi-structured interviews were conducted with a total of 20 social workers from Istanbul, Ankara, Izmir, Adana, Aydin, Bolu, Yalova, Elazig and Trabzon and the data were evaluated with descriptive analysis. The findings revealed that the experts undertook roles such as social investigation, case management, information, inter-institutional coordination and advocacy and made multi-level interventions.

Keywords: Mental Health, Mental Disorder, Psychiatric Social Work, Biopsychosocial Approach, Multidisciplinary Teamwork

TEŞEKKÜR

Bu tez çalışması süresince her zaman bilgi ve deneyimiyle yanımda olan, yönlendirmeleriyle bana yol gösteren ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen kıymetli danışmanım Prof. Dr. Abdullah Karatay’a içtenlikle teşekkür ederim.

Tez jürimde yer almayı kabul eden, çalışmamın niteliğini artırmaya yönelik değerli bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, yapıcı geri bildirimleri ve yol gösterici yaklaşımlarıyla sürece anlamlı katkılar sunan saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. İsmail Barış ve Dr. Öğr. Üyesi Burak İyiekici’ye gönülden teşekkür ederim.

Bu çalışmanın her aşamasında bana destek olan sevgili yol arkadaşım Roni’ye, sabrı, sevgisi ve her zaman yanımda olmasıyla beni motive ettiği için teşekkür ederim.

Bu süreci daha anlamlı ve sürdürülebilir kılan, birlikte düşündüğüm, paylaştığım çalışma arkadaşlarım Fadime Çomak’a, Aysun Yüce Karabulut’a Hatun Kılıçgün’e ve Nurcan Beytaş’a gönülden teşekkür ederim. Her biri bu yolculukta benim için kıymetli birer motivasyon kaynağı oldu.

Görüşme yapmamı kabul eden, içtenlikle katkı sunan ve bana zaman ayıran tüm katılımcılara minnettarım. Onların paylaşımları bu çalışmanın en değerli parçalarını oluşturdu.

Hayatım boyunca her adımında yanımda olan, sevgisiyle beni ayakta tutan anneme, sabrını ve desteğini hep hissettiren babama, varlıklarıyla güç veren kardeşlerime, halalarıma ve amcalarıma sonsuz teşekkür ederim. Onların inancı ve sevgisi olmasaydı, bu süreci tamamlamak çok daha zor olurdu.

Nefel ARTUÇ

BEYAN FORMU

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, tarafımdan üretildiğini ve şkdar niversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.



01.05.2025
Nefel ARTUÇ

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
TEŞEKKÜR	iii
BEYAN FORMU	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLOLAR DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xiii
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Problemi	3
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırmanın Önemi.....	6
1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Varsayımları.....	7
2. GENEL BİLGİLER	8
2.1. Psikiyatrik Sosyal Hizmet.....	8
2.1.1. Psikiyatrik sosyal hizmetin tarihçesi	9
2.1.2. Psikiyatrik sosyal hizmet uzmanlarının rolleri ve görevleri.....	11
2.1.2.1. Koruyucu- önleyici çalışmalar	14
2.1.2.2. Rehabilitasyon çalışmaları	14
2.1.2.3. Bilgilendirme ve eğitimci rolü	15
2.1.2.4. Güçlendirme ve savunuculuk rolü	17
2.1.2.5. Damgalama ile mücadele ve sosyal içirme	18
2.1.2.6. Sosyal inceleme.....	20
2.1.2.7. Vaka yöneticisi rolü	21
2.1.2.8. Bireyle ve aileyle çalışma	21

2.1.2.9. Koordine edici ve hizmet geliştirici rolü.....	22
2.2. Ruh Sağlığı.....	23
2.2.1. Psikiyatrik hastalıklar (ağır ruhsal bozukluklar)	25
2.2.2 Dünya’da ve Türkiye’de ruh sağlığı hizmetleri ve uygulanan politikalar.....	30
2.2.3. Ruh sağlığı hizmet modelleri	35
2.2.3.1. Hastane modeli.....	37
2.2.3.2. Toplum modeli	38
2.2.3.3. Hastane-toplum denge modeli.....	39
2.3. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri.....	40
2.3.1. Toplum ruh sağlığı merkezlerinin Türkiye’de gelişimi	41
2.3.2. Toplum ruh sağlığı merkezlerinin amaç ve hedefleri.....	43
2.3.3. Toplum ruh sağlığı merkezlerinin fonksiyonları	45
2.3.3.1. Hizmetin kapsamı, başvuru ve hasta kabulü	45
2.3.3.2. Toplum ruh sağlığı merkezlerinde kayıtların tutulması ve istatistik.....	46
2.3.3.3. Bireysel bakım planı	46
2.3.3.4. Bireysel risk değerlendirmesi ve yönetimi.....	47
2.3.3.5. Gezici ekip ev ziyaretleri.....	48
2.3.3.6. Psikososyal müdahaleler	48
2.3.3.7. Rehabilitasyon hizmetleri.....	49
2.3.3.8. Kurumlar arası işbirliği	49
2.3.4. Toplum ruh sağlığı merkezlerinde yapılan faaliyetler	50
2.3.5. Toplum ruh sağlığı merkezlerinden hizmet alan bireyler	51
2.3.6. Toplum ruh sağlığı merkezi ekibi, görevleri ve ekip çalışması	51
3. GEREÇ VE YÖNTEM	55
3.1. Araştırmanın Modeli	55
3.2. Araştırmanın Çalışma Grubu	56
3.3. Veri Toplama Araçları	57

3.4. Veri Toplama Süreci	57
3.5. Verilerin Analizi.....	59
4. BULGULAR	60
4.1. Katılımcılara İlişkin Tanıtıcı Bulgular	60
4.2. Katılımcıların Ruh Sağlığı Alanındaki Mesleki Rollerinin Değerlendirilmesi	62
4.2.1. Katılımcıların sosyal inceleme rolünün değerlendirilmesi.....	62
4.2.2. Katılımcıların vaka yöneticiliği rolünün değerlendirilmesi.....	65
4.2.3. Sosyal hizmet uzmanlarının bilgilendirme ve eğitimci rolünün değerlendirilmesi.....	68
4.2.4. Sosyal hizmet uzmanlarının koordine edici ve bağlantı kurucu rolünün değerlendirilmesi	71
4.2.5. Sosyal hizmet uzmanlarının savunuculuk rolünün değerlendirilmesi.....	73
4.3. Katılımcıların Ruh Sağlığı Alanında Gerçekleştirdiği Sosyal Hizmet Uygulamalarının Değerlendirilmesi	76
4.3.1. Katılımcıların ruh sağlığı alanında yürüttüğü bireysel sosyal hizmet müdahalelerinin değerlendirilmesi	77
4.3.2. Katılımcıların ruh sağlığı alanında yürüttüğü aile ve grup müdahalelerinin değerlendirilmesi	80
4.3.3. Katılımcıların ruh sağlığı alanında yürüttüğü kurumsal işbirliği ve koordinasyon faaliyetlerinin değerlendirilmesi.....	83
4.3.4. Katılımcıların ruh sağlığı alanında yürüttüğü toplum tabanlı hizmetlerin değerlendirilmesi	86
4.4. Katılımcıların Karşılaştığı Vakalar ile Uygulanan Sosyal Hizmet Teknik ve Yöntemlerin Değerlendirilmesi	89
4.4.1. Katılımcıların karşılaştığı vakaların değerlendirilmesi	89
4.4.2. Katılımcıların karşılaştığı vakalara uyguladıkları sosyal hizmet teknik ve yöntemlerinin değerlendirilmesi	90
4.5. Ruh Sağlığı Alanında Multidisipliner Ekip Yapısı ve Sosyal Hizmet Uzmanının Rolünün Değerlendirilmesi	95
4.5.1. Multidisipliner ekipte yer alan meslek grupları	95

4.5.2. Sosyal hizmet uzmanının ekip içi rollerinin değerlendirilmesi	96
4.5.3. Multidisipliner ekipte görev dağılımının değerlendirilmesi	99
4.6. Katılımcıların Çalıştıkları Kurumdaki Yöneticilerin ve Multidisipliner Ekibin Sosyal Hizmet Mesleğine Yönelik Algıları	101
4.7. Kalımcıların Multidisipliner Ekiple İşbirliğinde Karşılaştığı Zorluklar ve Başa Çıkma Stratejileri	104
4.7.1. Kalımcıların multidisipliner ekiple işbirliğinde karşılaştığı zorlukların değerlendirilmesi	104
4.7.2. Kalımcıların multidisipliner ekiple işbirliğinde karşılaştığı zorluklarla başa çıkma stratejilerinin değerlendirilmesi	105
4.8. Katılımcıların Ruh Sağlığı Alanında Karşılaştıkları Zorluklar ve Başa Çıkma Stratejileri	108
4.8.1. Katılımcıların ruh sağlığı alanında karşılaştıkları zorlukların değerlendirilmesi	109
4.8.2. Katılımcıların ruh sağlığı alanında karşılaştıkları zorluklarla başa çıkma stratejileri	109
4.9. Katılımcıların Ruh Sağlığı Alanında Karşılaştıkları Etik İkilemler ve Benimsedikleri Yaklaşımlar	112
4.9.1. Katılımcıların ruh sağlığı alanında karşılaştıkları etik ikilemlerin değerlendirilmesi	113
4.9.2. Katılımcıların ruh sağlığı alanında karşılaştıkları etik ikilemlere karşı benimsedikleri yaklaşımlar	114
4.10. Katılımcıların Süpervizyon Uygulamasına İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi	118
4.10.1. Kalımcıların süpervizyon alma durumlarının değerlendirilmesi	119
4.10.2. Katılımcıların süpervizyonun mesleki gelişime ve uygulamalara katkısı hakkındaki düşüncelerinin değerlendirilmesi	119
4.11. Katılımcıların Ruh Sağlığı Hizmetlerine Yönelik İyileştirme Önerilerinin Değerlendirilmesi	123
4.12. Katılımcıların Ruh Sağlığı Alanına Yönelimini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi	127

4.13. Katılımcıların Geleceğe Yönelik Mesleki Gelişim Planlarının Değerlendirilmesi	130
4.14. Sosyal Hizmet Uzmanlarının Ruh Sağlığı Alanında Çalışmak İsteyen Yeni Mezunlara Tavsiyelerinin Değerlendirilmesi	133
5. TARTIŞMA	136
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	141
KAYNAKLAR	154
EKLER	161
Ek 1. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	161
Ek 2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	163
Ek 3. Etik Kurul Onayı	166
Ek 4. Özgeçmiş	167

TABLÖLER DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların demografik özellikleri	60
Tablo 2. Katılımcıların görev aldıkları ruh sağlığı birimleri	61
Tablo 3. Katılımcıların sosyal inceleme rolüne ilişkin görevleri	62
Tablo 4. Katılımcıların vaka yöneticiliği rolüne ilişkin görevleri	65
Tablo 5. Katılımcıların bilgilendirme ve eğitimci rolüne ilişkin görevleri	68
Tablo 6. Katılımcıların koordine edici ve bağlantı kurucu rolüne ilişkin görevleri	71
Tablo 7. Katılımcıların savunuculuk rolüne ilişkin görevleri.....	73
Tablo 8. Katılımcıların ruh sağlığı alanında yürüttüğü bireysel sosyal hizmet müdahaleleri	77
Tablo 9. Katılımcıların ruh sağlığı alanında yürüttüğü aile ve grup müdahaleleri.....	80
Tablo 10. Katılımcıların ruh sağlığı alanında yürüttüğü kurumsal işbirliği ve koordinasyon faaliyetleri.....	83
Tablo 11. Katılımcıların ruh sağlığı alanında yürüttüğü toplum tabanlı hizmetler	86
Tablo 12. Katılımcıların karşılaştığı vakalar	89
Tablo 13. Katılımcıların karşılaştığı vakalara uyguladıkları sosyal hizmet teknik ve yöntemleri	90
Tablo 14. Multidisipliner ekipte yer alan meslek grupları	95
Tablo 15. Sosyal hizmet uzmanının ekip içi rolleri.....	96
Tablo 16. Multidisipliner ekipte görev dağılımı.....	99
Tablo 17. Yöneticilerin ve multidisipliner ekibin sosyal hizmet mesleğine yönelik algıları	101
Tablo 18. Multidisipliner ekiple işbirliğinde karşılaşılan zorluklar	104
Tablo 19. Karşılaşılan zorluklarla başa çıkma stratejileri	105
Tablo 20. Katılımcıların ruh sağlığı alanında karşılaştıkları zorluklar.....	109
Tablo 21. Katılımcıların ruh sağlığı alanında karşılaştıkları zorluklarla başa çıkma stratejileri.....	109
Tablo 22. Katılımcıların karşılaştığı etik ikilemler	113
Tablo 23. Katılımcıların ruh sağlığı alanında karşılaştıkları etik ikilemlere karşı benimsedikleri yaklaşımlar	114
Tablo 24. Katılımcıların süpervizyon alma durumları	119
Tablo 25. Katılımcıların süpervizyonun mesleki gelişime ve uygulamalara katkısı hakkındaki düşünceleri.....	119

Tablo 26. Katılımcıların ruh sağlığı hizmetlerine yönelik iyileştirme önerileri	123
Tablo 27. Katılımcıların ruh sağlığı alanına yönelimini etkileyen faktörler	127
Tablo 28. Katılımcıların geleceğe yönelik mesleki gelişim planları	130
Tablo 29. Katılımcıların yeni mezunlara tavsiyeleri	133



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. TRSM'lerin Kademeli Açılma Planı	42
---	----



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AASW: Australian Association of Social Workers (Avustralya Sosyal Çalışmacılar Birliği)

AMATEM: Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezi

APA: American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EKT: Elektrokonvulsif Terapi

ICD: International Classification of Diseases (Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması)

MEER: Marmara Depremi Yeniden Yapılandırma Projesi

NASW: National Association of Social Workers (Ulusal Sosyal Çalışmacılar Birliği)

NIMH: National Institute of Mental Health (Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü)

TRSM: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

1. GİRİŞ

Ruhsal bozukluklar, bireyin düşünme, hissetme, ilişki kurma ve günlük yaşamını sürdürme becerilerinde çeşitli düzeylerde bozulmalara neden olabilmektedir. Bu bozukluklar, genellikle bireyin işlevselliğini sınırlayan ya da ortadan kaldıran etkiler yaratmakta ve birçok farklı biçimde ortaya çıkabilmektedir. Küresel düzeyde yapılan araştırmalar, her sekiz kişiden birinin yaşamının bir döneminde ruhsal bir rahatsızlık deneyimlediğini ortaya koymaktadır (WHO, 2022).

Ruhsal hastalıklar, bireyin temel yaşam alanlarındaki işlevselliğinde, öz bakım, sosyal etkileşim, mesleki yeterlilik gibi yönlerde ciddi düzeyde bozulmalara neden olabilmektedir. Bu tür bozukluklar yeterli düzeyde tedavi edilmediğinde, bireyde zamanla daha derin işlev kayıpları, üretkenlikte azalma ve sosyal çevreyle ilişkilerde bozulmalar meydana gelebilmektedir. Ruhsal rahatsızlıkların etkili bir biçimde ele alınabilmesi ise, yalnızca biyolojik belirtilerin hedeflenmesiyle sınırlı kalmamalı; bireyin psikolojik durumunu ve sosyal koşullarını da dikkate alan, bütüncül bir değerlendirme sunan biyopsikososyal model temelinde gerçekleştirilmelidir. Ruh sağlığı alanında uzmanlaşmış sosyal hizmet uygulamaları, psikiyatrik tanı almış bireylerin çok yönlü ihtiyaçlarını ele almayı amaçlayan profesyonel bir müdahale alanıdır. Bu hizmet biçimi, kişinin hastalıkla bağlantılı sosyal, psikolojik, ekonomik ve hukuki sorunlarıyla baş edebilmesi için destek sağlar. Uzmanlar, hem koruyucu faaliyetlerde yer alır hem de tedavi, bakım ve rehabilitasyon süreçlerinde danışanın yaşamını bütüncül biçimde değerlendirerek sürece katkı sunar (Abay ve Çölgeçen, 2018).

Psikiyatrik sosyal hizmet uygulamaları, yalnızca birey ve aile odaklı mikro düzeydeki müdahalelerle sınırlı kalmamakta; aynı zamanda dışlanmayla mücadele, sosyal politika oluşturma ve hizmet modellerini geliştirme gibi makro düzeydeki faaliyetleri de içermektedir. Bu alandaki sosyal hizmet uygulamalarının temel hedefleri arasında, bireylerin yaşadığı stres ve acıyı azaltmak, nitelikli hizmet sunumunu sağlamak, erişilebilir kaynaklar oluşturmak, sosyal işlevselliği desteklemek, kişisel gelişim ve dönüşümü teşvik etmek, hak temelli savunuculuk yapmak ve bireylerin yaşamları üzerindeki denetimlerini artırmak yer almaktadır. Bununla birlikte sosyal hizmet

uzmanları, danışanlara zarar veren toplumsal tutum ve politikalara karşı değişim yaratma sorumluluğunu da üstlenmektedir (Oral ve Tuncay, 2012).

Sosyal hizmet uzmanlarının ruh sağlığı alanındaki rol ve görevleri, bireyin sağlığını desteklemek ve toplumsal uyumunu sağlamak üzere çok yönlü sorumluluklar içermektedir. Bu uzmanlar, ruh sağlığı hizmetlerinin her aşamasında aktif rol alarak bireylerin, ailelerin ve toplulukların refahını artırmayı hedeflerler. Klinik düzeyde; sosyal inceleme raporları hazırlamak, psikoeğitim ve danışmanlık hizmetleri sunmak, bireyle ve grupla çalışma yürütmek, savunuculuk yapmak ve taburculuk planlaması gerçekleştirmek gibi görevler üstlenirler. Ayrıca tedavi sürecinde psikoterapi uygulamaları ve hizmet içi eğitimlerin koordinasyonunda da yer alırlar (Nişancı, 2019).

Bu araştırmanın temel amacı, ruh sağlığı alanında görev yapan sosyal hizmet uzmanlarının mesleki rol ve sorumluluklarını derinlemesine incelemektir. Bu kapsamda, uzmanların psikiyatrik ortamlarda, toplum temelli hizmet birimlerinde ve koruyucu ruh sağlığı alanlarında üstlendikleri görevlerin niteliği, kapsamı ve uygulama biçimleri analiz edilecektir. Çalışma, sosyal hizmet uzmanlarının bu alandaki müdahale pratiklerini, birey, aile, kurum ve toplum düzeyinde gerçekleştirdikleri sosyal hizmet uygulamaları bağlamında değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Ayrıca, ruh sağlığı hizmetlerinin sunum sürecinde karşılaşılan mesleki güçlükler, etik ikilemler ve yapısal engeller gibi zorlukların sosyal hizmet uzmanlarının mesleki pratiklerine nasıl yansıdığı da incelenecektir. Araştırmada, sosyal hizmetin çok disiplinli ekip yapısı içerisindeki yeri ve işlevi değerlendirilerek, ekip içi rol paylaşımının sosyal hizmet perspektifiyle nasıl deneyimlendiği anlaşılmaya çalışılacaktır. Böylece, hem ruh sağlığı alanındaki sosyal hizmet uygulamalarına ışık tutulması hem de bu alanda çalışan uzmanların mesleki konumlarının daha görünür hale getirilmesi hedeflenmektedir.

Bu tez altı bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, araştırmanın problemi, amacı, önemi ve kapsamı ele alınarak ruh sağlığı alanında sosyal hizmet uygulamalarının gerekliliği ortaya konulmuştur. İkinci bölümde, ilgili literatür taranmış; ruh sağlığı ve ruhsal bozukluk kavramları, psikiyatrik sosyal hizmetin tanımı, tarihsel gelişimi, uygulama alanları ve sosyal hizmet uzmanlarının bu alandaki mesleki rol ve sorumlulukları kuramsal bir çerçevede değerlendirilmiştir. Üçüncü bölümde, araştırmanın yöntemi açıklanmış; çalışma grubunun özellikleri, veri toplama süreci ve analiz stratejileri detaylandırılmıştır. Dördüncü bölümde, araştırma bulguları tematik başlıklar altında

sunulmuş ve katılımcı görüşleriyle desteklenmiştir. Beşinci bölüm olan tartışma kısmında, elde edilen bulgular mevcut literatür ışığında değerlendirilmiş, yorumlanmış ve ruh sağlığı sosyal hizmetine dair güncel tartışmalara katkı sunacak şekilde ele alınmıştır. Altıncı ve son bölümde ise, araştırmanın genel sonuçları özetlenmiş, uygulamaya yönelik öneriler geliştirilmiş ve gelecekte yapılabilecek çalışmalara dair öneriler sunulmuştur.

1.1. Araştırmanın Problemi

Ruhsal hastalıklar, bireyin temel yaşam becerilerini sürdürebilmesini güçleştirerek, çeşitli düzeylerde işlev kaybına neden olan ciddi sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Müdahale edilmediğinde, bu bozukluklar yalnızca bireyin ruhsal durumunu değil, sosyal ilişkilerini, mesleki performansını ve çevresiyle olan etkileşimini de olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu bağlamda etkili bir ruh sağlığı hizmeti sunumu, bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal yönlerinin birlikte ele alındığı biyopsikososyal bir yaklaşıma dayandırılmalıdır (Abay ve Gölgeçen, 2018).

Sosyal hizmet disiplini, ruh sağlığı sorunları yaşayan bireylerle yürütülen çalışmalarını yalnızca tedavi merkezleriyle sınırlı tutmamakta; aynı zamanda koruma, bakım ve destek hizmetlerinin sunulduğu pek çok alanda da aktif olarak yer almaktadır. İhmal, istismar, toplumsal dışlanma, bağımlılık, suç ve damgalanma gibi çok yönlü sorunlarla karşı karşıya olan birey ve gruplarla, psikososyal güçlendirme temelli müdahaleler yürütülmektedir. Psikiyatrik sosyal hizmet ise bu alanlarda; bireyle, grupla ve toplumla çalışma yöntemlerinden yararlanarak, sosyal politika geliştirme süreçlerine kadar uzanan geniş bir uygulama alanına sahiptir (Oral ve Tuncay, 2012). Ancak Türkiye’de ruh sağlığı alanında sosyal hizmet uzmanlarının hangi kurumsal yapılarda nasıl görev aldığı, ekip içi işleyişte hangi sorumlulukları üstlendiği ve alandaki uygulamalarının ne ölçüde etkin olduğu konusunda sınırlı sayıda bilimsel veri bulunmaktadır.

Bu araştırma, ruh sağlığı alanında görev yapan sosyal hizmet uzmanlarının farklı kurum türlerindeki mesleki rollerini ve bu rollere ilişkin sorumlulukların ne ölçüde yerine getirildiğini incelemeyi amaçlamaktadır. Psikiyatri klinikleri, AMATEM birimleri, toplum ruh sağlığı merkezleri ve adli psikiyatri klinikleri gibi hizmet alanlarında görev yapan uzmanların; çok disiplinli ekip içindeki işleyişe katılımları, görev dağılımındaki

konumları, mesleki yetki alanlarının sınırları ve karşılaştıkları yapısal ya da etik zorluklar bu çalışmanın odak noktalarındandır. Bu çerçevede araştırmanın problemi, sosyal hizmet uzmanlarının görevlerinin belirlenmesi ve bu görevlerin uygulamada ne düzeyde gerçekleştirilebildiğinin değerlendirilmesidir.

Yukarıda ifade edilen temel problem çerçevesinde araştırmanın alt problemleri şu şekilde özetlenebilir:

- Sosyal hizmet uzmanları ruh sağlığı ekiplerinde etkin bir şekilde görev alabilmekte midir?
- Ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları, danışanlarla bireysel çalışma ve aile görüşmeleri yürütebilmekte midir?
- Uzmanlar, psikiyatri kliniklerinde vaka yönetimi, sosyal inceleme raporları ve taburculuk planlaması gibi süreçlerde görev üstlenmekte midir?
- Sosyal hizmet uzmanları, TRSM ve benzeri kurumlarda sosyal işlevselliği artırmaya yönelik müdahaleler geliştirebilmekte midir?
- Ekip çalışması kapsamında sosyal hizmet uzmanlarının karar alma süreçlerine katılımı sağlanmakta mıdır?
- Alanda çalışan sosyal hizmet uzmanları, hizmet içi eğitim, süpervizyon ve mesleki destek sistemlerinden yeterince faydalanabilmekte midir?
- Sosyal hizmet uzmanlarının ruh sağlığı alanında etik sorunlar ve mesleki sınırlar konusunda karşılaştıkları güçlükler nelerdir?
- Ruh sağlığı kurumlarında sosyal hizmet uygulamaları arasında kurumsal farklılıklar bulunmakta mıdır?
- Uzmanlar, ruh sağlığı alanında bireylerin topluma katılımı, sosyal destek ağlarının güçlendirilmesi ve damgalamayla mücadele gibi alanlarda etkili çalışmalar yürütebilmekte midir?

1.2. Araştırmanın Amacı

Ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları, sahip oldukları mesleki bilgi birikimi, etik değerler ve uygulama becerileriyle psikiyatrik tedavi sürecine farklı düzeylerde katkı sunan ekip üyeleri arasında yer alır. Ekolojik ve sistem kuramlarına dayanan bir perspektifle, bireyi çevresiyle birlikte ele alarak değerlendirme yaparlar. Bireyin ailesi, sosyal çevresi, iş veya eğitim hayatındaki ilişkileri gibi birçok etkileşim

alanındaki sorunları tespit eder ve bu alanlarda müdahalelerde bulunarak psikososyal dengenin güçlendirilmesini hedeflerler. Bu kapsamda sosyal hizmet uzmanları; bireylerin ve ailelerinin yaşam koşullarını iyileştirmeye, karar alma süreçlerinde daha etkili olmalarını sağlamaya ve toplumsal eşitliği desteklemeye yönelik çalışmalar yürütürler (Oral ve Tuncay, 2012).

Bu araştırmanın temel amacı, ruh sağlığı alanında farklı kurumsal yapılarda görev yapan sosyal hizmet uzmanlarının mesleki rol ve sorumluluklarının daha yakından incelenmesidir. Psikiyatri klinikleri, AMATEM birimleri, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) ve adli psikiyatri klinikleri gibi kurumlarda çalışan uzmanların ruh sağlığı hizmetlerine katkı sunarken üstlendikleri işlevlerin, karşılaştıkları güçlüklerin ve çok disiplinli ekip içindeki yerlerinin nitel yöntemle değerlendirilmesi hedeflenmektedir.

Araştırma kapsamında, sosyal hizmet uzmanlarının meslek pratiği içinde karşılaştıkları etik ikilemler, farklı vaka türlerine yönelik geliştirdikleri müdahale yaklaşımları, süpervizyon deneyimleri ve kurumsal yapılar arası farklara ilişkin gözlemlerinin ortaya konması amaçlanmaktadır. Bu bağlamda, ruh sağlığı alanında sosyal hizmet uygulamalarının niteliğinin anlaşılmasına ve sosyal hizmet uzmanlarının profesyonel rollerinin daha net bir şekilde tanımlanmasına katkı sunulması beklenmektedir. Ayrıca, elde edilecek bulgular doğrultusunda sosyal hizmet uzmanlarının yaşadığı mesleki zorlukların belirlenmesi ve alanda sunulan hizmetlerin daha etkili hale getirilmesine yönelik önerilerin geliştirilmesi de çalışmanın hedefleri arasındadır.

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

- Ruh sağlığı alanında farklı kurumsal yapılarda görev yapan sosyal hizmet uzmanlarının mesleki rol ve sorumluluklarının nasıl şekillendiğini ortaya koymak,
- Sosyal hizmet uzmanlarının çok disiplinli ekip içinde hangi görevleri üstlendiklerini ve ekip içi iş birliğine ne ölçüde katıldıklarını incelemek,
- Kurum türlerine göre sosyal hizmet uygulamalarında ortaya çıkan farklılıkları ve ortak noktaları analiz etmek,
- Sosyal hizmet uzmanlarının karşılaştığı mesleki ve etik sorunları belirlemek,
- Sosyal hizmet uzmanlarının ruh sağlığı alanındaki vaka türlerine yönelik geliştirdikleri müdahale yaklaşımlarını ve çalışma yöntemlerini değerlendirmek,

- Uzmanların süpervizyon alma durumlarını ve hizmet içi destek mekanizmalarına erişimlerini incelemek,
- Alandaki sosyal hizmet uygulamalarının güçlendirilmesine yönelik olarak uzman görüşlerine dayalı öneriler geliştirmek,
- Sosyal hizmet uzmanlarının profesyonel kimliklerinin ruh sağlığı alanında nasıl algılandığını ve ne ölçüde kabul gördüğünü değerlendirmek.

1.3. Araştırmanın Önemi

Ruh sağlığı alanı, bireyin psikolojik, sosyal, kültürel ve çevresel boyutlarını da kapsayan çok katmanlı bir yapı barındırmaktadır. Bu bütüncül yaklaşım içinde sosyal hizmet uzmanları, bireyin yaşamındaki psikososyal etkileri değerlendiren, destekleyici müdahaleler planlayan ve bireyin toplumsal işlevselliğini artırmaya yönelik uygulamalar geliştiren önemli meslek elemanlarıdır. Ancak ruh sağlığı alanı, yüksek düzeyde disiplinli çalışmayı gerektirmesi, kurumsal yapıların çeşitliliği ve hizmet modellerinin farklılığı nedeniyle sosyal hizmet uzmanlarının görev tanımlarının belirsizleşebildiği, rollerinin kurumdan kuruma değişkenlik gösterebildiği karmaşık bir çalışma alanıdır.

Bu araştırma, sosyal hizmet uzmanlarının ruh sağlığı alanındaki mesleki rollerini, karşılaştıkları güçlükleri ve hizmet sunumundaki deneyimlerini psikiyatri klinikleri, AMATEM birimleri, toplum ruh sağlığı merkezleri (TRSM) ve adli psikiyatri klinikleri gibi farklı kurumsal yapılarda görev yapan uzmanlar üzerinden nitel yöntemle incelemekte ve bu alandaki mevcut boşlukları görünür kılmayı hedeflemektedir. Katılımcıların doğrudan aktarımları ile yapılandırılmış olan bu çalışma, sosyal hizmet uzmanlarının sahada karşılaştıkları etik ikilemleri, disiplinler arası ekip içinde yaşadıkları rol karmaşalarını ve mesleki müdahale süreçlerindeki sorumluluklarını çok boyutlu biçimde ortaya koymaktadır.

Araştırmanın önemi, ruh sağlığı alanında sosyal hizmet uzmanlarının işlevlerini yalnızca kuramsal düzeyde değil, pratik ve uygulamaya dönük gerçek deneyimler üzerinden ele alıyor olmasından kaynaklanmaktadır. Bu yönüyle çalışma, hem mevcut uygulamaların değerlendirilmesine hem de gelecekte geliştirilecek ruh sağlığı politikalarına katkı sağlayabilecek niteliktedir. Aynı zamanda sosyal hizmet eğitimi, mesleki rol netliği ve hizmet içi eğitim politikalarının yeniden yapılandırılmasına yönelik

kanıt temelli öneriler sunma potansiyeline sahiptir. Bu bağlamda, çalışmanın bulguları yalnızca akademik alana değil, sosyal hizmet uzmanlarının mesleki pratiklerine, kurum içi görev tanımlarının netleştirilmesine ve ruh sağlığı hizmetlerinin çok disiplinli yapısının daha etkin işlemesine katkı sunabilecek niteliktedir.

1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Varsayımları

Bu araştırma, belirli zaman, mekân ve katılımcı grubu çerçevesinde gerçekleştirilmiş olup, bazı doğal sınırlılıklar içermektedir. Öncelikle araştırma verileri, Temmuz 2024 ile Mart 2025 tarihleri arasında toplanmış olup, elde edilen bulgular bu zaman aralığında görev yapan sosyal hizmet uzmanlarının deneyimlerini yansıtmaktadır. Dolayısıyla daha önceki ya da sonraki dönemlerde yaşanabilecek farklı uygulamalar veya politika değişiklikleri araştırma kapsamı dışında kalmaktadır.

Araştırmanın bir diğer sınırlılığı, örneklem grubunun coğrafi dağılımı ile ilgilidir. Katılımcılar, Türkiye'nin farklı illerinde (İstanbul, Ankara, İzmir, Adana, Aydın, Bolu, Yalova, Elazığ, Trabzon) görev yapmakta olan toplam 20 sosyal hizmet uzmanından oluşmaktadır. Bu dağılım, çeşitli bölgelere dair temsil gücü sunsa da tüm Türkiye'yi kapsayan genellemelere ulaşmak açısından sınırlıdır.

Katılımcıların görev yaptıkları kurum türleri de araştırmanın kapsamını belirleyen önemli bir etkidir. Görüşmeler, psikiyatri klinikleri, AMATEM birimleri, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) ve adli psikiyatri klinikleri gibi ruh sağlığı hizmetlerinin sunulduğu kurumsal ortamlarda çalışan sosyal hizmet uzmanlarıyla gerçekleştirilmiştir. Dolayısıyla, bu alanların dışında kalan sosyal hizmet uygulama alanlarında (örneğin çocuk koruma, engelli hizmetleri, yaşlı bakımı vb.) görev yapan uzmanların deneyimleri araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır.

Araştırmada, nitel veri toplama tekniklerinden yararlanılmış ve katılımcı görüşleri yorumlanmıştır. Bu doğrultuda araştırmanın temel varsayımı, katılımcıların araştırma sürecine içtenlikle katıldıkları ve verdikleri yanıtların kendi mesleki deneyimlerini doğru biçimde yansıttığıdır. Ayrıca, görüşme sürecinin güvenli, etik kurallara uygun ve rahat bir ortamda gerçekleştiği kabul edilmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Psikiyatrik Sosyal Hizmet

Psikiyatrik sosyal hizmet, bireylerin zihinsel, duygusal ve davranışsal sağlığına yönelik sorunlarla ilgilenen ve klinik temelli müdahaleleri esas alan sosyal hizmetin özel bir alt alanıdır. Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği (NASW) tarafından 2005 yılında yayımlanan “Klinik Sosyal Hizmet Standartları”na göre, bu alan; bireylerin, ailelerin, çiftlerin ve grupların psikolojik iyi oluşlarını artırmaya yönelik profesyonel destek çalışmalarını kapsamaktadır. Psikiyatrik sosyal hizmet uzmanları ise, ruhsal rahatsızlıkların tanı, tedavi ve iyileşme süreçlerinde sağlık ekibinin önemli bir parçası olarak görev yapmaktadır (NASW, 2005: 7).

Psikiyatrik sosyal hizmet, ruhsal rahatsızlıkların toplumsal etkilerini çok boyutlu bir şekilde değerlendirerek, bireylerin sosyal, ruhsal, ekonomik ve hukuki ihtiyaçlarına çözüm sunmayı hedefler. Psikiyatrik sosyal hizmet uzmanları, koruma, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinde aktif görev alır, bireyin sosyal çevresiyle bağlarını güçlendirir ve yaşam kalitesini artıracak destek mekanizmaları oluşturur (Abay ve Çölgeçen, 2018: 2158 - 2159).

Sosyal hizmetin ruh sağlığı alanında uzmanlık gerektiren bir dalı olan psikiyatrik sosyal hizmet, birey ve topluma yönelik çok yönlü destek ve müdahale süreçlerini içermektedir. Çalışma odağında bireylerin ruhsal iyilik hali bulunurken, destek sunduğu gruplar arasında ruhsal sorunlar yaşayan bireyler, aileleri, sosyal gruplar ve topluluklar yer almaktadır. Psikiyatrik sosyal hizmet uzmanları, başta ruh sağlığına yönelik sağlık kuruluşları olmak üzere, bireylerin psikososyal ihtiyaçlarının karşılandığı çeşitli kurum ve merkezlerde mesleki uygulamalar gerçekleştirmektedir (Payne, 1991).

Psikiyatrik sosyal hizmet literatürde farklı biçimlerde tanımlansa da özünde ruhsal rahatsızlık yaşayan bireylerin toplumsal işlevselliğini geliştirmeyi, yaşam kalitelerini artırmayı ve aile ve çevreleriyle olan ilişkilerini desteklemeyi amaçlayan sosyal hizmetin uzmanlık dalı olarak kabul edilmektedir. Bu alan, zihinsel ve psikolojik sorunları nedeniyle profesyonel desteğe ihtiyaç duyan bireylerin sosyal uyum süreçlerine odaklanır. Psikiyatrist, psikolog ve diğer sağlık çalışanları ile koordineli bir şekilde

alışan sosyal hizmet uzmanları, bireylerin yaşadığı sorunları sağlık, aile, evre ve çalışma hayatı gibi bileşenlerle birlikte değerlendirir; bireyin toplumla bütünüleşmesini kolaylaştıran müdahaleler gerçekleştirir (alık Var, 2018:12).

Sosyal hizmetin temel amacı, bireylerin karşılaştıkları zorlukları azaltmak, stres kaynaklarını minimize etmek ve ihtiyaç duydukları hizmetlere erişimlerini kolaylaştırmaktır. Ayrıca, olumsuz sosyal yapı ve politikaları iyileştirmek, koruyucu, önleyici ve rehabilite edici müdahalelerde bulunmak da önemli sorumluluklarındandır. Sosyal hizmet, mevcut sorunlara çözüm sunmanın yanı sıra, gelecekteki riskleri öngörüp önleyici adımlar atmayı da hedefler (Tilbury, 2008: 32).

Ruh sağlığı alanındaki sosyal hizmet, bireysel ruhsal sorunların yanı sıra, bu sorunların toplumsal kökenlerini ve birey-evre etkileşimlerini de göz önünde bulundurur. Psikiyatrik sosyal hizmetin amacı, hastalar ve ailelerine psikososyal destek sunarak yaşam kalitelerini artırmak, denetim duygusunu güçlendirmek ve sosyal eşitliği sağlamaktır. Bu hizmet, bireylerin kişisel ihtiyaçlarının yanı sıra, ailevi ilişkileri, sosyal çevreleri ve toplumla bağlarını da dikkate alarak çok yönlü müdahaleler gerçekleştirir (Oral ve Tuncay, 2012: 98).

Sosyal hizmet mesleği, bireyin biyopsikososyal faktörlerini bütünsel bir şekilde değerlendirir. Psikiyatrik sosyal hizmet, ruh sağlığı süreçlerinde birey ve ailesinin durumunu her aşamada çok yönlü ele almayı hedefler. Tedavi öncesinde bilgi eksiklikleri, endişeler ve destek gereksinimleri dikkate alınırken, tedavi sürecinde fiziksel, ruhsal, toplumsal ve mali durumdaki değişimlerin iyileşme üzerindeki etkisi incelenir. Tedavi sonrası ise bireyin topluma uyumu ve sosyal işlevselliği güçlendirilir. Psikiyatrik sosyal hizmet uzmanı, her aşamada koruyucu, destekleyici, yönlendirici ve planlayıcı müdahalelerle sürecin verimli ilerlemesine katkı sağlar (amur ve Ayata Küükbüküü, 2021: 466 – 468).

2.1.1. Psikiyatrik sosyal hizmetin tarihçesi

Psikiyatrik sosyal hizmet, modern anlamda bu isimle anılmasa da 19. yüzyılın sonlarından itibaren Batı'da uygulanmaya başlanmıştır. 1880'lerde İngiltere'de başlayan bu çalışmalar, akıl hastanelerinde toplumdan izole yaşayan bireylerin desteklenmesini amaçlamış ve özellikle taburcu sonrası hastaların ailelerine bakım konusunda bilgi vermek için gönüllü ev ziyaretleri yapılmıştır (Eyüboğlu, 2017: 17-18). 1895'te Londra'da

başlatılan “Lady Almoner” uygulamasında, gönüllü kadınlar, ücretsiz tedavi talebinde bulunan yoksul hastaların sosyal koşullarını değerlendirmek üzere ev ziyaretleri gerçekleştirmiştir. İlk almoner Mary Stewart, Royal Free Hastanesi'nde görevlendirilmiş ve zamanla bu rolü tıbbi sosyal hizmet uzmanlığına yakın bir konuma getirmiştir. Stewart, hastaları çeşitli tıbbi ve yardım kuruluşlarına yönlendirme, ev ortamlarını inceleme ve diğer hastaneler için almonerler yetiştirme görevlerini üstlenmiştir (Cullen, 2013: 552). Psikiyatrik sosyal hizmet uygulamaları, 20. yüzyıla kadar tıbbi sosyal hizmetin bir bölümünü oluşturmuş ve bireyin çevresiyle ilişkilerine odaklanmıştır. Ancak 20. yüzyılda sosyal hizmetin odağının bireyin ruhsal sağlığına kaymasıyla, psikiyatrik sosyal hizmet, psikiyatri alanındaki gelişmelerden etkilenerek bağımsız bir alan olarak şekillenmiştir (Eyüboğlu, 2017: 17-18).

Psikiyatrik sosyal hizmetin temelleri, 1907'de Amerika Birleşik Devletleri'nde Massachusetts Genel Hastanesi'nde atılmış ve sosyal hizmet uzmanları hastalar ile hastane arasında köprü rolü üstlenmiştir. 1918'de Smith Koleji'nde psikiyatrik sosyal hizmet uzmanı yetiştiren eğitim programı başlatılmış ve uzmanlar askeri hastanelerde görev alarak ruh sağlığı hizmetlerine katkı sağlamıştır. İkinci Dünya Savaşı sonrası çalışmalar hız kazanmış; çocuk rehberlik hareketi ve ebeveynlerin tedaviye katılımı, gelişiminde önemli bir dönüm noktası olmuştur. İngiltere'de 1936'da sosyal hizmet uygulamaları başlamış; Avrupa'da ise sosyal hizmet uzmanları psikiyatri kliniklerinde görev almış ve meslek, güçlü etik değerlerle şekillenmiştir (Çalık Var, 2018: 13-14).

Amerika Birleşik Devletleri'nde sosyal hizmetin sağlık alanındaki temelleri, 1905'te Dr. Richard Cabot'un Massachusetts General Hospital'da ilk resmi sosyal hizmet departmanını kurmasıyla atılmıştır. Hekimler, sosyal hizmet uzmanlarını hastaların sağlık durumlarını etkileyen sosyal ve çevresel faktörleri anlamada önemli bir kaynak olarak görmüşlerdir. İlk psikiyatrik sosyal hizmet uzmanları, 1905'te Boston, Bellevue ve New York'taki kliniklerde çalışmaya başlamış ve Mary Richmond'un sosyal teşhis yaklaşımına dayalı müdahaleler yapılmıştır. Artan uzman ihtiyacı için 1918'de Smith College'da ilk eğitim programı başlatılmış, 1920'lerde akademik ve pratik eğitimler yapılmaya başlanmıştır. 1958-1959 yıllarında 1062 psikiyatri öğrencisi olduğu kaydedilmiş, zamanla bireysel tedaviden aile odaklı yaklaşımlara geçilmiş, psikiyatristler, sosyal hizmet uzmanları ve psikologlar birlikte çalışarak ruh sağlığı programları oluşturmuştur (Zastrow, 2015).

Türkiye'de sosyal hizmetin kurumsal yapısı, 1958'de Sağlık Bakanlığı altında atılan adımlarla başlamıştır. Sosyal hizmet, sağlık odaklı olmanın yanı sıra sosyal yardım faaliyetlerini de kapsayacak şekilde yapılandırılmıştır. 1959'da çıkarılan 7355 sayılı Kanunla Sosyal Hizmetler Enstitüsü kurulmuş ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Şubesi faaliyete geçmiştir. 1961'de Sosyal Hizmetler Akademisi, 1963'te ise Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü kurulmuştur. 1967'de Hacettepe Üniversitesi'nde Sosyal Çalışma ve Sosyal Hizmetler Anabilim Dalı açılmıştır (Duyan, 1996: 10-19).

Sosyal Hizmetler Akademisi'nin kurulmasıyla, Bakırköy Akıl ve Sinir Hastanesi'nde sosyal hizmet çalışmaları başlamış ve burada öğrenciler uygulamalar yapmıştır. 1967'de hastaneye bir sosyal hizmet uzmanı atanmış, 1968'de ise 5 uzman daha görevlendirilmiştir. Aynı yıl, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği'ne de sosyal hizmet uzmanları dahil olmuştur. 1970'te Ankara Üniversitesi ve 1972'de Gülhane Askeri Tıp Akademisi'ne sosyal hizmet uzmanları atanmıştır (Çalık Var, 2018: 14-16). 1970'li yıllarda, toplumsal hareketler ve eleştirel psikiyatri akımları, ruh sağlığı politikalarının şekillenmesinde etkili olmuştur. Bu akımlar, ruhsal sorunları olan bireylerin yalnızca kurumsal hizmetlerle iyileştirilemeyeceğini, klinik psikoloji, psikiyatri ve sosyal hizmetlerin birleşik katkılarından faydalanmaları gerektiğini vurgulamış ve toplum temelli ruh sağlığı hizmetleriyle, kaybettikleri toplumsal rollerini yeniden kazanmalarını savunmuşlardır (Eyüboğlu, 2017: 22). 2006 yılında Ulusal Ruh Sağlığı Politikası yayımlanmış, 2011 yılında ise Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge yürürlüğe girmiştir. Bu merkezlerde, ruh sağlığı ekibinin bir bileşeni olarak sosyal hizmet uzmanları görevlendirilmiştir (Çalık Var, 2018: 16).

2.1.2. Psikiyatrik sosyal hizmet uzmanlarının rolleri ve görevleri

Psikiyatrik sosyal hizmet uzmanlarının rolleri ve sorumlulukları, literatürde çeşitli sınıflandırma yöntemleriyle incelenmiş ve farklı perspektiflerden ele alınmıştır.

Psikiyatri alanında sosyal hizmet uzmanları, bireyin tanı sürecinden başlayarak tedavi, takip ve rehabilitasyona kadar uzanan geniş bir sürecin her aşamasında aktif rol almaktadır. Bu süreç boyunca, sosyal hizmet uzmanlarının hem disiplinler arası ekip içinde paylaştıkları ortak görevler hem de mesleğe özgü sorumlulukları bulunmaktadır. Ruh sağlığı hizmetlerinin bütüncül bir anlayışla yürütülebilmesi için sosyal hizmet

uzmanlarının görevlerinin net bir şekilde belirlenmesi büyük önem taşır. Ayrıca, bu rol ve sorumlulukların, ekip üyeleri, danışanlar ve onların yakın çevresi ile şeffaf ve etkili bir şekilde paylaşılması gereklidir (Abay ve Çölgeçen, 2018: 2164-2165).

Ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları, psikiyatrik müdahalenin her safhasında farklı düzeylerde sorumluluk üstlenirler. Genel sosyal hizmet bilgi ve becerilerini kullanmanın yanı sıra, psikiyatrik sosyal hizmet alanındaki özel uzmanlıkları doğrultusunda da çalışmalar yürütürler. Sosyal hizmet müdahaleleri; bireysel, grup ve toplumsal ölçeklerde ele alınmakta olup, bu müdahaleler sıklıkla mikro, mezo ve makro düzeylerde sınıflandırılmaktadır. Bronfenbrenner'in ekolojik sistem yaklaşımına dayalı olarak, mikro ve mezo boyutta birey, aile ve küçük sosyal gruplarla doğrudan temas kurulurken; makro düzeyde ise sosyal politika geliştirme ve sistem değişiklikleri gibi yapısal düzenlemelere odaklanılmaktadır (Oral ve Tuncay, 2012).

Klinik alanda sosyal hizmet uzmanları, bireylerin psikososyal değerlendirmelerini yaparak sosyal inceleme raporları hazırlar, psikoeğitim ve danışmanlık hizmetleri sunar, bireysel ve grup terapileri yürütür ve taburculuk süreçlerini planlar. Ayrıca, bireyin haklarını savunarak hizmetlere erişimini kolaylaştırır ve terapötik süreçlerde destek sağlar. Taburculuk sonrası ise bireylerin sosyal çevrelerine uyum sağlamalarını destekleyerek takip ve rehabilitasyon süreçlerini sürdürürler (Oral ve Tuncay, 2012). Sosyal hizmet uzmanları, ruh sağlığı hizmetlerinde aktif rol alarak bireylerin, ailelerin ve toplulukların refahını artırmayı hedefler. Klinik düzeyde, sosyal inceleme raporları hazırlamak, psikoeğitim ve danışmanlık hizmetleri sunmak, bireysel ve grup çalışmaları yürütmek, savunuculuk yapmak ve taburculuk planlaması gibi görevleri yerine getirirler. Ayrıca tedavi sürecinde psikoterapi ve hizmet içi eğitimlerin koordinasyonunda da yer alırlar (Nişancı, 2019).

Makro düzeyde sosyal hizmet uzmanları, toplumsal ruh sağlığını korumak için stratejiler geliştirir ve toplum temelli hizmetleri destekler. Koruyucu ve önleyici hizmetlerin yaygınlaştırılması, risk analizleri ve farkındalık artırıcı eğitimler düzenler. Dezavantajlı bireylerin sosyal hayata katılımını destekler, ruh sağlığı hizmetlerinin erişilebilirliğini artırmak için politika önerileri sunar. Sosyal dışlanma ve damgalama ile mücadele eder, toplumsal uyumu teşvik eder ve sosyal adaletin güçlenmesi için yapısal dönüşümlere öncülük ederler (Oral ve Tuncay, 2012; Nişancı, 2019).

Psikiyatrik sosyal hizmet uygulamaları, biyopsikososyal yaklaşıma dayalıdır ve sosyal hizmet uzmanlarının rolleri üç temel alanda toplanır: birey odaklı müdahaleler, aile desteği ve toplumsal savunuculuk. Uzmanlar, ruhsal rahatsızlıkların yol açtığı işlev kayıplarını önlemeye, tedaviye uyumu kolaylaştırmaya ve bireylerin yaşam standartlarını iyileştirmeye çalışır. Ayrıca, birey ve aileyi uygun desteklere yönlendirir, hak ihlallerini önler ve damgalama karşıtı farkındalık oluşturur (Özden, 2017).

Özdemir (1999) göre, psikiyatri tedavi kuruluşlarında sosyal hizmet uzmanı, hastanın yatışından taburculuğa ve takip sürecine kadar aktif rol alır. Uzman, bireyin tedavi sürecinden en iyi şekilde faydalanabilmesi için sosyal çevresini destekler, hastanın toplumsal rolünü sürdürmesine yardımcı olur. Ayrıca, hasta, ailesi ve sağlık ekibi arasındaki iletişimi güçlendirir, bireysel ve grup çalışmalarıyla topluma uyumunu kolaylaştırır ve taburculuk sonrası sosyal yaşama katılımını destekler.

Tıbbi sosyal hizmet uygulama yönergesine göre sosyal çalışmacılar, ilgili mevzuata uygun olarak çeşitli gruplara yönelik sosyal hizmet müdahalelerini planlar ve uygular. Bu gruplar arasında kimsesizler, engelliler, ekonomik sıkıntı yaşayanlar, şiddet mağdurları, mülteciler, alkol ve madde bağımlıları gibi bireyler yer alır. Ayrıca, tedavi sürecine uyum sağlayamayanlara destek sunar, hastane sonrası nakil işlemlerini koordine eder ve afet durumlarında müdahalelerde bulunur. Sosyal çalışmacılar, hastane personeline eğitimler düzenler, mesleki gelişimlerini sürdürür ve raporları gizlilik ilkesine uygun tutar. Birim sorumlusuna karşı hesap verir ve gerektiğinde diğer görevleri üstlenir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011b).

Sosyal hizmet uzmanlarının ruh sağlığındaki rol ve sorumlulukları, bireylerin iyilik hallerini desteklemek ve toplumsal işlevselliklerini artırmak amacıyla geniş bir yelpazede şekillenmektedir. Bu çerçevede sosyal hizmet uzmanları; ruh sağlığı sorunlarının ortaya çıkmasını engellemek, var olan sorunların daha fazla derinleşmesini önlemek, bireylerin topluma yeniden kazandırılmasını sağlamak ve toplumsal bütünleşmeyi desteklemek gibi çok boyutlu görevler üstlenmektedir. Sosyal hizmet uzmanlarının mesleki uygulamaları incelendiğinde, koruyucu ve önleyici çalışmalar, rehabilitasyon çalışmaları, bilgilendirme, güçlendirme, damgalama ile mücadele ve sosyal içerme gibi alt başlıklar altında toplanabilecek çeşitli işlevler yürüttükleri görülmektedir. Bu çerçevede, sosyal hizmet uzmanlarının ruh sağlığında üstlendiği bu temel görev alanları, aşağıda detaylı olarak ele alınacaktır.

2.1.2.1. Koruyucu- önleyici çalışmalar

Koruyucu ruh sağlığı, bireylerin ruhsal rahatsızlıklardan korunmasını, erken dönemde fark edilip müdahale edilmesini ve tedavi sürecini desteklemeyi amaçlayan bir hizmetler bütünüdür. Ayrıca, toplumda ruh sağlığına yönelik farkındalığı artırmak da bu kapsamda yer alır. Bu hizmetler, ruhsal rahatsızlıkların önlenmesinden, ruh sağlığı politikalarının oluşturulmasına kadar geniş bir süreci kapsar. Üç aşamalı bir yapıya sahiptir: İlk aşama önleyici faaliyetler, ikinci aşama bilgilendirme ve izleme, üçüncü aşama ise psikososyal işlev kayıplarını önleme ve tedavi desteğidir (Özden, 2015; Oral ve Tuncay, 2012).

Koruyucu ve önleyici müdahaleler, sağlık sistemlerinin mali sürdürülebilirliği ve sosyal hizmetlerin dayandığı düşünsel temeller bağlamında önemli bir yer kaplar. Bu alanda yürütülen hizmetler, okul, iş yeri gibi toplumsal yaşamın farklı alanlarında uygulanmakta ve bireylerin ruh sağlığını korumayı hedeflemektedir (Gültekin, 2010).

Ruh sağlığı alanındaki koruyucu ve önleyici sosyal hizmet müdahaleleri, erken müdahale sağlamak, bireylerin psikososyal dayanıklılığını artırmak, öz bakım becerilerini geliştirmek ve sağlık hizmetlerine yönelik ani talepleri azaltmak amacıyla yürütülmektedir. Bu çalışmalar, birinci basamak sağlık hizmetleriyle entegre edilmeli ve farklı sektörlerle iş birliği yapılarak risk faktörlerinin tespiti ve erken müdahale stratejileri sistematik bir şekilde uygulanmalıdır (Allen, 2014). Ruh sağlığını iyileştirme ve hastalıkları engellemeye yönelik çalışmalarda, tehlike oluşturan durumların tespiti ve destekleyici unsurların belirlenmesi kritik öneme sahiptir. Düzenli takip, durum analizi, hızlı müdahale ve sosyal dayanışma desteği, ruhsal rahatsızlık riski taşıyan bireylerin bu sorunla karşılaşma olasılığını azaltır. Tehditlerin farkına varmak ve koruyucu güçleri tanıyıp sağlık ekibiyle paylaşmak, daha etkili sonuçlar elde edilmesini sağlar (Thomas vd., 2016).

2.1.2.2. Rehabilitasyon çalışmaları

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge (2011) çerçevesinde, ağır ruhsal bozukluğa sahip kişilerin sosyal yaşama katılımlarını artırmak ve işlevselliklerini güçlendirmek amacıyla rehabilitasyon, psikososyal destek ve beceri geliştirme programlarının hazırlanarak hayata geçirilmesi gerekmektedir. Hastalığın seyri, tedavi

süreçleri ve hasta izlemine yönelik çalışmalar sürdürülürken; toplum, hasta yakınları, sağlık çalışanları ve diğer ilgili meslek elemanlarına yönelik ruhsal hastalıklar konusunda bilinçlendirme ve eğitim faaliyetlerinin gerçekleştirilmesi de merkezin sorumluluk alanları arasında yer almaktadır.

Psikiyatrik sağaltım, ağır ruhsal bozukluğa sahip bireylerin yalnızca belirtilerini hafifletmekle kalmaz, aynı zamanda toplumsal yaşama katılımlarını artırarak bağımsız ve işlevsel bir yaşam sürmelerini destekler. Bu süreç, bireyin güçlü yönlerini öne çıkararak günlük yaşam becerilerini geliştirmeyi, sosyal ilişkilerini güçlendirmeyi ve çevresel engelleri aşmayı hedefler. Eğitim, çalışma ve barınma gibi temel ihtiyaçlarda bağımsızlık sağlamak için çok yönlü destek verilir ve bireyin katılımı teşvik edilir (Tirupati, 2018).

Psikiyatrik rehabilitasyon, bireyin hastalığa bağlı olumsuzlukları en aza indirip stresle baş etme kapasitesini artırmayı hedefler. Bu süreçte, uygun ilaç tedavisinin sürekliliği sağlanarak bireyin günlük yaşamı aksatılmadan tedavi edilmesi, engelleri aşacak becerilerin kazandırılması ve sosyal destek mekanizmalarının iyileştirilmesi önemlidir (Çıtak, 2017).

Psikiyatrik rehabilitasyonda sosyal çalışmacılar, hastaların tedaviye uyumunu, sosyal işlevselliğini ve topluma katılımını desteklemek için danışmanlık, psikoeğitim, beceri geliştirme, hak savunuculuğu ve damgalamayı azaltma çalışmaları yapmaktadır. Bu müdahaleler, bireylerin bağımsız yaşam becerilerini ve toplumsal uyumlarını güçlendirmeyi amaçlamaktadır (Abay ve Çölgeçen, 2018).

2.1.2.3. Bilgilendirme ve eğitimci rolü

Ruh sağlığı sorunlarına yönelik tutumlar, toplumsal değerler, inançlar ve geleneklerden etkilenmekte; bilgi eksikliği ise kaygı, damgalama ve yanlış uygulamalara yol açmaktadır (Başer vd., 2013). Ruhsal bozukluk tanısı, bireylerin yaşamlarını değiştirirken yeni ihtiyaçlar ve sorunlar doğurur. Tedavi yöntemleri, haklar, yükümlülükler ve destek olanakları, hastalar ve aileleri için önemli konulardır. Ruh sağlığı ekipleri bu bilgileri paylaştı da sosyal hizmet uzmanları özellikle hasta ve ailesinin sosyal durumu hakkında bilgi toplayarak, tedavi ekibini bilgilendirir. Sosyal inceleme raporları, hastanın psikososyal ve ekonomik durumunu yansıtarak, tanı, tedavi ve taburculuk süreçlerinde hekime rehberlik eder (Tekin, 2020: 149-150).

Türkiye'de psikiyatrist sayısının azlığı, hasta ve ailelerinin bilgilendirilmesi ve iletişim süreçlerinde sosyal hizmet uzmanlarının daha aktif rol almasını gerektirir. Bu sorumlulukların etkili bir şekilde yerine getirilebilmesi, psikiyatrik sosyal hizmet eğitim programlarının yaygınlaştırılması ve mesleki standartların iyileştirilmesiyle mümkün olacaktır (Başer vd., 2013).

Eğitim, bireyin bilgi ve deneyim kazanarak davranış değişikliği geliştirdiği planlı bir süreçtir. Ruh sağlığı alanında hastaya ve yakınlarına hastalık ve tedavi süreciyle ilgili verilen bilgiler, durumun anlaşılmasını kolaylaştırır ve tedaviye uyumu artırır (Yurtsever vd., 2001). Sosyal hizmet uzmanları, ruhsal sağlık müdahalelerinde hastalar ve ailelerine destek sunarken, eğitimci rolüyle de bilgi ve farkındalık kazandırır. Ruhsal hastalıklar, tedavi süreci, ilaç kullanımı ve sosyal haklar konularında rehberlik ederek, bireylerin tedaviye uyumunu ve toplumsal yaşama katılımını kolaylaştırır. Öz bakım ve sosyal beceri eğitimleri, hastaların hayat kalitesini artırmada önemli bir rol oynar (Saruç ve Kaya Kılıç, 2015).

Toplumda ruhsal rahatsızlıkları olan bireyler, sıklıkla yanlış bir şekilde tehlikeli, karar alma becerisi zayıf ve anlaşılması güç olarak etiketlenmektedir. Özellikle şizofreni ve alkol-madde bağımlılığı tanısı alanlara karşı önyargılar yaygındır. Bu nedenle sosyal hizmet uzmanları, toplumda ruh sağlığına dair kalıp yargıları azaltmak ve doğru bilgi sağlamak için bilinçlendirme ve eğitim faaliyetleri yürütmektedir (Oral ve Tuncay, 2012).

Psikoeğitim, birey ve ailelerin hastalığı kavraması, durumu benimsemesi ve uygun baş etme yolları geliştirebilmesi için gerçekleştirilen sistemli bir bilgilendirme sürecidir (Yurtsever vd., 2001). Psikoterapi, sosyal hizmetin birey ve gruplarla etkileşime dayalı müdahalelerinin klinik uzmanlık gerektiren ileri düzey uygulamasıdır. Hekimin tanı ve tedavi planına uygun olarak yürütülen bireysel ya da grup psikoterapisi, ruhsal sağaltım sürecine destek sağlamaktadır (Oral ve Tuncay, 2012). Hastaların ve ailelerinin, yaşam becerilerini güçlendirmesi, uyumlu davranış kalıpları geliştirmesi ve hastalığın yinleme riskinin azaltılması amacıyla gerçekleştirilen psikoeğitim, baş etme becerileri kazandırma ve mesleki rehabilitasyon çalışmaları, sosyal hizmet uzmanının eğitimci rolü çerçevesinde yürüttüğü önemli mesleki müdahalelerdendir (Abay ve Çölgeçen, 2018).

2.1.2.4. Güçlendirme ve savunuculuk rolü

Güçlendirme, bireylerin yaşam koşulları üzerinde etkili olabilmeleri için onları bilgiye, kaynaklara ve fırsatlara erişim konusunda desteklemeyi; karar alma ve eyleme geçme yetilerini geliştirerek öz güvenlerini artırmalarını sağlamayı; ayrıca sosyal ve çevresel koşulları lehlerine dönüştürmeleri için kapasite kazandırmayı amaçlayan bir yaklaşımdır (Sheafor ve Horejsi, 2014). Sosyal hizmet müdahaleleri ise bireylerin, ailelerin ve toplulukların mevcut bilgi, beceri ve olanaklarını görünür hale getirip, bu potansiyeli harekete geçirerek sorun çözme sürecine aktif katılımlarını teşvik etmeyi hedefler (Apak, 2018).

Sosyal hizmet mesleğinin temel değerleri, bireyin potansiyelini açığa çıkarma ve güçlendirme anlayışına dayanır. Sosyal hizmet uzmanları, başvuran bireylerle ortaklaşa çalışarak bireyin self-determinasyon hakkına saygı gösterir. Bu süreçte, uzman ve müracaatçı birlikte hareket ederek, müdahale sürecine yön verecek somut, ulaşılabilir ve ölçülebilir hedefler belirler (Şahin, 2001). Güçlendirme yaklaşımı, bireyle birlikte çözüm üretmeyi esas alarak sosyal hizmetin merkezinde yer alır. Bireyi pasif konumda gören anlayışlara karşı geliştirilen bu yaklaşım, kişinin kendi çözüm yollarını geliştirmesini ve sürecin etkin bir öznesi olmasını hedefler. Amaç, baş etme becerileri güçlü ve bağımsız bireyler yetiştirmektir (Erbay ve Tuncay, 2010).

Sosyal hizmetin amacı, bireylerin, ailelerin ve toplumun yaşadığı güçlükleri önlemek ve çözüm üretmelerine destek olmaktır. Aynı zamanda sosyal adaleti güçlendirerek bireylerin iyi oluşunu ve refah düzeyini artırmayı hedefler. Sosyal hizmet uzmanı, müracaatçının güçlü yönlerini ortaya çıkararak, sorunlarıyla baş edebilecek kapasite ve öz güven geliştirmesine katkı sunar (Danış ve Kara, 2016). Bedensel veya bilişsel engeli bulunan kişiler gerekli destek, bakım ve imkanlara eriştiklerinde, toplumda aktif rol alabilir ve tatmin edici, üretken bir yaşam sürdürebilirler (Zastrow, 2015).

Ruh sağlığı temelinde sosyal hizmet müdahalelerinin başarısı, müracaatçı ile kurulan güven temelli ilişkiye dayanmaktadır. Sosyal hizmet uzmanı, bireyin yaşantısına ve tercihlerine saygı duyan, öz karar verme hakkını destekleyen, mahremiyeti koruyan ve ortaklık temelinde iş birliği geliştiren bir yaklaşım benimsemelidir. Bu süreçte, uzman; umut veren, güçlendiren, anlayışlı ve duyarlı bir tutum sergileyerek, ilişkiyi sadece bir destek aracı değil, bununla birlikte iyileşmeyi teşvik eden aktif bir müdahale unsuru olarak değerlendirmelidir (Oral ve Tuncay, 2012).

Dezavantajlı gruplar, sağlık sorunlarına en çok maruz kalan ve hizmetlere erişimde en fazla engelle karşılaşan kesimlerdir. Kaynak eksiklikleri bu bireylerin sağlık hizmetlerinden eşit biçimde yararlanmalarını zorlaştırır. Sosyal hizmet uzmanları, sosyal adalet ilkesiyle bu bireylerin savunuculuğunu yapar; sürece katılımlarını sağlayarak mikro düzeyde uygun hizmetlere yönlendirir, makro düzeyde ise sağlık politikalarının geliştirilmesine katkı sunar. Amaç, bireylerin tedaviden en iyi şekilde yararlanmasını, psikososyal iyilik hallerinin ve yaşam kalitelerinin artmasını desteklemektir (Uçan vd., 2015; Keçeci, 2017).

Sosyal hizmet mesleği, ruhsal sağlık alanında insan hakları, hasta hakları ve toplumsal eşitlik prensiplerine göre faaliyet gösterir. Bu çerçevede, sosyal hizmet uzmanları, hasta ve ailelerinin haklarını savunarak, sağlık çalışanları ya da sistem kaynaklı hak ihlalleri ve olumsuz uygulamalara karşı savunuculuk rolü üstlenir. Adaletin sağlanmasına katkı sunan bu mesleki görev, zaman zaman diğer sağlık çalışanları ve kurumlarla çatışmalara yol açabileceğinden, uzmanların bu tür tepkilere karşı hazırlıklı olması beklenir (Tekin, 2020: 152).

Son yıllarda savunuculuk, ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin haklarını koruma ve seslerini duyurma işleviyle ruh sağlığı hizmetlerinin temel unsurlarından biri haline gelmiştir. Sosyal hizmet uzmanları, bireyleri destek hizmetleriyle buluşturmakta ve sağlık ile yaşam kalitelerini artırmak amacıyla hak savunuculuğu rolünü etkin şekilde yürütmektedir (Oral ve Tuncay, 2012).

2.1.2.5. Damgalama ile mücadele ve sosyal içerme

Psikiyatrik rahatsızlıklar, birey ve toplum üzerindeki etkileri nedeniyle halk sağlığı açısından öncelikli müdahale alanlarındandır. Ruhsal hastalığı olan bireyler, sağlık sorunlarına ek olarak önyargı ve dışlanma gibi sosyal sıkıntılarla da karşılaşmaktadır. Bu tutumlar yalnızca bireyleri değil, ailelerini de etkileyerek sosyal ilişkileri zayıflatmakta, yalnızlaşmaya ve tedavi sürecinin aksamasına neden olmaktadır. Damgalama, ruh sağlığı hizmetlerine erişimi zorlaştırarak yaşam kalitesini düşürmektedir (Avcil vd., 2016).

Sosyal içerme, bireylerin sahip oldukları farklılıklar ırk, cinsiyet, engellilik durumu ya da benzeri özellikleri ayrımcılık unsuru olarak görülmeden, toplumsal yaşamın aktif bir parçası olmalarını destekleyen, katılım ve eşitliği esas alan bütüncül bir yaklaşımdır.

Bu anlayış, bireylerin bir araya gelerek karşılıklı ilişkiler geliştirmelerini ve toplumsal kalkınma sürecine dahil olmalarını teşvik eden sosyal ve eğitsel çalışmaları kapsar (Bullock vd., 2015). Toplumsal damgalamayı azaltmaya yönelik sosyal politika adımları, sosyal hizmet uygulamalarının temel unsurlarındandır. Sosyal hizmet uzmanları, sosyal adalet ve sosyal içerme ilkeleri doğrultusunda, damgalama ve ayrımcılıkla karşılaşan bireyler ile bakım verenlerini destekleyerek, onların topluma aktif katılımını ve hak temelli yaşama dâhil olmalarını sağlamayı amaçlar (Oral ve Tuncay, 2012).

Ruhsal rahatsızlığı olan bireylere yönelik damgalamayı etkileyen başlıca unsurlar; bireyin çevresi, kişisel özellikleri, hastalığın seyri ve medyanın tutumudur. Müdahalelerde bu faktörlerin etkisi dikkate alınmalı, yalnızca bireysel düzeyde değil; mikro, mezo ve makro düzeyleri kapsayan bütüncül yaklaşımlar benimsenmelidir. Böylece bireyin ailesinden toplumsal çevresine, sağlık hizmetlerinden medyaya uzanan tüm alanları içeren çok katmanlı müdahalelerle daha etkili sonuçlar elde edilebilir (Bekiroğlu, 2021).

Sosyal hizmet mesleği, uygulama pratiğinde, ruhsal rahatsızlığı olan bireyler gibi ayrımcılık, toplumsal eşitsizlik ve baskıya maruz kalan dezavantajlı grupları merkeze alır. Ruh sağlığı alanında gerçekleştirilen sosyal hizmet müdahaleleri ise, psikiyatrik sosyal hizmet disiplini kapsamında yürütülmektedir. Sosyal hizmet uzmanları, ruhsal rahatsızlığı olan bireylere yönelik damgalama ile mücadelede, hem damgalamaya yol açan toplumsal dinamikleri hem de birey üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmayı hedefler. Nihai amaç, bireylerin toplumla bütünleşmelerini ve sosyal yaşama aktif katılımlarını desteklemektir (Bekiroğlu, 2020: 329).

Damgalamayla mücadelede farkındalık yaratmak için, ruhsal rahatsızlıkların nedenleri, belirtileri ve tedavisi gibi konularda eğitimler düzenlenmeli; bu eğitimlerde broşür, video ve kamu spotları gibi görsel araçlar kullanılmalıdır. Bilgi aktarımının ötesine geçilerek, sosyal hizmet uzmanları toplumla etkileşimi artıran faaliyetler organize etmeli; böylece bireyler yalnızca hastalıklarıyla değil, toplumsal rollerindeki kimlikleriyle tanınarak kalıp yargılar zayıflatılabilir (Bekiroğlu ve Demiröz, 2020a).

Sosyal hizmet uzmanı, psikiyatrik sağlık ve rahatsızlıklar alanında bireylerin psikososyal ihtiyaçlarının karşılanması, toplumsal işlevselliklerinin güçlendirilmesi ve yaşam kalitelerinin artırılması süreçlerinde çok yönlü mesleki roller üstlenmektedir. Sosyal hizmet uzmanlarının üstlendiği sorumluluklar; müracaatçıların hak ve çıkarlarını

savunmak, ihtiyaç odaklı değerlendirmeler yapmak, destekleyici eğitim faaliyetleri yürütmek, hizmetler arası eğgdm sağlamak ve bireyin toplumsal yağama katılımını kolaylaştırmak gibi geniş bir çerçevede şekillenmektedir. Bu bağlamda, sosyal hizmet uzmanının sosyal inceleme, savunuculuk rolü, eğitimci rolü, vaka yöneticisi rolü, taburculuk planlaması, birey ve aile ile çalışma, koordine edici rolü ve hizmet geliştirici rolü aşağıda ayrıntılı olarak ele alınacaktır.

2.1.2.6. Sosyal inceleme

Sosyal inceleme raporu, sosyal hizmet uzmanlarınca hazırlanan, bireyin yaşam öyküsü, karşı karşıya kaldığı problemler, bu problemlerin muhtemel sebepleri ve güncel psikososyal durumu hakkında bilgi veren mesleki bir değerlendirme belgesidir. Bu rapor, ruh sağlığı ekibine bireyi daha yakından tanıma, ihtiyaçlarını doğru tespit etme ve uygun müdahale yöntemlerini belirleyebilme konusunda yol gösterir. Hazırlanan raporun anlaşılır, tarafsız ve öz olması; bireyin güçlü yanlarını ortaya koyması ve bilgiye erişimi kolaylaştıracak şekilde yapılandırılması gerekmektedir. Rapor oluşturulurken yalnızca bireyin beyanlarına değil; ailesinden, yakın çevresinden ve sosyal bağlamdan elde edilen verilere de başvurulur (Sheafor ve Horejsi, 2012; Hasgl, 2017; Koşar, 1987).

Sosyal inceleme, hastanın aile yapısı ve sosyal çevresine ilişkin bilgi toplayarak, tanı süreci, tedavi planlaması ve taburculuk sonrası izlem aşamalarında sağlık ekibine rehberlik eden bir değerlendirme sürecidir. Bu inceleme sırasında hastanın güçlü yönleri, ihtiyaçları ve sosyal işlevselliği belirlenirken, ailesi ve çevresinin hastanın iyilik hali üzerindeki etkileri de analiz edilir. Görüşmeler ve yerinde gözlemlerle elde edilen veriler, ekonomik koşullar gibi ek bilgilerle desteklenerek rapor haline getirilir ve tedavi ekibiyle paylaşılır (Oral ve Tuncay,2012).

Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi (2011) doğrultusunda, sosyal inceleme raporlarının standart bir çerçevede hazırlanması amacıyla belirli başlıklar oluşturulmuştur. Bu raporda; hastanın kimlik bilgileri, bilgi alınan kişi ve kurumlar, sorunun tanımı, bireyin sağlık durumu, psikososyal ve aile ilişkileri, barınma ve ekonomik koşulları gibi bölümlere yer verilmektedir. Ayrıca, tüm bu verilerin analiz edildiği genel bir değerlendirme yapılmakta ve sonuç kısmında önerilere yer verilerek,

hastanın ihtiyaçlarına yönelik uygun yönlendirmeler sağlanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011b).

2.1.2.7. Vaka yöneticisi rolü

Vaka yönetimi, bireyin çok yönlü ve karmaşık ihtiyaçlarının, farklı disiplinlerden uzmanların iş birliği ile planlanarak uyumlu ve kapsamlı bir biçimde uygulanmasını sağlayan bir müdahale yöntemidir. Bu yaklaşım, bireyin sorunlara karşı çözüm üretme yetisini güçlendirmeyi, toplumsal ve mesleki yetkinliklerini artırmayı, boş zamanlarını verimli değerlendirmesini teşvik etmeyi ve bağımsız yaşamını destekleyerek toplumsal uyumunu güçlendirmeyi hedefler. Özellikle uzun süreli ruhsal rahatsızlıkları olan bireylerin iyilik halleri ve sosyal yaşama katılımlarında vaka yönetimi, etkili bir çözüm aracı olarak belirginleşmektedir (am vd., 2019).

Liberman (2008), vaka yöneticilerinin kriz anında müdahale, destekleyici bakım, aile ile iş birliği ve bireyin toplumsal işlevselliğinin takibini sağladığını; sosyal yardımlara erişim, barınma, mesleki rehabilitasyon ve sağlık hizmetleri gibi alanlarda rehberlik ettiğini belirtmektedir. Hemşire, psikolog, uğraşı terapisti, sosyal hizmet uzmanı ve psikiyatri uzmanı gibi meslek gruplarının ise tedavi planlamadan beceri kazandırmaya, semptom değerlendirmeden savunuculuk faaliyetlerine uzanan geniş bir yetkinlik alanıyla vaka yöneticiliği rolünü üstlenebileceği vurgulanmaktadır (akt: am vd., 2019). Engelli bireylerin sürekli ve çok boyutlu ihtiyaçları, hizmetlerin düzenli ve etkin biçimde sürdürülmesini gerektirir. Bu süreçte genellikle sosyal hizmet uzmanı, vaka yöneticisi rolünü üstlenerek, bireyin gereksinimlerini belirler, uygun hizmetlere yönlendirir ve hizmetlerin koordinasyonunu sağlar. Sosyal hizmet uzmanı; savunucu, danışman, eğitimci, aracı ve planlayıcı gibi çeşitli roller üstlenerek, bireyin hizmetlere erişimini ve toplumsal yaşama katılımını destekler (Zastrow, 2015).

2.1.2.8. Bireyle ve aileyle alışma

Bireyin hastalık sürecine uyum sağlayabilmesi, psikososyal sorunlarla baş etme kapasitesinin artırılması, ilaç tedavisini düzenli sürdürmesi ve toplumsal yaşama yeniden katılımının desteklenmesi amacıyla bireyle sosyal hizmet müdahaleleri yürütülür. Bu

çerçevede, hasta ve ailesiyle periyodik ve planlı görüşmeler gerçekleştirilir; bireyin problem çözme becerileri geliştirilerek uyum süreci güçlendirilir (Oral ve Tuncay, 2012).

Bir aile üyesinin hastalığı, hem hastayı hem de aileyi psikososyal ve finansal olarak olumsuz etkiler. Bu süreçte tüm aile üyeleri ve aile içindeki alt sistemlerle çalışmak önemlidir. Ailenin kaynakları, baş etme kapasitesi ve desteği değerlendirilerek, bu süreci daha az sorunla ya da sorunlarla daha sağlıklı baş edebilecek şekilde geçirmeleri hedeflenir (Zengin, 2011). Hastaların taburculuk sonrasında topluma uyum süreçlerini desteklemek, problem çözme kapasitelerini ve sosyal becerilerini iyileştirmek için grup odaklı destek çalışmaları yürütülmektedir. Bu grup çalışmaları, hastanede yatarak tedavi gören, taburculuğa hazırlanan ya da ayakta takip edilen hastalar ve yakınları hedef alınarak uygulanır. Yapılacak müdahaleler, bireyin gereksinimleri doğrultusunda şekillendirilir ve belirli bir program dahilinde planlı oturumlarla sürdürülür (Oral ve Tuncay, 2012).

2.1.2.9. Koordine edici ve hizmet geliştirici rolü

Ruh sağlığı hizmetlerinde, farklı meslek profesyonellerinin koordineli bir biçimde çalıştığı, bütüncül bir ekip yaklaşımı esas olmalıdır. Bu bağlamda, sosyal hizmet uzmanları sürecin düzenli işleyişini sağlamak adına bağlayıcı ve düzenleyici bir rol üstlenmektedir. Hastanın merkeze kabulü aşamasında, hem kurum personelinin hem de hasta yakınının aynı anda bilgilendirilerek sürece hazırlanmaları sağlanır. Taburculuk sonrasında ise hastanın bakım ve sosyal destek hizmetlerine erişiminin sürekliliğini sağlamak, sosyal hizmet uzmanlarının mesleki sorumlulukları arasında yer almaktadır (Tekin, 2020: 152).

Toplumda dezavantajlı bireylerin ruh sağlığını korumak, psikiyatrik rahatsızlıkları önlemek ve tedaviyi desteklemek için önleyici ve rehabilite edici müdahaleler gereklidir. Türkiye’de koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin yetersizliği, erken tanı, yönlendirme, bilgilendirme, baş etme becerileri ve sosyal desteği içeren psikososyal programları zorunlu kılmaktadır. Sosyal hizmet uzmanları, bu hizmetlerin tasarımı, uygulaması ve sürdürülebilirliğinde kilit rol oynamaktadır. Özellikle dışlanma riski taşıyan bireyler bu çalışmaların merkezinde olmalıdır (Oral ve Tuncay, 2012).

Hope (2004), psikiyatri alanında çalışan profesyonellerin birey merkezli ve bütüncül hizmet sunabilmesi için on temel yeterliliği tanımlamaktadır. Buna göre, hizmet

kullanıcıları, aile, meslektaşlar ve toplumla iş birliği yapabilmek, kültürel ve kimlik temelli farklılıklara saygı göstermek önemlidir. Etik ilkelere bağlılık, ayrımcılık ve damgalamayla mücadele, iyileşme sürecinde umut ve güçlenmeye dayalı destek sunmak, bireyin ihtiyaç ve önceliklerine göre müdahale planlamak etkili hizmetin temelidir. Ayrıca, yaşam kalitesini artırmaya odaklanmak, güvenli ortam sağlarken kontrollü riskleri desteklemek ve mesleki gelişimi sürdürmek gerekli görülmektedir.

2.2. Ruh Sağlığı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlığı sadece hastalık veya engelliliğin olmaması olarak değil, bireyin bedensel, duygusal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali içinde olma durumu olarak tanımlar. Bu yaklaşım, sağlığın üç temel bileşenine vurgu yaparak, ruh sağlığının genel sağlığın ayrılmaz bir parçası olduğunu ortaya koyar. Ruh sağlığı, yalnızca psikiyatrik hastalıkların bulunmaması anlamına gelmemekte, aynı zamanda bireyin davranışları ve fiziksel sağlığıyla da yakından ilişkilendirilmektedir. DSÖ'nün ruh sağlığına yönelik daha güncel tanımı ise bireyin kendi potansiyelini fark etmesi, günlük yaşamın getirdiği stresle mücadele edebilmesi, etkili bir şekilde çalışabilmesi ve topluma değer katabilmesi şeklinde açıklanmaktadır. (World Health Organization [WHO], 2004:12).

Zihin ve beden sağlığı, birbirini karşılıklı olarak etkileyen iki temel bileşenden oluşan ayrılmaz bir bütündür. Fiziksel sağlıkta meydana gelen bozulmalar bireyin psikolojik durumunu olumsuz etkileyebileceği gibi, ruhsal sağlık sorunları da çeşitli fiziksel hastalıkların ortaya çıkma olasılığını artırabilir. Örneğin, kardiyovasküler rahatsızlıklar depresyona yatkınlığı artırabileceği gibi, depresyon da bu tür hastalıkların gelişiminde önemli bir tetikleyici rol oynayabilir (Gültekin, 2010: 584).

Ruh sağlığı, bireylerin düşüncelerini organize etme, duygularını ifade etme, sağlıklı sosyal ilişkiler geliştirme, günlük yaşamlarını sürdürebilme ve hayattan tatmin olma becerilerini kapsayan geniş bir kavramdır. Bu doğrultuda, ruh sağlığının korunması, desteklenmesi ve güçlendirilmesi, hem kişisel hem de toplumsal boyutta küresel bir öncelik olarak görülmektedir (Albayrak, 2020).

Ruhsal bozuklukların tanımlamaları incelendiğinde, toplum ve zaman kavramlarının etkili olduğu, bazı davranışların farklı toplumlarda ya da zaman dilimlerinde normal kabul edilirken bazılarının anormal ya da uygunsuz olarak değerlendirildiği ifade edilmiş,

bu bağlamda, bazı tanımlamalarda ruhsal bozukluklar, normallik ve anormallik kavramları temel alınarak ele alınmıştır.

Bir bireyin ruh sağlığını değerlendirebilmek için “normal” ve “anormal” kavramlarının nasıl tanımlandığı netleştirilmelidir. Ancak bu iki kavramı evrensel ölçütlerle ayırmak zordur. Fiziksel sağlıkta belirli standartlar hastalık tanısını kolaylaştırırken, ruh sağlığında tüm bireyler için geçerli tek bir “normal” tanımı yapmak mümkün değildir. Bazı yaklaşımlar toplumsal normlara uyumu normallik ölçütü sayarken, bazıları ise bireyin içsel dengesine ve iyi oluşuna odaklanır. Bu yaklaşıma göre, topluma uygun bir davranış bile bireyin gelişimini engelliyorsa anormal kabul edilebilir (Geçtan, 2015: 12).

Normal davranış, genellikle istatistiksel ve klinik bakış açılarıyla değerlendirilir. İstatistiksel yaklaşım, toplumun çoğunluğunun davranışlarını norm olarak kabul ederken, bu yöntem ruh sağlığı bağlamında bazen yetersiz kalabilir. Klinik yaklaşım ise daha geniş ölçütler sunar; bunlar arasında bireyin çevresine uyumu, aşırı stres ve psikiyatrik semptomlardan uzak durması ve id, ego ile süperegö arasında sağlıklı denge bulunması yer alır (Öztürk ve Uluşahin, 2008: 130-131). Ego, bireyin id ve süperegö arasında denge sağlayarak arabuluculuk yapar. Hümanist yaklaşıma göre ise insan, doğası gereği iyi, değerli ve özgürdür; yaşam amacının kendini gerçekleştirmek, potansiyelini ortaya koymak ve hayatına anlam katmak olduğu kabul edilir. Bu süreç başarılıysa ruh sağlığı yerindedir, sapmalar ise dengenin bozulduğunu gösterir (Yapıcı ve Yapıcı, 2004).

Freud’a göre sağlıklı yaşamın temel taşları, “çalışmak ve sevmek”tir. Bu iki unsur, bireyin ruhsal dengesini koruması açısından önemlidir. Ancak, bu tanım çalışma ve sevmeye eylemlerinin ardındaki psikolojik süreçleri ya da bu unsurların nasıl geliştirileceğini detaylı şekilde açıklamamaktadır. Bu nedenle, ruhsal açıdan sağlıklı bireylerin hangi özelliklere sahip olduğunu daha kapsamlı değerlendirebilmek için gelişimsel kuramlar önemli bir yol gösterici olabilir. Erikson’un psikososyal gelişim kuramına göre, sağlıklı bir kişilik yapısının gelişebilmesi için belirli yaşam evrelerinde kazanılması gereken beceriler bulunmaktadır. Erken çocuklukta güven ve bağımsızlık, okul yıllarında girişimcilik ve başarı, ergenlikte kimlik oluşumu, yetişkinlikte yakın ilişkiler kurabilme ve üretkenlik, yaşlılıkta ise benlik bütünlüğüne ulaşılması, bireylerin ruh sağlığının yerinde olmasının temel unsurlarıdır (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

2.2.1. Psikiyatrik hastalıklar (ağır ruhsal bozukluklar)

Psikiyatrik hastalıklar, bireyin duygu, düşünce ve davranışlarında görülen tutarsızlık, aşırılık, yetersizlik veya uyumsuzluklarla karakterize edilen ve genellikle uyum güçlükleri ile işlev kayıplarına yol açan durumlar olarak tanımlanmaktadır. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM-5 Tanı Ölçütleri El Kitabı'na göre, psikiyatrik bozukluklar; bireyin bilişsel süreçlerini, duygusal dengesini ve davranışlarını etkileyen, biyolojik, psikolojik veya gelişimsel süreçlerdeki işlevsel bozulmalarla bağlantılı klinik açıdan önemli rahatsızlıklardır. Bu tür bozukluklar, bireyde belirgin bir sıkıntıya neden olmanın yanı sıra sosyal, mesleki ve diğer temel yaşam alanlarında işlevsellik kaybına yol açabilir (APA, 2014: 5).

DSM Tanı Ölçütleri El Kitabı, ruhsal bozuklukları belirli kategorilere ayırarak sistematik bir sınıflandırma sunar. Bu kategoriler arasında nörolojik gelişim bozuklukları, şizofreni, depresyon, kaygı bozuklukları, takıntılı davranışlar, travma ve stresle ilişkili bozukluklar, dissosiyatif rahatsızlıklar, yeme bozuklukları, uyku sorunları, cinsel kimlik bozuklukları, dürtü kontrolü ve yıkıcı davranışlar, madde kullanımı, kişilik bozuklukları ve parafili bozuklukları yer almaktadır (APA, 2014: 13-14).

Zastrow (2015), bireyin ruhsal hastalık olarak sınıflandırılma sürecini üç temel aşamada ele almaktadır. İlk olarak, birey depresyon gibi olumsuz duygular deneyimleyebilir veya toplum normlarına aykırı kabul edilen sıra dışı davranışlar sergileyebilir. İkinci aşamada, bu duygu ve davranışlar aile ya da içinde bulunduğu topluluk tarafından kabul edilemez görülerek bireyin bir ruh sağlığı uzmanına yönlendirilmesine neden olabilir. Son aşamada ise, ruh sağlığı uzmanı bireyi tıbbi model çerçevesinde değerlendirerek bir ruhsal hastalık tanısı koyma eğiliminde olabilir.

Ruhsal hastalıklar, bireylerin duygu, düşünce ve davranışlarında kalıcı ve alışılmışın dışında değişimlerle kendini gösteren, şizofreni, bipolar bozukluk ve depresyon gibi çeşitli rahatsızlıkları kapsayan durumlardır. Bu hastalıklar, bireyin günlük yaşamındaki işlevselliğini olumsuz etkileyerek sosyal ilişkilerde bozulmalara, ekonomik sıkıntılara ve aile içi dengelerde sorunlara yol açabilir. Aynı zamanda, bireylerin hastalıklarını anlamlandırmalarını zorlaştırarak kaygı, korku ve sosyal izolasyon gibi olumsuz duygusal tepkilere neden olabilir (Oral ve Tuncay, 2012).

Ruh sağlığı hizmetlerinde karşılaşılan zorluklar, sosyal, ekonomik, hukuki ve tıbbi aırlardan ele alınabilir. Sosyal açıdan, ailelere bakım yükü, toplumsal dışlanma ve ilişki sorunları önemli sorunlar arasında yer alırken, ekonomik açıdan hastalık nedeniyle iş gücünde azalma ve artan tedavi masrafları ne çıkmaktadır. Hukuki açıdan, hasta ve yakınlarının hakları konusunda yetersiz bilgilendirilme ve takip eksiklikleri dikkat çekmektedir. Tıbbi açıdan ise erken müdahale eksiklikleri, alevlenme takibi ve rehabilitasyon programlarındaki yetersizlikler sorun oluşturmaktadır (Akarçay, 2013:37). Küresel tahminler, her dört aileden birinin ruhsal veya davranışsal bir bozukluğa sahip en az bir birey barındırdığını göstermektedir. Dünya genelinde yaklaşık 450 milyon insanın zihinsel bozukluklardan etkilendiği belirtilmektedir (WHO, 2001: 3).

Sosyal Hizmet Uzmanlarının Ruh sağlığı alanında karşılaştıkları ağır ruhsal hastalıklardan bazılarına aşağıda yer verilmiştir;

şizofreni; DSM-5 Ruhsal Bozuklukların Tanı ltleri El Kitabı'na göre, şizofreni; sanrılar, varsanılar, düzensiz konuşma, belirgin bir şekilde dağınık davranışlar veya katatonik belirtiler ve negatif semptomlardan en az ikisinin bir ay süreyle gözlemlendiği ve bu semptomların etkilerinin altı ayı açan bir dönemde devam ettiği bir psikiyatrik rahatsızlık olarak tanımlanmaktadır (APA, 2014:49).

şizofreninin fizyopatolojisi tam olarak anlaşılmamış olsa da genetik ve çevresel etmenlerin hastalığın gelişiminde etkili olduğu kabul edilmektedir. Genetik araştırmalar, şizofreni hastalarının birinci derece akrabalarında hastalığın daha sık görüldüğünü göstermektedir. Tek yumurta ikizlerinde hastalığın aynı şekilde teşhis edilme oranı %50, çift yumurta ikizlerinde ise %10-15'tir. Çift ebeveyni de şizofreni hastası olan çocuklarda risk %40'a çıkar. Gebelikteki komplikasyonlar, viral enfeksiyonlar, Rh uyumazlığı ve kış ayında doğum gibi çevresel faktörler, nrogeleşimsel değişimlere yol açabilir. şizofreni genellikle ilk 5-10 yıl sabit seyreder, ancak uzun vadede önemli bir bozulma görülmez. Ailedeki duygusal stres ve eleştirel tutumlar, hastalığın seyrini kötüleştirebilmektedir (Yavuz, 2008: 49-51).

şizofreni, sanrılar, varsanılar, düşünce süreçlerinde ve iletişimde bozulmalar ile sosyal ilişkilerden geri çekilme gibi semptomlarla karakterize edilen bir ruhsal bozukluktur (Karabulut, 2013). şizofreni, genetik yatkınlık, stres, olumsuz çevresel koşullar ve zayıflayan sosyal destek sistemlerinin etkisiyle gelişebilen, hayat kalitesini olumsuz etkileyen kronik bir ruhsal bozukluktur. Tedavi ve izleme gerektiren bu hastalık,

bireyin sosyal etkileşimlerini, davranışlarını ve günlük işlevselliğini bozabilir. Belirtileri arasında aşırı uyku ihtiyacı, saldırgan tutumlar, duygusal düzensizlikler ve gerçeklik algısının bozulması yer alırken, kilo değişimleri, dikkat eksikliği ve mantıksız ifadeler de sık görülmektedir (Vural ve Köroğlu, 2020:654). Şizofreninin yönetiminde erken tanı ve tedavi süreci önemlidir. Tedavi, antipsikotik ilaçlar ve psikososyal müdahalelerin birlikte kullanılmasıyla yürütülmektedir. Literatürde, psikososyal müdahalelerin iyileşme sürecine olumlu etkisi ve antipsikotik ilaç tedavileriyle birleşerek tedavi sürecini daha etkili hale getirdiği belirtilmektedir (Summakoglu ve Ertugrul, 2018:43).

Şizofreni genellikle 45 yaşından önce başlasa da son araştırmalar geç yaşta başlayan vakaların arttığını göstermektedir. Hastaların yarısında belirgin bir tetikleyici faktör bulunmazken, bazı psikososyal etkenlerin hastalığın başlangıcını tetikleyebileceği veya mevcut belirtileri şiddetlendirebileceği öne sürülmektedir. Hastalık çoğunlukla yavaş ilerler ve başlangıcında fark edilmesi zor olabilir. Özellikle ergenlikte içe kapanma, kaygı, kişisel bakımın ihmal edilmesi ve sosyal ilişkilerden uzaklaşma gibi davranışlar gözlemlenebilir. Şizofreni, algılama, düşünme, duygu, iletişim ve davranışlarda bozulmalar yaratarak bilişsel ve duygusal işlevlerde aksaklıklara neden olabilmektedir (Akdaş, 2013: 34).

Şizoaffectif bozukluk; psikotik belirtilerle birlikte duygudurum dalgalanmalarının görüldüğü, atak ve iyileşme periyotlarıyla devam eden kronik bir ruhsal hastalık olarak tanımlanır. Bu bozukluk, uzun vadede bireyin işlevselliğinde belirgin bozulmalara neden olabilmektedir (Parker, 2019).

Şizoaffectif bozukluk, şizofreni ve duygudurum bozukluklarının belirtilerini bir arada gösteren karmaşık bir psikiyatrik hastalıktır. Bu bozuklukta, sanrılar ve halüsinasyonlar gibi psikotik belirtiler, depresif ya da manik ataklarla birlikte ortaya çıkar. Şizofreniye göre daha olumlu bir klinik süreç izlese de duygudurum bozukluklarına göre daha zorlu seyreder. Sosyal ve mesleki işlevsellik kısmen devam etse de semptomların şiddeti yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir. Tanı ve tedavi açısından zorluklar olsa da şizoaffectif bozukluk, şizofreni ve duygudurum bozukluklarından farklı bir psikiyatrik kategori olarak kabul edilmektedir (Padhy ve Hedge, 2015).

Şizoaffectif bozukluğun tedavisi konusunda yapılan çalışmalar sınırlı olmakla birlikte, hastalığın akut dönemlerinde psikotik semptomlar ön planda olduğu için genellikle antipsikotik ilaçlar tercih edilmektedir. Bozukluğun türüne bağlı olarak, tedavi

sürecine duygudurum düzenleyicileri ya da antidepresanlar eklenebilir. Ancak kalıcı psikotik belirtiler görüldüğünde, antipsikotik tedavi önerilmektedir. Eğer standart tedavi yöntemleri yetersiz kalırsa, klozapin ya da elektrokonvülsif terapi (EKT) alternatif tedavi seçenekleri arasında yer almaktadır (Padhy ve Hedge, 2015: 134).

Bipolar Bozukluk; DSM-5'e göre bipolar bozukluk, Bipolar I, Bipolar II, Siklotimik Bozukluk ve diğer alt türler olarak sınıflandırılmaktadır. Majör depresif dönem, duygudurum çöküşü, ilgi kaybı, uyku ve kilo değişiklikleri, yorgunluk, değersizlik hissi ve intihar düşünceleri ile tanımlanır. Manik dönem ise aşırı benlik algısı, büyüklük düşünceleri, azalan uyku ihtiyacı, hızlanan düşünceler ve riskli davranışlarla kendini gösterir. Bu belirtiler sosyal ve mesleki işlevselliği olumsuz etkileyebilir. Hipomanik dönem ise maniye benzer ancak daha hafif seyreder ve dört günden az sürer, bireyde taşkın ve artan enerji görülür (APA, 2014).

Bipolar bozukluğun kökeninin büyük ölçüde genetik faktörlere dayandığı, bu bozukluğa sahip bireylerin ailelerinde benzer tanıların daha yüksek oranlarda görüldüğü saptanmıştır. Yapılan çalışmalar, bipolar bozukluğa sahip bireylerin birinci derece yakınlarında hastalığın görülme riskinin anlamlı şekilde arttığını ortaya koymaktadır. Genetik yatkınlığın yanı sıra çevresel etkenler, nörobiyolojik süreçler ve hormonal mekanizmaların da hastalığın gelişiminde rol oynadığı düşünülmektedir (Baytunca, Aydın ve Erermiş, 2014). Araştırmalar, kadınlarda depresif ataklar, karma ataklar, hızlı döngülük ve mevsimsel gidişin daha yaygın olduğunu, ayrıca hipotiroidi, migren ve obezite gibi hastalıklarla daha sık görüldüğünü göstermektedir. Erkeklerde ise alkol ve madde kullanım bozukluğu, psikotik belirtiler ve antisosyal davranışlar daha yaygındır. Kadınlar için gebelik ve doğum sonrası dönemler, hastalığın alevlenmesi açısından kritik rol oynar. Cinsiyet farklılıkları, hastalığın seyrini ve tedavi süreçlerini etkilemektedir (Kesebir, vd., 2013).

Bipolar bozukluk, duygu durumu, enerji ve bilişsel işlevlerde dalgalanmalara yol açan kronik bir ruhsal rahatsızlıktır. Genetik, beyin yapısındaki değişiklikler ve çevresel faktörlerin etkisiyle gelişir ve mani, hipomani, depresif dönemlerle kendini gösterir. Tedavi sürecinde farmakolojik yöntemler ve bilişsel davranışçı terapi gibi psikososyal müdahaleler kullanılır. Şiddetli olgularda elektrokonvülsif terapi tercih edilebilir. Psikososyal destek sistemleri, uzun süreli bakımda önemli bir rol oynamaktadır (NYS Office of Mental Health, 2008).

Bipolar bozukluğun tedavi süreci üç ana safhadan oluşur: İlk olarak, akut manik dönemde bireyin sosyal, psikolojik ve fizyolojik etkileri değerlendirilir, duygudurum düzenleyicileri izlenir ve riskler göz önünde bulundurulur. Sonraki aşamada, tetikleyicilerle farkındalık artırılır ve bireyin kendini yönetme becerileri geliştirilir. Tedavi sürecinde çevresel stres faktörleri azaltılmalı, sosyal etkinlikler sınırlandırılmalı ve manipülatif davranışlar kontrol altına alınmalıdır. Agresif bireylerle güvenli iletişim kurulmalı, uyku düzeni ve beslenme desteklenmelidir. İlaç kullanımı düzenli hale getirilip tedaviye uyum artırılmalıdır (Nehir, 2020: 97-98).

Majör Depresyon; Depresif bozukluklar, bireyin ruh halinde belirgin bir çöküş, ilgi ve motivasyon kaybı, karamsarlık ve yoğun suçluluk duyguları gibi belirtilerle ortaya çıkan ruhsal rahatsızlıklardır. Bu durum, uyku ve iştah düzensizlikleri, cinsel istekte azalma ve psikofizyolojik işlevlerde bozulmalarla da kendini gösterebilir. Hem Türkiye’de hem de dünya genelinde yaygın görülen depresyon, bireyin günlük yaşam işlevselliğini ve yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürerek ciddi bir halk sağlığı sorunu oluşturmaktadır (Küey, 1998, akt. Kaya ve Kaya, 2007: 3).

DSM-5’e göre, majör depresif bozukluk, en az iki hafta süren ve günlük yaşamda önemli bozulmalara yol açan bir duygu durumu bozukluğudur. Tanı koyabilmek için, kişi çökkün ruh hali veya zevk kaybı yaşamalı ve en az beş semptomdan biri ya da daha fazlası görülmelidir. Bu semptomlar arasında iştah değişiklikleri, uyku bozuklukları, yorgunluk, değersizlik hissi ve intihar düşünceleri yer alır. Semptomlar sosyal ve mesleki işlevsellikte ciddi kayıplara yol açmalı ve başka bir tıbbi durumla ilişkili olmamalıdır. Ayrıca, bireyin geçmişte mani ya da hipomani atağı geçirmemiş olması gerekir (APA, 2014: 92-94).

Dünya Sağlık Örgütü’ne göre, ruhsal bozuklukların prevalansı son yıllarda belirgin şekilde artmıştır ve bu hastalıklar ölümcül olmamakla birlikte, bireylerin kişisel ve sosyal yaşamlarında ciddi işlev kayıplarına neden olmaktadır. Bu artışın başlıca sebeplerinden biri, insanların daha uzun yaşamaya başlamasıyla birlikte zihinsel işlevlerin fiziksel sağlığın gerisinde kalması, dolayısıyla Yetişkin Yitimi ve Ayarlanmış Yaşam Yılı (DALY) oranlarının yükselmesidir. Bununla birlikte, fiziksel ve psikolojik sağlık sorunları nedeniyle yaşanan yetersizlikler de bu durumu pekiştirmektedir. Ayrıca, toplumsal bağların zayıflaması, küresel düzeydeki savaşlar, ekonomik krizler, açlık ve travmalar ruhsal bozuklukların artmasına katkıda bulunan önemli faktörlerdendir. Bazı

uzmanlar ise, toplumsal yapıda yaşanan değişiklikler, teknolojinin etkisi, sosyal destek ağlarının zayıflaması ve yaşamın giderek daha ticari bir hale gelmesinin, depresyon ve benzeri ruhsal hastalıkların daha yaygın hale gelmesinde etkili olduğunu öne sürmektedir (Bruntland, 2000).

2.2.2 Dünya’da ve Türkiye’de ruh sağlığı hizmetleri ve uygulanan politikalar

1945-1975 yılları arasında sağlık alanında gelişen yeni yaklaşımlar ile birlikte, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) “Herkes İçin Sağlık” anlayışını benimseyerek, sağlık hizmetlerinin daha adil ve eşit bir şekilde sunulmasını amaçlamıştır. 1977’de Cenevre’de düzenlenen Dünya Sağlık Asamblesi ve 1978’deki Alma-Ata Konferansı, birinci basamaktaki sağlık hizmetlerinin toplum sağlığını iyileştirmedeki kritik rolünü vurgulamıştır. Alma-Ata’da, sağlığın yalnızca hastalık ve engellilikten kaçınma değil, bunula beraber kişinin bedensel, bilişsel ve sosyal açıdan bütünüyle sağlıklı olmasına dayandığı ifade edilmiştir. Bu anlayış, sağlığın bir insan hakkı olarak korunması gerektiğini ortaya koymuş ve sağlık alanında başarıya ulaşmak için yalnızca sağlık sektörünün değil, diğer sosyal ve ekonomik alanların da birlikte çalışması gerektiği belirtilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

1998 yılında Kopenhag’da yapılan 48. Avrupa Bölge Komitesi toplantısında, “Herkes İçin Sağlık” ilkesi daha da genişletilerek “Sağlık 21” adı altında 21 sağlık hedefi belirlenmiştir. Bu hedefler arasında sağlıkta eşitlik, dayanışma, çocukluk döneminden itibaren sağlıklı bir başlangıç sağlanması ve tüm yaş gruplarının sağlık ihtiyaçlarına odaklanması öne çıkmıştır. Altıncı hedef olarak ise ruh sağlığının güçlendirilmesi ifade edilmiştir. 2020 yılına kadar, kişilerin psikososyal iyilik hallerinin artırılması ve ruhsal hastalıkları olan kişilerin kapsamlı sağlık hizmetlerine erişiminin sağlanması gerektiği vurgulanmıştır. Ayrıca, ruh sağlığını olumsuz etkileyebilecek risk faktörlerinin azaltılması, stresle başa çıkma becerilerinin geliştirilmesi ve intihar oranlarının yüksek olduğu ülkelerde bu oranların üçte bir oranında düşürülmesi hedeflenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Dünya Sağlık Örgütü’nün (2003) verileri ele alındığında, dünyada yaklaşık 450 milyon birey ruhsal ya da davranışsal bozukluklarla karşı karşıyadır. Engellilikle geçen yılların önde gelen nedenlerinden dördü, şizofreni, depresyon, alkol bağımlılığı ve bipolar

bozukluk gibi nöropsikiyatrik hastalıklardır. Her sene yaklaşık 1 milyon insan intihar nedeniyle yaşamını yitirmekte, 150 milyondan fazla insan depresyon tanısı almaktadır. Bunun yanı sıra, dünya genelinde yaklaşık 25 milyon kişi şizofreni hastası iken, 90 milyondan fazla birey alkol ve madde bağımlılığı sorunları yaşamaktadır (WHO, 2003).

Avrupa'nın büyük bir kısmı, ruh sağlığı alanında tıbbi yaklaşımdan toplumsal bir modele geçişi başarıyla gerçekleştirmiştir. Bu geçişle birlikte, ruhsal bozukluğu olan bireylerin tedavisinin, hastanelerde değil, toplumsal yaşam alanlarında yapılmasını destekleyen yeni yapılar ve kuruluşlar kurulmuştur. 1961 yılında İtalya'da başlatılan reform ile toplum temelli ruh sağlığı modelinin uygulanmaya başlaması, son otuz yıl içinde Avrupa çapında geniş bir şekilde yaygınlık göstermiştir. İngiltere, Fransa, Almanya ve Finlandiya gibi ülkeler bu değişiklikten büyük oranda etkilenirken, Yunanistan, Avrupa Birliği üyeliği sürecinde ruh sağlığı sistemini kapsamlı bir şekilde reforme etmiştir (Çiçekoglu ve Duran, 2018).

Bazı dünya ülkelerinde uygulanan ruh sağlığı hizmet ve politikalarına aşağıda yer verilmiştir;

İtalyan Psikiyatrik Reformu, üç aşamalı bir süreçle hayata geçirilmiştir. İlk aşamada, ruhsal hastalığı olan bireylerin tedavisinde geleneksel psikiyatri hastanelerine bağımlılığı azaltmak amacıyla bu kurumların sayısı kademeli olarak düşürülmüştür. İkinci aşamada, genel hastanelerde psikiyatri servisleri açılmış ve bakım evlerinde ruhsal hastalığı olan bireyler için yatak kapasitesi artırılmıştır. Son aşamada ise toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri genişletilerek, hastaların gerek hastanede kalarak gerekse poliklinik hizmeti olarak tedavi edilmeleri desteklenmiştir. İtalyan Parlamentosu, ruh sağlığı hizmetlerinde standartlaşmayı sağlamak ve hastaların hukuki güvencelerini sağlamak adına Ulusal Ruh Sağlığı Planını yürürlüğe koymuştur. Bu doğrultuda, reformdan önce hizmet sunan 76 büyük psikiyatri hastanesi kapatılmış, genel hastanelerde 16 yataklı ruh sağlığı bölümleri açılmış, zorunlu yatışları sınırlayan yasal düzenlemeler hayata geçirilmiş ve bölgesel düzeyde toplum temelli ruh sağlığı merkezlerinin (TRSM) oluşturulması hedeflenmiştir (Burti, 2001, akt. Erdeniz, 2021). Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri kapsamında, apartman dairelerinde yaklaşık 20 kişiye uzun süreli bakım sağlanacak şekilde 3-4 konut düzenlenmiştir. Bu desteklerin bütçesi, merkezi idare, yerel yönetimler, sosyal sigorta fonları ve vakıflar tarafından karşılanmaktadır (Yanık, 2007: 19).

İngiltere'nin ruh sağlığı modeli, toplum temelli ve hastane destekli bir denge üzerine kuruludur. İtalya modelinden farklı olarak, psikiyatri hastaneleri tamamen kaldırılmamış, ancak yatak kapasitesi azaltılarak 100.000 kişiye 30 yatak denk gelecek biçimde yapılandırılmıştır. Özellikle Evde Tedavi Ekipleri (Home Treatment Team), hastaların kendi ortamlarında tedavi edilmelerini sağlayarak hastaneye başvuruların azalmasına katkı sunmuştur (Yanık, 2007:20). 1983 Ruh Sağlığı Reformu (Mental Health Act, 1983) ile toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri yapılandırılmış ve psikiyatrik bozuklukları olan bireylerin tedavisi hastane ortamından toplum içine taşınmıştır. Bu süreçte, 1995 yılına kadar tüm büyük psikiyatri hastaneleri kapatılmış ve kronik ruhsal rahatsızlıkları olan bireylerin bakım ve tedavileri için Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri kurulmuştur (Bag, 2012: 467-468).

ABD'de ruh sağlığı hizmetlerinin dönüşümü, 1946'da çıkarılan Ulusal Ruh Sağlığı Yasası ile başlamış ve bu yasa, psikiyatri araştırma ve eğitime federal fon sağlamış, Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü'nün (NIMH) kurulmasına zemin hazırlamıştır. II. Dünya Savaşı ve Büyük Buhran'daki olumsuz koşullar, kurum temelli bakım modelinin sorgulanmasına yol açmıştır. 1963'te Başkan Kennedy'nin imzaladığı Toplum Ruh Sağlığı Yasası, yerel ruh sağlığı merkezlerinin kurulmasını ve finansal desteklenmesini sağlamıştır. 1970'lerden sonra bu merkezler, ağır ruhsal bozukluklara sahip bireylerin uzun süreli bakımına odaklanmış, akıl hastanelerindeki hasta sayısı ve yataklı tedavi ihtiyacı önemli ölçüde azalmıştır (Sundararaman, 2009; Drake ve Latimer, 2012).

1980'lerin sonlarından itibaren ABD'de toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri, kanıta dayalı bakım ve iyileşme odaklı yaklaşımlar üzerine şekillenmiştir. Kanıta dayalı model bilimsel verimliliği, iyileşme hareketi ise bireyin yaşam deneyimlerini hedef almıştır. 1997'de destekli istihdam, aile eğitimi ve entegre tedavi gibi altı temel müdahale alanı belirlenmiştir. 2000'li yıllarda ekonomik kısıtlamalar hizmet kalitesini düşürmüştü, özellikle sigortasız ve ağır ruhsal hastalığı olan bireyleri olumsuz etkilemiştir. Ancak sağlık reformlarıyla birlikte akıl hastalıkları, fiziksel hastalıklarla eşit kabul edilip sigorta erişimi kolaylaşmıştır (Sundararaman, 2009; Drake ve Latimer, 2012).

Almanya'da ruh sağlığı hizmetleri, 1975, 1988 ve 1991 yıllarında yayımlanan üç temel raporla yeniden yapılandırılmıştır. İlk rapor toplum temelli hizmetlerin yaygınlaştırılmasını ve genel hastanelerde psikiyatri birimlerinin artırılmasını önermiştir. 1988'de GPV adlı toplum psikiyatrisi merkezleri kurulmuş; 1991'de ise sağlık personeli

yetersizliğini gidermek amacıyla personel artırımı hedeflenmiştir (Ulaş, 2008:4). Almanya’da toplum merkezli ve sigorta temelli bir ruh sağlığı sistemi benimsenmiş, özelleştirme süreciyle yatak sayısı sabit tutulurken yatış süreleri azaltılmıştır. Sosyal çalışmacıların aktif olduğu bu sistem, hastane yerine toplum içi destek hizmetlerini ön plana çıkarmaktadır (Yanık, 2007:21).

Hollanda’da ruh sağlığı hizmetleri, 1970'lere kadar dağınık ve ağırlıklı olarak özeldini kurumlarca yürütölmekteydi. 1974’te RIAAG modeliyle toplum temelli hizmet anlayışı benimsenmiş ve hastane yatışlarını azaltma hedeflenmiştir. 1982’ye gelindiğinde 58 merkez kurulmuş, ayaktan tedavi imkânları artmış ve psikiyatri yatak sayısı 1955’teki 28.000 seviyesinden 2006’da 21.760’a düşürölmüştür. Bu dönüşüm, hastane odaklı sistemden toplum temelli hizmetlere geçişi hızlandırmıştır (Ulaş, 2008).

Finlandiya, Doğu Avrupa ölkeleri arasında ruh sağlığı hizmetleri açısından öne çıkan ölkelerden biridir. Son yirmi yılda, ölkede ruh sağlığı hizmetlerinde köklü dönüşümler gerçekleşmiştir. 1980’lerde 20.000 civarında olan psikiyatri yatak kapasitesi, 2000’li yıllarda 6.200’e düşürölmüş, bu azalma ise toplum temelli psikiyatri merkezlerinin sayısındaki artışla dengelenmiştir (Yumru, 2008).

Japonya, ruh sağlığı yasasına sahip ölkelerden biridir ve 2000’li yıllara kadar psikiyatri yatak kapasitesini artırmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetleri ile psikiyatri alanındaki bağlantı zayıf olup, yatarak tedavi gören hastaların takibi genellikle aynı hastane tarafından yürütölmektedir. Bu durum, bekleme sürelerini uzatıp muayene sürelerini kısaltmaktadır. Sorunun çözümü için yataklı tedavi sunmayan özel psikiyatri merkezleri oluşturulmuştur. Japonya’nın modeli, hastane odaklı hizmetleri koruyarak toplum temelli bakım sistemini güçlendirmeye çalışmaktadır (Direk, 2008: 20-21).

Avustralya’da toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri, kentleşmiş bölgelerde daha erişilebilir durumdadır. Ruh sağlığı kriz ekipleri yaygın olsa da yüksek iş yükü nedeniyle öncelikli olarak ağır vakalara hizmet vermektedir (Direk, 2008:20).

Türkiye’de ruh sağlığı alanında uygulanan hizmet ve politikalar ise şu şekildedir;

Osmanlı İmparatorluğu döneminde, psikiyatri hastalarına yönelik bakım hizmetleri tımarhane ve bimarhane olarak isimlendirilen yataklı kurumlar aracılığıyla sunulmuştur. Türkiye’de ise, 1924 yılında Mazhar Osman’ın önerisiyle ilk depo hastanesi olan Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi kurulmuş ve bu model, sonraki yıllarda

farklı bölgelerde açılan benzer kurumlarla yaygınlaşmıştır (Erkoç, Kardeş & Artvinli, 2010).

Türkiye’de psikiyatri hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik ilk adımlar 1960’lı yıllarda atılmıştır (Coşkun, 2004). 1967 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde Ruh Sağlığı Şube Müdürlüğü kurulmuş, 1983’te Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’ne bağlı olarak Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı’na dönüştürülmüştür. 1984’te ise il sağlık müdürlükleri bünyesinde taşra teşkilatları oluşturulmuştur. Daire, ilk büyük organizasyonunu 1987 yılında Ankara’da düzenlenen “Ruh Sağlığı Programı Geliştirme Toplantısı” ile gerçekleştirmiş; bu toplantıda dört ana çalışma grubu kurulmuşsa da planlanan çalışmalar tamamlanamamıştır (Dağ, 2003: 60-61).

Türkiye’de halen yürürlükte olan ruh sağlığı politikalarının temelleri 1983 yılında atılmıştır. 1987’de hazırlanan ulusal ruh sağlığı programı, 1999 Marmara Depremi’nin ardından Dünya Bankası desteğiyle gözden geçirilip genişletilmiştir. Ruh sağlığına ilişkin özel bir yasa bulunmamakla birlikte, 1996 yılında sigara ve alkol gibi bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımını azaltmaya yönelik yasal düzenlemeler yürürlüğe girmiştir (Akarçay, 2013:16).

1999 Marmara Depremi, Türkiye’de ruh sağlığı hizmetlerinin yeniden yapılandırılmasında dönüm noktası olmuştur. Deprem sonrası Türk Hükümeti ile Dünya Bankası arasında imzalanan MEER Projesi (2001-2004), ulusal ruh sağlığı politikasının güçlendirilmesini hedeflemiş; bu kapsamda çeşitli konferanslar düzenlenmiş, meslek örgütlerinin görüşleri alınmış ve DSÖ rehberliğinde Türkiye Ruh Sağlığı Politikası Raporu hazırlanmıştır (Ulaş, 2008: 10-11).

2006 yılında Sağlık Bakanlığı, DSÖ’nün önerileri doğrultusunda “Ulusal Ruh Sağlığı Politikası”nı yayımlayarak, hastane temelli sistemden toplum temelli ruh sağlığı modeline geçişi hedeflemiştir. Bu kapsamda hizmetlerin birinci basamakla entegrasyonu, rehabilitasyon programları, bütçe artışı, hizmet kalitesi, hasta hakları, damgalamanın önlenmesi ve insan kaynağının güçlendirilmesi öncelikli hedefler olmuştur. Bu dönüşümün ilk adımı olarak Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri’nin kurulması planlanmış, 2009’da çalışmalar başlamış ve 2011’de uygulama yönergesi yayımlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Türkiye’de toplum temelli ruh sağlığı modeline geçiş sürecinde, 2006’da Elazığ’da korumalı ev projesi başlatılmış, ardından Bakırköy'deki Bahçelievler Projesi, üniversiteler bünyesindeki rehabilitasyon merkezleri ve gündüz hastaneleri bu dönüşüme katkı sağlamıştır. Türkiye’nin ilk Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ise 2008’de Bolu’da açılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).Bolu TRSM'nin uygulamaları, Sağlık Bakanlığı tarafından yakından takip edilmeye başlanmıştır. TRSM'nin karşılaştığı maliyet, finansman ve personel ile ilgili sorunlar, uygulayıcılar için değerli veriler sağlamış ve bu pilot uygulamadan elde edilen bulgular ile akademisyenlerin önerileri doğrultusunda projenin temel ilkeleri belirlenmiştir (Alataş ve ark., 2009).

T.C. Sağlık Bakanlığı’nın Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı, 2016 yılına kadar ruh sağlığı hizmetlerinde koordinasyonu güçlendirmeyi, toplum temelli entegre sistemler kurmayı ve koruyucu hizmetleri yaygınlaştırmayı hedeflemiştir. Ayrıca, birinci basamak entegrasyonu, psikiyatri yatak düzenlemeleri, personel niteliği artırımı, çocuk ve ergen desteği ile ağır ruhsal bozukluğu olan bireylerin bakım ve istihdamına yönelik sistemler geliştirilmesi planlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011: 63-67).

Toplum temelli ruh sağlığı modelinde, ağır ruhsal bozukluğu olan bireylerin düzenli takibi TRSM’ler aracılığıyla yapılması hedeflenmektedir. Her 100-300 bin kişiye bir TRSM kurulması planlanırken, bu merkezlerin ayaktan tedavi, rehabilitasyon, psikoeğitim ve terapi hizmetleri sunarak bireylerin topluma uyumunu desteklemesi amaçlanmıştır. Ayrıca, yarı-yol evleri, korumalı konutlar ve iş yerlerinde istihdam olanaklarının artırılması ile mobil ekiplerle saha desteği sağlanması da planlanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

2.2.3. Ruh sağlığı hizmet modelleri

Ruh sağlığı hizmetlerinin gelişimi, 19. yüzyılın sonlarından 20. yüzyılın ortalarına kadar akıl hastanelerine dayalı, ruhsal hastalığı olan bireylerin izole edilmesini esas alan bir modelle şekillenmiştir. Ancak bu yaklaşım, hastaların toplumsal hayattan kopmasına ve yetersiz bakım koşullarına neden olduğu için eleştirilmiştir. 1950’lerden itibaren, büyük ölçekli kurumların yetersizlikleri daha görünür hale gelmiş ve ruh sağlığı hizmetlerinin hastane dışına taşınarak bireylerin topluma entegrasyonunu hedefleyen yeni bir model ortaya çıkmıştır (Thornicroft ve Tansella, 2002). Bu süreçte, toplum

temelli ruh sağlığı hizmetlerine 6nem verilmiş ve ağır psikiyatrik rahatsızlıkları olan bireyler, ayaktan tedavi merkezleri ve toplum ruh sağlığı birimleri aracılığıyla izlenmeye başlanmıştır. Psikiyatri kliniklerine yatışlar ise genellikle kriz durumlarında ya da bireyin kendisine veya 6evresine zarar verme riski taşıdığı durumlarda ger6ekleştirilmiştir (Becker ve Kilian, 2006; Muijen, 2008; Rutz, 2001; akt. Ulaş, 2008: 2).

Ruh sağlığı hizmetleri, geleneksel hastane odaklı model, toplum temelli model ve her iki yaklaşımın birleşiminden oluşan toplum-hastane denge modeli olarak 66 d6neme ayrılabilir. İlk d6nemde, b6y6k 6l6ekli akıl hastanelerinin yaygınlaşmasıyla hastane merkezli model egemen olmuştur. İkinci d6nemde hastanelerin sayısının azalmasıyla hastane merkezli hizmetlerin etkisi d6şerken, hizmet anlayışında bir gerileme yaşanmıştır. 666nc6 d6nemde ise toplum temelli hizmetlerin yaygınlaşması ve reform hareketlerinin etkisiyle bu modele ge6iş hızlanmıştır (Abay ve 66lge6en, 2018).

Ruh sağlığı alanındaki medikal ve sosyal yaklaşımlar, hastalıkların tanımlanması ve tedavi y6ntemlerinde farklı perspektifler sunmaktadır. Medikal model, ruhsal hastalıkları biyolojik bozukluklar olarak kabul ederken tedavi s6recini tıbbi m6dahalelerle şekillendirir. Sosyal model ise bireyin ruh sağlığını sosyoekonomik ve 6evresel fakt6rlerle ilişkilendirir ve sosyal destek ağları ile toplumsal katılımı vurgular. G6n6m6zde, biyopsikososyal yaklaşım bedensel, zihinsel ve toplumsal y6nleri bir arada ele alarak daha kapsamlı bir ruh sağlığı hizmeti sunmayı hedeflemektedir (Oral ve Tuncay, 2012).

Ruh sağlığı hizmetleri, birbirini tamamlayan, destekleyen ve etkileyen bir d6zene sahiptir. Bu hizmetlerin ana amacı, bireylerin sosyal 6evrelerinde uyumlu, mutlu ve işlevsel bir yaşam s6rd6rmelerini sağlamaktır. Ayrıca, ruhsal hastalıkların ve bozuklukların 66nlenmesi, bireylerin ve toplumun psikiyatrik rahatsızlıklardan korunması ve mevcut hastalıkların tedavi edilerek bireylerin topluma yeniden kazandırılması da bu hizmetlerin temel hedeflerindendir (K66knel, 2000: 5). Toplum ruh sağlığı, bireylerin yaşadıkları 6evrede sağlanan koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici desteklerin t6m6n6 kapsar. Bu hizmetlerin amacı, bireylerin ruhsal sorunlarını aşmalarına, hastalık nedeniyle kaybettikleri toplumsal rollerini ve işlevselliklerini geri kazanmalarına yardımcı olmaktır. Toplum ruh sağlığı hizmetleri, acil m6dahale, kısmi hastane bakımı, ayakta ve yatarak tedavi, danışmanlık, eğitim ve tarama gibi 6eşitli m6dahaleleri i6erir. Bu hizmetler, ruhsal hastalıkların tedavisi, ruhsal bozuklukların 66nlenmesi, erken teşhis ve tedavi s6re6lerinin

desteklenmesi, rehabilitasyon hizmetlerinin sürdürülmesi ve ruh sağlığı hizmetlerinin sürekliliğinin sağlanmasını amaçlamaktadır (Karataş ve Çalışkan, 2020: 35).

2.2.3.1. Hastane modeli

Akıl hastaneleri, ruh sağlığı hastalarının tedavi ve bakımında uzun yıllar yaygın olarak kullanılmıştır. Avrupa ve Amerika'da ıslah evlerinin kapanmasının ardından, “Asylum” adı verilen ve genellikle kent merkezlerinden uzak yerlerde bulunan kurumlar kurulmuştur. Bu hastaneler, 1500-2000 yatak kapasitesine sahip olup, ruhsal rahatsızlıkları olan bireylerin uzun vadeli bakımını sağlamaktadır (Alataş vd., 2009: 26). Akıl hastanelerinin yaygınlaşmasında Philippe Pinel ve Samuel Tuke'un “Moral Treatment” anlayışı etkili olmuştur. Bu yaklaşım, hastaların toplumdan izole edilerek özel kurumlarda tedavi edilmesini savunuyordu. Amerika'da Benjamin Rush ve Dorothea Dix, akıl hastanelerinin kurulmasını teşvik etmiştir. Ancak bu kurumlar, zamanla hastaları izole eden ve yetersiz bakım sunan yapılara dönüşmüştür. Psikiyatri alanındaki gelişmeler ve antipsikiyatri hareketiyle eleştirilmiş, hastalar uzun süre insanlık dışı koşullarda tutulmuştur (Songur ve ark., 2017).

Hastane odaklı ruh sağlığı hizmet modeli, ülkemizde eleştirilen bir sistemdir. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'na göre, bu model, hastaların yalnızca poliklinik hizmeti alması, kriz anlarında hastaneye yatırılması ve uzun süreli hastane yatışı gibi sorunlara yol açmaktadır. Ayrıca, biyopsikososyal müdahaleler içermediği için hastaların sosyal işlevselliğini artırmada yetersiz kalmakta ve taburcu sonrası tedavi takibi genellikle yetersizdir (Karataş ve Çalışkan, 2020: 35-36). Bu durum, hastaların hastalıklarıyla baş başa kalmalarına ve tekrarlayan yatışlara neden olmaktadır. Sürekli tekrar bu eden yatışlar, “dönerkapı fenomeni” olarak adlandırılmıştır (Casper ve ark. 1991, akt. Sönmez, 2008:20).

Medikal model, ruhsal hastalıkları bir bozukluk veya eksiklik olarak değerlendirir ve bu durum olumsuz bir nitelik olarak kabul edilir. Bu yaklaşım, ruhsal rahatsızlıkların bireyin kendisinden kaynaklandığını savunur. Tedavi sürecinde ise bireyin toplumsal normlara uygun hâle getirilmesi amaçlanır ve bunun için profesyonel destek gereklidir (Oral ve Tuncay, 2012).

Depo hastanelerindeki aşırı yoğunluk, yetersiz hijyen koşulları ve sıkça karşılaşılan hasta hakları ihlalleri, söz konusu modelin eleştirilmesine ve sorgulanmasına yol açmıştır. 1950'lerden itibaren antipsikiyatri hareketinin etkisiyle, hastalara yönelik kötü muamelelerin artması, bu kurumların işlevsel çöküşünü hızlandırmıştır. Bu gelişmelerin bir sonucu olarak, depo hastanelerinin terk edilmesi ve onların yerine toplum temelli ruh sağlığı modelinin benimsenmesi süreci başlamıştır (Abay ve Çölgöçen, 2018).

2.2.3.2. Toplum modeli

2011 yılında yayımlanan Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı, Türkiye'de ruh sağlığı hizmetlerini toplum temelli bir yaklaşımla yeniden yapılandırmayı hedeflemiştir. Bu stratejiyle, birinci basamak sağlık hizmetleri ve genel sağlık sistemiyle entegrasyon sağlanarak rehabilitasyon programları yaygınlaştırılacak ve hizmet kalitesi artırılacaktır. Ayrıca, eğitim ve insan gücü kapasitesi güçlendirilecek, hastaneye yatış oranları azaltılacaktır. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM), bireylere kolay erişim sunarak yatış gereksinimlerini en aza indirecektir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Toplum temelli model, ruh sağlığı hizmetlerini bireylerin kendi çevrelerinde sunmayı amaçlar. Hedef, hastaneye yatışları azaltarak, bireylerin bağımsız yaşamalarını desteklemektir. Bu model, sosyal bağları koruyarak bakım sağlar, damgalanmayı azaltır ve toplumsal katılımı teşvik eder. Ayrıca, sürdürülebilir çözümler sunar. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) ve diğer destekleyici yapılar bu modelin önemli bileşenleridir (Akarçay, 2013; Yanık, 2007:16).

Toplum temelli ruh sağlığı hizmeti modeli, belirli bir coğrafyada yaşayan bireylere, ruh sağlığı profesyonelleri tarafından sağlanan hizmetleri ve çeşitli merkezlerin koordinasyonunu içeren üç temel prensibe dayanır. Bu modelde, her 100.000 kişilik nüfus için bir ruh sağlığı ekibi oluşturulması planlanmıştır. Ekipler, psikiyatrist, psikolog, psikiyatri hemşiresi ve sosyal hizmet uzmanlarından oluşur ve yerel düzeyde doğrudan hizmet sunar. Hizmetler, genellikle bağımsız merkezler aracılığıyla yürütülür ve tedavi süreci kişiye özel planlamalarla yönetilir. Bu modelin amacı, ağır ruhsal bozukluğu olan bireylerin toplumsal dışlanmalarını engelleyerek sosyal uyumlarını güçlendirmektir (Yanık, 2007:9).

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM), ağır ruhsal bozukluklara sahip bireylerin hastaneye yatış ihtiyaçlarını azaltmayı, yeti kaybını en aza indirmeyi ve kaybedilen işlevselliklerini yeniden kazandırmayı hedefleyen biyopsikososyal müdahaleler sunmaktadır. Bu doğrultuda, bireyin bütüncül bir şekilde değerlendirilmesine dayanan çok yönlü destek hizmetleri, psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, hemşire ve ergoterapistlerden oluşan multidisipliner bir ekip tarafından sağlanmakta ve tedavi süreçleri tek bir merkezden koordineli bir biçimde yönetilmektedir (Gözen ve Buz, 2020:25).

Toplum temelli ruh sağlığı modelinde temel hedef, ruhsal rahatsızlığa sahip kişilerin toplum içerisinde yaşamlarını sürdürerek ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine erişimlerini sağlamaktır. Bu yaklaşım, bireylerin büyük ve izole kurumlarda tedavi edilmeleri yerine, kendi sosyal çevrelerinde rehabilite olmalarına ve maruz kaldıkları toplumsal dışlanmanın azaltılmasına imkân tanır. Model kapsamında, hastane yatışları minimuma indirilmeye çalışılmakta, zorunlu yatış gereken durumlarda ise psikiyatri hizmetleri genel hastaneler bünyesinde sunulmaktadır (Attepe Özden ve İçağasıoğlu Çoban, 2018:186).

Toplum odaklı ruh sağlığı modelinde, bireyler klinik tedavi sürecini tamamladıktan sonra hastaneden taburcu edilerek bakım ve tedavi süreçlerini kendi sosyal çevrelerinde sürdürmektedirler. Bu yaklaşımda, aile desteği, toplumsal yardımlaşma ve çeşitli terapi tekniklerinin devreye girmesi, ruhsal rahatsızlık yaşayan bireylerin geleneksel akıl hastanelerinde tedavi edilmesinin yerine, sosyal çevrelerinde bütünsel bir bakım alabilmelerini teşvik etmektedir (Çiçekoğlu & Duran, 2018).

2.2.3.3. Hastane-toplum denge modeli

Dünya genelinde, hastane odaklı modellerden toplum temelli yaklaşımlara geçişte önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Toplum-hastane denge modeli, ağır ruhsal bozukluğu olan kişilerin tedavi ve rehabilitasyonunun toplumda yapılmasını, hafif sorunların ise birinci basamak sağlık hizmetlerinde yönetilmesini öngörmektedir. Bu model, maliyetleri düşük ve verimli bir çözüm olarak öne çıkmaktadır. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'na göre de en uygun yaklaşım toplum-hastane dengesine dayalı modeldir (Karataş ve Çalışkan, 2020:37).

Toplum-hastane denge modeli, ruh sağlığı hizmetlerinde hastane temelli ve toplum temelli yaklaşımların avantajlarını birleştiren bütüncül bir yöntem olarak öne çıkmaktadır (Erdeniz, 2021). Ruhsal bozuklukların tedavisinde yalnızca hastane odaklı ya da sadece toplum temelli modellerin yetersiz kalması, her iki yaklaşımın güçlü yönlerini harmanlayan bir sistemin geliştirilmesine neden olmuştur (Abay ve Çölgöçen, 2018). Türkiye'nin sosyoekonomik durumu, sağlık sisteminin mevcut yapısı ve insan kaynağı kapasitesi göz önünde bulundurulduğunda, ruh sağlığı hizmetlerinin etkin ve sürdürülebilir biçimde sunulabilmesi için hastane-toplum denge modelinin uygun bir seçenek olduğu düşünölmektedir. Bu model, her iki yaklaşımın faydalarını bir araya getirerek ruh sağlığı hizmetlerine erişimi artırmayı ve mevcut kaynakların daha etkin kullanılmasını amaçlamaktadır (Songur ve ark., 2017).

Türkiye'de uygulanması en uygun model olarak değeriendirilen karma model, ağır ruhsal bozukluğu olan bireylerin genel hastanelerde, daha hafif ruhsal rahatsızlıkların ise birinci basamak sağlık hizmetleri yoluyla toplumsal düzeyde tedavi edilmesini öngörmektedir. Ülkenin mevcut sosyoekonomik koşulları ve sağlık personeli yetersizliği, bu karma yaklaşımın Türkiye için en uygun çözüm olduğunu göstermektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

2.3. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM), her 100-300 bin kişilik nüfusa hizmet vererek, ağır ruhsal bozukluğu olan bireyler ve ailelerine bilgilendirme, ayaktan tedavi ve izleme hizmetleri sunmaktadır. TRSM'lerde rehabilitasyon, psikoeğitim, iş ve uğraşı etkinlikleri, bireysel ve grup terapileri gibi yöntemlerle toplumsal katılım desteklenmektedir. Psikiyatri servisleriyle koordineli çalışan bu merkezler, mobil ekiplerle de hastaların yaşam alanlarında izleme ve destek hizmeti sunarak süreci genişletmektedir. TRSM'ler, toplumsal temelli ruh sağlığı hizmetlerinin planlanıp yürütöldüğu merkezlerdir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM), psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve diğer profesyonellerden oluşan bir ekip tarafından yönetilir. Bu merkezler, hastaların sosyal çevrelerinde desteklenmesini amaçlar ve hastanelerden bağımsız hizmet verir. Kronik psikotik bozukluğu olan bireyler düzenli izlenir ve tedavi süreçleri bireysel

ihtiyaçlara göre planlanır. Model, bireylerin topluma katılımını artırmayı ve izolasyonlarını engellemeyi hedeflemektedir (Yanık, 2007: 16-17).

Zastrow (2015) göre, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri erken tanı ve tedavi sağlamasının yanı sıra, bireylerin toplumsal katılımını destekler. Merkezlerin kolay ulaşılabılır konumda olması önemlidir ve sağlanan hizmetler ayakta/yatarak tedavi, kriz müdahalesi ve danışmanlık gibi temel bileşenleri içerir. Ayrıca, hizmetler ruhsal rahatsızlıkları olanlar dışında yaşlılar, azınlıklar ve madde bağımlılığı ile mücadele eden bireyleri de kapsar. Ekipler, psikiyatrist, sosyal hizmet uzmanı ve diğer profesyonellerden oluşarak çeşitli hizmetler sunar.

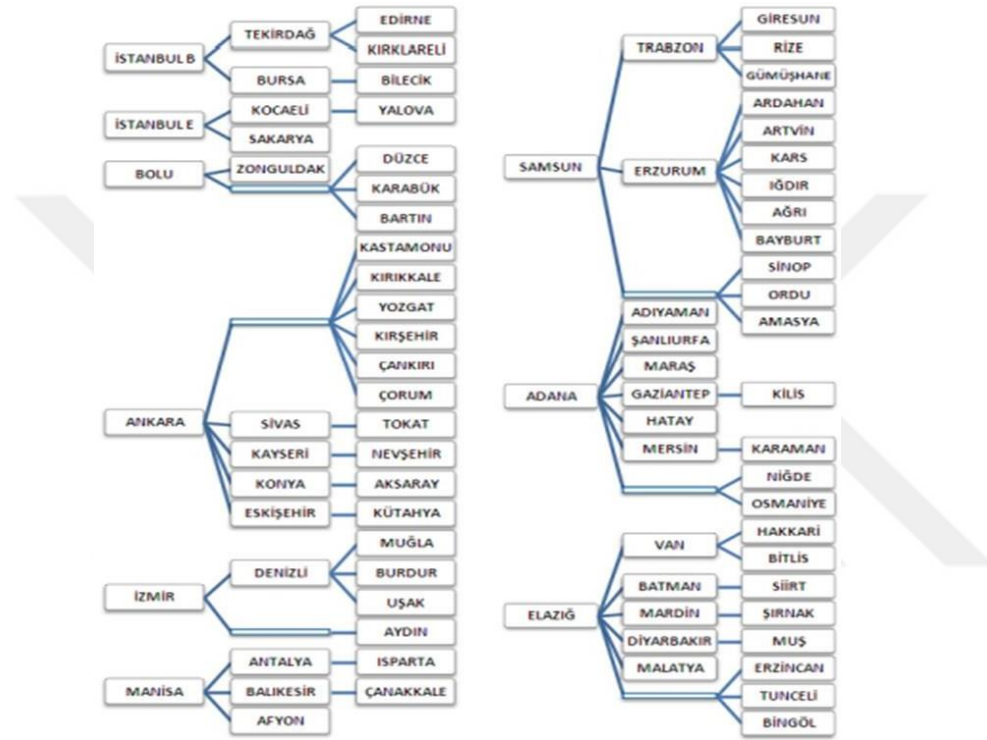
2.3.1. Toplum ruh sağlığı merkezlerinin Türkiye’de gelişimi

2006 yılında, Sağlık Bakanı Recep Akdağ öncülüğünde ve uluslararası uzmanların katkısıyla, toplum odaklı ruh sağlığına geçiş süreci başlatılmıştır. Bu dönüşümde, Bakan Müşaviri Dr. Medaim Yanık’ın desteği ve bakanlığın yönlendirmesiyle, hastane odaklı hizmet modelinden toplum merkezli yaklaşıma geçiş kararlaştırılmıştır. İlk adım, 2006’da Elazığ Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi’nde başlatılan Korumalı Ev Projesi olmuştur (Artukoğlu, 2019).

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi’nin Bahçelievler Projesi, Türkiye’de toplum temelli ruh sağlığına geçişte önemli bir adımdır. Ayrıca, Akdeniz, Ankara ve Kocaeli niversiteleri’nde kurulan rehabilitasyon merkezleri de bu yaklaşımı yaygınlaştırmıştır. Türkiye’deki ilk uygulama, 2008’de Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ile başlamış, burada yapılan değerlendirmelerle temel ilkeler oluşturulmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Toplum temelli ruh sağlığı faaliyetlerinin planlanması aşamasında, Finlandiya, İtalya, İngiltere, Almanya ve Hollanda gibi ülkelerdeki ruh sağlığı sistemleri, geniş bir heyet tarafından yerinde incelenmiştir. Özellikle toplum temelli modelin etkin biçimde uygulandığı Hollanda’daki hizmet yapısı, Türkiye’nin farklı illerinde görev yapan yaklaşık 120 psikiyatristin katılımıyla gözlemlenmiştir. Bu çalışmayla, her şehirde toplum temelli ruh sağlığı yaklaşımını bilen ve uygulamaya öncülük edebilecek en az bir uzmanın bulunması hedeflenmiştir (Alataş vd., 2009).

Proje kapsamında, ilk aşamada Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi bulunan 7 il ile beraber Ankara ve İzmir de dâhil edilerek toplamda 9 Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nin (TRSM) açılması planlanmıştır. İkinci aşamada, bu illere bağlı 26 farklı ilde görev yapan ekiplerin, faaliyete geçen merkezlerde eğitim almaları öngörülmüştür. Son aşamada ise, kalan 47 ilde yeni TRSM'lerin kurulması hedeflenmiştir. Uzun vadede, nüfusu 100 binin üzerindeki her yerleşim bölgelerinde en az bir TRSM açılarak, ülke genelinde toplam 236 merkezin hizmet vermesi amaçlanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).



Şekil 1. TRSM'lerin kademeli açılma planı

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı (2011: 28).

T.C. Sağlık Bakanlığı'nca hazırlanan Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) Yönergesi, 16 Şubat 2011 tarihinde, 7364 sayılı Makam Onayıyla yürürlüğe alınmıştır. Bu düzenleme, TRSM'lerin kuruluş amaçlarını, hedeflerini, çalışma süreçlerini ve personel yapısını şekillendiren temel ilkeleri ortaya koymuştur. Aynı yıl, 2011-2023 dönemini kapsayan Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı da hazırlanarak hayata geçirilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nda 2016 hedefleri arasında, ruh sağlığı kurumları arasında koordinasyonun artırılması, ağır ruhsal bozuklukları olan bireyler için bütüncül bir sistemin kurulması, birinci basamak sağlık hizmetlerine ruh sağlığı uygulamalarının

dâhil edilmesi yer almaktadır. Ayrıca, psikiyatri yatak kapasitesinin düzenlenmesi, personel sayısının ve niteliklerinin artırılması, çocuk ve ergen ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi ve ruhsal engelli bireyler için hizmet kalitesinin artırılması da amaçlanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011: 63-67). Bu hedefler doğrultusunda, Ekim 2015 itibarıyla 86 Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) faaliyete geçmiştir (Soygür, 2016: 1). Günümüzde ise 78 ilde 163 TRSM hizmet vermekte olup, toplamda 236 merkeze ulaşılması hedeflenmektedir(<https://tektiklabilgielinde.saglik.gov.tr/ruh-sagligi/toplum-ruh-sagligi-merkezleri-trsm-taniyalim.html>).

2.3.2. Toplum ruh sağlığı merkezlerinin amaç ve hedefleri

Psikiyatrik müdahaleler, ruhsal hastalıkların yol açtığı işlev kayıplarını kalıcılaşmadan kontrol altına almayı ve süreci yönetmeyi amaçlar. Ancak bazı ağır vakalarda kalıcı yeti yitimi görülebilir. Bu durum, yalnızca tedaviye odaklanmanın yetersiz olduğunu; toplumsal ve işlevsel becerileri destekleyen psikiyatrik rehabilitasyonun da tedaviyle eş zamanlı yürütülmesi gerektiğini göstermektedir. Bu nedenle iyileşme süreci, tedavi başlangıcından itibaren biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları içeren bütüncül bir yaklaşımla planlanmaktadır (Yıldız, 2011: 83).

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM), yalnızca medikal tedavi sunmakla kalmayıp bireylerin toplumsal yaşama katılımını da desteklemeyi hedeflemektedir. Bu amaçla, kamu kurumları ve sivil toplum kuruluşlarıyla iş birliği içinde, barınma, istihdam, ekonomik destek ve sosyal hizmetlere erişimi içeren bakım planları geliştirilmektedir. Bu yaklaşım, ruhsal rahatsızlığı olan bireylerin topluma uyumunu ve yaşam standartlarını artırmaktadır (Şahin ve Elboğa, 2019:432).

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM), ağır ruhsal rahatsızlığı olan bireylerde hastane yatışlarını azaltmak, yeti yitimini önlemek ve işlevselliği artırmak amacıyla biyolojik ve psikososyal müdahaleleri birlikte sunan kurumlardır. Merkezlerde, hastalara yönelik sosyal katılımı destekleyici çalışmaların yanı sıra, hasta yakınlarına bilgilendirme ve psikoeğitim verilmektedir. TRSM'ler; sağlık kuruluşları, yerel yönetimler, Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlükleri, İŞKUR ve STK'larla iş birliği yaparak bireylerin sosyal desteğe erişimini kolaylaştırmakta, ayrıca damgalamayı azaltmayı ve toplumsal farkındalık oluşturmaya da amaçlamaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012).

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM), hizmet sundukları birey ve ailelerin işlevselliğini artırmak, sağlık durumlarını iyileştirmek ve yaşam kalitelerini yükseltmeyi hedeflemektedir. Ayrıca, hasta yakınlarının bakım sürecine etkin katılımını desteklemek ve birinci basamak sağlık çalışanlarının kriz müdahale kapasitesini geliştirmek amacıyla danışmanlık ve koordinasyon çalışmaları yürütülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012).

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM), bireylerin tedavi süreçlerine aktif katılımını teşvik ederek hastalık belirtilerinin ağırlaşmasını önlemeyi ve olası kriz durumlarının etkilerini azaltmayı amaçlamaktadır. Bu merkezlerde, psikiyatrist, sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve hemşire gibi uzmanlardan oluşan ekipler tarafından bireylere tıbbi müdahale ile psikososyal destek bütüncül bir yaklaşımla sunulmaktadır. Hastaların ihtiyaç duydukları anda sağlık ekibine erişebilmeleri sağlanarak, iyileşme süreci daha güvenli ve sürekli bir şekilde sürdürülmektedir (Saruç ve Kılıç, 2015).

Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde (TRSM) sunulan hizmetler, ağır ruhsal rahatsızlığı olan bireyler için toplum temelli, kapsamlı ve ulaşılabilir destek modellerine dayanmaktadır. Bu süreçte, ekip üyeleri esnek biçimde çalışmalı, hastayla sürekli bağ kurmalı ve disiplinler arası uyum içinde, güçlü bir liderlikle hareket etmelidir. Sosyal hizmet uzmanları, bireyin kapasitesini destekleyip kurumlar arası iş birliğini sağlayarak ekipte aktif rol almalıdır. Aile hekimleri, sivil toplum kuruluşları ve gönüllülerle iş birliği içinde, kişiye özel uzun vadeli bakım planları yürütülmeli; bireyin iyileşme sürecine katılımı cesaretlendirilmeli ve sosyal hakları gözetilmelidir (Ensari ve Akgün, 2020: 28).

Toplum Temelli Ruh Sağlığı modeli, bireylerin hastanede uzun süreli yatışlarının önüne geçerek toplumsal hayattan kopmalarını engellemeyi ve işlevselliklerini koruyarak tedavi ile izlem süreçlerini sürdürmelerini sağlamayı amaçlar. Bu yaklaşımla, bireylerin kendi yaşam alanlarında günlük gereksinimlerini karşılayabilmeleri desteklenir, sorun çözme kapasitelerinin artırılması hedeflenir ve sosyal destek sistemlerinden yararlanmaları sağlanır. Temel vurgu, bireylerin toplumla bağlarını kesmeden, iyileşme süreçlerini yaşadıkları ortamda sürdürmeleri üzerinedir (Hannigan, 1999. akt., Bilge vd., 2016:1).

Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin (TRSM) temel amacı, ruhsal bozukluğu olan bireylerin toplumsal yaşamda bağımsız ve üretken biçimde yer almalarını desteklemektir. Bu kapsamda, sorumlu bölgelerde bireyler tespit edilerek biyopsikososyal gereksinimlerine uygun kişisel destek planları oluşturulmakta, kurumlar arası iş birliğiyle

hizmetlerin erişilebilirliği artırılmakta ve işlev kayıplarının önlenmesi hedeflenmektedir. Mobil ekiplerle yerinde destek sunulmakta, psikososyal müdahaleler ve rehabilitasyon programlarıyla birey ve aileler güçlendirilmektedir. Ayrıca, toplumsal önyargılarla mücadele edilmekte, destekli istihdam, korumalı evler ve sosyal kooperatifler gibi uygulamalarla bireylerin toplumsal uyumu desteklenmektedir (Ensari ve Akgün, 2020: 27-28).

2.3.3. Toplum ruh sağlığı merkezlerinin fonksiyonları

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri, ağır ruhsal rahatsızlığı olan bireylerin tespiti, takibi ve toplum temelli psikososyal destek hizmetlerini yürütür. Başvurular birey, aile ya da kurumlar aracılığıyla yapılır; gerekirse evde hizmet sunulur.

2.3.3.1. Hizmetin kapsamı, başvuru ve hasta kabulü

Ciddi ruhsal rahatsızlıklar, bireyin bilişsel kapasitesini, yönetim becerilerini ve sosyal işlevlerini olumsuz etkileyerek günlük yaşam aktivitelerini sürdürmesini büyük ölçüde zorlaştıran hastalıklardır. Şizofreni, diğer psikotik bozukluklar ve duygudurum bozuklukları, bu gruba dâhil olan ve genellikle uzun süreli işlev yitimine sebep olan ruhsal rahatsızlıklar arasında bulunmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012).

Ağır ruhsal rahatsızlığı olan bireylerin kayıt altına alınarak istatistiksel takibinin yapılması, topluma uyumlarını desteklemek için rehabilitasyon, psikososyal beceri kazandırma ve destekleyici çalışmaların yürütülmesini gerektirir. Hastaların sağlık durumu, tedavi süreci ve düzenli takibi önceliklidir. Ayrıca, toplum, hasta yakınları ve ilgili meslek gruplarına yönelik eğitimler verilmesi önemlidir. Hizmetin etkinliği için üniversiteler ve ilgili kurumlarla iş birliği yapılabilir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a).

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM), sorumlu oldukları bölgedeki ağır ruhsal rahatsızlığı olan bireyleri tespit ederek kayıt altına almakta ve hizmet sürecini başlatmaktadır. Bu amaçla, aile hekimleri, hastaneler ve ruh sağlığı hastanelerinin kayıt sistemlerinden yararlanılmakta; veri erişiminde sorun yaşanırsa İl Sağlık Müdürlüğü devreye girmektedir. Tespit edilen bireylerle telefonla ya da mobil ekip aracılığıyla iletişim kurularak merkeze yönlendirme yapılmaktadır (Ensari ve Akgün, 2020:31).

Merkeze başvurusu sağlanamayan hastalar, ev ziyaretleri sonrasında ilgili uzman tabip tarafından yerinde değerlendirilir. Bu değerlendirme sonucunda hasta, merkeze davet edilebilir veya 01/02/2010 tarih ve 3895 sayılı Sağlık Bakanlığı Evde Sağlık Hizmetleri Yönergesi doğrultusunda evde sağlık hizmeti birimiyle iş birliği yapılarak hastanın evde takip süreci planlanabilir. Evde bakım programı kapsamında, ekipte görev alan hekim dışı personelin çalışma saatleri ve sorumlulukları belirlenerek, görev dağılımı netleştirilir ve ilgili personele bildirilir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a).

Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerine bireyler veya aileleri başvurabilmektedir. Başvuru sonrası bireyin durumu, psikiyatri uzmanı tarafından değerlendirilir ve uygun bulunursa ekip, tedavi sürecini planlayarak hasta ve ailesine açıklar. Müdahale reddedilirse, olası riskler ayrıntılı biçimde anlatılır, yazılı rıza alınır; rıza verilmediğinde ise durum resmi tutanakla kayda geçirilir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a).

2.3.3.2. Toplum ruh sağlığı merkezlerinde kayıtların tutulması ve istatistik

Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, hizmet verdiği bölgede yaşayan ağır ruhsal rahatsızlığı bulunan bireyleri belirlemek için aile hekimleri, psikiyatri servisleri, kaymakamlıklar, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığına bağlı il müdürlükleri ve diğer kurumların kayıtlarından faydalanarak bir veri sistemi oluşturur. Düzenli olarak merkeze devam eden hastaların ruhsal ve sosyal durumları, demografik özellikleri ve işlevsellik düzeyleri çeşitli bilgi formları ve değerlendirme ölçekleri kullanılarak tespit edilir. Hizmet süreci tamamlandığında, hasta dosyaları ilgili mevzuat çerçevesinde arşivlenir. Planlanan hizmetlerin verimli bir şekilde sürdürülebilmesi için, bölgedeki nüfus yapısına dair bilgiler toplanır ve analiz edilir. Merkezde her hasta için kişiye özel dosya açılır, takip kayıtları tutulur ve bilgiler elektronik sistemlere işlenerek, gizlilik ilkesine uygun biçimde muhafaza edilir. Hasta, farklı bir toplum ruh sağlığı merkezinin hizmet alanına taşındığında ise, gerekli evrak ve bilgiler ilgili merkeze aktarılır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a).

2.3.3.3. Bireysel bakım planı

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM), her hasta için kişiye özel bir bakım programı oluşturur. Bu program, hasta ve yakınlarının katılımıyla şekillendirilir; hedefler,

takvim ve değerlendirme ölçütleri belirlenir. Sağlık personeli, planın uygulanmasını düzenli olarak gözden geçirir ve gerekirse güncellemeler yapar. Programın amacı, ruhsal rahatsızlıkların yaşam kalitesine etkilerini azaltarak, bireyin günlük yaşam becerilerini sürdürebilmesini sağlamaktır. Plan, biyolojik, psikolojik ve sosyal unsurları dikkate alarak, bireyin eğitim, ekonomik durum, barınma ve sosyal ilişkiler gibi alanlarda bütüncül bir yaklaşım sunar (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012).

Hastanın bakım süreci, hastanede yatarken TRSM ekibinin ilk ziyaretiyle başlar ve taburculuk sonrası merkezde ya da mobil ekiplerle evde izlemelerle devam eder. Her birey için özel olarak hazırlanan plan, gereksinimlere göre şekillendirilir ve gerektiğinde güncellenir. Toplum temelli hizmetler, yalnızca medikal ve psikolojik destekle sınırlı kalmaz, aynı zamanda bireyin barınma, ekonomik ve sosyal koşullarına da çözüm sunmayı amaçlar. Bu kapsamlı yaklaşım, kurumlar arası iş birliğiyle bireylerin topluma katılımını desteklerken, tedavi sürekliliğini sağlayarak hastalık nükslerini ve hastane yatışlarını azaltmayı hedefler (Ensari ve Akgün, 2020:32-33).

2.3.3.4. Bireysel risk değerlendirmesi ve yönetimi

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM), bireylerin güvenli tedavi süreci için risk değerlendirmeleri yapar ve yönetim planları oluşturur. Psikiyatri uzmanı, risk düzeyini değerlendirip bireysel planları hazırlar. Personel, zarar verme, savunmasızlık ve hastalık alevlenme riski gibi faktörlerde eğitim alır. Risk yönetimi, ilaç ve tehlikeli maddelere erişimi sınırlama, tedaviye uyum, ev ziyaretleri ve artan randevuları içerir. Yüksek riskli hastalar için deneyimli personelle takip yapılırken, aile hekimi ve yakınlarla iş birliği sağlanır. Kendine zarar verme riski olan bireyler için sıkı klinik takip yapılır. Savunmasız bireyler için barınma ve sosyal destek planlara dahil edilir. Alevlenme riski olanlar için önleyici müdahaleler uygulanır. Saldırgan davranış riski taşıyanlar için özel stratejiler belirlenir ve güvenlik önlemleri ön planda tutulur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012).

Risk yönetim planı, TRSM'den destek alan bireylerde riski azaltmak ve riskin artmasına yol açabilecek durumları belirlemek amacıyla oluşturulur. İntihar riski taşıyan bireylerde, ilaç ve kesici aletlere erişimin aile desteğiyle sınırlandırılması önemlidir. Alkol veya madde kullanımının hastalığı tetiklediği durumlarda, bağımlılık değerlendirmesi yapılarak tedavi planına eklenmelidir. Tedaviye uyum sorunu yaşayan

bireylerde sık görüşme ve ev ziyareti yarar sağlar. Çevresine zarar verme riski olan bireylerde hem personelin hem diğer danışanların güvenliği gözetilmelidir. Desteğe muhtaç bireylerde ise aileyle birlikte barınma, istihdam, öz bakım ve sosyal destek alanlarında güçlendirme hedeflenmelidir (Ensari ve Akgün, 2020: 33-34).

2.3.3.5. Gezici ekip ev ziyaretleri

TRSM personelinin temel görevlerinden biri, hastaların tedavi sürecine aktif katılımını iş birliği içinde sağlamaktır. Merkeze düzenli gelmekte zorlanan hastalar için özellikle tedavi sürecinin başında ev ziyaretleri önemli bir yöntem olarak kullanılmaktadır alınır (TC. Sağlık Bakanlığı, 2012). Bu ziyaretlerde hastanın tedavi süreci uygulanır, hasta ve ailesi bilgilendirilir ve merkeze yönlendirme çalışmaları yapılır. Takip sürecinde, hastalık belirtilerinin alevlenmesi durumunda ise hastanın uygun bir yataklı psikiyatri kliniğine sevki sağlanır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a).

Ev ziyaretleri, TRSM hizmetlerinin temel bir parçasıdır. Ruhsal rahatsızlığı olan bireylerin sağlık hizmetlerine erişimi zaman zaman zorlaşabildiğinden, bu ziyaretler tedaviye erişimi kolaylaştırır ve ailelerin bakım yükünü hafifletir. Ayrıca, bu sayede daha önce destek almamış bireyler tespit edilerek uygun hizmetlere yönlendirilmektedir (Saruç ve Kaya Kılıç, 2015).

Gezici ekiplerin ev ziyaretleri, bireylerin barınma, çalışma ve sosyal destek gereksinimlerini yerinde tespit etmeye olanak tanır. Örneğin, ailesi tarımla uğraşan işsiz bir bireyin bu sürece katılımı teşvik edilerek bakım planına dâhil edilebilir. Tek başına yaşayan bireyler için Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü aracılığıyla uygun bakım hizmetleri sağlanırken, desteğe ihtiyaç duymayan bireylerin takibi aile hekimleriyle iş birliği içinde yürütülür. Evdeki hijyen ve fiziksel koşullara dair eksiklikler ise yerel yönetimlerle çözülerek tedavi süreci desteklenmektedir (Ensari ve Akgün, 2020: 35-36).

2.3.3.6. Psikososyal müdahaleler

Psikososyal müdahaleler, bireysel terapi ve grup terapisi uygulamaları içermektedir. Grup terapisi, alanında uzman bir ruh sağlığı profesyoneli veya terapist tarafından yürütülen ve katılımcıların ortak bir ortamda etkileşimde bulunduğu bir terapi yöntemidir.

Hem bireysel hem de grup terapileri, bireyin bakım planında belirlenen hedeflere ulaşmasını desteklemek amacıyla uygulanır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012).

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri, psikiyatrik bozukluklara sahip bireylerin tedavi sürecine aktif şekilde katılım göstermelerini desteklemek amacıyla çeşitli psikososyal hizmetler sunmaktadır. Bu doğrultuda, bireylere hastalık seyri, tedavi seçenekleri ve iyileşme sürecinde karşılaşılabilecekleri durumlar hakkında bilgilendirme yapılmakta, böylece bireylerin tedavi ve izlem sürecine daha bilinçli ve kararlı şekilde dahil olmaları sağlanmaktadır. Uygulanan bu destekleyici çalışmalar, hastalık belirtilerinin tekrarlaması halinde ortaya çıkabilecek olumsuz etkileri en aza indirmeyi ve bireyin genel yaşam standardını artırmayı hedeflemektedir (Ensari ve Akgün, 2020: 36).

Psikososyal destek yaklaşımlarının, hem hastalar hem de yakınları açısından tedavi sürecini verimli kıldığı, sosyal uyumu artırdığı ve tedaviye katılım motivasyonunu güçlendirdiği görülmektedir. Bu uygulamaların yaşam standartlarını yükselttiği de belirtilmekte, bu nedenle tıbbi ve psikiyatrik tedavilerle birlikte yaygın ve sürdürülebilir şekilde uygulanmaları önerilmektedir (Doğan, 2008).

2.3.3.7. Rehabilitasyon hizmetleri

Rehabilitasyon sürecinde, bireylerin mesleki beceri kazanımı, eğitim ihtiyaçları ve toplumsal hayata katılımı bakım planlarına dahil edilir. Eğitim ve istihdam fırsatlarına erişim sağlanırken, damgalama ve ayrımcılıkla mücadele edilir. Bireylerin bağımsız hareket edebilmesi için desteklenmesi gereken yönler belirlenir ve uygun baş etme yöntemleri geliştirilir. Sosyal dışlanmayı önlemek için topluma katılım teşvik edilir, riskler azaltılmaya yönelik planlamalar yapılır ve destek hizmetlerine yönlendirme sağlanır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012).

2.3.3.8. Kurumlar arası işbirliği

Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin (TRSM) etkinliği ve sürekliliği, kamu kurumları ve sivil toplum örgütleriyle güçlü iş birliğine dayanır. Ruhsal rahatsızlığı bulunan bireyler için tıbbi tedavi yeterli olmayıp, sosyal destek ve rehabilitasyon gibi bütüncül yaklaşımlar gereklidir. Bu nedenle, bireysel ihtiyaçlar, multidisipliner bir ekip tarafından

değerlendirilir ve başarılı bir bakım için kurumlarla koordinasyon sağlanır (Ensari ve Akgün, 2020: 39).

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM), hizmet sundukları bireyler için sağlık ve sosyal destek hizmetlerinin verimliliğini artırmak amacıyla belediyeler, Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlükleri, İŞKUR, eğitim kurumları ve sivil toplum kuruluşları gibi kamu ve toplum temelli kuruluşlarla iş birliği içinde çalışmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012).

2.3.4. Toplum ruh sağlığı merkezlerinde yapılan faaliyetler

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM), hizmet sundukları bireyler, aile üyeleri ve bakım verenlerle belirlenen hedeflere ulaşabilmek adına çeşitli temel çalışmalar gerçekleştirmektedir. Bu çalışmalar, merkezin işleyişine dair görev ve yetkilerin açık bir şekilde belirlenmesini, bireyler ile yakın çevrelerine yönelik destekleyici ve güçlendirici müdahalelerin uygulanmasını ve TRSM ile sağlık ve sosyal hizmet birimleri arasında sürekli iletişim ve iş birliğinin sağlanmasını kapsamaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012).

Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin (TRSM) fiziki yapısı, belirlenen standartlara uygun olarak düzenlenir. Merkezde, başvuruların karşılanması, grup terapileri, eğitimler ve rehabilitasyon faaliyetleri için uygun alanlar bulunmalıdır. Ayrıca, kişisel gelişimi destekleyecek kütüphane, sosyal alanlar, mahremiyet sağlanacak bireysel görüşme odaları, tedavi ve gözlem için bölümler ile sportif etkinlikler ve ekip çalışmaları için alanlar oluşturulmalıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a).

Saruç ve Kılıç'ın (2015) çalışmasında, Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde (TRSM) farklı disiplinlerden uzmanların bir ekip anlayışıyla hizmet sunduğu belirtilmektedir. Bu ekipte psikiyatri uzmanı, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, hemşire ve usta öğreticiler yer almaktadır. Merkezlerde, bireylerin hem yaşam kalitesini yükseltmek hem de fiziksel hareketsizlikten kaynaklanan olumsuzlukları azaltmak adına çeşitli faaliyetler gerçekleştirilmektedir. Bu doğrultuda, ahşap süsleme, halk dansları, resim çalışmaları, müzik dinletileri, sportif aktiviteler ve temel bilgisayar becerileri gibi atölye çalışmaları düzenlenmektedir. Haftada iki kez yapılan spor egzersizleri ve enstrüman kursları, bireylerin hem bedensel hem de sosyal yönden daha aktif olmalarına katkı sunmaktadır. Ayrıca, mutfak etkinlikleri ile sağlıklı beslenme bilinci desteklenirken, bireylerin

gündelik yaşam becerilerini geliştirmelerine de önem verilmektedir. Güne başlangıçta yapılan sabah toplantıları ve doğada gerçekleştirilen yürüyüşler sosyal etkileşimi güçlendirirken, belirli günlerde planlanan sosyal organizasyonlar ve şehir gezileri bireylerin topluma uyum süreçlerini pekiştirmektedir.

2.3.5. Toplum ruh sağlığı merkezlerinden hizmet alan bireyler

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM), ruhsal hastalıklar nedeniyle işlevsellik kaybı yaşayan bireyler ve ailelerine destek sağlamak amacıyla faaliyet gösterir. Bu merkezler, ağır ruhsal rahatsızlıkları olan bireylerin tedavi ve rehabilitasyon süreçlerini kesintisiz sürdürmeyi hedefler. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, ruhsal hastalıklar, işlevsellik kaybına yol açan ilk on hastalıktan beşini oluşturur. Bu hastalıklar arasında şizofreni, bipolar bozukluk, depresyon, obsesif kompulsif bozukluk ve madde bağımlılığı yer almaktadır. Ruhsal hastalıkların yaygınlığı ve topluma ekonomik yükü, toplum temelli ruh sağlığı modelinin önemini artırmıştır. TRSM'ler, bu bireylere ve yakınlarına bütüncül müdahaleler sunar ve Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kurumu, şizofreni ve duygudurum bozukluklarını geri ödeme kapsamına almıştır (Ensari ve Akgün, 2020:30-31).

2.3.6. Toplum ruh sağlığı merkezi ekibi, görevleri ve ekip çalışması

Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde (TRSM), psikiyatri uzmanı, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, hemşire ve diğer destek personelinden oluşan bir ekip görev yapmaktadır. Personel atamaları valilik tarafından yapılmakta ve hizmet yoğunluğuna göre ek kadro görevlendirilebilmektedir. Tüm personelin, Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenen eğitim programına katılması zorunludur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a).

Bireyin hastalığını biyolojik, psikolojik ve sosyal yönleriyle değerlendirebilmek için farklı disiplinlerden uzmanların ortak çalışmasını içeren bir multidisipliner yaklaşım gereklidir. Bu ekip temelli çalışma modeli, hastalığın yalnızca fizyolojik boyutunu değil, aynı zamanda ruhsal ve sosyal boyutunu da ele alarak kapsamlı bir tedavi ve destek süreci sunmayı mümkün kılmaktadır. (Zengin, 2011). Ekip çalışması, bireylerin yaşam kalitesini artırır ve hizmetlerin sürekliliğini sağlar. Toplum temelli ruh sağlığı modeli, üç ilkeye dayanır: coğrafi hizmet planlaması, multidisipliner ekip çalışması ve bölgesel sağlık birimleri. Her 100 bin kişiye bir ruh sağlığı ekibi atanır; bu ekipler, psikiyatrist,

psikolog, hemşire ve sosyal hizmet uzmanlarından oluşur ve sahada evde tedavi ve destek sunar. Bu model, bireylerin toplumdan dışlanmadan, sosyal çevrelerinde desteklenerek topluma katılmalarını ve sağlıklı bir yaşam sürmelerini sağlar (Yanık, 2007:9).

Ruh sağlığı ekiplerinde, uzmanlar hem ortak görevleri yerine getirir hem de mesleki bilgi ve becerilerine dayalı özel hizmetler sunar. Psikiyatri uzmanı hastalıkları teşhis eder ve tedavi planlarını oluştururken, hemşireler tedavi süreçlerini takip eder ve ilaç uygular. Psikologlar, sosyal hizmet uzmanları ve uğraşı terapistleri ise ruhsal ve sosyal destek sağlayarak danışmanlık ve rehabilitasyon çalışmaları yapar. Bu çok disiplinli yaklaşım, bireylerin ihtiyaçlarına yönelik kişiselleştirilmiş müdahaleler sunar (Ensari ve Akgün, 2020: 42).

Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde (TRSM) psikiyatri uzmanı, başhekim tarafından sorumlu uzman olarak görevlendirilir ve merkezin işleyişinden, görev paylaşımından sorumludur. Ayrıca, başhekime karşı idari ve mesleki sorumluluk taşır. Uzman, hizmetlerin etkin yürütülmesi için kurum içi uyumu sağlar ve tüm faaliyetler başhekim onayına sunulur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a).

Sorumlu uzman ve ruh sağlığı uzmanı, merkezin baştabibi ile koordinasyonu sağlayarak hizmetlerin uyumlu yürütülmesine katkıda bulunur. Tedavi planları oluşturur, personel görev dağılımı yapar, iletişimi düzenler ve iş süreçlerinin mevzuata uygunluğunu denetler. Eğitim, malzeme temini ve kayıtların düzenli tutulmasını sağlar. Ayrıca, hasta hakları ve etik kurallarına uygunluğu gözetir, gerektiğinde saha çalışmalarına katılarak hizmetin etkinliğini artırır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a).

Sosyal çalışmacı, bölgedeki bireylerin tespiti ve kaydı için kurumlarla koordinasyon sağlar, hastalar ve aileleriyle iletişim kurarak bilgi verir ve yönlendirme desteği sunar. Bakım gereksinimi olanları uygun sağlık kuruluşlarına yönlendirir, farkındalık çalışmaları yaparak olumsuz tutumları azaltır ve sosyal haklar ile hukuki süreçler hakkında bilgilendirir. Ayrıca, sivil toplum örgütleri ile iş birliği yaparak destek ağını güçlendirir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a). Bu bağlamda, sosyal hizmet uzmanlarının mesleki rollerine vurgu yapıldığı ve bu kapsamda eğitmenlik, danışmanlık, savunuculuk, vaka yönetimi ve arabuluculuk görevlerine atıfta bulunulduğu görülmektedir (Başer vd., 2013). Sosyal hizmet uzmanlarının üstlendiği bu roller, bireylerin sosyal uyumlarını ve psikososyal ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlayarak merkezin işlevselliğini artırmaktadır.

Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde sosyal hizmet uzmanları, disiplinler arası ekibin temel üyelerinden biridir. Toplumsal dışlanma yaşayan bireylerin topluma katılımını desteklemek amacıyla toplum temelli çalışmalar yürütürler. Ruh sağlığı konusunda farkındalık oluşturmak için bilgilendirme toplantıları düzenler, kurumlar arası iş birliğini geliştirir ve bireylerin sosyal ve maddi ihtiyaçlarını belirleyerek gerekli kaynaklara ulaşmalarına yardımcı olurlar (Saruç ve Kaya Kılıç, 2015).

Sosyal hizmet uzmanları, disiplinler arası ekiplerin önemli bir parçası olup, psikiyatri alanında hastaların bütüncül bir yaklaşımla ele alınmasını sağlayan tedavi sürecinin destekleyici unsurlarından biridir. Hastalar, bakım verenler, aile bireyleri ve sağlık ekibi ile etkili iletişim kurma yeteneği bulunan sosyal çalışmacılar, ekip işbirliğini güçlendirerek hastalar ile ekip arasındaki bağı kuvvetlendirir. Nitelikli kişilerarası ilişkiler geliştirerek tedavi sürecinin daha etkili ve uyumlu ilerlemesine katkı sağlarlar (Abay ve Çölgeçen, 2018).

Psikolog, rehabilitasyon sürecini izleyerek psikososyal programları değerlendirir, testler uygular ve sonuçlarını analiz eder. İş uğraşı terapisine destek vererek sürecin etkinliğini artırır. Hemşire ise, bireylerin genel sağlık durumunu takip eder, kronik hastalıkların kontrolünü sağlar, tedavi uygulamalarını gerçekleştirir ve süreci düzenli olarak izler (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a).

İş uğraş terapisti veya usta öğretici, eğitim ve beceri geliştirme faaliyetlerini planlar, gerekli materyalleri temin eder ve uygulamaları yürütür. Etkinliklerle ilgili verileri kaydeder ve merkezdeki diğer organizasyonlara katkı sunar. Tıbbi sekreter ise, idari işleyişi destekler, verileri dijital sisteme işler, hasta ve yakınlarını yönlendirir, yazışma ve dosyalama gibi büro işlerini yürütür (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a).

Sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve hemşire; başvuran bireyleri ve ailelerini TRSM'nin hizmetleri hakkında bilgilendirir, bireysel danışmanlık sunar ve grup çalışmaları düzenler. Psikoeğitim programlarıyla farkındalık oluşturur, gezici ekiplerle saha ziyaretlerine katılarak yönlendirme yapar, danışan bilgilerini toplar ve takip sürecini yürütür. Düzenli katılım sağlamayan bireylerle iletişimi sürdürür ve toplumda damgalamayı azaltmaya yönelik çalışmalar yapar (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a).

Psikiyatrik hastalıkların çok yönlü değerlendirilmesi, farklı meslek gruplarının birlikte çalışmasını zorunlu kılmaktadır. Psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı,

hemşire ve iş uğraşı terapistinin uyumlu çalışması, ruh sağlığı hizmetlerinin etkinliğini artırmakta; bu nedenle ekip çalışması günümüzde vazgeçilmez hale gelmiştir (Saruç ve Duyan, 2009:38).

Ruh sağlığı alanında çalışan farklı disiplinlerden uzmanlar, zaman zaman görev sınırlarını net ayırt edemeyebilir ve bu da iş bölümünde karışıklığa yol açabilir. Bu nedenle, her meslek grubunun kendi uzmanlık alanında hareket etmesi ve görevlerinin açıkça tanımlanması önemlidir (Özdemir, 2016).

Psikiyatrik tedavi ekibinin, hastaların sosyal çevresinde yapılan düzenli gözlemler yoluyla bilgi edinmesinin önemi vurgulanmakta; değerlendirme ve müdahale süreçlerinin açık ve sistematik şekilde tanımlanmasının, ekip üyelerinin sürece aktif katılımını teşvik ettiği belirtilmektedir. Bu yaklaşımın, ekip içi motivasyonu artırarak tedavi hizmetlerinin etkinliğini ve sürekliliğini desteklediği ifade edilmektedir (Lieberman vd., 2001).

Alanyazında, toplum temelli ruh sağlığı sisteminin etkin bir şekilde uygulanabilmesi için nitelikli insan kaynağına duyulan gereksinimin oldukça önemli olduğu belirtilmektedir (Ulaş, 2008:2). Türkiye’deki psikiyatri sisteminin uzun yıllar psikiyatrist merkezli bir yapıda sürdüğü, ancak topluma dayalı ruh sağlığı hizmetlerinin gelişimiyle birlikte ekip temelli bir yaklaşıma ihtiyaç duyulduğu belirtilmektedir. Ruh sağlığı alanında psikologların meslek yasasının çıkarılması ve sosyal hizmet uzmanı sayısının artırılması, sistemin işlevselliğini artırmak için gerekli adımlar olarak değerlendirilmektedir (Yanık, 2007:25).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırmada, ruh sağlığı alanında görev yapan sosyal hizmet uzmanlarının mesleki uygulamalarda üstlendikleri rollerin ve karşılaştıkları sorumlulukların derinlemesine incelenmesi amaçlanmıştır. Konunun doğası gereği, bireysel deneyimlerin, mesleki gözlemlerin ve uygulama süreçlerinin anlamlandırılmasına ihtiyaç duyulduğundan, araştırma nitel araştırma yaklaşımı temel alınarak yürütülmüştür. Nitel araştırmalar; bireylerin yaşantılarını, olaylara ve süreçlere yükledikleri anlamları, kavrayış ve anlayış biçimlerini derinlemesine ortaya koymayı hedefleyen bir yaklaşımdır (Kümbetoğlu, 2008: 47).

Nitel araştırma, bireylerin yaşantılarına, olaylara ve toplumsal olgulara dair geliştirdikleri anlamları derinlemesine incelemeyi amaçlayan, esnek ve yorumlayıcı bir yaklaşımdır. Sayısal genellemelerden ziyade anlamın zenginliği ve bağlamın önemi ön plandadır. Az sayıda katılımcıyla yürütülen bu yöntemde, araştırmacı keşif temelli bir süreç izler; ek sorularla konuyu derinleştirir ve katılımcıların kişisel değerlendirmelerine özel bir önem verir (Baltacı, 2019; Özdemir, 2010: 326; Karataş, 2015: 63).

Görüşme yöntemi, ihtiyaç duyulan bilgiye ulaşmak için yürütülen tüm sistemli çabaları kapsar. Bu yönüyle, araştırmacının veri toplama süreci; değerli bir madeni ortaya çıkarmaya çalışan bir madencinin yaptığı derin kazıya benzetilebilir (Türnüklü, 2010). Görüşme, iki kişi arasında geçen zihinsel bir etkileşim süreci olarak değerlendirilebilir. Nitel veri toplamada tercih edilen bu yöntem, katılımcının kendi yaşamına dair duygu, düşünce ve deneyimlerini doğrudan ifade etmesine olanak tanırken; araştırmacıya da bireyin olaylara nasıl anlam yüklediğini, kişisel dünyasını ve bulunduğu koşulları derinlemesine keşfetme fırsatı sunar (Tekin, 2006).

Nitel çalışmalarda sıklıkla başvurulanan derinlemesine görüşme yöntemi, toplumsal olayların, ilişkilerin ve süreçlerin yüzeyde kalan yönlerinin ötesine geçerek, altında yatan anlamları çözümlemeyi amaçlar. Bu yöntem sayesinde ele alınan mesele daha kapsamlı biçimde anlaşılabilir ve konuya dair bütüncül bir bakış geliştirilebilir. Nitel veri toplamada üç temel görüşme biçimi bulunmaktadır. İlki, doğal bir diyalog şeklinde ilerleyen ve herhangi bir planlama içermeyen serbest görüşmelerdir. İkincisi, önceden

belirlenmiş bazı sorulara dayansa da esnekliğe açık olan yarı yapılandırılmış görüşmelerdir. Üçüncü biçim ise, tamamen standart hale getirilmiş ve tüm katılımcılara aynı şekilde yöneltilen açık uçlu sorulardan oluşan yapılandırılmış görüşmelerdir (Kümbetoğlu, 2008). Bu araştırmada da ruh sağlığı alanında görev yapan sosyal hizmet uzmanlarının mesleki rollerine ilişkin deneyimlerini derinlemesine anlamak amacıyla, veri toplama yöntemi olarak derinlemesine görüşme tekniğinden faydalanılmıştır. Bu teknik, katılımcıların kendi ifadeleriyle düşünce ve deneyimlerini paylaşmalarına imkân tanıdığı için tercih edilmiştir.

3.2. Araştırmanın Çalışma Grubu

Bu nitel araştırmanın çalışma grubunu, ruh sağlığı alanında en az bir yıl mesleki deneyimi bulunan sosyal hizmet uzmanları oluşturmaktadır. Katılımcılar, araştırma sorularına anlamlı katkı sunabilecek bilgi ve deneyime sahip olmaları göz önünde bulundurularak seçilmiştir. Araştırma kapsamında 8'i kadın, 12'si erkek olmak üzere toplam 20 sosyal hizmet uzmanı ile görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Çalışma grubunun oluşturulmasında; ruh sağlığı alanında en az bir yıl çalışmış olma ve gönüllü katılım sağlama kriterleri esas alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm katılımcılardan bilgilendirilmiş gönüllü onam formu alınmıştır.

Tabakalı örnekleme yöntemi, evrenin kendi içinde homojen özellikler taşıyan alt gruplara ayrılması ve her bir tabakadan ayrı örnekler seçilmesi esasına dayanır. Seçilen örnekler birleştirilerek genel örneklem elde edilir. Bu yöntem, evrende önceden tanımlanmış alt birimlerin varlığı durumunda tercih edilir. Tabakalama ölçütü ile incelenen değişken arasında anlamlı bir ilişki bulunduğunda, bu yöntem örneklemenin temsiliyet düzeyini artırır ve daha güvenilir sonuçlar elde edilmesini sağlar (Kılıç, 2013). Bu araştırmada örnekleme yöntemi olarak tabakalı örnekleme tercih edilmiştir. Nitel araştırma yaklaşımına uygun olarak, katılımcıların bilgi düzeyi ve konuya katkı potansiyeli dikkate alınarak bilinçli bir seçim yapılmıştır. Bu bağlamda, ruh sağlığı alanında en az bir yıl görev yapmış ve uygulamaya dair deneyim birikimine sahip 20 sosyal hizmet uzmanı çalışmanın örneklem grubunu oluşturmuştur. Bu kişilerin seçilmesinin temel nedeni, araştırmanın amacına en uygun ve derinlemesine bilgi sunabilecek bireyler olmalarıdır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada veriler, yarı yapılandırılmış görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Görüşmeler, önceden hazırlanmış bir soru formu doğrultusunda yürütülmüş; ancak sürecin doğal akışına göre soruların sırası değiştirilmiş, bazı sorular çıkarılmış ya da yeni sorular eklenmiştir. Katılımcıların özelliklerine göre formda küçük uyarlamalar yapılmış ve gerektiğinde sorular daha açık hâle getirilmiştir. Yarı yapılandırılmış görüşme, belirli konular doğrultusunda hazırlanan temel sorularla yürütülen; ancak konuşmanın akışına göre esnekliğe izin veren, katılımcının düşünce ve deneyimlerini daha derinlemesine aktarabilmesini sağlayan nitel bir bilgi toplama yöntemidir (Polat, 2022).

Bu araştırmada kullanılan nitel görüşme formu Ek- 1’de sunulmaktadır. Form, iki ana bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde, katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve ruh sağlığı alanındaki mesleki deneyim süresi gibi temel bilgilerini içeren demografik veri formu yer almaktadır. Bu bölümde katılımcıların kişisel ve mesleki arka planlarını anlamaya yönelik sorulara yer verilmiştir.

İkinci bölümde ise, araştırmanın asıl amacına hizmet eden yarı yapılandırılmış görüşme soruları bulunmaktadır. Bu bölüm toplam 13 ana sorudan oluşmaktadır. Sorular, sosyal hizmet uzmanlarının ruh sağlığı alanındaki görev ve sorumlulukları, uygulama örnekleri, vaka türleri, ekip içi rolleri, karşılaştıkları mesleki ve etik güçlükler, süpervizyon deneyimleri, sistemde gözlemledikleri sorunlar ve önerileri gibi çeşitli temalara yöneliktir. Görüşme formu, araştırma kapsamında derinlemesine bilgi elde etmeyi hedeflemiş, aynı zamanda esnek yapıyla katılımcıların kendi deneyimlerini serbestçe aktarmalarına olanak sağlamıştır.

3.4. Veri Toplama Süreci

Araştırma kapsamında, ruh sağlığı alanında görev yapan sosyal hizmet uzmanlarının görev ve sorumluluklarını derinlemesine değerlendirebilmek amacıyla yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılmıştır. Görüşme formu, araştırmanın amacına uygun olarak açık uçlu sorulardan oluşturulmuş; görüşme sürecinde ihtiyaç duyuldukça yeni sorular eklenmiş veya mevcut soruların yapısında küçük değişiklikler yapılmıştır. Bu yaklaşım, katılımcıların mesleki deneyimlerini daha kapsamlı ve kendi ifadeleriyle aktarmalarına olanak tanımıştır.

Araştırmaya katılan kişiler, ruhsal sağlık alanında en az bir yıl çalışmış olan sosyal hizmet uzmanları arasından tabakalı örnekleme yöntemiyle belirlenmiştir. Katılımcıların 12'si erkek, 8'i kadındır ve toplam 20 kişiden oluşmaktadır. Katılımcılar gizlilik esasına uygun şekilde kodlanmış; katılımcılar K1, K2, K3, K4...K19, K20 şeklinde numaralandırılmıştır.

Veri toplama sürecinde, 6 katılımcı ile görev yaptıkları kurum ortamlarında yüz yüze görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Bu görüşmeler, katılımcıların kendilerini rahat hissedebilecekleri ofis veya uygun kurum odalarında yapılmıştır. Geriye kalan 14 katılımcı ile ise çevrim içi platformlar (Zoom, Google Meet vb.) aracılığıyla uzaktan görüşmeler yapılmıştır. Tüm görüşmeler, katılımcıların izni alınarak ses kaydı ile belgelenmiştir. Görüşmelerin süresi katılımcıya ve yanıtların ayrıntı düzeyine bağlı olarak değişmekle birlikte, ortalama 60 dakika sürmüştür.

Veri toplama süreci, Temmuz 2024 ile Mart 2025 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler öncesinde tüm katılımcılara araştırmanın amacı, kapsamı, elde edilen verilerin nasıl kullanılacağı ve gizlilik koşulları hakkında detaylı bilgi verilmiştir. Katılımcılara, paylaştıkları bilgilerin sadece bilimsel amaçla kullanılacağı ve kimliklerinin hiçbir aşamada ifşa edilmeyeceği garanti edilmiştir. Tüm katılımcılardan yazılı onam formu alınmıştır.

Görüşme sürecinde, soruların yöneltmesinde esnek bir yapı benimsenmiştir. Görüşmenin doğal akışı bozulmadan, katılımcıların yanıtlarına göre ek açıklayıcı sorular sorulmuş, bazı sorular gerektiğinde daha anlaşılır hâle getirilmiş ya da yeniden yapılandırılmıştır. Böylece her katılımcının deneyimini kendi özgün koşulları içinde ifade etmesine imkân sağlanmıştır.

Araştırma süreci boyunca etik kurallara tam uyum gözetilmiş, katılımcıların kişisel mahremiyetine ve ifade özgürlüğüne hassasiyet gösterilmiştir. Görüşmelerin kaydı, analizi ve raporlanması aşamalarında etik standartlara bağlı kalınmıştır.

3.5. Verilerin Analizi

Araştırmada belirlenen 20 katılımcıyla gerçekleştirilen yarı yapılandırılmış görüşmeler sırasında, katılımcılardan izin alınarak ses kaydı yapılmıştır. Görüşmeler tamamlandıktan sonra elde edilen ses kayıtları tek tek dinlenmiş ve tüm içerik eksiksiz şekilde yazıya aktarılmıştır. Bu süreçte, katılımcıların ifadeleri bozulmadan korunmuş ve analiz için kullanılmak üzere metin dosyaları oluşturulmuştur.

Betimsel analiz, nitel verilerin belirlenen temalara göre düzenlenip anlamlı biçimde sunulmasını amaçlayan bir yöntemdir. Bu yaklaşımda veriler önce sınıflandırılır, ardından doğrudan alıntılarla desteklenerek özetlenir ve son olarak araştırmacı tarafından yorumlanır (Baltacı, 2019). Betimsel analiz sürecinde, katılımcıların yaşadıkları olaylara dair düşünce ve deneyimlerine yer verilirken, verinin doğallığını korumak adına bazı anlatımlar doğrudan katılımcı sözüyle yansıtılır. Bu sayede elde edilen bulguların anlamı bozulmadan okuyucuya aktarılır (Yıldırım ve Şimşek, 2011). Bu araştırmada da betimsel analiz yöntemi kullanılmıştır. İlk aşamada, ses kayıtlarından elde edilen görüşme dökümleri dikkatlice okunmuş ve veriler kodlanmaya hazır hale getirilmiştir. İkinci aşamada, benzer ifadeler ve tekrar eden düşünceler gruplanarak temalar oluşturulmuştur. Üçüncü aşamada, her bir tema altında toplanan veriler sistemli biçimde sınıflandırılmış ve temsil gücü yüksek katılımcı alıntılarına yer verilmiştir. Son olarak, araştırmacı tarafından bu temalar bağlamında genel yorumlar yapılmış ve elde edilen bulgular anlam bütünlüğü içerisinde raporlanmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmanın amaçları doğrultusunda verilerin analiz edilmesi sonucunda elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

4.1. Katılımcılara İlişkin Tanıtıcı Bulgular

Araştırmaya katılan Sosyal Hizmet Uzmanlarına ait demografik bilgiler Tablo 1’de sunulmuştur.

Tablo 1. Katılımcıların demografik özellikleri

Katılımcı Kodu	Yaş	Cinsiyet	Eğitim Durumu	Deneyim Süresi
K1	25	Kadın	Yüksek Lisans	1.5 yıl
K2	45	Kadın	Lisans	15 yıl
K3	51	Kadın	Lisans	11 yıl
K4	42	Kadın	Yüksek Lisans	6 yıl
K5	29	Kadın	Lisans	5 yıl
K6	29	Kadın	Lisans	3 yıl
K7	44	Kadın	Lisans	10 yıl
K8	41	Kadın	Lisans	10 yıl
K9	32	Erkek	Lisans	7 yıl
K10	42	Erkek	Lisans	8 yıl
K11	35	Erkek	Lisans	7 yıl
K12	33	Erkek	Lisans	4 yıl
K13	36	Erkek	Lisans	4 yıl
K14	33	Erkek	Yüksek Lisans	8 yıl
K15	30	Erkek	Lisans	5.5 yıl
K16	42	Erkek	Yüksek Lisans	15 yıl
K17	48	Erkek	Doktora	10 yıl
K18	32	Erkek	Lisans	4 yıl
K19	54	Erkek	Lisans	13 yıl
K20	30	Erkek	Lisans	2 yıl

Bu tabloya göre araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının toplam sayısı 20’dir. Katılımcıların 12’si erkek, 8’i kadındır. Eğitim düzeyi bakımından 15’i lisans, 4’ü yüksek

lisans, 1'i doktora mezunudur. Yaş aralığı 25 ile 54 arasında değişirken; mesleki deneyim süresi 1.5 yıl ile 15 yıl arasında farklılık göstermektedir.

Araştırmaya katılan katılımcıların görev aldıkları ruh sağlığı birimlerine ilişkin veriler Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların görev aldıkları ruh sağlığı birimleri

Katılımcı Kodu	Çalışılan Ruh Sağlığı Birimleri
K1	Tıbbi Sosyal Hizmet Birimi, Psikiyatri Servisi
K2	Tıbbi Sosyal Hizmet Birimi, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
K3	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
K4	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
K5	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Tıbbi Sosyal Hizmet Birimi, Psikiyatri Servisi
K6	Tıbbi Sosyal Hizmet Birimi, AMATEM, Psikiyatri Servisi
K7	Tıbbi Sosyal Hizmet Birimi, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
K8	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
K9	Tıbbi Sosyal Hizmet Birimi, AMATEM, Psikiyatri Servisi
K10	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
K11	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Tıbbi Sosyal Hizmet Birimi
K12	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Psikiyatri Servisi
K13	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
K14	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
K15	Psikiyatri Servisi
K16	Psikiyatri Servisi
K17	Psikiyatri Servisi
K18	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Tıbbi Sosyal Hizmet Birimi
K19	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
K20	Psikiyatri Servisi, Tıbbi Sosyal Hizmet Birimi

Katılımcıların görev yaptığı birimlere bakıldığında, TRSM, psikiyatri servisi, AMATEM ve tıbbi sosyal hizmet birimlerinde görev aldıkları görülmektedir. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde görev yapan katılımcı sayısı 13'tür. Psikiyatri servisinde görev yapanlar 9 kişi, AMATEM'de görev yapanlar ise 2 kişidir. Birden fazla birimde görev alan uzmanların da bulunduğu dikkat çekmektedir.

4.2. Katılımcıların Ruh Sağlığı Alanındaki Mesleki Rollerinin Değerlendirilmesi

Ruh sağlığı alanında görev yapan sosyal hizmet uzmanlarının rolleri, hizmet sundukları bağlamlara ve danışan ihtiyaçlarına göre çeşitlenmektedir. Katılımcıların görüşleri incelendiğinde, bu alandaki rollerin yalnızca bireyle sınırlı kalmadığı; aynı zamanda kurumlar arası koordinasyon, toplumsal farkındalık ve hak temelli savunuculuk gibi çok boyutlu sorumlulukları da kapsadığı görülmüştür. Nitel veri analizleri sonucunda, sosyal hizmet uzmanlarının rolleri belirli tematik alanlarda yoğunlaştığı için, bulgular beş ana başlık altında yapılandırılmıştır: sosyal inceleme rolü, vaka yöneticiliği rolü, bilgilendirme ve eğitimci rolü, koordine edici ve bağlantı kurucu rolü ile savunuculuk rolü. Bu sınıflandırma, uzmanların ruh sağlığı alanındaki çok yönlü mesleki pratiklerini bütüncül biçimde değerlendirebilmek amacıyla yapılmıştır. Bulgular, bu başlıklar altında analiz edilerek sunulacaktır.

4.2.1. Katılımcıların sosyal inceleme rolünün değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan katılımcıların sosyal inceleme rolü kapsamındaki görevlerine ilişkin veriler Tablo 3’de verilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların sosyal inceleme rolüne ilişkin görevleri

Görev Kategorisi	Katılımcı Kodları
Ev Ziyaretleri Yoluyla Sosyal Değerlendirme ve Gözlem	K4, K8, K10, K11, K18, K19
Sosyal İnceleme Raporlarının Hazırlanması ve Yazılı Bildirim Süreçleri	K1, K6, K7, K9, K13, K15, K16, K17, K20
Adli Vaka, Vesayet ve 6284 Sayılı Kanun Süreçlerine Katkı	K6, K15, K16, K20
İhtiyaç Analizi ve Müdahale Planlama Süreci	K4, K6, K13, K17
Sosyal İşlevsellik ve Aile Dinamiklerinin Değerlendirilmesi	K7, K8, K10, K11

Tablo’da görüldüğü üzere, sosyal hizmet uzmanlarının sosyal inceleme rolüne ilişkin görevleri beş ana başlık altında toplanmıştır. Dokuz katılımcı, sosyal inceleme raporlarının hazırlanması ve yazılı bildirim süreçlerinde görev aldığını belirtmiştir. Altı katılımcı, ev ziyaretleri yoluyla sosyal değerlendirme ve gözlem yaptığını ifade etmiştir. Dört katılımcı, adli vaka, vesayet ve 6284 sayılı Kanun kapsamındaki uygulamalarda görev yürüttüğünü aktarmıştır. Dört katılımcı, ihtiyaç analizi yaparak müdahale

planladığını bildirmiştir. Yine dört katılımcı, sosyal işlevsellik ve aile dinamiklerinin değerlendirilmesi kapsamında incelemeler yürüttüğünü ifade etmiştir.

Sosyal hizmet uzmanlarının ruh sağlığı alanındaki sosyal inceleme rolü, farklı bağlamlara yayılan görev alanlarını içermektedir. Dokuz katılımcı (K1, K6, K7, K9, K13, K15, K16, K17, K20) sosyal inceleme raporlarının hazırlanmasında aktif görev aldığını belirtmiştir. K1, K6, K9 ve K17, bu raporların tanı, tedavi ya da adli kurul gibi kurumsal süreçlere katkı sağlamak amacıyla düzenlendiğini ifade etmiştir. K13 ve K15, hekim talepleri doğrultusunda yazılı sosyal değerlendirme hazırladıklarını aktarmıştır.

Altı katılımcı (K4, K8, K10, K11, K18, K19) ev ziyaretleri yoluyla sosyal değerlendirme yaptığını belirtmiştir. K4 ve K18, danışanların yaşam alanlarında yapılan görüşmelerde, çevresel koşullar ve aile yapısına ilişkin gözlem yapıldığını ifade etmiştir. K8 ve K10, bu ziyaretlerin özellikle sosyal işlevsellik değerlendirmesi amacıyla gerçekleştirildiğini belirtmiştir. Ev ziyaretleri, mesleki değerlendirmenin çevresel gerçeklik içinde konumlandırılmasını sağlayarak sosyal hizmet uzmanlarının çok boyutlu analiz yetkinliğini güçlendirdiği ifade edilmiştir.

Dört katılımcı (K6, K15, K16, K20) sosyal hizmet uzmanlarının adli vaka, vesayet ve 6284 sayılı Kanun kapsamındaki durumlara ilişkin rapor düzenlediğini ifade etmiştir. K16 ve K20, sosyal incelemelerin sağlık tedbiri ve ceza sorumluluğu gibi hukuki süreçlerde kullanıldığını belirtmiştir. Sosyal inceleme rolünün adli ve yasal süreçlerde kullanılması, hukuki delillendirme açısından önemli bir kaynak oluşturduğunu göstermektedir. Bu durum, sosyal hizmet uzmanlarının disiplinler arası etkileşim içerisinde karar vericilere yön veren bilgi üretimi sağladığını ortaya koymaktadır.

İhtiyaç analizi ve buna bağlı müdahale planlaması da dört katılımcı (K4, K6, K13, K17) tarafından dile getirilmiştir. K6 ve K13, danışanların sosyal ve ekonomik koşullarının değerlendirilerek uygun sosyal hizmet müdahalelerine karar verildiğini belirtmiştir. İhtiyaç analizi yoluyla gerçekleştirilen değerlendirmeler, sosyal hizmet uygulamalarının sistemli ve hedef odaklı biçimde planlanmasını mümkün kılabilmektedir.

Dört katılımcı (K7, K8, K10, K11) sosyal işlevsellik ve aile dinamiklerine ilişkin değerlendirme yaptığını ifade etmiştir. K7 ve K11, aile bireyleriyle yapılan görüşmelerde sosyal ilişkiler, bakım veren tutumu ve destek sistemlerine dair bilgi toplandığını

aktarmıştır. Aile içi ilişkilerin, danışanın sosyal işlevselliğini şekillendiren temel unsurlardan biri olarak değerlendirilmesi, sosyal inceleme rolünün mikro sistem düzeyinde işlevsel bir analiz çerçevesi sunduğu anlaşılmaktadır.

Katılımcılar, sosyal inceleme görevini farklı alanlarda uyguladıklarını ifade etmektedir. Bu kapsamda ev ziyaretleri, sosyal işlevsellik değerlendirmesi, hukuki süreçlerde bilgilendirme sağlama, danışan ihtiyaçlarını belirleme ve müdahale planı oluşturma gibi uygulamaların yürütüldüğü belirtilmektedir. Sosyal inceleme sürecinin yalnızca bilgi toplamakla sınırlı olmadığı, karar alma süreçlerine ve kurum içi işleyişe doğrudan katkı sunduğu aktarılmaktadır. Bu uygulamalarla birlikte sosyal hizmet uzmanlarının değerlendirme becerilerini sahaya taşıdığı, raporlamalar aracılığıyla mesleki katkılarını görünür kıldığı belirtilmektedir. Bu rolün ruh sağlığı alanında birçok farklı uygulamayı kapsadığı ve uzmanların profesyonel pozisyonunu güçlendirdiği ifade edilmektedir. Bulguya ilgili doğrudan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

K4: “Ev ziyaretleri planlayarak hastaları kendi sosyal çevreleri içinde değerlendirme fırsatı elde ediyorum. Ev ortamında yapılan gözlemler, bireyin yaşam koşullarını, aile ilişkilerini ve ihtiyaçlarını daha iyi anlamamı sağlıyor. Görüşmeler sonucunda bireyin ihtiyaçlarını belirleyerek müdahale planları hazırlıyor, bu plan doğrultusunda hangi alanlarda nasıl bir değişim sağlanması gerektiğini tespit ediyorum.”

K6: “Kişinin vesayet altına alınması gerekip gerekmediğine dair detaylı bir sosyal inceleme raporu hazırlıyorum. Bunun yanı sıra, 6284 sayılı kanun kapsamında sağlık tedbiri kararı verilmiş kişilerle ilgili sosyal inceleme raporları da talep ediliyor. Her vaka için bireysel değerlendirme yaparak uygun müdahale planlarını oluşturunuyorum.”

K15: “Vasilik başvuruları ve evde bakım ücreti almak isteyen hastalarla ilgili incelemeler yaparım. Ayrıca, evlat edinme dosyaları ve noter işleri de sıklıkla bize yönlendirilir. Özellikle 65 yaş üstü bireylerin, alım-satım işlemleri yaparken akıl sağlıklarının yerinde olup olmadığını değerlendirir ve bu konuda da rapor düzenlerim.”

K19: “Bakım ihtiyacı olan hastalar için, hekim talebi doğrultusunda veya sosyal hizmet değerlendirmesi sonucunda, kurum bakımına yerleştirme süreçlerini yürütüyorum. Bu süreçte, sosyal inceleme raporları hazırlayarak bireyin uygun kuruma yönlendirilmesini sağlıyorum ve ilgili sosyal hizmet merkezleriyle koordinasyonu sürdürüyorum.”

4.2.2. Katılımcıların vaka yöneticiliği rolünün değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan katılımcıların vaka yöneticiliği rolü kapsamındaki görevlerine ilişkin veriler Tablo 4’de verilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların vaka yöneticiliği rolüne ilişkin görevleri

Görev Kategorisi	Katılımcı Kodları
Bakım Planı Oluşturma ve Takip Etme	K2, K3, K4, K7, K8, K11, K14, K19
Sosyal Desteklere ve Kaynaklara Yönlendirme	K3, K7, K8, K12, K13, K14, K19
Multidisipliner Ekip İçinde Koordinasyon Sağlama	K3, K4, K7, K10
İlk Kabul, Değerlendirme ve Süreç Takibi	K11, K14, K19
Sosyal, Ekonomik ve Çevresel Faktörlerin Değerlendirilmesi	K8, K12, K19

Tablo’da görüldüğü üzere, sosyal hizmet uzmanlarının vaka yöneticiliği rolüyle bağlantılı görevleri beş ana başlık altında toplanmıştır. Sekiz katılımcı, bakım planı oluşturma ve takip etme görevinde bulunduğunu belirtmiştir. Yedi katılımcı, sosyal desteklere ve kaynaklara yönlendirme uygulamalarını yürüttüğünü ifade etmiştir. Dört katılımcı, multidisipliner ekip içinde koordinasyon sağlama rolünü üstlendiğini belirtmiştir. Üç katılımcı, ilk kabul, değerlendirme ve süreç takibi görevini yerine getirdiğini bildirmiştir. Yine üç katılımcı, sosyal, ekonomik ve çevresel faktörlerin değerlendirilmesi yönünde çalıştığını ifade etmiştir.

Sosyal hizmet uzmanlarının ruh sağlığı alanında üstlendikleri vaka yöneticiliği rolü, süreç takibi olmakta birlikte danışanın yaşam çevresiyle kurduğu etkileşimi bütüncül biçimde ele alma sorumluluğunu da içerdiği belirtilmiştir. Tablo verilerine göre sekiz katılımcı (K2, K3, K4, K7, K8, K11, K14, K19) bu rolü en sık bakım planı oluşturma ve takibi şeklinde uygulamaktadır. K2, K4 ve K11, danışanın bireysel ihtiyaçlarına göre yapılandırılmış planlar geliştirdiklerini belirtmiş; K19 ise dosyalama ve hizmet izleme süreçlerinin vaka yöneticisi tarafından koordine edildiğini ifade etmiştir. Bu durum, vaka yöneticiliği rolünün danışanın hizmetlere erişimi ve devamlılığı açısından merkezi bir işleve sahip olduğuna işaret edebilmektedir.

Yedi katılımcı (K3, K7, K8, K12, K13, K14, K19) vaka yöneticiliğinin önemli bir yönünün danışanları sosyal destek mekanizmalarına ve hizmet ağlarına yönlendirmek

olduğunu vurgulamıştır. K8 ve K13, ekonomik yoksunluk yaşayan bireylerin sosyal yardım süreçlerine dâhil edilmesinde aktif rol aldıklarını ifade etmiştir.

Dört katılımcı (K3, K4, K7, K10) vaka yöneticisinin ekip içi koordinasyon ve görev dağılımında belirleyici rol oynadığını belirtmiştir. K3 ve K10, multidisipliner ekipte sosyal hizmet uzmanının eşgüdüm sağlayan bir pozisyonda yer aldığını; vaka planlarının birlikte oluşturulmasına katkı sağladığını aktarmıştır.

İlk kabul, değerlendirme ve sürecin başından itibaren yürütülen izleme çalışmaları da üç katılımcı (K11, K14, K19) tarafından ifade edilmiştir. K14, danışanla ilk temasın vaka yöneticisi tarafından sağlandığını; devamlılığın ve uyumun bu ilk izlenim üzerinden şekillendiğini belirtmiştir. Bu görev, vaka yöneticisinin danışanın hizmete entegrasyonunu kolaylaştıran ilk temas kişisi olduğu vurgusunu düşündürmektedir.

Üç katılımcı (K8, K12, K19) vaka yöneticisinin sosyal, ekonomik ve çevresel faktörleri dikkate alarak değerlendirme yaptığını belirtmiştir. K8 ve K12, danışanın çevresel koşulları, gelir düzeyi ve aile ilişkilerinin vaka planlamasına doğrudan etki ettiğini belirtmiştir.

Vaka yöneticiliği rolü; hizmet sürekliliği, ekip içi koordinasyon ve birey merkezli müdahale süreçlerinin etkili biçimde yürütülmesinde kritik bir konumda yer aldığı, sosyal hizmet uygulamalarının sahaya uyarlanmasında belirleyici olduğu belirtilmiştir. Verilen cevaplar vaka yöneticiliğinin, ruh sağlığı alanında sosyal hizmet uzmanlarının mesleki etkinliklerini yapılandıran temel rollerden biri olduğunu göstermektedir. Bulguyla ilgili doğrudan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

K3: “Danışanlarla bireysel görüşmeler gerçekleştirerek kayıtlarını almak, bakım planlarını oluşturmak, kriz değerlendirmesi yapmak ve ihtiyaç duydukları toplumsal kaynaklara yönlendirmek temel görevlerim arasındadır. Bu süreç maddi yardımları, evde bakım hizmetlerini ve diğer sosyal destek mekanizmalarını da kapsar.”

K4: “Temel sorumluluğum hastaların bireysel, psikososyal ve ekonomik açıdan desteklenmesini sağlamaktır. Her hasta için ekip olarak bir değerlendirme süreci yürütüyoruz. Multidisipliner bir yaklaşım benimseyerek, hastanın ihtiyaçlarını belirleyip eksiklikleri tespit ediyoruz. Hazırlanan müdahale planına göre, sosyal hizmet uzmanı olarak hastanın hangi alanlarda müdahale gerektirdiğini, hangi kurumlarla iş birliği

yapmam gerektiğini ve hangi destek mekanizmalarını devreye sokmam gerektiğini değerlendiriyorum.”

K7: “Sosyal hizmet uzmanı olarak, ekibin diğer üyelerinden farklı olarak sosyal endikasyonlara yönelik çalışmalar yürütüyorum. Hastaların topluma uyum sağlaması, sosyal hayata katılımının artırılması ve yaşam becerilerinin geliştirilmesi konusunda önemli bir rolüm var.”

K12: “Danışanlarımızın barınma, ev temizliği, iş bulma gibi sosyal sorunları da olabiliyor. Bu tür konularda da elimizden geldiğince rehberlik ederek onları uygun destek mekanizmalarına yönlendirmeye çalışıyoruz. Kısacası, ilaç yazma ve muayene dışında, danışanlarımızın karşılaştıkları birçok farklı sorunla ilgileniyor ve onlara çözüm sunmak için çaba gösteriyorum.”

K14: “Vaka yöneticisi olarak, takip ettiğim hastaların ihtiyaçlarını belirleyerek ilgili branşlarla buluşmasını sağlıyorum. Hastaların durumlarını takip ederken yalnızca hastalığın kendisine odaklanmakla kalmayıp, iyileşme sürecini engelleyen faktörleri de analiz ediyorum.”

K18: “Merkez içindeki vakalarda danışanın vaka yöneticisi genellikle doğrudan onun danışmanı olurken, dış kurumlarla iş birliği gerektiren durumlarda sosyal hizmet uzmanı daha etkin bir rol üstlenmektedir. Özellikle İŞKUR başvuruları, sosyal yardımlar ve sosyal inceleme raporları gibi konularda sosyal hizmet uzmanı vaka yöneticiliğini yürütmektedir.”

4.2.3.Sosyal hizmet uzmanlarının bilgilendirme ve eğitimci rolünün değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan katılımcıların bilgilendirme ve eğitimci rolü kapsamındaki görevlerine ilişkin veriler Tablo 5’de verilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların bilgilendirme ve eğitimci rolüne ilişkin görevleri

Görev Kategorisi	Katılımcı Kodları
Hasta ve aileye yönelik psikoeğitim ve bilgilendirme faaliyetleri	K1, K3, K5, K6, K7, K8, K9, K11, K13, K16, K17, K18, K19, K20
Toplumda farkındalık artırmaya yönelik dış paydaşlarla yürütülen eğitim çalışmaları	K2, K4, K8, K11, K14, K20
Sosyal ve yasal haklara dair bilgilendirme ve danışmanlık	K5, K7, K10, K15, K18
Aile eğitimi ve aile bireylerinin desteklenmesi	K3, K6, K7, K8, K9, K13, K18, K20
Kurumlar arası iş birliğiyle düzenlenen seminer ve saha eğitimleri	K2, K4, K9, K11, K14

Tablo 5’te görüldüğü üzere, hasta ve aileye yönelik psikoeğitim ve bilgilendirme faaliyetine vurgu yapan katılımcılar: K1, K3, K5, K6, K7, K8, K9, K11, K13, K16, K17, K18, K19 ve K20’dir. Toplumsal farkındalığı artırmaya yönelik dış paydaşlarla yürütülen çalışmaları belirtenler: K2, K4, K8, K11, K14 ve K20’dir. Sosyal ve yasal haklara dair bilgilendirme yapan katılımcılar: K5, K7, K10, K15 ve K18’dur. Aile eğitimi ve aile bireylerinin desteklenmesi rolüne değinenler: K3, K6, K7, K8, K9, K13, K18 ve K20’dir. Kurumlar arası iş birliğiyle yürütülen eğitim ve seminer faaliyetlerine yer veren katılımcılar: K2, K4, K9, K11 ve K14’dır.

Katılımcıların 14’ü (K1, K3, K5, K6, K7, K8, K9, K11, K13, K16, K17, K18, K19, K20) sosyal hizmet uzmanlarının hasta ve ailelerine yönelik psikoeğitim ve bilgilendirme faaliyetlerinde yer aldığını belirtmiştir. K1, K3, K5, K6, K9 ve K13 gibi katılımcılar bu bilgilendirme sürecinin hastalık farkındalığını artırmak, tedavi sürecini desteklemek ve ailelerin bakım becerilerini güçlendirmek amacıyla yürütüldüğünü ifade etmiştir. K18 ve K19’in vurguladığı psikoeğitim grupları, uzmanların bireyi merkeze alan aynı zamanda aileyi de kapsayan bir eğitim yaklaşımını benimsediğini göstermektedir.

Toplum düzeyinde farkındalık yaratmaya yönelik dış paydaşlarla yürütülen çalışmalara ilişkin altı katılımcı (K2, K4, K8, K11, K14, K20) ifadeleri de dikkat çekicidir. K2, K4 ve K14 gibi katılımcılar tarafından dile getirilen bu faaliyetler, sosyal

hizmet uzmanlarının toplumu bilgilendirme ve önyargıların azaltılmasına katkı sağlama amacıyla çeşitli kurumlarla iş birliği içinde hareket ettiğini göstermektedir.

Sosyal ve yasal haklara dair danışmanlık veren beş katılımcı (K5, K7, K10, K15, K18) arasında yer alan K5, K10 ve K18, hem hastalara hem de ailelere yönelik hak temelli bilgilendirmenin uzmanların müdahale sürecindeki sorumluluk alanlarından biri olduğunu ortaya koymuştur. K15'nin sosyal yardımlar ve kurum işlemleri konusundaki danışmanlık vurgusu bu çerçeveyi desteklemektedir.

Aile eğitimi ve destekleyici bilgilendirme çalışmalarına vurgu yapan sekiz katılımcı (K3, K6, K7, K8, K9, K13, K18, K20) özellikle bakım süreçlerinde aile bireylerinin bilinçlendirilmesinin önemine dikkat çekmiştir. K7 ve K20, aile içi iletişimi kolaylaştırma, hastalık sürecini anlama ve bakım tutumlarını güçlendirme gibi konulara odaklanan bilgilendirme faaliyetlerinde aktif rol almaktadır. Bu ifadeler, aile bireylerinin yalnızca pasif destek unsurları olarak değil; bilinçli, sürece katılan ve güçlendirilmesi gereken aktörler olarak görüldüğünü göstermektedir.

Kurumlar arası iş birliğiyle düzenlenen seminer ve saha eğitimlerine ilişkin beş katılımcı (K2, K4, K9, K11, K14) değerlendirmesi ise sosyal hizmet uzmanlarının kurum dışı aktörlerle yürüttüğü eğitim temelli uygulamalara işaret etmektedir. K2, K4 ve K11 gibi katılımcılar bu faaliyetlerin sadece bilgilendirme amaçlı değil, aynı zamanda hizmet sunumunda ortak anlayış geliştirme ve toplumsal bilinç düzeyini artırma hedefi taşıdığını ifade etmiştir.

Katılımcılar, ruh sağlığı alanında bilgilendirme ve eğitim içerikli çalışmalara aktif biçimde katıldıklarını belirtmektedir. Psikoeğitim uygulamaları, danışanların yaşadıkları durumu daha iyi anlamalarını sağlamak ve tedavi sürecine katılımı artırmak amacıyla yürütülmektedir. Bazı katılımcılar, aile bireylerinin bakım sürecine daha sağlıklı şekilde dâhil olabilmesi için eğitim oturumları düzenlediklerini ifade etmektedir. Görüşmelerde sosyal haklar konusunda danışan ve yakınlarını bilgilendirme, kurumlar arası düzenlenen toplantılarda eğitici görevler üstlenme ve toplumsal farkındalığı artırmaya yönelik içerikler hazırlama gibi uygulamaların yürütüldüğü aktarılmıştır. Eğitim faaliyetlerinin bilgi vermenin ötesinde danışanla kurulan ilişkiyi güçlendirdiği ve destek sistemlerini harekete geçirdiği yönünde görüşler paylaşılmıştır. Bu ifadeler doğrultusunda bilgilendirme ve eğitici rolün, uzmanların sahadaki müdahale çeşitliliğini artırdığı ve

mesleki görünürlüklerini desteklediği görülmektedir. Bulguyla ilgili doğrudan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

K2: “Halkın ruh sağlığı konusunda bilinçlenmesini sağlamak için doktorlar, psikologlar, hemşireler ve sosyal hizmet uzmanlarının katılımıyla çeşitli konularda eğitim programları düzenledik. Belediyelerle ortaklaşa yürüttüğümüz bir diğer çalışma ise toplu taşıma şoförlerine yönelik eğitimlerdir. Ruh sağlığı hastalarının toplu taşımada maruz kaldıkları ayrımcılık ve damgalamayı azaltmak amacıyla şoförlerle düzenli eğitim çalışmaları gerçekleştirdik.”

K6: “AMATEM’de bağımlılıkla mücadele kapsamında eğitim programları düzenliyoruz. "SAMBA" adı verilen bu eğitimler sigara, alkol ve madde bağımlılığıyla ilgili olup, hem hastalara hem de ailelere yönelik farklı içerikler sunuyor. Hasta eğitimleri, tedavi süresi boyunca hafta içi her gün düzenleniyor ve bağımlılığın beyin üzerindeki etkileri, bırakma yöntemleri, öfke kontrolü ve iletişim becerileri gibi konular işleniyor.”

K11: “ Hasta ve yakınlarına hastalıklarının risklerini tanımaları, tedavi süreçlerine uyum sağlamaları ve bu süreçte karşılaşılabilecekleri sorunlarla başa çıkabilmeleri için destekleyici grup çalışmaları yaptık. İŞKUR ile yürüttüğümüz çalışmalarda ise, tanı almış bipolar, şizofreni ve psikotik bozukluğu olan hastaların istihdamını sağlamak amacıyla çeşitli girişimlerde bulunduk. İŞKUR personeline bu hastalarla ilgili farkındalık ve eğitim çalışmaları düzenledik. İşverenlere hastaların etiketlenmemesi, dışlanmaması ve damgalama süreçlerinin önlenmesi konusunda bilgilendirme ve tavsiyelerde bulunduk.”

K18: “Aileler, hastalık sürecinde önemli bir sorumluluk üstlendiğinden, onların da baş etme becerilerini geliştirmeleri için psikoeğitim grupları oluşturuyoruz. Yılın belirli dönemlerinde yapılan bu eğitimlerde, hastalıkların seyri, düzenli ilaç kullanımı ve hastaya yaklaşım konularında bilgilendirme sağlıyoruz.”

K20: “Aile ve grup çalışmalarında danışmanlık ve bilgilendirme odaklı hizmetler sunuyoruz. Ailelerin ruh sağlığı konusundaki farkındalığını artırmak, ön yargıları azaltmak ve hastaları daha iyi anlamalarını sağlamak amacıyla bilgilendirme yapıyoruz.”

4.2.4. Sosyal hizmet uzmanlarının koordine edici ve bağlantı kurucu rolünün değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan katılımcıların koordine edici ve bağlantı kurucu rolü kapsamındaki görevlerine ilişkin veriler Tablo 6’da verilmiştir.

Tablo 6. Katılımcıların koordine edici ve bağlantı kurucu rolüne ilişkin görevleri

Görev Kategorisi	Katılımcı Kodları
Kurumlar arası yönlendirme ve hizmete erişim süreçlerinin koordine edilmesi	K1, K3, K4, K5, K7, K8, K9, K10, K12, K13, K14, K16, K18, K20
Bakım, barınma ve destek hizmetlerinin organize edilmesi	K1, K4, K5, K7, K12, K14, K16, K18, K20
Sosyal haklara, emeklilik ve sigorta işlemlerine dair kurumsal bağlantı kurulması	K1, K5, K9, K12, K13, K16, K17, K18
Farkındalık ve toplumsal bilinçlendirme odaklı kurum temelli iş birlikleri	K2, K5, K8, K11, K17
Adli ve özel durumlara dair yönlendirme ve kurum koordinasyonu	K5, K15, K20

Tablo 6’da görüldüğü üzere, kurumlar arası yönlendirme ve hizmete erişim süreçlerine dair koordinasyon işlevini ifade eden katılımcılar: K1, K3, K4, K5, K7, K8, K9, K10, K12, K13, K14, K16, K18 ve K20’dir. Bakım, barınma ve destek hizmetlerinin organize edilmesini belirten katılımcılar: K1, K4, K5, K7, K12, K14, K16, K18 ve K20’dir. Sosyal haklar, emeklilik ve sigorta işlemleri ile ilgili kurumsal bağlantı kuran katılımcılar: K1, K5, K9, K12, K13, K16, K17 ve K18’dur. Farkındalık ve bilinçlendirme amaçlı kurum iş birliklerinden söz eden katılımcılar: K2, K5, K8, K11 ve K17’dur. Adli ve özel durumlara dair yönlendirme ve koordinasyon belirten katılımcılar: K5, K15 ve K20’dir.

Sosyal hizmet uzmanlarının kurumlar arası koordinasyon işlevi, ruh sağlığı alanında çok yönlü hizmetlerin sürdürülebilirliğini sağlamaya yönelik olarak geniş bir yelpazeye yayıldığı görülmektedir. Katılımcıların 14’ü (K1, K3, K4, K5, K7, K8, K9, K10, K12, K13, K14, K16, K18, K20) farklı kurumlar arasında yönlendirme yaparak hizmetlere erişimi kolaylaştırdığını ifade etmiştir. K1, K4, K5, K12 ve K18 gibi katılımcılar sağlık, sosyal hizmet ve yerel yönetim birimleri arasında köprü görevi gördüklerini belirtmiştir.

Bakım, barınma ve destek hizmetlerinin organize edilmesine ilişkin dokuz katılımcı (K1, K4, K5, K7, K12, K14, K16, K18, K20) uzmanların danışanların yaşamlarını

sürdürebilmeleri için gerekli olan çevresel destekleri koordine ettiğini belirtmişlerdir. K7 ve K12 gibi katılımcılar sosyal hizmet uzmanlarının barınma, gıda yardımı, temizlik hizmetleri gibi temel ihtiyaçların planlanmasında rol aldığını aktarmıştır.

Sekiz katılımcı (K1, K5, K9, K12, K13, K16, K17, K18) sosyal haklar, emeklilik ve sigorta işlemleri gibi yasal düzenlemelere dair kurumsal bağlantı kurulmasının uzmanların idari ve mevzuat temelli hizmet alanlarında da aktif sorumluluk taşıdığını ifade etmiştir. K9, K13 ve K17'un ilgili süreçlere dair verdiği örnekler, sosyal hizmet uzmanlarının danışan ve sistem odaklı çalıştığına işaret edebilmektedir.

Farkındalık ve toplumsal bilinçlendirme faaliyetleri kapsamında kurum iş birlikleri yürüten beş uzman (K2, K5, K8, K11, K17) toplumsal önyargıların azaltılması ve hizmet tanınırlığının artırılması gibi konulara dikkat çekmiştir. K2 ve K11, yerel kurumlarla yapılan ortak etkinliklerin bu amaca hizmet ettiğini ifade etmiştir.

Adli ve özel durumlara yönelik yönlendirme ve koordinasyon görevine ilişkin sınırlı da olsa üç katılımcının (K5, K15, K20) belirttiği sorumluluklar, bu rolün özellikle 6284 sayılı Kanun kapsamındaki durumlarda ve sağlık tedbiri kararlarında daha görünür hale geldiğini düşündürmektedir.

Sosyal hizmet uzmanı bağlantı kurma ve koordinasyon süreçlerinde hizmet alanı ile kurumlar arasındaki ilişkinin sürekliliğini sağlayan bir aktör olarak görev yaptıklarını belirtmişlerdir. Katılımcı ifadeleri uzmanların yönlendirme, bilgilendirme ve organizasyonel destek gibi çok katmanlı sorumlulukları eş zamanlı yürüttüğünü göstermektedir. Kurumlar arası iş birliği, barınma ve bakım hizmetlerinin planlanması, yasal hakların takibi ve adli süreçlerde müdahil olma gibi başlıklarda uzmanların sahada görünürlüğü etkilediği bildirilmiştir. Tablo verileri sosyal hizmet uzmanlarının ekipler arası eşgüdüm sağlayarak danışan yararına çok yönlü bir müdahale ağı oluşturduğunu göstermektedir. Bulguyla ilgili doğrudan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

K1: “Ayni ve nakdi yardımlar veya kurum bakımı gibi ihtiyaçlarla başvuran hastaları ve ailelerini kaynaklarla buluşturarak gerekli yönlendirmeleri yapıyorum. Kurumsal işbirliği ve koordinasyon kapsamında, diğer sağlık kurumları, sosyal hizmet kuruluşları ve kamu kurumlarıyla iletişim ve yönlendirme çalışmaları yapıyorum. . Ayrıca TRSM (Toplum Ruh Sağlığı Merkezi) ekipleriyle kurum bakımı süreçlerini takip ederken, malulen emeklilik işlemleri için SGK ile de iletişim kuruyorum.”

K8: “K8: Makro düzeyde topluma kazandırma hedefi doğrultusunda hastaların toplumda yaşadıkları damgalamayı önlemek amacıyla çeşitli kurumlarla iş birliği yapıyor ve farkındalık eğitimleri düzenliyorum. Belediye, İŞKUR, adliye ve Aile Bakanlığı gibi kurumlarla iletişim kurarak hastaların istihdam süreçlerine katkı sunmaya çalışıyorum.”

K11: “Toplum temelli çalışmalar çerçevesinde, TRSM’nin bulunduğu bölgede kamu kurum ve kuruluşlarıyla iş birliği yaptık. Hazırladığımız broşür, kitapçık ve tanıtıcı materyalleri İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü’ne bağlı okullara, muhtarlıklara, marketlere, iş yerlerine ve diğer kurumlara ulaştırdık. Ayrıca okullarda öğrencilere ve öğretmenlere eğitimler verdik. Mahalle muhtarlarıyla düzenli toplantılar yaparak henüz hizmete erişmemiş, TRSM’ye başvurmamış bireylerin tespiti konusunda iş birliği gerçekleştirdik. Bu çalışmalar sonucunda, muhtarların yönlendirmeleriyle TRSM’ye yeni başvurular oldu.”

K15: “Servise yatan hastalarla ilgili kimsesiz veya yabancı uyruklu hastalar olduğunda, kimlik tespiti yapmak ve konsolosluklarla iletişim kurarak hastanın ücret takibini sağlamak, ailesine ulaşmak ve gerektiğinde hastayı kendi ülkelerine göndermek için sürekli temas halindeyiz. Eğer yataklı tedavi gören hastanın kimsesi yoksa ve özel bakım merkezi gereksinimi varsa, Aile Bakanlığı ile iletişime geçerek gerekli evrakları toplar ve vasilik başvurusu yaparız. Sonrasında, acil genelge ile hastayı özel bakım merkezine yerleştirmeyi sağlarız. Kadın sığınma evine yönlendirdiğimiz hastalar da olmaktadır; bu durumda kolluk kuvvetleriyle birlikte gerekli koordinasyonu sağlarız.”

4.2.5. Sosyal hizmet uzmanlarının savunuculuk rolünün değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan katılımcıların savunuculuk rolü kapsamındaki görevlerine ilişkin veriler Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7. Katılımcıların savunuculuk rolüne ilişkin görevleri

Görev Kategorisi	Katılımcı Kodları
Hastaların sosyal ve ekonomik haklarının savunulması ve yönlendirme yapılması	K1, K2, K5, K9, K10, K11, K13, K17, K19
Kurum bakımına yerleştirme ve uygun yaşam alanının sağlanması	K5, K16, K17, K20
Adli süreçler ve hukuki destek sağlanması	K5, K8, K19
Aile içi sorunlara müdahale ve uzlaştırıcı rol	K17, K20
Toplumsal farkındalık, damgalama ile mücadele ve savunuculuk	K4, K2, K10, K14

Tablo 7 verilerine göre, hastaların sosyal ve ekonomik haklarının savunulmasına dair yönlendirmede bulunan katılımcılar: K1, K2, K5, K9, K10, K11, K13, K17 ve K19'dir. Kurum bakımına yerleştirme ve uygun yaşam alanı sağlanmasına ilişkin savunuculuk faaliyetleri yürüten katılımcılar: K5, K16, K17 ve K20'dir. Adli süreçler ve hukuki destek konularında savunuculuk yapan katılımcılar: K5, K8 ve K19'dir. Aile içi sorunlara müdahale eden ve uzlaştırmacı rol üstlenen katılımcılar: K17 ve K20'dir. Toplumsal farkındalık oluşturmak, damgalama ile mücadele etmek ve savunuculuk faaliyetleri yürüten katılımcılar: K4, K2, K10 ve K14'tür.

Sosyal hizmet uzmanlarının savunuculuk rolü, danışanların hak temelli ihtiyaçlarının karşılanmasında merkezi bir konumda yer aldığı belirtilmiştir. Katılımcılardan dokuz kişi (K1, K2, K5, K9, K10, K11, K13, K17, K19) danışanların sosyal yardımlar, sağlık güvencesi, bakım raporu ve benzeri haklara erişiminde savunucu olarak hareket ettiğini ifade etmiştir. K1, K9, K11 ve K13 gibi katılımcılar bu süreci yalnız bilgilendirme değil, aynı zamanda hakların takibi ve gerekli başvuruların yapılması yönünde destek sağlamak biçiminde tanımlamıştır.

Dört katılımcı (K5, K16, K17, K20) kurum bakımına yerleştirme, barınma koşullarının düzenlenmesi ve uygun yaşam alanı sağlanması gibi müdahale alanlarında savunuculuk yaptığını belirtmiştir. K5 ve K16 gibi katılımcıların aktardığı örneklerde, uzmanların bireysel riskleri değerlendirerek danışanları kurum temelli çözümlere yönlendirdiği görülmektedir. Savunuculuk işlevi, risk değerlendirmesine dayalı müdahale ve uygun hizmete erişim sağlama biçiminde ortaya çıktığı görülmektedir.

Adli süreçlerde yer alan üç katılımcı (K5, K8, K19) özellikle sağlık tedbiri, vesayet veya mahkeme kararlarına bağlı durumlarda sosyal hizmet uzmanlarının görüş sunan ve yönlendirici pozisyonda bulunduğunu ifade etmiştir. K5 ve K19 gibi isimler, uzmanların danışan haklarını koruyucu tavır geliştirdiğine vurgu yapmıştır.

Aile içi çatışma ve sosyal uyum sorunlarında uzlaştırmacı pozisyon alan iki katılımcı (K17, K20) savunuculuk işlevinin yalnız resmi kurumlarla sınırlı kalmadığını; aile içi dinamiklerde de destekleyici bir yapı oluşturduğunu belirtmiştir. K17 ve K20, müdahalelerini sosyal destek sistemi içerisinde dengeleyici şekilde yürüttüklerini aktarmıştır.

Aile içi müdahalelerde savunuculuk, sosyal ilişkilerin güçlendirilmesine yönelik destekleyici bir rol olarak uygulandığı vurgulanmaktadır.

Toplum düzeyinde damgalama, ötekileştirme ve ayrımcılıkla mücadele konusunda savunuculuk yapan dört uzman (K4, K2, K10, K14) farkındalık oluşturmaya yönelik faaliyetler yürüttüğünü belirtmiştir. K2 ve K14, danışanların toplumsal yaşamla bütünleşmesini sağlamak amacıyla çevresel destek mekanizmaları oluşturduklarını ifade etmiştir.

Sosyal hizmet uzmanları, savunuculuk rolü kapsamında danışanların sosyal haklara erişimini destekleyen, uygun yaşam koşullarını sağlamaya yönelik girişimlerde bulunan, adli süreçlerde müdahil olan ve toplumsal ayrımcılıkla mücadele eden çok yönlü bir sorumluluk üstlendiklerini belirtmişlerdir. Tablodaki bulgular bu rolün yalnız bireysel hakları korumaya değil, aynı zamanda sistemle temas kurarak danışan lehine çözümler üretmeye dayalı bir yapı taşıdığını ortaya koymaktadır. Uzmanlar, başvuru takibi, kurum temelli yönlendirme ve çevresel destek mekanizmalarının oluşturulması gibi uygulamalarla danışan yararını önceleyen bir müdahale biçimi geliştirdiklerini, bu yönüyle savunuculuk, sosyal hizmetin hem bireysel hem yapısal düzeyde koruyucu, yönlendirici ve eşitlik temelli işlevlerini güçlendirdiğini belirtmişlerdir. Bulguyla ilgili doğrudan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

K4: “KPSS'ye hazırlanan bir grup hastayı destekleyerek onların sınava hazırlanmasını sağladık. Bunun dışında ergoterapistler ve halk eğitimden gelen uzmanlarla yürütülen farklı grup çalışmaları da bulunuyor.”

K5: “Bazı hastalar, suça karışma veya kandırılmaya açık olma riski taşımaktadır. Özellikle atak dönemlerinde, ruhsal rahatsızlığı bulunan bireyler başkaları tarafından manipüle edilebilir ve istismara uğrayabilir. Eğer hastanın korunmaya ihtiyacı olduğu tespit edilirse, aileleri vesayet davası açmaları konusunda bilgilendirerek hukuki süreçte yönlendirmekteyiz. Ağır ruhsal hastalığı olan ve bakıma muhtaç bireyler için de çeşitli çalışmalar yürütmekteyiz. Eğer aile, hastanın bakımını üstlenemeyecek durumdaysa, kurum bakımına yerleştirme sürecini başlatıyoruz. Bu süreçte, hastanın günlük yaşamını sürdürebileceği en uygun ortamın sağlanmasını hedefliyoruz.”

K11: “Hastaların iş bulmasına yönelik raporlama ve yazışmalar yaparak, ekonomik sorunlarını çözmeye katkı sağlamayı amaçladık. İstihdamla ilgili bu çalışmalar, hastaların

ekonomik kaygılar nedeniyle tedavi süreçlerini aksatmamaları, ilaçlarını düzenli kullanmaları ve sosyal hayata uyum sağlamaları açısından önemliydi.”

K14: “Şizofreni ve bipolar bozukluğu olan bireylerin toplumdaki görünürliğini artırmak amacıyla basınla iş birliği yaparak röportajlar düzenleyebiliyoruz. Ayrıca, ruh sağlığı alanında çalışan farklı kurumlarla iş birliği yaparak eğitim ve seminerler düzenliyoruz. Örneğin, 540 rehber öğretmene yönelik bir seminer düzenleyerek, ruh sağlığı hastalıkları ve damgalama konusunda farkındalık oluşturduk.”

4.3. Katılımcıların Ruh Sağlığı Alanında Gerçekleştirdiği Sosyal Hizmet Uygulamalarının Değerlendirilmesi

Ruh sağlığı alanında görev yapan sosyal hizmet uzmanlarının gerçekleştirdiği uygulamalar, müdahale düzeyleri ve hedef kitle açısından çeşitlilik göstermektedir. Katılımcıların mülakat sorularına verdikleri yanıtlar incelendiğinde, söz konusu uygulamaların mikro, mezo ve makro düzeyde farklılaşan müdahale alanlarını kapsadığı görülmüştür. Bu doğrultuda, elde edilen verilerin sistematik biçimde analiz edilebilmesi amacıyla sosyal hizmet uygulamaları dört ana tema altında sınıflandırılmıştır: bireysel müdahale, aile ve grup çalışmaları, kurumsal iş birliği ve koordinasyon faaliyetleri ile toplum tabanlı hizmetler. Bu tematik ayrım, sosyal hizmet uzmanlarının ruh sağlığı alanındaki çok boyutlu görev ve sorumluluklarını daha bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirme imkânı sunmaktadır. Bulgular bu çerçevede ele alınacak ve her bir tema, katılımcı ifadeleri doğrultusunda ayrı ayrı analiz edilerek yorumlanacaktır.

4.3.1. Katılımcıların ruh sağlığı alanında yürüttüğü bireysel sosyal hizmet müdahalelerinin değerlendirilmesi

Tablo 8. Katılımcıların ruh sağlığı alanında yürüttüğü bireysel sosyal hizmet müdahaleleri

Müdahale Kategorisi	Katılımcı Kodları
Bireysel Görüşme ve Psikososyal Destek Uygulamaları	K1, K3, K4, K8, K9 ,K10 ,K11 ,K14, K15, K17, K19
Sosyal Haklara Erişim ve Yasal Süreç Danışmanlığı	K5, K7, K10, K13,K16, K18, K19
Barınma Sorunlarına Yönelik Müdahaleler ve Kurum Bakımı	K6, K12, K16, K18, K20
Sosyal İnceleme ve Raporlama Süreçleri	K2, K9, K11, K16, K20
Toplumsal Katılım ve Sosyal Uyumun Desteklenmesi	K12, K14, K18, K19

Tablo 8 incelendiğinde; sosyal hizmet uzmanlarının ruh sağlığı alanında bireysel düzeyde gerçekleştirdikleri müdahaleler beş ana tema altında toplanmıştır. On bir katılımcı, bireysel görüşme ve psikososyal destek uygulamaları yürüttüğünü ifade etmiştir. Yedi katılımcı, sosyal haklara erişim ve yasal süreçlere yönelik danışmanlık sağladığını belirtmiştir. Beş katılımcı, barınma sorunlarına yönelik çözümler geliştirdiğini ve bu kapsamda kurum bakımına yönlendirme yaptığını ifade etmiştir. Yine beş katılımcı, sosyal inceleme ve raporlama süreçlerine katkı sunduğunu belirtmiştir. Dört katılımcı ise, toplumsal katılımın artırılması ve sosyal uyumun desteklenmesine yönelik çalışmalar yürüttüğünü ifade etmiştir.

Sosyal hizmet uzmanlarının ruh sağlığı alanında gerçekleştirdikleri bireysel müdahaleler incelendiğinde, mesleki uygulamaların çok boyutlu bir yapıya sahip olduğu görülebilmektedir. Katılımcıların 11'i, (K1, K3, K4, K8, K9, K10, K11 ,K14, K15, K17, K19) psikososyal destek ve bireysel görüşmelerin danışanla yürütülen sürecin temelini oluşturduğunu belirtmiştir. Bu görüşmelerin duygusal destek sunmak, kriz dönemlerini yönetmek ve danışanın güçlenmesini sağlamak gibi temel işlevler taşıdığı belirtilmiştir. Örneğin K1, K9 ve K17, bireysel görüşmelerin düzenli bir biçimde yürütüldüğünü ve danışanın sosyal işlevselliğine katkı sunduğunu aktarmıştır.

Sosyal haklara erişim, emeklilik işlemleri, engelli hakları ve vesayet gibi yasal süreçlere dair danışmanlık hizmetleri sunan yedi katılımcı (K5, K7, K10, K13,K16, K18, K19) danışanların mevcut haklarını kullanabilmelerine yönelik bilgi verme, yönlendirme

ve takiple ilgili sorumluluklar üstlendiklerini belirtmiştir. K7, K13 ve K18 gibi katılımcıların ifadeleri bu tür uygulamaların hem bireyin refah düzeyini artırma hem de toplumsal katılımını destekleme açısından önem taşıdığını belirtmişlerdir.

Barınma ihtiyacının karşılanmasına yönelik müdahaleler de dikkat çekmektedir. Beş katılımcı (K6, K12, K16, K18, K20) danışanların uygun yaşam koşullarına erişimini sağlamak amacıyla çeşitli kurumlara yönlendirme yaptığını ve kurum bakım süreçlerini takip ettiğini ifade etmiştir. K6 ve K20, kurum içi dinamiklerle birlikte bireyin sosyal destek ağının da bu süreçte dahil edildiğini vurgulamıştır. Bu tür uygulamalar, sosyal hizmet uzmanlarının hem bireysel hem de çevresel faktörleri dikkate alarak hareket ettikleri söylenebilir.

Beş katılımcı (K2, K9, K11, K16, K20) sosyal inceleme ve raporlama süreçlerinde aktif rol aldığını belirtmiştir. Bu durum, sosyal hizmet uzmanlarının danışanla ilgili değerlendirme yapma, kurumlar arası bilgi aktarımı sağlama ve tanı-tedavi sürecine katkı sunma gibi sorumluluklar üstendiğine işaret edebilmektedir. Özellikle K9 ve K11, sosyal raporların hem klinik karar süreçlerine katkı sağladığını hem de hizmet planlamasını kolaylaştırdığını belirtmiştir.

Dört katılımcı (K12, K14, K18, K19) ise danışanların toplumsal katılımını destekleyici müdahaleler yürüttüğünü ifade etmiştir. Bu kapsamda istihdam olanaklarına yönlendirme, halk eğitimi kurslarına katılım, sosyal etkinliklere erişim gibi uygulamalar gerçekleştirilmiştir. K12 ve K19, danışanların toplumla bağlarını güçlendirecek faaliyetlerin psikososyal iyileşme sürecinde etkili olduğunu vurgulamıştır.

Sosyal hizmet uzmanları, bireysel düzeyde gerçekleştirdiği müdahalelerin, mesleki rol ve sorumlulukların farklı alanlara yayıldığını ve uygulamaların danışan merkezli, hak temelli ve çevresel koşulları gözeten bir bütünlük taşıdığını belirtmişlerdir. Bu çok yönlü müdahale biçimleri, sosyal hizmet uzmanlarının ruh sağlığı alanındaki uygulamalarda sistemin farklı düzeylerinde yer alan rolleri olduğunu göstermektedir. Bulguyla ilgili doğrudan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

K3: “Danışanlarla bireysel görüşmeler gerçekleştirerek kayıtlarını almak, bakım planlarını oluşturmak, kriz değerlendirmesi yapmak ve ihtiyaç duydukları toplumsal kaynaklara yönlendirmek temel görevlerim arasındadır. Bu süreç maddi yardımları, evde bakım hizmetlerini ve diğer sosyal destek mekanizmalarını da kapsar. Danışanların

günlük yaşam becerilerini geliştirmelerine yardımcı olmak, örneğin alışveriş yapma gibi basit ama zorlanılan görevlerde motivasyonel görüşmeler yapmak da bu sürecin bir parçasıdır. ”

K4: “ Bireysel çalışmalar kapsamında, TRSM'ye kayıtlı ve takip edilen tüm hastalarla bire bir görüşmeler yapıyorum. Bu görüşmelerin ardından ev ziyaretleri planlayarak hastaları kendi sosyal çevreleri içinde değerlendirme fırsatı elde ediyorum. Ev ortamında yapılan gözlemler, bireyin yaşam koşullarını, aile ilişkilerini ve ihtiyaçlarını daha iyi anlamamı sağlıyor. Görüşmeler sonucunda bireyin ihtiyaçlarını belirleyerek müdahale planları hazırlıyor, bu plan doğrultusunda hangi alanlarda nasıl bir değişim sağlanması gerektiğini tespit ediyorum. ”

K5: “Bireysel düzeyde, en sık karşılaştığımız konular arasında malulen emeklilik, erken emeklilik ve diğer sosyal haklarla ilgili danışmanlık hizmetleri yer almaktadır.”

K11: “Bireysel müdahalelerde, hastalarla düzenli görüşmeler yaparak onların ihtiyaçlarını belirledim. Kurumdan, sosyal hizmet uzmanlarından ve diğer meslek gruplarından beklentileri üzerine konuştuk. Tedavi sürecine uyumlarını değerlendirdik ve bireysel bakım planları hazırladık. Bu planlar, rehabilitasyon, sosyal uyum, sosyal aktiviteler ve etkinlikler gibi farklı alanlara yönelikti. Ayrıca hastaların sosyal incelemelerini yaparak ihtiyaçlarını raporladım.”

K15: “Merkeze başvuran hastalara danışmanlık hizmeti sunuyor, psikososyal görüşmeler, aile görüşmeleri ve hastalık hakkında bilgilendirme eğitimleri düzenliyorum. Ayrıca, sosyal endikasyonu bulunan hastaların sosyal ihtiyaçlarını çözümlemeye yönelik iş ve işlemleri yürütüyorum. Sosyal hizmet uzmanı olarak, hastaların sosyal desteklere erişimini sağlamak ve yaşam kalitelerini artırmak amacıyla gerekli yönlendirme ve danışmanlık hizmetlerini sunmaktayım.”

K16: “ Ruh sağlığı alanındaki sosyal hizmet uygulamalarım, hastanın hastalığının tanısı konulmaya başlandıktan sonra, hasta yakınlarıyla iletişim kurarak ve hastayla birebir görüşmeler yaparak başlıyor. Bu görüşmelerde, hastalığın etkileri, belirtileri ve hastanın sosyal işlevselliği üzerindeki etkileri hakkında bilgi topluyor ve bir sosyal inceleme raporu hazırlıyorum.”

4.3.2. Katılımcıların ruh sağlığı alanında yürüttüğü aile ve grup müdahalelerinin değerlendirilmesi

Tablo 9. Katılımcıların ruh sağlığı alanında yürüttüğü aile ve grup müdahaleleri

Müdahale Kategorisi	Katılımcı Kodları
Aile Görüşmeleri ve Danışmanlık Hizmetleri	K1, K2, K3, K4, K6, K7, K8, K9, K10, K11, K12, K14, K16, K18, K19, K20
Aile Eğitimi ve Psikoeğitim Faaliyetleri	K1, K3, K5, K6, K8, K9, K11, K13, K14, K17, K18
Aile İçindeki Sosyal İşlevselliği Güçlendirmeye Yönelik Müdahaleler	K3, K4, K8
Hak Temelli Bilgilendirme ve Yönlendirme	K3, K8, K15
Grup Çalışmaları (Günaydın Toplantıları, Destekleyici Gruplar, Terapi Grupları)	K4, K6, K8, K10, K11, K14, K17

Tablo 9 incelendiğinde; sosyal hizmet uzmanlarının ruh sağlığı alanında yürüttükleri aile ve grup müdahaleleri beş ana başlık altında toplanmıştır. On altı katılımcı, aile görüşmeleri ve danışmanlık hizmetleri yürüttüğünü ifade etmiştir. On bir katılımcı, aile eğitimi ve psikoeğitim faaliyetlerine katıldığını belirtmiştir. Üç katılımcı, aile içindeki sosyal işlevselliği güçlendirmeye yönelik müdahalelerde bulunduğunu ifade etmiştir. Üç katılımcı, hak temelli bilgilendirme ve yönlendirme faaliyetlerine yer verdiğini belirtmiştir. Yedi katılımcı ise, grup çalışmaları kapsamında destekleyici grup oturumları, günaydın toplantıları ve terapi temelli müdahaleler gerçekleştirdiğini bildirmiştir. Bu dağılım, aile ve grup temelli müdahalelerin ruh sağlığı alanındaki sosyal hizmet uygulamaları içinde geniş bir yer tuttuğunu göstermektedir. Katılımcıların çoğunluğunun bireyin sosyal çevresiyle çalışmayı öncelemesi, hizmetlerin bireysel odaklılıktan çıkarak sosyal bütünlük ve aile destek sistemlerini güçlendirme yönünde geliştiğine işaret etmektedir. Müdahalelerin kapsamı, sosyal hizmetin ekolojik perspektifle yürütüldüğünü göstermektedir. Özellikle aile bireylerinin sürece dahil edilmesi, hem tedavi uyumunu artıran bir unsur olarak hem de sürdürülebilir sosyal destek ağı kurulmasında temel bir yaklaşım olarak değerlendirilebilir.

On altı katılımcı (K1, K2, K3, K4, K6, K7, K8, K9, K10, K11, K12, K14, K16, K18, K19, K20) aile görüşmeleri ve danışmanlık faaliyetleri yürüttüklerini belirtmiştir. K1, aile bireyleriyle düzenli görüşmeler yaptığını ve bakım sürecine dair bilgi verdiğini ifade etmiştir. K11, hastanın tedavi sürecinde ailenin rolünü destekleyici görüşmeler gerçekleştirdiğini belirtmiştir. K4 ve K9 ise bu görüşmelerin hem hasta hem de aile

açısından yönlendirici işlev gördüğünü aktarmıştır. Bu veriler, aile görüşmelerinin bilgilendirme, yönlendirme ve güçlendirme amacıyla kullanıldığını ortaya koymaktadır. Aile ile kurulan düzenli iletişim, tedavi sürecinde sorumluluk paylaşımını kolaylaştıran bir araç haline geldiği görülmektedir.

On bir katılımcı (K1, K3, K5, K6, K8, K9, K11, K13, K14, K17, K18) aile eğitimi ve psikoeğitim faaliyetleri gerçekleştirdiğini ifade etmiştir. K6, aile bireylerine hastalığın seyri hakkında bilgi verdiğini ve baş etme yöntemlerine dair destek sunduğunu belirtmiştir. K13, bakım verenlerin sürece daha sağlıklı dahil olabilmesi için bilgilendirici eğitimler düzenlediğini aktarmıştır. K1 ve K17 ise eğitimlerin, ailelerin danışanla olan iletişimlerine katkı sağladığını dile getirmiştir.

Üç katılımcı (K3, K4, K8) aile içi sosyal işlevselliği güçlendirmeye yönelik çalışmalar yürüttüklerini belirtmiştir. K3, aile bireyleri arasındaki rollerin netleştirilmesi ve bakım sürecinde iş bölümünün sağlanması amacıyla müdahalelerde bulunduğunu ifade etmiştir. K8, özellikle bakım veren kişilerin güçlendirilmesine yönelik destekleyici görüşmeler yaptığını belirtmiştir. Rollerin netleştirilmesinin ve bakım verenin desteklenmesinin, aile içi dengeyi güçlendiren önemli unsurlar arasında yer aldığına vurgu yapılmıştır.

Hak temelli bilgilendirme ve yönlendirme çalışmaları yürüten üç katılımcı (K3, K8, K15) arasında K3, danışanların engelli hakları ve bakım hizmetlerine ilişkin hakları konusunda aileyi bilgilendirdiğini belirtmiştir. K15, sosyal yardım süreçlerine yönlendirme yaptığını aktarmıştır. Hak temelli bilgilendirme çalışmaları, sosyal hizmetin savunuculuk işleviyle örtüşen bir boyut olduğunu göstermektedir.

Yedi katılımcı (K4, K6, K8, K10, K11, K14, K17) grup çalışmaları yürüttüğünü belirtmiştir. K4, grup toplantılarında günlük yaşam becerilerinin desteklenmesine yönelik çalışmalar yaptığını ifade etmiştir. K14, grup içi paylaşım ve destek ortamı oluşturduğunu belirtmiştir. K6 ve K10 gibi katılımcılar ise, günaydın toplantıları ya da grup etkinliklerinin danışanların günlük rutine uyumunu kolaylaştırdığını ifade etmiştir. Bu tür etkinlikler, danışanların günlük yaşama daha organize biçimde katılımını destekleyen yapılar oluşturabilmektedir.

Sosyal hizmet uzmanlarının aile ve grup düzeyinde yürüttüğü müdahaleler, danışanın çevresel destek kaynaklarını güçlendirmeyi ve bütüncül iyilik halini artırmayı hedefleyen

uygulamalardır. Aile ve grup temelli yaklaşımlar, sosyal hizmet uzmanlarının ruh sağlığı alanında tek başına bireyle değil, bireyin sosyal çevresiyle birlikte çalıştığını ve bu çevreyi destekleyici bir müdahale alanı olarak gördüğünü ortaya koymaktadır. Bulguyla ilgili doğrudan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

K3: “Ailelerle yapılan çalışmalar, danışanların kayıt aşamasında başlar. İlk olarak bireysel görüşmeler yapıldıktan sonra, aile üyelerinden de bilgi alınır. Danışanın bakım sürecinde aile desteği kritik bir rol oynadığı için, aile eğitimi ve rehberlik hizmetleri sunulur, onların da sosyal hizmetlerden faydalanmaları sağlanır. Ev ziyaretleri bu süreçte önemli bir yer tutar. Aile içinde bakım verenlerin psikososyal ihtiyaçları değerlendirilerek, gerekli durumlarda sorumlu hekimle iş birliği sağlanır.”

K4: “Aile ve grup çalışmalarında, aile içi dinamikleri güçlendirmeye yönelik müdahaleler gerçekleştiriyorum. Örneğin, bireyin sorumluluk alma, sosyal hayata katılım sağlama ve öz bakım becerilerini geliştirmesi için aile desteğini artırmaya yönelik çalışmalar yürütüyorum. Grup çalışmaları kapsamında, her sabah TRSM'de düzenlenen "Günaydın Toplantıları"na katılıyorum. Bu toplantılarda belirli konular ele alınıyor, ancak en çok ilgi gören konulardan biri hastaların TRSM sürecinde elde ettikleri kazanımları değerlendirmek oluyor.”

K6: “AMATEM’de bağımlılıkla mücadele kapsamında eğitim programları düzenliyoruz. "SAMBA" adı verilen bu eğitimler sigara, alkol ve madde bağımlılığıyla ilgili olup, hem hastalara hem de ailelere yönelik farklı içerikler sunuyor. Hasta eğitimleri, tedavi süresi boyunca hafta içi her gün düzenleniyor ve bağımlılığın beyin üzerindeki etkileri, bırakma yöntemleri, öfke kontrolü ve iletişim becerileri gibi konular işleniyor. Aile sambası ise bağımlılığın tanımı, tedavi süreci ve aile desteğinin önemi gibi konulara odaklanıyor. Bu eğitim haftada bir gün düzenleniyor ve doktorlar, sosyal çalışmacılar ve diğer uzmanlarla birlikte yürütülüyor.”

K9: “Ailelerle yapılan görüşmeler sosyal incelemelerin bir parçası olduğu gibi, grup çalışmaları da gerçekleştiriyoruz. Ailelerin, bağımlı bireylere nasıl destek olması gerektiği konusunda bilinçlenmelerini sağlıyoruz.”

K11: “Grup çalışmaları kapsamında hastaların güçlü yönlerini ortaya çıkarmak ve kendilerini ifade etmelerine destek olmak amacıyla çeşitli etkinlikler düzenledik. Bu çalışmalarda duyguları tanıma, psikoeğitim ve hastalık süreçlerine dair bilgilendirmelere

yer verdik. Hastalıklarının risklerini tanımaları, tedavi süreçlerine uyum sağlamaları ve bu süreçte karşılaşılabilecekleri sorunlarla başa çıkabilmeleri için destekleyici grup çalışmaları yaptık.”

K20: “Aile ve grup çalışmalarında daha çok danışmanlık ve bilgilendirme odaklı hizmetler sunuyoruz. Ailelerin ruh sağlığı konusundaki farkındalığını artırmak, ön yargıları azaltmak ve hastaları daha iyi anlamalarını sağlamak amacıyla bilgilendirme yapıyoruz.”

4.3.3. Katılımcıların ruh sağlığı alanında yürüttüğü kurumsal işbirliği ve koordinasyon faaliyetlerinin değerlendirilmesi

Tablo 10. Katılımcıların ruh sağlığı alanında yürüttüğü kurumsal işbirliği ve koordinasyon faaliyetleri

Faaliyet Kategorisi	Katılımcı Kodları
Sosyal Yardım, Nakdi Destek ve Kurum Bakım Süreçleri	K1, K4, K5, K7, K9, K12, K15, K16, K17, K18, K19, K20
Belediyelerle Yürütülen Sosyal Destek Faaliyetleri	K1, K3, K4, K5, K7, K9, K12, K13, K19
Engelli Hakları ve Sağlık Kurulu Rapor Süreçleri	K1, K5, K6, K7, K15, K20
İstihdam ve Eğitim Odaklı Kurumsal İş Birlikleri	K8, K9, K10, K11, K13, K14, K18
Güvenlik, Adli Süreçler ve Yargı Kurumlarıyla Koordinasyon	K15, K17, K19, K20

Tablo’da görüldüğü üzere, sosyal hizmet uzmanlarının ruh sağlığı alanındaki kurumsal iş birliği ve koordinasyon faaliyetleri beş ana tema altında toplanmıştır. On iki katılımcı, sosyal yardım, nakdi destek ve kurum bakım süreçleri kapsamında farklı kurumlarla koordinasyon sağladığını ifade etmiştir. Dokuz katılımcı, belediyelerle yürütülen sosyal destek faaliyetlerine katıldığını belirtmiştir. Altı katılımcı, engelli hakları ve sağlık kurulu rapor süreçlerine yönelik iş birlikleri gerçekleştirdiğini aktarmıştır. Yedi katılımcı, istihdam ve eğitim odaklı kurumsal iş birlikleri yürüttüğünü ifade etmiştir. Dört katılımcı ise, güvenlik, adli süreçler ve yargı kurumlarıyla koordinasyon içinde çalıştığını belirtmiştir.

Sosyal hizmet uzmanlarının ruh sağlığı alanındaki kurumsal iş birlikleri ve koordinasyon faaliyetleri çeşitli kamu kurumları ve yerel yönetimlerle iş birliğini

kapsamaktadır. Bu faaliyetlerin önemli bir bölümü, sosyal yardımlara erişim ve kurum bakım süreçleri ile ilgilidir. On iki katılımcı (K1, K4, K5, K7, K9, K12, K15, K16, K17, K18, K19, K20) bu kapsamdaki müdahalelerini ifade etmiştir. K1, bakım evine yerleştirme ve SYDV aracılığıyla yapılan sosyal yardım işlemlerine dair süreci aktarmıştır. K16 ve K20, malulen emeklilik işlemleri ve kurum bakımıyla ilgili destek sağladıklarını belirtmiştir. Sosyal yardım ve bakım odaklı iş birlikleri, danışanların temel yaşamsal ihtiyaçlarına erişimlerini sağlama açısından kritik bir işlev sunmaktadır. Kurumlar arası iletişim becerisi, sosyal hizmet uzmanının sistemler arası bağlantı kuran bir aktör olarak konumlandığını göstermektedir.

Dokuz katılımcı (K1, K3, K4, K5, K7, K9, K12, K13, K19) belediyelerle yürütülen sosyal destek faaliyetlerine yer verdiklerini belirtmiştir. K4 ve K13, danışanların ev temizliği ve sosyal yardım taleplerinin belediye birimleri aracılığıyla karşılandığını ifade etmiştir. K3, sosyal hizmet merkezi üzerinden danışanlara yönlendirme yapıldığını dile getirmiştir. Belediye temelli uygulamaların, danışanların yaşadıkları çevrede karşılaştıkları sorunlara doğrudan müdahale etme imkanı sağlandığı belirtilmiştir. Altı katılımcı engelli haklarına ilişkin bilgilendirme ve sağlık kurulu süreçlerinde iş birliği sağladıklarını belirtmiştir. K5 danışanların engelli sağlık kurulu raporu alım süreçlerine eşlik ettiğini ifade ederken; K7, danışanların gerekli belgeleri hazırlama ve yönlendirme işlemleriyle ilgilendiğini belirtmiştir. Engelli bireylerin hak temelli erişimlerini destekleyen bu faaliyetler, sosyal hizmet uzmanlarının yönlendirici ve hak savunucusu bir işlev üstlendiklerini göstermektedir.

Yedi katılımcı (K8, K9, K10, K11, K13, K14, K18) istihdam ve eğitim odaklı kurumlarla iş birliği içinde çalıştığını ifade etmiştir. K9, Halk Eğitim faaliyetleri aracılığıyla danışanların sosyal hayata katılımını desteklediğini belirtmiş; K8, İŞKUR ve Gençlik Spor İl Müdürlüğü ile koordinasyon sağlayarak meslek edindirme destekleri sunduğunu aktarmıştır. K14 ve K18 da benzer şekilde kurum yönlendirmeleri üzerinden danışanlara destek verdiklerini belirtmiştir.

Dört katılımcı (K15, K17, K19, K20) güvenlik ve adli süreçlerle ilgili müdahalelerde bulunduğunu ifade etmiştir. K15, emniyetle kimlik tespiti süreçlerinde iş birliği yürüttüğünü ifade etmiş; K17, mahkeme süreçlerine bilgi sunumu yaptığını belirtmiştir. K19 ve K20, danışanların güvenliğiyle ilgili jandarma ve ilgili adli kurumlarla iletişim kurduklarını ifade etmiştir. Güvenlik alanındaki iş birlikleri danışan yararı, kamu

güvenliği ve toplumsal düzen açısından mesleki sorumluluğun çok yönlü olduğunu ortaya koymaktadır.

Kurumsal iş birliği ve koordinasyon faaliyetlerine dair elde edilen veriler, sosyal hizmet uzmanlarının ruh sağlığı alanında çok düzeyli bir görev yapısı içinde çalıştığını göstermektedir. Sosyal yardımlar, yerel hizmet ağları, eğitim-istihdam bağlantıları ve hukuki süreçlere kadar uzanan geniş bir yelpazede yürütülen bu faaliyetler, mesleki etkinliğin doğrudan müdahale ile sınırlı olmadığını; kurumlar arası işleyişe dair bilgiyi uygulamaya dönüştüren bir uzmanlık alanı barındırdığını göstermektedir. Bulguyla ilgili doğrudan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

K1: “Engellilere yönelik sağlık kurulu raporları için Devlet Hastanesi’ne, ayni ve nakdi yardımlar, malulen emeklilik veya kurum bakımı gibi başvurular için SYDV, belediyeler ve sosyal hizmet merkezlerine yönlendirme yapıyorum. Ayrıca TRSM (Toplum Ruh Sağlığı Merkezi) ekipleriyle kurum bakımı süreçlerini takip ederken, malulen emeklilik işlemleri için SGK ile de iletişim kuruyorum.”

K9: “İş arayan hastaları İŞKUR’a yönlendiriyoruz. Sağlık güvencesi ile ilgili sorunları olan hastaları SGK veya Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı’na yönlendiriyoruz. Maddi destek ihtiyacı olanlar için İl Sağlık Müdürlüğü, Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü ve Sosyal Yardımlaşma Vakfı ile iletişime geçiyoruz. Eğitim ihtiyacı olan bireyleri Milli Eğitim Bakanlığı’na yönlendiriyoruz. Boş zamanlarını değerlendirmek veya meslek edinmek isteyen bireyler için Gençlik ve Spor İl Müdürlüğü veya Halk Eğitim Merkezleri ile iş birliği yapıyoruz. Örneğin, 17 yaşında lise eğitimi tamamlanmamış bir bireyin meslek edinmesi için önce çıraklık eğitim merkezine, ardından uygun okullara yönlendirilmesini sağlıyoruz. Bu süreçte farklı kurumlarla koordinasyon halinde çalışıyoruz”.

K14: “Sporla ilgilenen bir danışanın bu alanda gelişim göstermesi için Gençlik ve Spor İl Müdürlüğü ile iletişime geçerek olanaklar talep edebiliyor, hatta ortak projeler geliştirebiliyoruz. Danışanlarımızın halk eğitim kursları gibi sosyal ortamlara katılmalarını teşvik ederek, topluma uyumlarını destekliyoruz.”

K17: “AMATEM’de (Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi) çalıştığım dönemde, çeşitli kamu kurumlarıyla iş birliği yaparak bilgilendirme toplantıları

düzenledim. Bu toplantılarda, toplumu bağımlılık konusunda bilinçlendirmeye yönelik çalışmalar yürüttüm.”

4.3.4. Katılımcıların ruh sağlığı alanında yürüttüğü toplum tabanlı hizmetlerin değerlendirilmesi

Tablo 11. Katılımcıların ruh sağlığı alanında yürüttüğü toplum tabanlı hizmetler

Faaliyet Kategorisi	Katılımcı Kodları
Toplum Ruh Sağlığı Konusunda Farkındalık ve Bilgilendirme Faaliyetleri	K2, K4, K5, K8, K11, K14, K17, K18, K19, K20
Kurumlar Arası İş Birliği ve Toplumsal İş Ağı Geliştirme	K1, K2, K5, K8, K9, K11, K12, K13, K14, K15, K16, K17
Ev Ziyaretleri ve Aileye Yönelik Toplum Temelli Müdahaleler	K3, K7, K9, K10
Sosyal Etkinlik ve Katılım Odaklı Toplumsal Faaliyetler	K4, K6
Damgalama ile Mücadele ve Toplumsal Dışlanmanın Önlenmesi	K2, K8, K14, K19

Tablo 11 incelendiğinde; sosyal hizmet uzmanlarının toplum temelli çalışmaları beş ana başlık altında toplanmıştır. On katılımcı, toplum ruh sağlığı konusunda farkındalık ve bilgilendirme faaliyetleri yürüttüğünü belirtmiştir. On iki katılımcı, kurumlar arası iş birliği ve toplumsal iş ağı geliştirme faaliyetlerine katıldığını ifade etmiştir. Dört katılımcı, ev ziyaretleri ve aileye yönelik toplum temelli müdahalelerde bulunduğunu aktarmıştır. İki katılımcı, sosyal etkinlik ve toplumsal katılımı artırıcı faaliyetler yürüttüğünü belirtmiştir. Dört katılımcı ise, damgalama ile mücadele ve toplumsal dışlanmanın önlenmesine yönelik çalışmalar gerçekleştirdiğini bildirmiştir.

Sosyal hizmet uzmanlarının toplum temelli faaliyetleri farklı düzeyde kurumsal iş birlikleri ve halkla etkileşimi içeren uygulamalardan oluşmaktadır. Katılımcıların büyük bir kısmı (K1, K2, K5, K8, K9, K11, K12, K13, K14, K15, K16, K17) çeşitli kurum ve kuruluşlarla iş birliği içerisinde çalıştığını ifade etmiştir. Bu kapsamda K1, K2, K5 ve K17, MEB, halk sağlığı birimi, belediye ve İŞKUR gibi kurumlarla yürütülen ortak faaliyetleri belirtmiştir. Uygulamalarda danışanın bulunduğu yerel çevre ile temas kurulmasına yönelik çabalar öne çıkmaktadır.

On katılımcı (K2, K4, K5, K8, K11, K14, K17, K18, K19, K20) toplum ruh sağlığı konusunda farkındalık ve bilgilendirme çalışmaları gerçekleştirdiğini ifade etmiştir. K2,

K4, K11 ve K19, sunumlar, eğitim toplantıları ve bilgilendirme etkinlikleri aracılığıyla ruh sağlığı konularında toplumun farklı kesimlerine ulaşmayı amaçladıklarını belirtmiştir. Faaliyetlerin hedef grupları arasında öğretmenler, sağlık çalışanları ve kamu kurumlarında görev yapan personel yer almaktadır.

Dört katılımcı (K3, K7, K9, K10) toplum temelli ev ziyaretleri ve aile odaklı görüşmeler gerçekleştirdiğini ifade etmiştir. K3, K7 ve K9, danışanın yaşam alanında yapılan görüşmelerin bakım veren desteği ya da sosyal değerlendirme amacıyla yapıldığını belirtmiştir. Ev ziyaretlerinin özellikle danışanın doğal çevresinde yapılan sosyal değerlendirmelere katkı sağladığı, uygulamalarda mikro düzey temasın da ihmal edilmediği özellikle vurgulanmıştır.

İki katılımcı toplumsal katılımı artırıcı sosyal etkinlikler düzenlediklerini belirtmiştir. K4 ve K6, danışan ve ailelerin dahil edildiği şenlik, gezi ve sosyal faaliyetleri örnek olarak sunmuştur.

Dört katılımcı (K2, K8, K14, K19) damgalama ve toplumsal dışlanmaya karşı topluma yönelik bilgilendirme ve bilinçlendirme çalışmaları yürüttüklerini belirtmiştir. K2, K8 ve K14, bu çalışmalarda medya, basın veya eğitim kurumlarıyla iş birliği yapıldığını aktarmıştır. Damgalama ile mücadelede medya ve eğitim kurumlarıyla kurulan iş birlikleri, sosyal hizmetin farkındalık boyutunun yaygınlaştığını düşündürmektedir.

Sosyal hizmet uzmanlarının toplumla kurduğu temasın eğitim, iş birliği, sosyal destek ve farkındalık temelli alanlarda yoğunlaştığı görülmektedir. Toplumla kurulan temasın çok katmanlı olması; eğitim, iş birliği ve sosyal destek temelli hizmetlerin sahada karşılık bulduğunu ve koruyucu sosyal hizmet anlayışının hakim olduğunu göstermektedir. Bulguyla ilgili doğrudan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

K2: "Hastane içinde "Hasta Okulu" projesini hayata geçirerek toplumun hastaneye karşı önyargılarını azaltmayı hedefledik. Halkın ruh sağlığı konusunda bilinçlenmesini sağlamak için doktorlar, psikologlar, hemşireler ve sosyal hizmet uzmanlarının katılımıyla çeşitli konularda eğitim programları düzenledik. Belediyelerle ortaklaşa yürüttüğümüz bir diğer çalışma ise toplu taşıma şoförlerine yönelik eğitimlerdir. Ruh sağlığı hastalarının toplu taşımada maruz kaldıkları ayrımcılık ve damgalamayı azaltmak amacıyla şoförlerle düzenli eğitim çalışmaları gerçekleştirdik. Toplum Ruh Sağlığı

Merkezleri (TRSM) özelinde ise il koordinasyon toplantılarına katılarak farklı kamu kurumlarının ruh sağlığı hizmetlerine yönelik daha fazla bilinçlenmesini sağladık. Bu toplantılarda jandarma, polis, belediye, halk eğitim ve diğer kamu kurumlarıyla doğrudan iletişim kurarak ruh sağlığı alanındaki ihtiyaçları ve çözüm önerilerini sunduk.”

K4:” Toplum tabanlı çalışmalar kapsamında, TRSM’nin etkinliklerini planlıyor, yılsonu şenlikleri, hasta ve ailelerin katılımıyla gerçekleştirilen bilgilendirme seminerleri gibi etkinlikler organize ediyorum. Bu seminerlerde hekimler hastalık süreçleri hakkında bilgilendirme yaparken, ben de sosyal haklar, destek mekanizmaları ve toplumsal farkındalık konularında bilgilendirici sunumlar gerçekleştiriyorum.”

K8: “Makro düzeyde topluma kazandırma hedefi doğrultusunda hastaların toplumda yaşadıkları damgalamayı önlemek amacıyla çeşitli kurumlarla iş birliği yapıyor ve farkındalık eğitimleri düzenliyorum. Bunun dışında sosyal iyilik halini desteklemek için özellikle evden çıkmayan hastaları tespit etmeye çalışıyorum. Bu hastaların neden evden çıkmadığını anlamak amacıyla haftada bir gün ev ziyaretleri yapıyorum.”

K14: “Makro düzeyde ruh sağlığı farkındalığını artırmak ve damgalama ile mücadele etmek için çeşitli çalışmalar yapıyorum. Örneğin, şizofreni ve bipolar bozukluğu olan bireylerin toplumdaki görünürlüğünü artırmak amacıyla basınla iş birliği yaparak röportajlar düzenleyebiliyoruz. Ayrıca, ruh sağlığı alanında çalışan farklı kurumlarla iş birliği yaparak eğitim ve seminerler düzenliyoruz. 540 rehber öğretmene yönelik bir seminer düzenleyerek, ruh sağlığı hastalıkları ve damgalama konusunda farkındalık oluşturduk.”

K19: “Toplum içinde ruh sağlığı farkındalığını artırmaya yönelik çalışmalara da aktif olarak katılıyorum. Örneğin, belediye salonunda gerçekleştirilen bir etkinlikte, hekim ve ergoterapistimizle birlikte damgalama karşıtı bir sunum yaptık. Bunun yanı sıra, dünya bipolar günü ve dünya şizofreni günü gibi özel günlerde, halkın bilinçlendirilmesine yönelik etkinlikler düzenliyoruz. Hastalarımızın ürettikleri iş uğraşı terapisi ürünlerinin tanıtılması ve satışı amacıyla kent ormanında ve hastane girişinde stantlar açıyor, broşürler dağıtarak bilgilendirme çalışmaları yürütüyoruz.”

4.4. Katılımcıların Karşılaştığı Vakalar ile Uygulanan Sosyal Hizmet Teknik ve Yöntemlerin Değerlendirilmesi

Ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları, oldukça çeşitli ve çok boyutlu vakalarla karşı karşıya kalmakta; bu vakaların niteliği, müdahale sürecinde kullanılan sosyal hizmet teknik ve yöntemlerini doğrudan etkilemektedir. Bu doğrultuda, katılımcıların mesleki deneyimlerinden elde edilen veriler vaka türleri ve kullanılan yöntemler çerçevesinde bütüncül bir biçimde analiz edilmiştir. Analiz sürecinde, karşılaşılan vakalar psikiyatrik rahatsızlıklar, madde kullanımı, sosyal sorunlar, toplumsal sorunlar ve hukuki/bakım sorunları olmak üzere beş ana kategori altında sınıflandırılmış; her bir vaka türüne karşılık gelen müdahale teknikleri ayrıca değerlendirilmiştir. Bu tematik ayırım, ruh sağlığı alanındaki sosyal hizmet pratiğinin hem vaka bazlı hem de yöntem temelli olarak ne ölçüde çeşitlendiğini ortaya koymayı amaçlamaktadır. Aynı zamanda uzmanların vaka niteliğine göre teknik tercihlerinde nasıl bir yönelim izledikleri analiz edilerek, ruh sağlığı alanında uygulanan sosyal hizmet müdahalelerinin kapsamı ve derinliği değerlendirilmiştir. Bulgular, bu çerçevede yapılandırılarak sunulacaktır.

4.4.1. Katılımcıların karşılaştığı vakaların değerlendirilmesi

Tablo 12. Katılımcıların karşılaştığı vakalar

Vaka Kategorisi	Katılımcı Kodları
Psikiyatrik Rahatsızlıklar (Şizofreni, Bipolar, Psikoz, Depresyon, Şizoaffektif, OKB)	K1, K2, K3, K4, K5, K7, K9, K10, K11, K12, K13, K14, K17 K18, K19, K20
Madde Kullanımı (Madde bağımlılığı, Alkol, Maddeye bağlı psikoz)	K1, K6, K8, K9, K17
Sosyal Sorunlar (İhmal, İstismar, Aile içi şiddet, Adli vakalar, Boşanma)	K2, K4, K5, K6, K8, K9, K15, K16
Toplumsal Sorunlar (İşsizlik, Dışlanmışlık)	K2, K8, K15
Hukuki/Bakım Sorunları (Vesayet, Bakıma muhtaç bireyler)	K5, K9, K15

Tablo’da görüldüğü üzere, katılımcıların karşılaştıkları vakalar, anlam bütünlüğü açısından beş ana kategori altında toplanmıştır. Katılımcıların on altısı, şizofreni, bipolar bozukluk, psikoz gibi ağır psikiyatrik rahatsızlıklarla karşılaştığını belirtmiştir. Madde kullanımı ve bağımlılıkla ilgili vakalara atıfta bulunan beş katılımcı bulunurken, sekiz

katılımcı ise ihmal, istismar, aile içi şiddet ve adli vakalar gibi sosyal içerikli sorunlara değinmiştir. Üç katılımcı, işsizlik ve toplumsal dışlanma gibi toplumsal sorunlara vurgu yaparken; yine üç katılımcı vesayet işlemleri ve bakıma muhtaç bireylerle ilgili vakalarda görev aldıklarını ifade etmiştir. Bu bulgular, sosyal hizmet uzmanlarının ruh sağlığı alanında hem klinik hem sosyal boyutları olan karmaşık vakalarla çok yönlü biçimde çalıştıklarını ortaya koymaktadır.

4.4.2. Katılımcıların karşılaştığı vakalara uyguladıkları sosyal hizmet teknik ve yöntemlerinin değerlendirilmesi

Tablo 13. Katılımcıların karşılaştığı vakalara uyguladıkları sosyal hizmet teknik ve yöntemleri

Sosyal Hizmet Tekniği/Yöntemi	Katılımcı Kodları
Aile Görüşmesi	K6, K8, K16, K17
Bireysel Görüşme	K2, K5, K6, K8, K9, K10, K12, K14, K15, K17, K18
Ekolojik Yaklaşım	K1, K7, K15
Ev Ziyareti	K10, K12, K14, K18, K19
Güçlendirme Yaklaşımı	K1, K2, K7, K8, K9, K11, K17, K20
Kurumlararası İş Birliği	K6, K17
Motivasyonel Görüşme	K13
Psikoeğitim	K5, K12
Sistem Yaklaşımı	K1, K19
Sosyal İnceleme	K4, K7, K10, K11, K12, K14, K16, K18, K19
Süpervizyon Destekli Müdahale	K3
Terapötik İlişki	K5, K20
Yönlendirme / Planlı Müdahale	K4, K7
Çözüm Odaklı Kısa Terapi	K1, K11

Tablo’da görüldüğü üzere, katılımcıların ruh sağlığı alanında uyguladıkları sosyal hizmet teknik ve yöntemleri çeşitli kategoriler altında toplanmıştır. Katılımcıların on ikisi, danışanlarla birebir çalışmaya olanak tanıyan bireysel görüşme yöntemini kullandıklarını ifade etmiştir. Bununla birlikte, güçlendirme yaklaşımı sekiz katılımcı tarafından belirtilmiş ve bu yöntemin ruhsal sorunlarla baş etmede etkili bir araç olarak kullanıldığı anlaşılmıştır. Sosyal incelemenin dokuz katılımcı ve ev ziyaretinin beş

katılımcı tarafından sıkça kullanılması, sosyal hizmet uzmanlarının sadece kurumsal değil, aynı zamanda saha temelli müdahalelerde de aktif olduklarını göstermektedir.

Aile görüşmesi uygulayan dört katılımcı (K6, K8, K16, K17) bireyin çevresiyle olan ilişkilerini güçlendirmeye odaklanan çalışmalara yer verdiklerini belirtmiştir. Psikoeğitim, terapötik ilişki ve kurumlar arası iş birliği gibi yöntemlerin her biri iki katılımcı tarafından kullanıldığı ifade edilmiştir. Daha özel teknikler olan ekolojik yaklaşım, sistem yaklaşımı, çözüm odaklı kısa terapi ve yönlendirme/planlı müdahale ise sınırlı sayıda katılımcı tarafından belirtilmiş olmakla birlikte, vaka bazlı müdahalelerde yer yer tercih edildiği belirtilmiştir.

Bu bulgular, sosyal hizmet uzmanlarının ruh sağlığı alanında yalnızca tek bir yöntemle değil, danışan ihtiyaçlarına göre çoklu teknikleri bir arada kullanarak müdahalelerini şekillendirdiklerini ortaya koymaktadır. Mikro düzeyde bireysel görüşme ve terapötik ilişki gibi tekniklerle başlayan süreç, mezzo ve makro düzeyde sosyal inceleme, ev ziyareti ve kurumlar arası iş birliği gibi yöntemlerle desteklenmiştir. Bu durum, ruh sağlığı alanında sosyal hizmet uzmanlarının hem birey hem sistem odaklı çalışma biçimlerini etkin şekilde kullandıklarını göstermektedir.

Katılımcıların karşılaştıkları vakalar ile uyguladıkları sosyal hizmet teknik ve yöntemleri arasında kurulan ilişki, ruh sağlığı alanında sosyal hizmet pratiğinin hem vaka odaklı hem de müdahale temelli olarak çok yönlü bir biçimde yürütüldüğünü göstermektedir. Farklı vaka türlerinin sosyal hizmet uzmanlarını hangi müdahale biçimlerine yönlendirdiğini ortaya koymak, mesleki uygulamaların etkililiğini değerlendirme açısından önem taşımaktadır. Bu doğrultuda, karşılaşılan vakaların kategorik dağılımı ile kullanılan yöntemlerin frekans verileri birlikte ele alınarak, uzmanların vaka türlerine göre nasıl teknik tercihler yaptıkları analiz edilmiştir. Aşağıda sunulan değerlendirme, bu iki boyut arasında kurulan ilişkiye dayalı bütüncül bir bakış açısı sunmaktadır.

Psikiyatrik Rahatsızlıklar

Bu kategoride yer alan on altı katılımcı (K1, K2, K3, K4, K5, K7, K9, K10, K11, K12, K13, K14, K17 K18, K19, K20) şizofreni, bipolar bozukluk, psikoz gibi tanılarla çalıştıklarını ifade etmiştir. Bu vakalarla çalışan on bir katılımcı(K2, K5, K6, K8, K9, K10, K12, K14, K15, K17, K18) aynı zamanda bireysel görüşme, sekiz katılımcı

güçlendirme yaklaşımı (K1, K2, K7, K8, K9, K11, K17, K20) ve dokuz katılımcı (K4, K7, K10, K11, K12, K14, K16, K18, K19) sosyal inceleme gibi teknikleri kullanmaktadır. Örneğin: K5, K10 ve K12, şizofreni gibi vakalarda hem bireysel görüşme hem psikoeğitim gibi yöntemleri birlikte kullanmıştır. K1, psikiyatrik vakalarla çalışırken ekolojik yaklaşım, sistem yaklaşımı ve çözüm odaklı terapi gibi daha kuramsal ve çok boyutlu teknikleri bir arada uygulamaktadır. Bu durum, ağır ruhsal bozukluklarda hem bireye yönelik birebir müdahalelerin hem de sistematik planlı yaklaşımların birlikte kullanıldığını göstermektedir.

Madde Kullanımı

Madde bağımlılığına dair vakalarla ilgilenen katılımcılar, sıklıkla güçlendirme yaklaşımı, bireysel görüşme ve kurumlar arası iş birliği gibi yöntemleri kullanmaktadır. K17, maddeye bağlı psikozla ilgili çalışırken aile görüşmesi, bireysel görüşme ve kurumlar arası iş birliğini birlikte yürüttüğünü belirtmiştir. K6, alkol bağımlılığı vakalarında aile görüşmesi ve kurumsal koordinasyon vurgusuyla çok yönlü müdahale gerçekleştirmektedir. Bu durum, bağımlılık vakalarının müdahale sürecinde hem bireysel hem çevresel destek mekanizmalarının bütüncül şekilde kullanıldığını göstermektedir.

Sosyal Sorunlar (İhmal, İstismar, Aile İçi Şiddet, Adli Vakalar)

Bu kategoride yer alan vakalar çoğunlukla sosyal inceleme, aile görüşmesi, yönlendirme ve terapötik ilişki gibi yöntemlerle ele alınmıştır. K5, aile içi ihmal ve istismar vakalarında terapötik ilişki, bireysel görüşme ve psikoeğitim tekniklerini birlikte uygulayarak koruyucu-önleyici bir çerçeve sunmaktadır. K4 ve K7, bu tür sosyal içerikli vakalarla çalışırken sosyal inceleme, planlı müdahale ve yönlendirme yöntemlerini ön plana çıkarmıştır. Bu veriler, sosyal sorunlara yönelik müdahalelerde uzmanların daha çok aile temelli ve vaka yönetimine dayalı yaklaşımlar benimsediğini göstermektedir.

Toplumsal Sorunlar (İşsizlik, Dışlanmışlık)

Bu kategoriye giren katılımcılar (K2, K8, K15) vaka temelli müdahalelerde hem bireysel görüşmeleri hem de ekolojik yaklaşım gibi çevresel boyutu kapsayan teknikleri kullanmıştır. Özellikle K15, işsizlik ve dışlanmışlıkla bağlantılı durumlarda bireyin çevresiyle olan etkileşimini dikkate alan ekolojik yaklaşımı tercih ettiğini ifade etmiştir. Bu da toplumsal nedenlere dayalı sorunlarda sistemsel ve çevresel analizlerin öne çıktığını göstermektedir.

Hukuki/Bakım Sorunları

Vesayet, vasilik, bakıma muhtaç bireylerle ilgilenen uzmanlar (K5, K9, K15) daha çok sosyal inceleme, güçlendirme ve kurumlar arası iş birliği tekniklerine yönelmiştir. K9, hem adli hem bakım yönlü dosyalarla ilgilenirken güçlendirme yaklaşımını temel aldığını, buna ek olarak bireysel görüşmelerle destek sağladığını belirtmiştir. Bu durum, hukuki içerikli vakaların çoğunda müdahale sürecinin danışan savunuculuğu ve resmi kurumlarla iş birliğine dayandığını göstermektedir.

Ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları, karşılaştıkları vakaların niteliğine göre teknik seçimini farklılaştırmakta; psikiyatrik rahatsızlıklar için bireysel çalışmalara, sosyal sorunlar için aile ve çevre temelli çalışmalara, hukuki vakalar için ise daha çok sosyal inceleme ve kurumsal koordinasyona yöneldikleri görülmektedir.

Görüşme yapılan uzmanların kendi uzmanlık alanları ve çalışma ortamlarına göre yöntem tercihlerinde farklılıklar oluşmuştur. Örneğin kapalı psikiyatri servisinde çalışan K14 ve K17 daha çok bireysel ve çoklu müdahaleyi birleştirirken, toplum temelli çalışan uzmanlar çevresel yaklaşımı öne çıkarmıştır. Bu bulgulara ilişkin doğrudan katılımcı ifadelerine aşağıda yer verilmiştir.

K1: “Hastanemize genellikle şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı almış hastalar yatarken, daha az sıklıkla depresyon ve intihar girişiminde bulunan (suicid) vakalarla karşılaşırız. Tüm hastaları ekolojik yaklaşım ve sistem yaklaşımı çerçevesinde değerlendiriyorum. Bununla birlikte, çözüm odaklı terapiye özel bir ilğim olduğundan bu yöntemi kullanmaya gayret ediyorum. Ayrıca güçlendirme yaklaşımı ve problem çözme yaklaşımlarını da sıklıkla tercih ediyorum.”

K4: “Ruh sağlığı alanında çalışırken karşılaştığım vaka türleri oldukça geniş bir yelpazeye yayılmaktadır. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) kapsamında en sık karşılaştığım hasta grupları şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve bipolar bozukluk tanısı olan bireylerdir. Ancak Ruh Sağlığı Polikliniği hizmeti verirken çok daha geniş bir hasta grubu ile karşılaşabiliyorum. Örneğin, boşanma sürecinde olan bir birey de hizmet alanlarımızdan biri olabilirken, çocuk ihmal ve istismarı vakaları da çalışma alanımıza dahil olabiliyor. Bunun yanı sıra, emniyet birimlerinden gelen durum bildirim raporları ve mahkemeye sunulması gereken sosyal inceleme raporları gibi adli süreçlerde de görev alıyorum. Her vaka türü için özel görüşme teknikleri kullanıyorum. Özellikle adli

süreçlerde, istismar vakaları ve tutuklularla çalışırken, kişinin akıl sağlığının yerinde olup olmadığına dair kapsamlı değerlendirmeler yapıyor, mahkemeye sunulacak detaylı sosyal inceleme raporları hazırlıyorum. Poliklinik biriminde, genellikle gerekli raporları hazırlayıp teslim etme sürecini yönetirken, TRSM'de ise hastaların güçlendirilmesi ve sosyal işlevselliklerinin artırılması üzerine çalışıyorum. Burada bireylerin topluma uyum sağlamalarına yardımcı olmak adına farklı sosyal hizmet yaklaşımlarını uyguluyorum.”

K12: “Çalıştığım gruplar arasında şizofreni, bipolar bozukluk ve psikotik bozukluklar gibi rahatsızlıkları olan bireyler yer almaktadır. Örneğin, bipolar bozukluğu olan bir danışanımız aşırı savurganlık eğilimi gösteriyor ve ailesi bu durumu kontrol altına almakta zorlanıyordu. Bu nedenle aile ile bireysel görüşmeler gerçekleştirdik ve danışanın mali durumunu yönetebilmesi için vasi tayini sürecini başlattık. Adliyeye birlikte giderek gerekli dilekçeleri hazırladık ve vasi kararı çıkarılmasını sağladık. Bunun yanı sıra, danışanın eğitim hayatına devam edebilmesi için de destek sağladık. Kendi isteğiyle eğitimini yarıda bırakmış olan bu bireyi okula devam etmesi konusunda teşvik ettik ve diğer meslektaşlarımızla birlikte ikna sürecini yönettik. Sonrasında EKPSS’ye hazırlanarak başarılı bir şekilde atanmasını sağladık. Şu an bir okulda memur olarak çalışmakta, ilaçlarını düzenli kullanmakta ve tedavisine devam etmektedir.”

K14: “Ruh sağlığı alanında çalışırken şizofreni, bipolar bozukluk ve psikoz gibi ağır ruhsal rahatsızlıkları olan bireylerle ilgileniyoruz. Çalışma alanımız, sadece bu hastalık gruplarına yönelik özel bir yaklaşımla şekillenmektedir. Hastalarımızın durumlarını takip ederken yalnızca hastalığın kendisine odaklanmakla kalmayıp, iyileşme sürecini engelleyen faktörleri de analiz ediyoruz. Bu doğrultuda, sosyal hizmetin bütüncül yaklaşımını kullanarak çeşitli sorunların kaynağına inmeye çalışıyoruz. Örneğin, hastanın ailesinin yeterli desteği sağlayıp sağlamadığını değerlendiriyor, eğer destek yetersizse bunu nasıl artırabileceğimizi planlıyoruz. Ayrıca, hastanın yaşadığı çevrede toplumsal damgalamaya maruz kalıp kalmadığını araştırıyor ve bu durumu en aza indirmek için çözüm yolları geliştiriyoruz. İçgörü eksikliği yaşayan hastaların, hastalıklarını anlamalarını ve bağımsız yaşam becerileri kazanmalarını sağlamak da önceliklerimiz arasındadır.”

K16: “Çalıştığım klinik adli psikiyatri kliniği, suç davranışında bulunan ancak psikiyatrik hastalıkları nedeniyle cezai sorumluluğu olmayan veya tedavi ve koruma altına alınan hastaları kapsıyor. Bu hastalarla çalışırken, sosyal inceleme, durum

değerlendirmesi, aile görüşmeleri, sosyal destek kaynaklarının belirlenmesi ve tekrarlayan yatışları olan hastalarda bakım kaynaklarının yanı sıra aile sistemindeki sorunları anlamaya yönelik çeşitli sosyal hizmet müdahaleleri gerçekleştiriyorum. Bireysel görüşme tekniklerini kullanarak hastalarla iletişim kuruyorum. Ayrıca, hastalara psikoeğitimler veriyorum.”

4.5. Ruh Sağlığı Alanında Multidisipliner Ekip Yapısı ve Sosyal Hizmet Uzmanının Rolünün Değerlendirilmesi

Ruh sağlığı alanında sunulan hizmetlerin etkili bir şekilde yürütülebilmesi, multidisipliner bir ekip yapısının varlığına ve bu yapının işlevsel biçimde işlemesine bağlıdır. Bu bağlamda, sosyal hizmet uzmanlarının ekip içerisindeki rollerini ve etkileşim biçimlerini kapsamlı şekilde ortaya koymak amacıyla, katılımcı görüşlerinden elde edilen veriler üç temel boyutta analiz edilmiştir: multidisipliner ekipte yer alan meslek grupları, sosyal hizmet uzmanının ekip içi rolleri ve ekip içerisinde görev dağılımı. Bu üçlü tematik yapı, hem ekip yapısının mesleki çeşitliliğini hem de sosyal hizmet uzmanının bu yapı içindeki konumunu ve sorumluluk alanlarını çok yönlü biçimde değerlendirme imkânı sunmaktadır. Bulgular, her bir boyut ayrı başlıklar altında ele alınarak, ekip içi işleyişin ve meslekler arası iş birliğinin sosyal hizmet perspektifinden nasıl şekillendiği üzerine odaklanacaktır.

4.5.1. Multidisipliner ekipte yer alan meslek grupları

Tablo 14. Multidisipliner ekipte yer alan meslek grupları

Kategori	Meslekler	Katılımcı Kodları (n)
Temel Ruh Sağlığı Uzmanları	Psikiyatrist, Psikolog, Hemşire, Sosyal hizmet uzmanı	K1, K2, K3, K4, K5, K6, K7, K8, K9, K10, K11, K12, K13, K14, K15, K16, K17, K18, K19, K20
Destekleyici Klinik Uzmanlar	Ergoterapist, Çocuk gelişimci, Diyetisyen, İş uğraşı terapisti, Ergoterapi teknikeri	K2, K3, K4, K5, K9, K10, K11, K12, K13, K14, K18, K19, K20
Eğitim Personeli ve Sanatsal Eğitmenler	Halk eğitim öğretmeni, Sanat öğretmeni, Resim/Drama/El işi hocası	K2, K7, K11, K13, K14
İdari ve Yardımcı Personel	Sekreter, Güvenlik, Sağlık memuru, İdari destek, Tıbbi sekreter	K6, K15, K16, K19

Tablo 14 incelendiğinde; temel ruh sağlığı uzmanlarını belirten katılımcılar K1, K2, K3, K4, K5, K6, K7, K8, K9, K10, K11, K12, K13, K14, K15, K16, K17, K18, K19 ve K20'dir. Destekleyici klinik uzmanlara yer veren katılımcılar K2, K3, K4, K5, K9, K10, K11, K12, K13, K14, K18, K19 ve K20'dir. Eğitim personeli ve sanatsal eğitmenlerle çalışan katılımcılar K2, K7, K11, K13 ve K14'dır. İdari ve yardımcı personele vurgu yapan katılımcılar ise K6, K15, K16 ve K19'dir.

4.5.2. Sosyal hizmet uzmanının ekip içi rollerinin değerlendirilmesi

Tablo 15. Sosyal hizmet uzmanının ekip içi rolleri

Rol Kategorisi	Katılımcı Kodları
Sosyal inceleme, raporlama ve ihtiyaç değerlendirme	K1, K3, K9, K11, K13, K15, K20
Kurumlar arası yönlendirme, koordinasyon, danışan savunuculuğu	K1, K5, K6, K10, K15, K18
Sosyal işlevsellik, yaşam kalitesi ve çevresel değerlendirme	K2, K4, K7, K8, K12, K16, K17, K19, K20
Vaka yöneticiliği ve multidisipliner eşgüdüm	K3, K6, K13, K14, K18
Grup etkinlikleri, sosyal beceri eğitimi ve psikososyal destek planlaması	K6, K8, K11, K18

Tablo 15 incelendiğinde; sosyal inceleme, raporlama ve ihtiyaç değerlendirme rolüne yer veren katılımcılar K1, K3, K9, K11, K13, K15 ve K20'dir. Kurumlar arası yönlendirme, koordinasyon ve danışan savunuculuğu görevlerini ifade eden katılımcılar K1, K5, K6, K10, K15 ve K18'dur. Sosyal işlevsellik, yaşam kalitesi ve çevresel değerlendirme işlevlerine vurgu yapan katılımcılar K2, K4, K7, K8, K12, K16, K17, K19 ve K20'dir. Vaka yöneticiliği ve multidisipliner eşgüdüm işlevlerine yer veren katılımcılar K3, K6, K13, K14 ve K18'dur. Grup etkinlikleri, sosyal beceri eğitimi ve psikososyal destek planlaması kategorisinde yer alan katılımcılar K6, K8, K11 ve K18'dur.

Sosyal hizmet uzmanlarının ekip içindeki konumlanışı, katılımcı ifadelerine dayanarak beş temel rol çerçevesinde şekillenmektedir. K1, K3, K9, K11, K13, K15 ve K20 tarafından dile getirilen sosyal inceleme ve raporlama görevleri, ekip işleyişinde veri üretimi ve ihtiyaç tespiti bağlamında sosyal hizmetin aktif sorumluluk üstlendiğini göstermektedir. Özellikle K15'nin hasta kabul sürecindeki yerinden bahsetmesi ve K11'ün müdahale planlarına temel teşkil eden raporlara atıfta bulunması bu rolün hem kurumsal hem müdahale temelli boyutlarını yansıtmaktadır.

Kurumlar arası koordinasyon, danışan savunuculuğu ve yönlendirme görevlerine ilişkin açıklamalar K1, K5, K6, K10, K15 ve K18 tarafından vurgulanmıştır. Örneğin K18'un danışanı sosyal yardım, barınma ve aile desteği gibi alanlara yönlendirdiğini ifade etmesi bu durumu desteklemektedir.

K2, K4, K7, K8, K12, K16, K17, K19 ve K20 tarafından belirtilen sosyal işlevsellik ve çevresel değerlendirme uygulamaları, uzmanların danışanların bireysel durumlarının ötesine geçerek çevresel bağlamlarını da göz önünde bulundurduğunu göstermektedir.

Vaka yöneticiliği ve multidisipliner eşgüdüm teması, K3, K6, K13, K14 ve K18'un ifadelerinde öne çıkmıştır. Bu katılımcılar sosyal hizmet uzmanının sadece bireysel müdahaleleri yürütmediğini, aynı zamanda ekip içi planlamada ve görev dağılımında aktif yer aldığını belirtmiştir. Özellikle K6 ve K18'un vaka süreçlerini izlemeye yönelik ifadeleri, uzmanların ekip koordinasyonunda da sorumluluk aldıklarını düşündürmektedir.

K6, K8, K11 ve K18'un grup çalışmaları, sosyal beceri eğitimi ve psiko-sosyal destek faaliyetlerine ilişkin açıklamaları ise sosyal hizmet uzmanının bireysel müdahale dışında grup temelli yaklaşımlarla da çalıştığını göstermektedir. K11'ün yürüttüğü grup etkinlikleri, uzmanların sosyal destek sistemlerini güçlendirme amaçlı çalışmalara da katkı sunduğunu ortaya koymaktadır.

Sosyal hizmet uzmanı, ekip yapısı içinde belirli bir müdahale alanıyla sınırlı kalmayıp hem danışan düzeyinde hem de ekip ve kurum düzeyinde çok yönlü sorumluluklar üstlenmektedir. Raporlama, sosyal inceleme ve ihtiyaç değerlendirme görevleriyle ekip karar süreçlerine veri temelli katkı sunarken; yönlendirme, kurumlar arası koordinasyon ve savunuculuk işlevleri aracılığıyla danışanların sosyal haklara erişimini kolaylaştırmaktadır. Sosyal işlevsellik değerlendirmeleri uzmanların yalnız bireysel değil, aynı zamanda çevresel faktörleri de dikkate alan bir perspektifle hareket ettiğini göstermektedir. Vaka yöneticiliği ve ekip içi eşgüdüm süreçlerine katılımları, sosyal hizmetin müdahaleye yön veren koordinatif bir güç haline geldiğini ortaya koymaktadır. Grup etkinlikleri ve destekleyici çalışmalar ise danışanların sosyal becerilerinin geliştirilmesinde sosyal hizmetin önleyici ve güçlendirici rolünü görünür kılmaktadır. Tüm bu görev tanımları bir arada düşünüldüğünde, sosyal hizmet uzmanının ekip içerisinde yalnız destekleyici değil, süreci yapılandıran, bilgi akışını sağlayan ve

danışan merkezli yaklaşımı kurumsal düzene entegre eden temel bir aktör olduğu anlaşılmaktadır. Bulguya ilgili doğrudan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

K5: “Ekip içerisinde sosyal hizmet uzmanları olarak danışmanlık rolü üstleniyoruz. Hastalarımızın sosyal ve yasal hakları konusunda bilgilendirilmesini sağlıyor, diğer kurumlarla bağlantı kurarak hastaların ihtiyaç duyduğu hizmetlere erişimini kolaylaştırıyoruz. Aynı zamanda, hastaların savunuculuğunu üstlenerek haklarını koruma ve destek mekanizmalarına yönlendirme konusunda önemli bir görev üstleniyoruz.”

K7: “Sosyal hizmet uzmanı olarak, ekibin diğer üyelerinden farklı olarak sosyal endikasyonlara yönelik çalışmalar yürütüyorum. Hastaların topluma uyum sağlaması, sosyal hayata katılımının artırılması ve yaşam becerilerinin geliştirilmesi konusunda önemli bir rolüm var. Bireyin toplumsallaşması ve sosyalleşmesi, genel iyilik halini olumlu yönde etkiliyor. Örneğin, bir danışanın işe yönlendirilmesi sürecinde ona farkındalık kazandırmak bile yaşam kalitesini artıran önemli bir katkı sağlıyor.”

K10: “Sosyal hizmet uzmanlarının ekip içindeki rolü çok önemlidir. Her hastanın sosyal hizmete ihtiyacı olduğunu düşünüyorum, çünkü sadece engelli aylığı ya da sağlık sigortası olan bir hasta, tüm ihtiyaçlarının karşılandığı anlamına gelmez. Her hasta, bir şekilde sosyal hizmet desteğine ihtiyaç duyar. Sosyal hizmet uzmanı, sadece sağlıkla ilgili değil, hastaların yaşamını iyileştirmek için her yönüyle destek veren bir meslektaşdır. Sosyal hizmet uzmanları, diğer meslek gruplarına da büyük katkı sağlar. Psikiyatrist, ilaçları yazabilir, ancak hasta her zaman ek bir desteğe ihtiyaç duyabilir ve bu desteği sağlamak için sosyal hizmet uzmanı devreye girer. Ayrıca, hastaların başka kurumlardan ya da meslek gruplarından yardım almaları gerektiğinde, sosyal hizmet uzmanları bu konuda da rehberlik eder.”

K18: “Multidisipliner ekip içerisinde sosyal hizmet uzmanının rolü oldukça önemlidir. TRSM’de sosyal hizmet uzmanı olmazsa olmaz bir meslek elemanıdır, çünkü psikososyal destek denildiğinde akla ilk gelen profesyonellerden biridir. Ruh sağlığı alanında verilen destek yalnızca ilaç ve tıbbi tedavi ile sınırlı kalmamakta, hastaların sosyal işlevselliğini kazanması ve hastalıkla başa çıkabilmesi için çeşitli sosyal desteklerin sağlanması da gerekmektedir. Bu destekler bazen dış kurumlarla iş birliği yapılarak temin edilmektedir. Bu nedenle sosyal hizmet uzmanı TRSM’de kilit bir konumda yer almaktadır.”

4.5.3. Multidisipliner ekipte görev dağılımının değerlendirilmesi

Tablo 16. Multidisipliner ekipte görev dağılımı

Görev Dağılımı Kategorisi	Katılımcı Kodları
Görevlerin mesleki uzmanlığa göre yapılandırılması	K2, K3, K4, K6, K8, K10, K14, K15, K18, K20
Hekim merkezli görev dağılımı ve yönlendirme pratikleri	K1, K5, K9, K13, K17, K18, K20
Ekip içi eşit vaka paylaşımı ve vaka yöneticiliği sistemi	K7, K8, K12, K14, K18, K19
Yapılandırılmış ve sistematik ekip organizasyonu	K3, K6, K10, K12, K16, K19

Tablo 16 incelendiğinde; görevlerin mesleki uzmanlığa göre yapılandırıldığını belirten katılımcılar: K2, K3, K4, K6, K8, K10, K14, K15, K18 ve K20'dir. Hekim merkezli görev dağılımı ve yönlendirme pratiklerini ifade eden katılımcılar: K1, K5, K9, K13, K17, K18 ve K20'dir. Ekip içi eşit vaka paylaşımı ve vaka yöneticiliği sistemine vurgu yapan katılımcılar: K7, K8, K12, K14, K18 ve K19'dir. Yapılandırılmış ve sistematik ekip organizasyonundan söz eden katılımcılar: K3, K6, K10, K12, K16 ve K19'dir.

Katılımcıların görev paylaşımına dair ifadeleri ekip yapılanmasının işleyiş biçimlerine ve kurum içi organizasyonlara dair önemli ipuçları sunabilmektedir. Görevlerin mesleki uzmanlık temelinde belirlendiğini aktaran K2, K3, K4, K6, K8, K10, K14, K15, K18 ve K20, sosyal hizmet uzmanlarının çoğu durumda kendi mesleki sınırları içinde sorumluluk aldığını belirtmiştir. Bu durum, ekip üyeleri arasında iş bölümünün tanımlı olduğu yapılarla karşılaşıldığına işaret etmektedir.

K1, K5, K9, K13, K17, K18 ve K20'nin ifadelerinde hekim merkezli görev paylaşımına yönelik vurgular yer almakta; görevlerin çoğunlukla hekim tarafından belirlendiği veya yönlendirildiği belirtilmektedir. Bu ifadeler, bazı kurumsal yapılarda ekip hiyerarşisinin doktor merkezli biçimde sürdüğünü düşündürmektedir. Örneğin, K13'in "hekim karar verir, biz o yönde ilerleriz" ifadesi bu durumu yansıtmaktadır.

K7, K8, K12, K14, K18 ve K19 görevlerin eşit vaka paylaşımı ya da dönüşümlü sistemler üzerinden yürütüldüğünü belirtmiştir. Özellikle K12 ve K7, tüm ekip üyelerinin benzer sorumluluklarla vaka aldığını ifade etmiş; bu durum ekip içi eşit sorumluluk anlayışına dayalı uygulamaların da varlığını ortaya koymuştur.

K3, K6, K10, K12, K16 ve K19'in yapılandırılmış ve sistematik işleyişe dair vurguları ise görev paylaşımının belli bir düzen içinde planlandığını ve bu sistemin ekip içi işleyişini kolaylaştırdığını düşündürmektedir. Özellikle K6 ve K16'in ekip toplantıları, kayıt sistemleri ve müdahale takibi gibi unsurlara dikkat çekmiş, organizasyon düzeyinde uygulamaların belli çerçeveler içinde yürütüldüğünü ifade etmişlerdir.

Bu bulgular, ekip içi görev dağılımının kurumdan kuruma çeşitlilik gösterdiğini, bazı yapıların uzmanlık temelli iş bölümüyle çalıştığını, bazılarının ise hekim merkezli veya eşit paylaşım odaklı sistemler geliştirdiğini ortaya koymaktadır. Sosyal hizmet uzmanları, bu yapılar içinde bazen mesleki sınırları doğrultusunda uzmanlaşmış bir rolde, bazen de genel görev tanımları içinde çok yönlü biçimde görev aldıklarını belirtmişlerdir. Bulguyla ilgili doğrudan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

K1: “Çalıştığım kurumda multidisipliner ekip düzeni çok sistematik işlemiyor, ancak ekipte doktor, hemşire, psikolog ve ben, sosyal hizmet uzmanı, yer alıyoruz. Günlük olarak "Günaydın" toplantıları yapılıyor ve zaman zaman vizitlere katılıyoruz. Fakat burada vizitlerin düzenli bir sistemi yok; vizitler genelde doktorun inisiyatifiyle gerçekleşiyor.”

K2: “Ekibimizde herkes kendi uzmanlık alanına göre görev alıyor. Doktorlarımız tanı koyup tedavi sürecini yönetirken, hemşireler bu tedavinin devamlılığını sağlıyor. Psikologlar ve ben ise daha çok rehabilitasyon ve terapi süreçlerinde yer alıyoruz. Ergoterapistler de hastalarımızın fiziksel ve bilişsel becerilerini destekleyici çalışmalar yapıyor.”

K9: “Ekip içindeki görev dağılımına baktığımda, bireysel görüşmeleri genellikle psikolog arkadaşlarımızın yürüttüğünü söyleyebilirim. Eğer hastanın toplumsal veya maddi bir sorunu varsa, psikologlar bu durumu bana yönlendiriyor. Kurumlar arası iş birliği gerektiren süreçlerle de ilgileniyorum. Hastanın iç dünyasına yönelik uzun süreli terapi gerektiren durumlarda ise psikologlar devreye giriyor. İlaç ve tedavi süreçleri hekimler ve hemşireler tarafından yürütülüyor.”

K14: “Burada, her meslek elemanı eşit sayıda vaka yönetiyor. Tüm ekip üyeleri vaka yönetimi yapıyor ve herkesin belirli bir sayıda hasta takibi bulunuyor. Ancak, farklı uzmanlık alanları gerektiren konularda yine birbirimize destek oluyoruz. Eğer bir hastanın sosyal hizmet müdahalesine ihtiyacı varsa, diğer ekip üyeleri bunu benimle

paylaşıyor. Benzer şekilde, psikologlar veya ergoterapistler ihtiyaç duyduklarında kendi uzmanlık alanlarına yönelik destek sağlıyorlar. Böylece, hem eşit bir görev dağılımı sağlanıyor hem de ekip içinde iş birliği sürdürülebiliyor.”

4.6. Katılımcıların Çalıştıkları Kurumdaki Yöneticilerin ve Multidisipliner Ekibin Sosyal Hizmet Mesleğine Yönelik Algıları

Sosyal hizmet uzmanlarının çalıştıkları kurumlarda karşılaştıkları mesleki algılar, ekip içi etkileşimleri ve uygulama süreçlerini etkileyebilmektedir. Katılımcıların yanıtları, bu algıların tek yönlü ve homojen bir yapıdan ziyade; zamanla gelişen, kimi durumlarda belirsizlik içeren ya da yapısal sınırlılıklardan etkilenen çok boyutlu bir görünüm sergilediğini ortaya koymuştur. Bu nedenle analiz, yöneticilerin ve multidisipliner ekibin sosyal hizmet mesleğine yönelik algılarını beş ana kategori altında ele alarak yapılandırılmıştır. Bulgular, her bir algı biçimi özelinde ayrı ayrı incelenerek sunulacaktır.

Tablo 17. Yöneticilerin ve multidisipliner ekibin sosyal hizmet mesleğine yönelik algıları

Algı Kategorisi	Katılımcı Kodları
Kurumsal Düzeyde Olumlu ve Destekleyici Algı	K4, K5, K6, K9, K10, K12, K14, K15, K16, K17, K19, K20
Başlangıçta Olumsuz Olan Algıların Zamanla Gelişmesi	K2, K14, K18, K19
Mesleki Sınırların Belirsizliği ve Müdahale Girişimleri	K3, K16
Yönetsel Destek Eksikliği	K1, K11
Kurumsal Algının Güçlü Ancak Yapısal Engellerin Mevcut Olması	K7, K8

Tablo 17 incelendiğinde; sosyal hizmet uzmanlarının çalıştıkları kurumlardaki yöneticiler ve multidisipliner ekiplerin sosyal hizmet mesleğine yönelik algıları beş ana başlık altında toplanmıştır. On iki katılımcı, kurumsal düzeyde olumlu ve destekleyici bir algının mevcut olduğunu ifade etmiştir. Dört katılımcı, başlangıçta olumsuz olan algıların zamanla geliştiğini belirtmiştir. İki katılımcı, mesleki sınırların belirsizliği ve diğer uzmanların müdahale girişimleri ile karşılaştığını dile getirmiştir. Yine iki katılımcı, yönetsel düzeyde destek eksikliği yaşadığını ifade etmiştir. İki katılımcı ise, mesleğe karşı

olumlu bir yaklaşımın bulunmasına rağmen kurumsal yapıların uygulama alanlarını sınırladığını belirtmiştir.

Sosyal hizmet uzmanlarının çalıştıkları kurumlarda yöneticiler ve multidisipliner ekiplerle kurdukları ilişkiler, mesleki uygulamaların niteliğini doğrudan etkileyen bir unsur olarak öne çıkmaktadır. Katılımcıların on ikisi (K4, K5, K6, K9, K10, K12, K14, K15, K16, K17, K19, K20) sosyal hizmet mesleğine yönelik olumlu ve destekleyici bir yaklaşımın olduğunu ifade etmiştir. Bu durum, kurum içindeki rol paylaşımı ve iş birliği süreçlerinin işlevselliğine katkı sağlayan bir etken olarak değerlendirilebilir. Özellikle K4, K9, K10 ve K15 gibi katılımcılar, sosyal hizmet uzmanı olarak ekip içinde görünür olduklarını ve mesleki katkılarının fark edildiğini belirtmiştir. Buna karşılık, dört katılımcı (K2, K14, K18, K19) sürecin başında sosyal hizmetin işlevinin yeterince tanınmadığını, ancak zaman içinde bu algının olumlu yönde geliştiğini belirtmiştir. Örneğin K2 ve K14, başta yaşadıkları mesleki görünürlük sorunlarına rağmen zamanla ekip üyeleriyle kurdukları iletişim sayesinde bu durumun değiştiğini ifade etmiştir. Bu tür ifadeler, mesleki etkileşimin zamanla gelişebileceğine işaret etmektedir. Öte yandan, iki katılımcı, sosyal hizmet mesleğine dair sınırların ekip içinde net olmadığına dikkat çekmiştir. Özellikle K3 ve K16, diğer meslek elemanlarının sosyal hizmet alanına müdahale etme eğiliminde olduğunu dile getirmiştir. Bu durum, disiplinler arası iş birliğinin zaman zaman mesleki rollerin karışmasına neden olabildiğini düşündürmektedir.

K1 ve K11 gibi katılımcıların vurguladığı yönetsel destek eksikliği, mesleki uygulamaların kurumsal düzeyde desteklenmesi açısından bazı sınırlılıkların bulunduğu işaret etmektedir. Ayrıca K7 ve K8, kurumda sosyal hizmet mesleğine dair olumlu bir yaklaşım olduğunu ancak yapısal ve sistemsel engeller nedeniyle uygulama alanlarının daraldığını belirtmiştir. Bu tür ifadeler, kurumsal bakış açısının olumlu olmasının tek başına yeterli olmadığını; fiziksel, yönetsel veya mevzuatsal koşulların da mesleki işlevsellik açısından belirleyici olduğunu düşündürmektedir.

Bu bulgular değerlendirildiğinde, sosyal hizmet uzmanlarının kurum içindeki görünürlüğü ve kabulü büyük ölçüde olumlu bir tablo sergilese de bu sürecin her kurum ve her ekip için eş düzeyde işlemediği görülmektedir. Algının olumlu olması, mesleki uygulamaların desteklenmesini kolaylaştırmakla birlikte; destek eksikliği, sınır belirsizliği ve yapısal engellerin varlığı, bu sürecin farklı şekillerde deneyimlenmesine

neden olduğu katılımcıların büyük çoğunluğu tarafından belirtilmiştir. Bulguyla ilgili doğrudan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

K1: “Çalıştığım kurumda hekimler ve psikologlar sosyal hizmet mesleğine daha profesyonel bir bakış açısıyla yaklaşıyor. Ancak idareciler açısından durum biraz farklı; onların önceliği işlerin yürümesi ve genel olarak "İş yürüyor mu? Yürüsün yeter." anlayışı hâkim. Hastanedeki güvenlik personeli, idareciler, tıbbi sekreterler gibi çalışanlar sosyal çalışmacının varlığından haberdar olsa da tam olarak ne iş yaptığını bilmeyenler oldukça fazla. Hemşireler ise sosyal hizmete daha ılımlı bakıyor. Bunun nedeni, taburcu sürecinde veya hastaların yakınlarına ulaşma gibi konularda onlara destek olmam. Ancak yine de hemşirelerin de sosyal hizmet uzmanlarının görevleri ve sorumlulukları hakkında net bir bilgiye sahip olmadığını gözlemliyorum.”

K3: “Multidisipliner ekip içinde herkes kendi mesleki sınırlarını bildiğinde, işleyiş daha sağlıklı ilerliyor. Ancak, sosyal hizmet mesleği isminden dolayı geniş bir çerçeveye sahip olduğundan, farklı alanlara çekilebiliyor. Özellikle ruh sağlığı alanında özel bir eğitim almamış ekip üyeleri, hangi konuların öncelikli olduğunu veya nasıl bir yaklaşım sergilenmesi gerektiğini tam olarak bilemediğinde, danışan açısından olumsuz sonuçlar doğabiliyor. Bu nedenle mesleki sınırların ve rol tanımlarının net olması büyük önem taşıyor.”

K13: “Sağlık Bakanlığı genelinde sosyal hizmet mesleğinin tanınması ve anlaşılması son yıllarda daha belirgin hale gelmeye başladı. Günümüzde, sosyal hizmet uzmanlarının da değerlendirme süreçlerine dahil edilmesi gerektiğine dair görüşlerin daha fazla dile getirildiğini görebiliyorum. Ancak, çalıştığım dönemlerde mesleğimizin sağlık alanındaki rolü yeterince bilinmiyordu ve sosyal hizmet uzmanları çoğu zaman geri planda kalıyordu. Bunun, hem yöneticilerin ve diğer sağlık çalışanlarının sosyal hizmet mesleğine dair yeterli bilgiye sahip olmamasından hem de bizden önce çalışan bazı meslektaşlarımızın kendilerini yeterince ifade edememiş olmasından kaynaklanabileceğini düşünüyorum.”

K16: “Sosyal çalışmacılar, hastaların karşılaştığı pek çok sorunun çözüm sürecinde aktif rol aldıkları için ekip üyelerinin gözünde önemli bir konuma sahiptir. Bir sorun ortaya çıktığında, çözüm için akla ilk gelen meslek grubu sosyal hizmet uzmanları olabilir ve bu durum anlaşılabilir bir şey. Ancak, ekip içerisinde zaman zaman yaşanan yoğun iş yükü ve iş dağılımındaki dengesizlikler nedeniyle mesleki sınırların ihlal

edildiği durumlarla karşılaşılabilir. Bu tür sınır karışıklıkları, ekip üyeleri arasında zaman zaman çatışmalara yol açabiliyor.”

4.7. Katılımcıların Multidisipliner Ekipte İşbirliğinde Karşılaştığı Zorluklar ve Başa Çıkma Stratejileri

Multidisipliner ekiplerle iş birliği, sosyal hizmet uzmanlarının mesleki işleyişinde önemli bir yer tutmakta; ancak bu süreçte çeşitli zorluklarla karşılaşabilmektedir. Katılımcıların deneyimleri, ekip içi etkileşimlerde yaşanan sorunların mesleki tanınırlık eksikliği, görev alanı çakışmaları ve iletişim güçlükleri gibi başlıklarda yoğunlaştığını ortaya koymuştur. Bu bağlamda analiz, karşılaşılan zorlukları ve bu zorluklara karşı geliştirilen başa çıkma stratejilerini içeren iki ana tematik çerçevede yapılandırılmıştır. Bulgular, sosyal hizmet uzmanlarının ekip içindeki konumlarını nasıl tanımladıklarını ve güçlendirmeye yönelik ne tür tutumlar geliştirdiklerini bütüncül bir bakışla ortaya koymayı amaçlamaktadır.

4.7.1. Katılımcıların multidisipliner ekipte işbirliğinde karşılaştığı zorlukların değerlendirilmesi

Tablo 18. Multidisipliner ekipte işbirliğinde karşılaşılan zorluklar

Zorluk Kategorisi	Katılımcı Kodları
Mesleki Tanınırlık Eksikliği ve Rol Belirsizliği	K1, K2, K5, K8, K9, K14, K15, K19
Görev Alanı Çakışmaları ve Yetki Karmaşası	K2, K3, K6, K7, K10, K14, K15, K16
Psikiyatri Uzmanlarıyla İletişim Güçlüğü ve Klinik Yaklaşım Farklılıkları	K4, K11, K13, K14, K16,
Sosyal İnceleme ve İş Yüğü Yoğunluğu	K13, K17, K20
Kurumsal ve Sistemsel Sorunlar	K17
Zorluk Yaşamayan Katılımcılar	K12, K18

Tablo’da görüldüğü üzere, sosyal hizmet uzmanlarının multidisipliner ekiplerle iş birliği sürecinde yaşadıkları zorluklar altı ana başlıkta toplanmıştır. En sık karşılaşılan sorun, mesleki tanınırlık eksikliği ve rol belirsizliği olarak öne çıkmaktadır. Aynı sayıda sekiz katılımcı, görev alanı çakışmaları ve yetki karmaşası yaşadığını ifade etmiştir. Beş katılımcı, psikiyatri uzmanlarıyla iletişim güçlüğü ve klinik yaklaşım farklılıkları

yaşadığını belirtmiştir. Üç katılımcı, sosyal inceleme talepleri ve iş yükü yoğunluğunun bir zorluk alanı oluşturduğunu dile getirmiştir. Bir katılımcı, doğrudan kurumsal ve sistemsel engellerin ekip iş birliğini zorlaştırdığını ifade etmiştir. İki katılımcı ise ekip içi işleyişte herhangi bir sorun yaşamadığını belirtmiştir.

4.7.2. Katılımcıların multidisipliner ekiple işbirliğinde karşılaştığı zorluklarla başa çıkma stratejilerinin değerlendirilmesi

Tablo 19. Karşılaşılan zorluklarla başa çıkma stratejileri

Strateji Kategorisi	Katılımcı Kodları
Mesleki Rolü ve Alanı Açıklayıcı İletişim Kurma	K1, K2, K5, K8, K9, K15
Ekip İçi İlişkiyi Güçlendirme ve İş Birliği Kurma	K3, K6, K12, K18
Görev ve Sorumluluk Sınırlarını Koruma	K7, K13, K14, K19
İnisiyatif Alma ve Pratik Çözüm Geliştirme	K4, K11, K16, K17
Sistemsel Sorunlara Karşı Savunuculuk ve Üst Birimlerle İletişim	K17

Tablo’da görüldüğü üzere, sosyal hizmet uzmanlarının multidisipliner ekiplerle iş birliği sürecinde karşılaştıkları zorluklara karşı geliştirdikleri başa çıkma stratejileri beş ana başlıkta toplanmıştır. Altı katılımcı, mesleki rolü ve uzmanlık alanını açıklayıcı iletişim kurma yoluyla ekip içindeki farkındalığı artırmaya çalıştıklarını belirtmiştir. Dört katılımcı, ekip içi ilişkiyi güçlendirme ve iş birliği kurma stratejisini benimsediklerini ifade etmiştir. Dört katılımcı, görev ve sorumluluk sınırlarını koruma yönünde bir yaklaşım geliştirdiklerini belirtmiştir. Dört katılımcı, inisiyatif alma ve pratik çözüm geliştirme yönünde stratejiler uyguladıklarını ifade etmiştir. Bir katılımcı ise, sistemsel sorunlara karşı savunuculuk yapma ve üst birimlerle iletişim kurma yolunu tercih ettiğini belirtmiştir.

Multidisipliner ekip yapısında sosyal hizmet uzmanlarının deneyimlerini değerlendirmek, hem ekip içi rollerin nasıl algılandığını hem de mesleki işleyişin pratikte nasıl şekillendiğini anlamak açısından önem taşımaktadır. Katılımcıların bu süreçte karşılaştıkları güçlükler ve bu durumlara verdikleri tepkiler, yalnızca bireysel tutumları değil, aynı zamanda ekip dinamiklerini ve kurumsal etkileşim biçimlerini de yansıtmaktadır. Aşağıda sunulan analiz, söz konusu deneyimlerin ne tür stratejilerle

karşılandığını inceleyerek, uygulamadaki etkileşim ağlarını görünür kılmayı amaçlamaktadır.

Sosyal hizmet uzmanlarının ekip içindeki konumlarıyla ilgili yaşadıkları sorunlar, yoğunlukla mesleki rollerin net tanımlanmaması, görev çakışmaları ve iletişim sorunları etrafında yoğunlaştığı belirtilmiştir. Bu sorunlara karşı geliştirilen başa çıkma stratejileri ise, uzmanların mesleki sınırlarını korumaya, ekip içinde görünürlüklerini artırmaya ve iş birliğini güçlendirmeye yönelik tutumlar geliştirdiklerini ifade etmişlerdir. Bulgular, sorunla baş etme biçimlerinin yaşanan zorluklara doğrudan yanıt niteliğinde olduğunu ve sahadaki uygulamaların mesleki bilinçle şekillendiğini ortaya çıkarmıştır.

En sık dile getirilen sorunlardan biri olan mesleki tanınırlık eksikliği ve rol belirsizliği, doğrudan mesleki rolü ve alanı açıklayıcı iletişim kurma stratejisiyle karşılanmaktadır. Örneğin, hem K1 hem de K9 gibi katılımcılar, mesleklerinin ekip içinde yeterince tanınmadığını ifade etmiş; buna karşılık olarak diğer meslek elemanlarına sosyal hizmetin sınırlarını ve katkı alanlarını açıklayarak bu algıyı dönüştürmeye çalıştıklarını belirtmiştir.

Görev alanı çakışmaları ve yetki karmaşası yaşayan sekiz katılımcı (K2, K3, K6, K7, K10, K14, K15, K16) görev ve sorumluluk sınırlarını koruma ve inisiyatif alma/pratik çözüm geliştirme stratejilerine başvurmaktadır. Özellikle K7, K14 ve K15, görev tanımı dışındaki beklentilere karşı sınır koyarak mesleki konumlarını korumaya çalıştıklarını belirtmiştir. K16 ise ekip içindeki belirsizliklere rağmen pratik çözüm üretmeye odaklanarak süreci akışta yönetmeye çalıştığını ifade etmiştir. Bu tablo, uzmanların belirsiz iş ortamlarına karşı mesleki pozisyonlarını korumak amacıyla bireysel çözüm yolları geliştirdiğini göstermektedir.

Psikiyatri uzmanlarıyla iletişim güçlüğü ve klinik yaklaşım farklılıkları yaşayan beş katılımcının (K4, K11, K13, K14, K16) bir kısmı ise özellikle birebir görüşmeler ve alan deneyimi üzerinden çözüm üretme eğilimindedir. Örneğin K11, sosyal hizmet katkısının göz ardı edildiği durumlara karşı hastaya dair sosyal bilgileri doğrudan ileterek bütüncül değerlendirmeye katkı sunduğunu belirtmiştir.

Sosyal inceleme yükü ve iş yoğunluğu şikayetinde bulunan katılımcıların (K13, K17, K20) ise farklı yaklaşımlar benimsediği görülmektedir. Özellikle K13, görev dağılımı adaletine dikkat çekerken; K17, hem yükün hem de sistemsel baskıların yarattığı

probleme karşı hem pratik çözümler geliştirmiş hem de üst birimlerle iletişim kurarak çözüm arayışına girmiştir. Bu, sadece bireysel düzeyde değil, yapısal düzeyde de çözüm arandığını göstermektedir.

Zorluk yaşamadığını belirten K12 ve K18 ise ekip içi işleyişin sorunsuz olduğu durumlarda ekip içi ilişkiyi güçlendirme ve iş birliği kurma stratejilerini öne çıkarmıştır. Bu durum, ekip içi uyumun sürdürülebilirliğinde aktif iletişim ve anlayış temelli yaklaşımın etkili olduğunu ortaya koymaktadır.

Genel olarak bakıldığında, sosyal hizmet uzmanlarının yaşadıkları zorluklarla başa çıkma biçimleri arasında problem odaklı ve stratejiye dayalı bir ilişki olduğu görülmektedir. Uzmanlar, sorunların kaynağına göre mesleki pozisyonlarını güçlendirmeye, sınırlarını korumaya ya da iletişim yollarını geliştirmeye odaklanmışlardır. Bu bulgular, ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının hem bireysel hem de kurumsal düzeyde yapıcı tutumlar geliştirdiğini ve bu süreçte mesleklerinin görünürlüğünü ve etkisini artırma yönünde çaba gösterdiklerini ortaya koymaktadır. Bulguya ilgili doğrudan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

K1: “Multidisipliner ekiple işbirliği yaparken en çok zorlandığım konu, sosyal hizmet mesleğinin ve benim ne iş yaptığının tam olarak bilinmemesi. Bu durumu aşmak için geliştirdiğim stratejiler arasında, gerçekleştirdiğim sosyal hizmet müdahalelerini ve üzerinde çalıştığım vakaları ekiple paylaşmak yer alıyor.”

K3: “Multidisipliner ekiple iş birliği yaparken en büyük zorluklardan biri, mesleki sınırların yeterince bilinmemesi oluyor. Özellikle TRSM’de çalışan sağlık ekibinin, yani hemşirelerin ve diğer sağlık personelinin, ruh sağlığı alanında yeterli bilgi ve deneyime sahip olmaması, işleyişi olumsuz etkileyebiliyor. Psikologlar bu alanda daha yetkin oldukları için böyle bir sorun yaşanmıyor. Ancak, diğer meslek elemanlarının ruh sağlığı alanında bir eğitimden geçmeden göreve başlamamaları gerektiğini düşünüyorum. Mesleki sınırların net olarak çizilmesi çok önemlidir. Aksi takdirde, sürekli olarak “Bu bizim görevimiz, şu sizin göreviniz” şeklinde hatırlatmalar yapmak gerekir ki, bu etik açıdan da sağlıklı bir durum değil. Ancak sınırlar belirsiz olduğunda, kişisel çatışmalar ortaya çıkabiliyor ve bu durum hem ekip içinde motivasyonu düşürüyor hem de danışanların zarar görmesine yol açabiliyor. TRSM’de ekip çalışması olmazsa, sistemin sağlıklı bir şekilde işlemesi mümkün değil.”

K15: “Bazen, sosyal hizmet müdahalesinin uygun olmadığına inandığım durumlarda, ekibin ısrarla bu müdahalenin yapılmasını istemesiyle problemler yaşayabiliyoruz. Örneğin, bir hastanın yaşı ve hastalığı kurum bakımına uygun olmadığı halde, ekibin bu hastayı mutlaka kuruma yatırma isteğiyle karşılaştığımda zorluklar ortaya çıkabiliyor. Bir diğer karşılaştığım zorluk ise, hastanın yakınları veya vasisi olmasına rağmen, ekibin hastanın taburculuk ve bakım merkezine yerleştirilmesi sürecinde yakınlarına veya vasisine ulaşmak yerine bu işi benim yapmamı istemesi. Bu durum, ciddi bir iş yükü oluşturuyor ve serviste huzursuzluk yaratabiliyor. Bu zorlukları aşmak için geliştirdiğim strateji, servisin dinamiklerine ve kendi rolümü kabul ettirmeye dayanıyor.”

K19: “Çalıştığım multidisipliner ekip içinde zaman zaman zorluklarla karşılaşabiliyoruz. Özellikle yüksek lisans veya doktora yapmış bazı hemşire ya da psikolog meslektaşlarımız arasında zaman zaman mesleki egoya dayalı tutumlar gözlemlenebiliyor. Bu tür durumlar, iş birliğini zorlaştırabiliyor. Ancak, bu noktada pratik deneyimlerimizi ve alandaki uzmanlığımızı ortaya koyarak meselenin özünü görünür hale getirmeye çalışıyoruz. Gerçek ihtiyaç ve sorumluluk alanları anlaşıldığında, genellikle bu tür mesleki dirençler ortadan kalkıyor.”

4.8. Katılımcıların Ruh Sağlığı Alanında Karşılaştıkları Zorluklar ve Başa Çıkma Stratejileri

Ruh sağlığı alanında görev yapan sosyal hizmet uzmanlarının mesleki deneyimleri, uygulama süreçlerinin yanı sıra bu süreçlerde karşılaşılan zorluklar ve geliştirilen başa çıkma stratejilerine de ışık tutmaktadır. Katılımcıların paylaşımları, hem bireysel hem de sistemsel düzeyde farklı türde güçlüklerle karşılaşıldığını ve bu zorluklara karşı çeşitli stratejilerin geliştirildiğini göstermektedir. Bu doğrultuda analiz, uzmanların ruh sağlığı alanında deneyimledikleri zorluklar ile bu zorluklarla başa çıkma biçimlerini birbirini tamamlayan iki ana tematik başlık altında ele alarak yapılandırılmıştır. Bulgular, yaşanan sorunlara karşı geliştirilen mesleki tutumların çok boyutlu doğasını ortaya koymayı amaçlamaktadır.

4.8.1. Katılımcıların ruh sağlığı alanında karşılaştıkları zorlukların değerlendirilmesi

Tablo 20. Katılımcıların ruh sağlığı alanında karşılaştıkları zorluklar

Zorluk Kategorisi	Katılımcı Kodları
Duygusal Yüklenme, Tükenmişlik ve İkincil Travma	K3, K7, K9, K11, K12, K14, K15, K17, K18, K19, K20
Sistemsel Yetersizlikler ve Mevzuat Sorunları	K2, K6, K8, K19
Ruhsal Rahatsızlıkların Doğası Kaynaklı İletişim Güçlükleri	K1, K4, K11, K13
Toplumsal Damgalama ve Aile Kaynaklı Önyargılar	K5, K6, K10
Fiziksel Çalışma Koşullarının Yetersizliği ve Kurumlar Arası İş Birliği Engelleri	K6, K14
Alana Özgü Bilgi Eksikliği ve Uyum Güçlüğü	K16

Katılımcıların ruh sağlığı alanında karşılaştıkları zorluklar incelendiğinde, Katılımcıların on biri, duygusal yüklenme, tükenmişlik ve ikincil travma yaşadığını ifade etmiştir. Dört katılımcı, sistemsel yetersizlikler ve mevzuat kaynaklı sorunlardan söz etmiştir. Yine dört katılımcı, ruhsal rahatsızlıkların doğasına bağlı iletişim güçlükleri yaşadığını belirtmiştir. Üç katılımcı, toplumsal damgalama ve aile kaynaklı önyargılarla karşılaştıklarını dile getirmiştir. İki katılımcı, fiziksel çalışma koşullarının yetersizliği ve kurumlar arası iş birliği eksikliğini bir zorluk alanı olarak tanımlamıştır. Bir katılımcı ise alana özgü bilgi eksikliği ve sahaya uyum güçlüğü yaşadığını ifade etmiştir.

4.8.2. Katılımcıların ruh sağlığı alanında karşılaştıkları zorluklarla başa çıkma stratejileri

Tablo 21. Katılımcıların ruh sağlığı alanında karşılaştıkları zorluklarla başa çıkma stratejileri

Strateji Kategorisi	Katılımcı Kodları
Profesyonel Sınır Koyma ve Öz Bakım Uygulamaları	K7, K9, K14, K15, K17, K18, K19, K20
Ekip İçi İletişim ve Kurumsal İş Birliği Geliştirme	K1, K2, K3, K6, K8
Psikoeğitim, Toplumsal Farkındalık ve Savunuculuk Faaliyetleri	K3, K5, K11, K14
Psikolojik Destek Alma ve Süpervizyon Kaynaklı Güçlenme	K12, K13
Danışan Merkezli Yaklaşım ve Güven Temelli İletişim Kurma	K1, K4, K13
Bilgi ve Deneyim Artırma, Mesleki Öğrenmeye Yatırım Yapma	K16, K17

Katılımcıların ruh sağlığı alanında karşılaştıkları zorluklarla başa çıkma stratejileri incelendiğinde, Sekiz katılımcı, profesyonel sınır koyma ve öz bakım uygulamaları ile duygusal yükü baş etmeye çalıştığını ifade etmiştir. Beş katılımcı, ekip içi iletişim ve kurumsal iş birliği yoluyla çözüm üretmeye çalıştığını belirtmiştir. Dört katılımcı, psikoeğitim, toplumsal farkındalık ve savunuculuk faaliyetleri ile mücadele ettiklerini dile getirmiştir. İki katılımcı, psikolojik destek alma ve süpervizyon yoluyla güçlenme stratejisine başvurduğunu belirtmiştir. Üç katılımcı, danışan merkezli yaklaşım ve güven temelli iletişim kurarak zorlukları aşmaya çalıştığını ifade etmiştir. İki katılımcı, bilgi ve deneyim artırma, mesleki öğrenmeye yatırım yapma yönünde bir strateji benimsediğini dile getirmiştir.

Ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının karşılaştıkları zorluklar ile bu zorluklara karşı geliştirdikleri başa çıkma stratejileri birlikte ele alındığında, mesleki deneyimlerin sorunların tanımlanmasıyla sınırlı kalmadığı, aynı zamanda bu sorunlara yönelik çözüm yollarının geliştirildiği görülmektedir. Aşağıda yer alan analiz, uzmanların karşılaştıkları güçlükler ile bu durumlara verdikleri tepkiler arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Katılımcıların paylaşımları, ruh sağlığı alanında karşılaşılan güçlüklerin oldukça çeşitli olduğunu ve bu güçlüklerle başa çıkmak için geliştirilen stratejilerin bireysel, kurumsal ve mesleki düzeyde farklılık gösterdiğini ortaya koymaktadır. Özellikle duygusal yüklenme, tükenmişlik ve ikincil travma gibi psikososyal zorlukların oldukça yaygın olduğu ve buna karşılık en fazla kullanılan başa çıkma stratejisinin profesyonel sınır koyma ve öz bakım uygulamaları olduğu dikkat çekmektedir. Örneğin K9, K14, K18, K19, K20 gibi katılımcılar her iki tabloda da yer almakta; bu da duygusal zorlukları doğrudan yaşarken aynı zamanda öz bakım, iş-özel yaşam dengesi ve hobi gibi yöntemlerle bu yükü baş etmeye çalıştıklarını göstermektedir.

Sistemsel yetersizlikler ve mevzuat sorunları yaşayan katılımcıların büyük bölümü, buna karşılık olarak ekip içi iletişim ve kurumsal iş birliği geliştirme stratejisini kullanmaktadır. Örneğin K2, K6, K8, mevzuat boşlukları ve görev tanımı belirsizliği gibi sistemsel sıkıntılardan yakınmakla birlikte, ekip çalışması ve kurumlar arası iletişimi güçlendirerek bu sorunları aşmaya yönelik aktif bir çözüm yaklaşımı geliştirmiştir.

Ruhsal rahatsızlıkların doğasına bağlı iletişim güçlükleri yaşayan katılımcılardan K4 ve K13, bu durumla başa çıkmak için danışan merkezli iletişim kurduklarını belirtmiş;

bireyin ruhsal durumuna göre esnek ve güven odaklı bir yaklaşım sergilemenin etkili olduğunu ifade etmiştir. Bu durum, teknik beceri kadar empatiye ve iletişim tarzına dayalı stratejilerin de sahada etkili olduğunu ortaya koymaktadır.

Toplumsal damgalama ve aile kaynaklı önyargılarla karşılaşan katılımcılardan bazıları (K5, K11) ise psikoeğitim ve farkındalık çalışmaları aracılığıyla bu önyargılarla mücadele etmeye çalışmaktadır. Örneğin K5, özellikle hasta yakınları ile daha fazla temas kurarak farkındalık geliştirmeye çalıştığını belirtmiştir.

Fiziksel çalışma koşullarının yetersizliği ve kurumlar arası iş birliği eksikliği yaşayan sınırlı sayıdaki katılımcılar (K6, K14), bu durumu ekip içi destek ve öz bakım uygulamaları ile dengelemeye çalışmaktadır. Özellikle K14, hem duygusal tükenmişlik hem de fiziksel yetersizlikler nedeniyle zorlansa da hem öz bakım hem de savunuculuk temelli psikoeğitim yöntemlerini bir arada kullanarak bütüncül bir başa çıkma yaklaşımı geliştirdiğini belirtmiştir. Alana özgü bilgi eksikliği ve uyum güçlüğü yaşayan K16, buna karşılık olarak bilgi ve deneyim artırmaya yönelik bireysel yatırım yapma stratejisi geliştirdiğini aktarmıştır. Bu durum, bazı bireysel sorunların sadece kişisel çaba ve öğrenme motivasyonu ile aşılabildiğini düşündürmektedir.

Bulgular genel olarak değerlendirildiğinde, sosyal hizmet uzmanlarının karşılaştıkları sorunlar ile uyguladıkları başa çıkma yöntemleri arasında bağlantı olduğu görülmektedir. Özellikle sistemsel ve kurumsal düzeydeki zorluklar, ekip içi koordinasyon ve savunuculukla; duygusal yükler ise öz bakım ve psikolojik destekle karşılanmaktadır. Bulguyla ilgili doğrudan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

K5: “Ruh sağlığı alanında çalışırken karşılaştığım en büyük zorluklardan biri, aileler ve toplumdaki önyargılarla mücadele etmektir. Ailelere, ruhsal hastalıkların da tıpkı tansiyon veya diyabet gibi bir sağlık sorunu olduğunu anlatmak ve hastalık sürecinde karşılaşılabilecek durumları açıklamak zaman zaman zor olabiliyor. Bu önyargıları azaltmak ve farkındalık oluşturmak amacıyla hastalara yönelik psikoeğitimler düzenliyoruz. Ayrıca, toplumda damgalamayı önlemek için iş yerleri, aile sağlığı merkezleri ve toplum ruh sağlığı merkezlerinde bilgilendirme çalışmaları yapıyoruz.”

K8: “Ruh sağlığı alanında çalışmanın en büyük zorlukları yapısal ve sistemsel sorunlardan kaynaklanmaktadır. Örneğin, bir hastanın kurum bakımına alınması gerektiğinde, sağlık raporu “kısmi bağımlı” olarak değerlendirildiği için bu hastayı bakım

evine yatıramıyorum. Rapor, kişinin eli ayağı sağlam ve önüne konulan yemeği yiyebiliyor olması gibi kriterlere dayanarak tam bağımlı olmadığını belirtiyor. Ancak bu durumda, ruhsal engelli bireyler devletin kurumlarına yerleşmiyor.”

K17: “Ruh sağlığı alanında çalışmanın en büyük zorluklarından biri, bireylerin en çaresiz ve kırılgan oldukları anlara sürekli tanıklık etmektir. Özellikle akut psikiyatri servisinde, hastalar genellikle kişilerarası ilişkileri bozulmuş, işlevselliklerini kaybetmiş, ekonomik olarak zor durumda olan ve çevreleri tarafından dışlanmış bireylerdir. Bu durumu sürekli gözlemlemek, hayatın bu yönüyle her gün karşılaşmak psikolojik olarak zorlayıcı olabilir. Kişisel güçlenmeyi destekleyen faaliyetlere yönelmek, sosyal hayata daha fazla zaman ayırmak ve farklı uğraşlar edinmek, bu süreci yönetmekte önemli bir rol oynamaktadır. Zaman içinde, mesleğin gerektirdiği şekilde bu zorluklarla başa çıkmayı öğrenmek mümkün oluyor. Başlangıçta ağır gelen duygusal yük, deneyim kazandıkça daha yönetilebilir hale geliyor. Sürekli benzer durumlarla karşılaşmanın getirdiği alışkanlık ve baş etme becerilerinin gelişmesi, sürecin daha sağlıklı bir şekilde yürütülmesini sağlıyor.”

K19: “Ruh sağlığı alanında çalışmanın hem olumlu hem de olumsuz yönleri iç içedir. İnsanların hayatına dokunabildiğim sürece mesleki tatmin hissediyor ve bu tür olumsuzlukları daha kolay aşabiliyorum. Ancak, sürekli travmatik hikayelere ve zor yaşam koşullarına tanık olmak ruhsal olarak yıpratıcı olabiliyor. Bu nedenle, bu alanda çalışan profesyonellerin mutlaka kendilerini rahatlatmak için hobilere sahip olması gerektiğini düşünüyorum.”

4.9. Katılımcıların Ruh Sağlığı Alanında Karşılaştıkları Etik İkilemler ve Benimsedikleri Yaklaşımlar

Ruh sağlığı alanında görev yapan sosyal hizmet uzmanlarının mesleki uygulamaları, çeşitli etik karar süreçlerini de beraberinde getirmektedir. Katılımcı ifadeleri, uygulamada karşılaşılan etik ikilemlerin belirli temalar etrafında yoğunlaştığını ve bu durumlara karşı geliştirilen etik yaklaşımların farklılaştığını göstermektedir. Bu nedenle analiz, karşılaşılan etik ikilemler ve bu ikilemlere verilen yanıtlar olmak üzere iki temel boyutta yapılandırılmıştır. Bulgular, uzmanların karar alma süreçlerinde etik ilkelere dayalı düşünme biçimlerini ve mesleki tutumlarını ortaya koymayı hedeflemektedir.

4.9.1. Katılımcıların ruh sağlığı alanında karşılaştıkları etik ikilemlerin değerlendirilmesi

Tablo 22. Katılımcıların karşılaştığı etik ikilemler

Karşılaşılan Etik İkilemler	Katılımcı Kodları
Özerklik Hakkı ile Koruyucu Müdahale Arasındaki Çatışmalar	K1, K6, K8, K12, K13, K14, K15, K16, K17, K19, K20
Gizlilik/Mahremiyet ile Bilgi Paylaşımı ve Güvenlik Gereklilikleri Arasındaki Çatışmalar	K4, K5, K7, K10, K18
Hasta Yararını Gözetme ile Yasal/Kurumsal Sınırlılıklar Arasında Yaşanan Çatışmalar	K2, K14, K9, K20
Sosyal Destek Eksikliği Nedeniyle Müdahalede Zorlanma	K15, K16, K20
Damgalama ile Tıbbi Müdahale veya Bilgi Paylaşımı Arasındaki Denge	K10, K18
Mesleki Sınırlar ile Sosyal Haklar Arasında Yaşanan İkilemler	K3
Danışanın Bağımsızlığı ile Destek Gereksinimi Arasındaki Çatışmalar	K12

Tablo 22 incelendiğinde, katılımcıların ruh sağlığı alanında karşılaştıkları etik ikilemler yedi ana temada toplanmıştır. On bir katılımcı, özerklik hakkı ile koruyucu müdahale arasındaki çatışmalarla karşılaştıklarını ifade etmiştir. Beş katılımcı, gizlilik/mahremiyet ile bilgi paylaşımı ve güvenlik gereklilikleri arasındaki çatışmaları dile getirmiştir. Dört katılımcı, hasta yararını gözetme ile yasal/kurumsal sınırlılıklar arasında etik ikilemler yaşadıklarını belirtmiştir. Üç katılımcı, sosyal destek eksikliği nedeniyle müdahalede zorlandıklarını ifade etmiştir. İki katılımcı, damgalama ile tıbbi müdahale veya bilgi paylaşımı arasındaki dengeyi etik bir sorun olarak değerlendirmiştir. Bir katılımcı, mesleki sınırlar ile sosyal haklar arasında çatışma yaşadığını; yine bir katılımcı ise danışanın bağımsızlığı ile destek gereksinimi arasında etik ikilem yaşadığını belirtmiştir.

4.9.2. Katılımcıların ruh sağlığı alanında karşılaştıkları etik ikilemlere karşı benimsedikleri yaklaşımlar

Tablo 23. Katılımcıların ruh sağlığı alanında karşılaştıkları etik ikilemlere karşı benimsedikleri yaklaşımlar

Benimsenen Etik Yaklaşım	Katılımcı Kodları
Hasta Yararını Önceliklendirme ve Etik Dengeyi Gözetme	K2, K5, K6, K8, K9, K10, K12, K13, K14, K15, K17, K19, K20
Multidisipliner Ekip İş Birliği ve Kurumlararası Koordinasyon	K1, K6, K8, K10, K12, K16, K19
İkna Süreci ve Bilgilendirme Temelli Yaklaşım	K1, K4, K7, K16
Mesleki Sınırları Korumaya Yönelik Yaklaşım	K3, K5, K19
Sistemsiz Yetersizlikler Karşısında Pratik ve Alternatif Çözüm Geliştirme	K9, K14, K15, K20
Aileyle İş Birliği ve Sosyal Destek Mekanizmalarını Harekete Geçirme	K1, K8, K10
Danışanın Özerkliğini Gözetten Dengeleyici Müdahale	K7, K11, K12
Gizlilik ve Mahremiyet İlkesine Uygun Davranma	K4, K5, K7, K18

Tablo 23 incelendiğinde, katılımcıların etik ikilemler karşısında benimsedikleri yaklaşımlar sekiz tematik başlık altında toplanmıştır. On üç katılımcı, hasta yararını önceliklendirme ve etik dengeyi gözetme yaklaşımını benimsediğini ifade etmiştir. Bu yaklaşım, sosyal hizmet uzmanlarının müdahale kararlarında hem bireyin yararını hem de etik sınırları göz önünde bulundurduklarını göstermektedir. Yedi katılımcı, karar süreçlerinde multidisipliner ekip iş birliği ve kurumlar arası koordinasyonun önemine vurgu yapmıştır. Bu durum, etik ikilemlerin çözümünde tek başına karar vermek yerine ekip temelli değerlendirme sürecinin tercih edildiğini göstermektedir. Dört katılımcı, etik müdahalelerde ikna süreci ve bilgilendirme temelli yaklaşımı esas aldığını belirtmiştir. Bu yaklaşım, özellikle danışanın rızasının alınması ve karar sürecine katılımın sağlanmasına dikkat çekmektedir. Üç katılımcı, mesleki sınırların korunması yönünde net bir tutum benimsediğini ifade etmiştir. Dört katılımcı, sistemsiz yetersizlikler karşısında pratik ve alternatif çözümler üretme yoluna gittiklerini belirtmiştir. Üç katılımcı, aileyle iş birliği yapma ve sosyal destek mekanizmalarını harekete geçirme yaklaşımını önceliklendirdiğini belirtmiştir. Üç katılımcı, danışanın özerkliğini gözetten, dengeleyici bir müdahale yaklaşımı benimsediğini ifade etmiştir. Dört katılımcı, gizlilik ve mahremiyet ilkesine uygun hareket etmeyi etik kararlarının merkezine koyduğunu

belirtmiştir. Bu ilkeye verilen önem, hem danışan haklarına duyarlılığı hem de mesleki etik sorumluluğu yansıtmaktadır.

Ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının karşılaştıkları etik ikilemler ile bu ikilemlere verdikleri tepkiler birlikte ele alındığında, mesleki kararların yalnızca bireysel yargılara dayanmadığı; aynı zamanda etik ilkelere, kurumsal işleyişe ve hizmet sunumunun yapısal koşullarına bağlı olarak şekillendiği anlaşılmaktadır. Etik ikilemlerle karşılaşıldığında hangi yaklaşımların benimsendiğini anlamak, sahadaki etik uygulamaların niteliğini değerlendirme açısından önemli bir veri sunmaktadır. Bu çerçevede, her iki tablo birlikte ele alınarak, uzmanların karşılaştıkları etik çıkmazlar karşısında ne tür çözümleyici tutumlar geliştirdikleri analiz edilmiştir. Aşağıda sunulan değerlendirme, sosyal hizmet uzmanlarının ruh sağlığı alanında karşılaştıkları etik ikilemlere yönelik reflekslerini ve bu reflekslerin mesleki etik ilkelerle nasıl örtüştüğünü ortaya koymaktadır.

Karşılaşılan etik ikilemler ve bu ikilemler karşısında benimsenen etik yaklaşımlar birlikte değerlendirildiğinde, sosyal hizmet uzmanlarının karar alma süreçlerinde hem mesleki değerler hem de uygulama koşullarını gözeten çok boyutlu bir yaklaşıma sahip oldukları görülmektedir. Özellikle özerklik hakkı ile koruyucu müdahale arasındaki çatışmalar en sık karşılaşılan etik ikilem olarak öne çıkarken, buna karşılık gelen en yüksek düzeyde benimsenen yaklaşımın hasta yararını önceliklendirme ve etik dengeyi gözetme olduğu dikkat çekmektedir. Bu durum, katılımcıların bireyin özerkliğine saygı gösterme çabası ile müdahale gerekliliği arasında etik bir denge kurmaya çalıştıklarını göstermektedir. Örneğin hem K12 hem de K20, özerklik ile müdahale arasındaki çatışmayı yaşarken, hasta yararını önceleyen bir tutum geliştirdiklerini belirtmiştir.

Gizlilik/mahremiyet ile bilgi paylaşımı arasındaki çatışmalar yaşayan beş katılımcıdan dördü (K4, K5, K7, K18), etik yaklaşım olarak gizliliğe uygun davranmayı tercih ettiklerini belirtmiştir. Bu uyum, etik duyarlılıkların teori ile pratikte örtüştüğünü göstermesi açısından anlamlıdır. Özellikle K4 ve K18 gibi katılımcıların gizlilik ilkesiyle çelişen durumlarda bile sınırlı bilgi paylaşımı ve danışan yararına odaklı seçimler yaptıklarını belirtmişlerdir.

Yasal/kurumsal sınırlılıklar ile hasta yararı arasında yaşanan çatışmalar ile sistemsel yetersizlikler karşısında pratik çözüm üretme yaklaşımı arasında da paralellik kurulabilir. K9, K14 ve K20 gibi katılımcılar her iki tabloda da yer almakta ve uygulamada

karşılaştıkları yetersizliklere karşı çözüm üretme yönelimi göstermektedir. Bu durum, sosyal hizmet uzmanlarının sistem kaynaklı etik ikilemlerle baş ederken esneklik, pragmatizm ve çözüm odaklılık gibi becerilere sıklıkla başvurdıklarını göstermektedir.

Multidisipliner iş birliği yaklaşımının, en sık karşılaşılan etik ikilem olan özerklik-müdahale çatışmasını yaşayan katılımcıların (örneğin K6, K8, K12, K13) büyük bir kısmı tarafından benimsenmiş olması da dikkat çekicidir. Bu bulgu, etik karar süreçlerinde yalnızca bireysel değil, ekip temelli değerlendirmelerin de öne çıktığını göstermektedir. Aynı şekilde, ikna süreci ve bilgilendirme temelli yaklaşımı benimseyen katılımcıların (K1, K4, K7, K16) çoğunluğu da doğrudan özerklikle bağlantılı etik ikilemlerle karşılaştıklarını ifade etmiştir. Bu da etik ikilemlerde rıza, bilgilendirme ve katılım süreçlerinin önemli bir yer tuttuğunu göstermektedir.

Tekil örneklerden biri olan K3, yalnızca “mesleki sınırlar ile sosyal haklar arasında yaşanan ikilemi” belirtmiş ve buna karşılık “mesleki sınırları koruma” yaklaşımını benimsemiştir. Bu bireysel örnek, meslek etiğine bağlılığın bireysel farkındalık düzeyinde nasıl şekillendiğine dair anlamlı bir gösterge sunmaktadır.

Özetle, karşılaşılan etik ikilemler ile benimsenen yaklaşımlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Sosyal hizmet uzmanlarının karşılaştıkları etik ikilemleri değerlendirirken, mesleki etik ilkeleri temel alan yapısal yaklaşımlar benimsedikleri görülmektedir. Katılımcıların büyük bir kısmı, karar alma süreçlerinde yalnızca bireysel etik değerleri değil, aynı zamanda ekip temelli iş birliği, danışan hakları, gizlilik, kurumlar arası koordinasyon ve sistemsel sınırlılıkları da dikkate alarak çok boyutlu etik bir bakış açısı geliştirmişlerdir. Bu bulgular, ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının mesleki uygulamalarında etik ilkelere bağlılık gösterdiğini ve karşılaştıkları ikilemleri profesyonel sorumluluk bilinciyle ele aldıklarını ortaya koymaktadır. Bulguyla ilgili doğrudan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

K2: “Kurum bakımının belli bir aşamadan sonra ticari bir sektöre dönüşmeye başladığını düşünüyorum. Devlet, bu hizmetleri denetlese de her kurumun aynı standartlarda hizmet vermediği bir gerçek. Her bakım kurumu, sunduğu hizmetin kalitesi açısından birbirinden farklı olabiliyor. Bu nedenle, kurum bakımı hizmetlerinin denetim ve standartlarının daha da güçlendirilmesi gerektiğini düşünüyorum. Ayrıca, devletin tüm bu hizmetleri tek başına sunmasının zorlukları olduğunu kabul ediyorum. Özel teşebbüslerin de devreye girmesi bir ihtiyaç, ancak denetim ve kriterlerin doğru şekilde

oturtulması önemli bir eksiklik gibi görünüyor. Kurum bakımının geleceğiyle ilgili olarak, bu hizmetin sosyal güvence sisteminin bir parçası haline gelmesinin mümkün olabileceğini düşünüyorum.”

K7: “Ruh sağlığı alanında çalışırken en sık karşılaştığım etik ikilemlerden biri, hastanın paylaştığı bilgilerin gizliliği ile bunların çözüm odaklı kullanımı arasındaki dengeyi sağlamak oluyor. Bazen bir sorunun çözülebilmesi için hastanın ailesiyle belirli bilgileri paylaşmak gerekebiliyor. Ancak bu paylaşımın sınırlarını belirlemek, dikkat ve özen gerektiriyor.”

K10: “Ruh sağlığı alanında çalışırken en sık karşılaştığım etik ikilemlerden biri, damgalamadan (stigmatizasyondan) kaçınma çabasıyla hastaya yönelik gerekli müdahaleler arasında denge kurmaktır. Bir taraftan hasta mahremiyetini koruyarak onunla iş birliği yapmaya özen gösterirken, diğer taraftan bazı durumlarda bilgi paylaşımı yapmamız gerekebilmektedir, örneğin farklı kurumlarla veya hasta yakınlarıyla. Bu durum etik açıdan bir ikilem oluşturabiliyor.”

K14: “Ruh sağlığı alanında çalışırken en sık karşılaştığım etik ikilemlerden biri, hastalar adına karar vermek zorunda kalmaktır. Normalde hastaların kendi kaderlerini belirlemeleri ve hayatları üzerinde söz sahibi olmaları temel ilkelerimizden biridir. Ancak bazı durumlarda, özellikle hasta ilaçlarını kullanmayı reddettiğinde veya atak geçirdiğinde, özgürlüğünü kısıtlayıcı zorunlu yatış kararları almak gerekebilir, hatta bazen hastanın evinden polis eşliğinde alınması gibi insan doğasına aykırı görünen uygulamalar dahi zorunlu hale gelebilmektedir. Bu tür kararlar, etik açıdan büyük bir ikilem yaratmaktadır. Tedavi edilmediğinde hastanın ve çevresindekilerin güvenliği tehlikeye girebilirken, tedavi süreci hastanın istemediği bir yönelim alabilir. Bir diğer önemli etik ikilem ise, hastaların bakım merkezlerine yerleştirilmesiyle ilgilidir. Zorunlu yatışlar genellikle birkaç hafta sürerken, bir bakım merkezine yerleştirme kararı hastanın geri kalan yaşamını doğrudan etkileyebilecek çok daha ciddi bir süreçtir. Pek çok hasta, bakım merkezlerini bir tür hapis hayatı olarak görmektedir. Ancak bazı hastalar, bakacak kimsesi olmadığı ve bağımsız yaşam sürdürebilecek içgörüye sahip olmadığı için topluma veya kendisine zarar vermemesi adına bu merkezlere yönlendirilmek zorunda kalmaktadır. Bu durum, ruh sağlığı profesyonelleri için ağır bir vicdani sorumluluk oluşturmaktadır. Bu sorunun temelinde bakım merkezlerinin özel sektöre devredilmiş olması yatmaktadır. Şu an özel bakım merkezlerinde "bakım ve rehabilitasyon"

kavramından ziyade yalnızca "bakım" hizmeti ön plandadır. Bu merkezlerde genellikle "tam bağımlı" raporu olan hastalar kabul edilmektedir. Ancak gerçekte tam bağımlı olmayan hastalar dahi bu merkezlere yönlendirilmekte ve burada uzun süre kalmaları teşvik edilmektedir. Özel bakım merkezlerinin ticari kaygılar taşıması nedeniyle hastaların işlevsellik kazanarak toplum içine dönmeleri engellenebilmekte, hatta hastaların durumu olduğundan daha kötü gösterilerek aileleri ve sağlık profesyonelleri ikna edilmeye çalışılmaktadır çünkü işlevsellik kazanan bir hasta kurumu terk ettiğinde, yerine daha ağır bir hastanın geleceği düşüncesi ekonomik kaygılara yol açmaktadır.

Bu sorunların çözümü için üç temel öneri geliştirilebilir:

1. Bakım merkezlerinin özel sektörden alınarak tamamen devlete devredilmesi, devlet bünyesindeki meslek elemanları, hastaların rehabilitasyonunu ve topluma kazandırılmasını hedeflerken, özel sektörün ticari kaygıları bulunmaktadır.
2. Avrupa'da örnekleri bulunan "umut evleri" veya "geçiş evleri" gibi ara konaklama yerlerinin oluşturulması. Bu yapılar, toplum içinde, şehir merkezlerinde küçük daireler şeklinde planlanabilir ve hastalara daha bağımsız bir yaşam alanı sunabilir.
3. Çok ağır vakalar haricinde, hastaların kurumlarda tutulmak yerine ev ortamında desteklenmesi. Özellikle yalnızca evi olmadığı için bakım merkezine yönlendirilen hastalar için farklı barınma çözümleri üretilmelidir. Bir kişinin yalnızca evsiz olduğu için bakım merkezine yerleştirilmesi, onun özgürlüğünü elinden almak anlamına gelir ve bu da büyük bir hak ihlali oluşturmaktadır.”

4.10. Katılımcıların Süpervizyon Uygulamasına İlişkin Görüşlerinin

Değerlendirilmesi

Ruh sağlığı alanında görev yapan sosyal hizmet uzmanlarının mesleki deneyimleri, süpervizyon uygulamasına ilişkin farklı görüş ve beklentileri de beraberinde getirmektedir. Katılımcı ifadeleri, süpervizyonun alınma durumu, içeriği, sıklığı ve mesleki gelişime katkısı gibi çeşitli boyutlarda farklılaştığını göstermektedir. Bu nedenle analiz, süpervizyon deneyimlerinin niteliği ve süpervizyonun mesleki işleyişe etkisi olmak üzere iki temel eksenle yapılandırılmıştır. Bulgular, sosyal hizmet uzmanlarının süpervizyona ilişkin algılarını, bu süreçten beklentilerini ve mesleki gelişim açısından süpervizyonun önemine dair yaklaşımlarını ortaya koymayı amaçlamaktadır.

4.10.1. Kalıtımcıların süpervizyon alma durumlarının değerdendirilmesi

Sosyal hizmet uzmanlarının süpervizyona erişim durumu ve bu sürece dair değerdendirmeleri, mesleki gelişimin nasıl desteklendiğine dair önemli veriler sunmaktadır. Bu doğrultuda analiz, süpervizyon alma biçimleri ve süpervizyonun mesleki katkılarına ilişkin görüşler olmak üzere iki boyutta ele alınmıştır. Bulgular, süpervizyonun alandaki işlevselliğine dair bütüncül bir çerçeve sunmayı hedeflemektedir.

Tablo 24. Kalıtımcıların süpervizyon alma durumları

Süpervizyon Durumu	Katılımcı Kodları
Kurumsal ve Düzenli Süpervizyon Alanlar	K1, K2, K3, K12
Resmî Olmayan / Gayriresmî Süpervizyon Yoluyla Destek Alanlar	K4, K8, K9, K13, K14, K15, K16, K17
Süpervizyon Almayan Ancak İhtiyacını Belirtenler	K5, K6, K7, K10, K11, K18, K19, K20

Tablo’da görüldüğü üzere, katılımcıların süpervizyon alma durumları üç ana başlık altında toplanmıştır. Dört katılımcı, kurumsal ve düzenli süpervizyon aldığını belirtmiştir. Sekiz katılımcı, resmî olmayan ya da gayriresmî yollarla süpervizyon desteği aldığını ifade etmiştir. Sekiz katılımcı ise herhangi bir süpervizyon almadığını, ancak süpervizyon desteğine ihtiyaç duyduğunu vurgulamıştır.

4.10.2. Katılımcıların süpervizyonun mesleki gelişime ve uygulamalara katkısı hakkındaki düşüncelerinin değerdendirilmesi

Tablo 25. Katılımcıların süpervizyonun mesleki gelişime ve uygulamalara katkısı hakkındaki düşünceleri

Katkı Kategorisi	Katılımcı Kodları
Bilgi, Beceri ve Uygulama Yeterliliğini Artırma	K1, K2, K3, K5, K6, K8, K9, K11, K12, K14, K16, K17, K18, K20
Farklı Bakış Açıları ve Mesleki Farkındalık Kazandırma	K3, K4, K12, K16, K19
Duygusal Yükle Baş Etme ve Mesleki Öz Bakım Sağlama	K13, K14, K16, K18, K20
Mesleki Standart, Etik Duruş ve Uygulama Birliği Sağlama	K16, K18, K19,
Meslektaş Dayanışması ve Paylaşım Yoluyla Öğrenme	K4, K7, K9, K15, K17, K20
Yeni Mezunlar İçin Rehberlik ve Yönlendiricilik	K1, K5, K11, K14, K20

Tablo'da görüldüğü üzere, katılımcıların süpervizyonun mesleki gelişimlerine ve uygulama becerilerine olan katkılarına ilişkin görüşleri altı ana başlıkta toplanmıştır. On dört katılımcı, süpervizyonun bilgi, beceri ve uygulama yeterliliğini artırdığını ifade etmiştir. Beş katılımcı, süpervizyonun farklı bakış açıları kazandırdığını ve mesleki farkındalığı geliştirdiğini belirtmiştir. Yine beş katılımcı, süpervizyonun duygusal yükü baş etmeyi kolaylaştırdığını ve mesleki öz bakım sağladığını dile getirmiştir. Üç katılımcı, süpervizyonun meslekî standartların oluşmasına, etik duruşun gelişmesine ve uygulama birliği sağlanmasına katkıda bulunduğunu ifade etmiştir. Altı katılımcı, meslektaş dayanışması ve paylaşım yoluyla öğrenmenin önemine dikkat çekmiştir. Beş katılımcı ise süpervizyonun özellikle yeni mezunlar için yönlendirici ve rehberlik edici bir işlev taşıdığını vurgulamıştır.

Süpervizyon alma durumu ile süpervizyonun mesleki gelişime sağladığı katkılara ilişkin görüşler birlikte ele alındığında, bu yapının sosyal hizmet uzmanlarının mesleki yeterliliklerini destekleyen, karar alma süreçlerini güçlendiren ve uygulama birliğini geliştiren çok boyutlu bir işlev üstlendiği görülmektedir. Katılımcıların süpervizyona erişim düzeyleri ile süpervizyon sürecine atfettikleri mesleki değer arasında bir paralellik bulunmaktadır. Bu doğrultuda yapılan analiz, süpervizyonun mesleki niteliği derinleştiren, etik farkındalığı güçlendiren ve profesyonel gelişimi pekiştiren bir yapı olarak nasıl işlevselleştiğini ortaya koymayı amaçlamaktadır.

Katılımcıların süpervizyon alma durumları ile süpervizyonun mesleki gelişime ve uygulamalara katkısına dair görüşleri birlikte değerlendirildiğinde, uygulamada süpervizyon desteğine erişim ile bu desteğin olumlu çıktıları arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Süpervizyon deneyimi yaşayan katılımcıların büyük bölümü, süpervizyonun bilgi ve beceri kazanımını artırdığını, mesleki farkındalığı geliştirdiğini ve profesyonel yeterliliği desteklediğini ifade etmiştir. Örneğin, K1, K2, K3 ve K12 gibi kurumsal ve düzenli süpervizyon alan katılımcılar, süpervizyonun özellikle bilgi, beceri ve uygulama yeterliliğini artırma ve farklı bakış açıları kazandırma boyutlarında etkili olduğunu belirtmişlerdir. Özellikle K3 ve K12 hem düzenli süpervizyon alma deneyimine sahip olduklarını hem de bu sürecin karar alma süreçlerine çok yönlülük kazandırdığını ifade etmiştir. Buna karşılık resmî olmayan yollarla süpervizyon desteği alan sekiz katılımcı (K4, K8, K9, K13, K14, K15, K16, K17) mesleki gelişim üzerindeki katkıları

yine yüksek düzeyde ifade ettikleri dikkat çekmektedir. Örneğin K9, K14, K16 ve K17, doğrudan kurumsal süpervizyon almamakla birlikte, gayriresmî yollarla bilgi paylaşımı ve vaka değerlendirme ortamlarında edindikleri deneyimlerin, hem uygulama yeterliliğini hem de duygusal yükü baş etmeyi kolaylaştırdığını belirtmiştir. Özellikle K16 hem bilgi geliştirme, hem farklı bakış açısı kazanma hem de etik duruş oluşturma boyutlarında süpervizyonun etkisini vurgulamıştır.

Süpervizyon almayan ancak ihtiyacını dile getiren sekiz katılımcıda (K5, K6, K7, K10, K11, K18, K19, K20) süpervizyonun katkılarına yönelik güçlü farkındalığa sahip olduğu görülmektedir. Örneğin K5, K6, K7, K11, K18, K20 gibi katılımcılar, süpervizyon desteğine erişmemelerine rağmen, bu desteğin hem öz bakım hem de etik uygulama birliği sağlama açısından önemli olduğunu vurgulamıştır. K18 ve K20 gibi katılımcılar, süpervizyon alamamalarına rağmen, özellikle duygusal yükü baş etme, standartlaşma, rehberlik gibi işlevleri süpervizyonun öncelikli katkıları olarak tanımlamıştır. Bu bulgular, süpervizyonun sadece uygulayıcılar tarafından değil, sürece dışarıdan bakanlar tarafından da değerli bir mesleki destek aracı olarak kabul edildiğini göstermektedir. Ayrıca, meslektaş dayanışması ve paylaşım yoluyla öğrenme boyutu, genellikle kurumsal süpervizyon almayan ancak ekip içi dinamikleri güçlü olan katılımcılar tarafından dile getirilmiştir (örneğin: K4, K7, K9, K17, K20). Bu durum, kurumsal süpervizyon eksikliğinin kimi zaman gayriresmî meslekî iş birlikleriyle telafi edilmeye çalışıldığını, ancak bu sürecin sistematik ve eşgüdümlü bir mesleki gelişim aracı yerine geçemeyeceğini de ortaya koymaktadır. Özellikle yeni mezunlar için rehberlik ve yönlendiricilik başlığı altında süpervizyonun önemi, alana yeni adım atan sosyal hizmet uzmanlarının mesleki hatalardan korunması, özgüven kazanması ve etik karar alma süreçlerine adapte olması açısından önemli görülmüştür. Bu görüşü hem süpervizyon alan (K1, K14), hem almayan (K11, K20) katılımcıların vurgulaması, süpervizyonun meslek içi öğrenme döngüsünün önemli bir parçası olduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak, elde edilen veriler, süpervizyon alma durumu ile süpervizyonun mesleki gelişim üzerindeki katkıları arasında hem yapısal hem de algısal bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. Katılımcılar, süpervizyonun yalnızca bilgi aktaran bir mekanizma değil, aynı zamanda etik farkındalık, duygusal destek, öz bakım ve mesleki standardizasyon sağlayan çok boyutlu bir süreç olduğunu ifade etmektedir. Bu nedenle süpervizyon, ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları için yalnızca tercih edilen bir destek değil, mesleki yeterliliğin sürdürülebilirliği açısından temel bir

gereklilik olarak değerlendirilmiştir. Bulguyla ilgili doğrudan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

K1: “Profesyonel olarak tıbbi sosyal hizmet alanında bir yıl süresince süpervizyon eğitimi aldım. Buraya atandığımda, sosyal çalışmacı zaten gitmişti ve bu benim ilk görev yerimdi, dolayısıyla daha önce başka bir yerde çalışmamıştım. Bu nedenle, bilmediğim vakalar ve konularla karşılaştığımda süpervizyon desteği aldığım yere danıştım. Bir vakada ne yapmam gerektiğini bilmediğimde, arkadaşlarımı arar ve onlardan destek alırdım, onlar da beni doğru yönlendirirlerdi. Bence süpervizyon almak herkes için önemli çünkü lisans eğitimi belirli bir noktada yetersiz kalabiliyor. Ayrıca, ruh sağlığı alanında ya da Sağlık Bakanlığı'nda staj yapmamış olanlar için bu destek çok değerli. Sosyal hizmet alanı hala geride kalmış bir alan olduğu için, süpervizyon desteği mesleki gelişimimde çok önemli bir rol oynadı.”

K6: “Maalesef süpervizyon almıyorum, ancak bunun kesinlikle gerekli olduğunu düşünüyorum. AMATEM’e geçtikten sonra ara ara eğitimler düzenleniyor. Bu eğitimler tam anlamıyla süpervizyon niteliğinde olmasa da mesleki gelişim açısından faydalı oluyor. Eğitimler sırasında karşılıklı soru cevap yapma imkânımız oluyor, bu da belirli konuları daha iyi anlamamıza katkı sağlıyor. Ancak gerçek anlamda bir süpervizyon sürecinin, mesleki gelişim ve uygulamada karşılaşılan zorlukları aşma konusunda çok daha etkili olacağını düşünüyorum.”

K12: “Süpervizyon açısından, TRSM eğitimi almıştım. Dünya Sağlık Örgütü'nden gelen uzmanlar tarafından TRSM eğitimi verilmişti. Bu eğitimin, daha önce bu konuda eğitim almamış olanlar için çok faydalı olduğunu düşünüyorum. Kendi deneyimime bakacak olursam, zamanında en büyük hatalarımdan biri, danışanın kararlarını yeterince özgür bırakmamaktı. Çoğu zaman, kişiyi yönlendirme eğiliminde oluyordum. Ancak bu eğitim, bana kişilerin kendi kararlarını verebilme yeteneğini desteklemenin ne kadar önemli olduğunu gösterdi. Artık, danışanların kendi kendilerine yetebilmesi için onlara daha fazla fırsat tanımam gerektiğini fark ettim.”

K15: “Süpervizyon desteğini kurumdan ya da profesyonellerden almıyorum. Çalıştığım hastanede sadece bazı temel eğitimler düzenleniyor, ancak bu eğitimler mesleki gelişimimi pek ileriye taşıyan içeriklere sahip olmuyor. Genellikle, burada çalışan diğer meslektaşlarımla bilgi alışverişi yaparak ve vaka tartışmaları gerçekleştirerek süpervizyon desteği alıyorum. Her bir vakada izlenecek yollar farklı

olabiliyor, bu yüzden diğer meslektaşlarımla nasıl bir yol izlediğimiz, kimlerle iletişime geçtiğimiz ve nasıl sonuçlar aldığımız konusunda geri bildirimler almak mesleki açıdan faydalı oluyor. Ayrıca, vaka değerlendirmesi ve tartışması yapmak için kendi aramızda WhatsApp grupları oluşturduk. Bu şekilde süpervizyon desteğini çoğunlukla birbirimizden alıyoruz diyebilirim.”

4.11. Katılımcıların Ruh Sağlığı Hizmetlerine Yönelik İyileştirme Önerilerinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların ruh sağlığı hizmetlerine ilişkin önerileri, hem mesleki deneyimlerinden hem de sistemin işleyişine dair gözlemlerinden beslenmektedir. Bu doğrultuda analiz, önerilerin tematik dağılımını temel alarak yapılandırılmış ve ruh sağlığı hizmetlerine yönelik çok boyutlu iyileştirme alanlarını ortaya koymayı hedeflemiştir. Bulgular, sosyal hizmet uzmanlarının sahaya yönelik eleştirel ve çözüm odaklı bakışını yansıtmaktadır.

Tablo 26. Katılımcıların ruh sağlığı hizmetlerine yönelik iyileştirme önerileri

Öneri Kategorisi	Katılımcı Kodları
Ruh Sağlığı Yasası ve Yasal Düzenleme Talepleri	K1, K2, K3, K7, K11, K12, K13, K14, K16, K18, K19, K20
Damgalama ve Etiketlemeye Karşı Mücadele	K1, K2, K3, K4, K6, K18, K19, K20
Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rol ve İşlevlerinin Netleştirilmesi	K1, K2, K10, K12, K13, K20
İstihdam ve Üretime Katılım Olanaklarının Geliştirilmesi	K3, K4, K5, K10, K11, K20
TRSM’lerin Yaygınlaştırılması ve Hizmet Erişiminin Artırılması	K1, K8, K10, K17
Koruyucu ve Önleyici Hizmetlere Ağırlık Verilmesi	K8, K17, K20
Personel Niteliği, Hizmet İçi Eğitim ve Süpervizyon	K5, K7, K13, K19
Kurumlar Arası Koordinasyon ve Yönetimsel İyileştirme	K6, K9, K14, K19

Tablo’da görüldüğü üzere, katılımcıların ruh sağlığı hizmetlerine yönelik iyileştirme önerileri sekiz ana tematik başlık altında toplanmıştır. Bu öneriler, sosyal hizmet uzmanlarının hem bireysel mesleki deneyimlerinden hem de kurumsal düzeyde gözlemledikleri yapısal sorunlardan beslenmektedir.

On iki katılımcı tarafından dile getirilen öneri, ruh sağlığı yasası ve yasal düzenlemelere duyulan ihtiyaçtır. Bu kategoriye dâhil olan K1, K2, K3, K7, K11, K12, K13, K14, K16, K18, K19 ve K20 gibi katılımcılar, ruh sağlığı hizmetlerinin daha sistemli, bütüncül ve eşgüdüm içerisinde yürütülebilmesi için yasal bir çerçevenin gerekliliğini ifade etmişlerdir. Sayıca geniş bu grubun varlığı, alanda ruh sağlığı yasasının olmamasının sadece idari değil, aynı zamanda hizmet sunumu açısından da büyük bir boşluk yarattığına işaret etmektedir.

Damgalama ve etiketlemeye karşı mücadele başlığında ise sekiz katılımcı (K1, K2, K3, K4, K6, K18, K19, K20) öneriler sunmuştur. Bu, ruhsal rahatsızlığı olan bireylerin toplumsal yaşama katılımında karşılaştıkları görünmeyen engellere dikkat çekildiğini göstermektedir.

Altı katılımcı (K1, K2, K10, K12, K13, K20), sosyal hizmet uzmanlarının görev ve işlevlerinin netleştirilmesi gerektiğini vurgulamıştır. Özellikle disiplinler arası çalışmalarda ortaya çıkan yetki çatışmalarının önüne geçilebilmesi adına görev tanımlarının açıkça tanımlanması gerektiği ifade edilmiştir.

İstihdam ve üretime katılım olanaklarının geliştirilmesine yönelik öneriler de yine altı katılımcı (K3, K4, K5, K10, K11, K20) tarafından dile getirilmiştir. Bu öneriler, ruh sağlığı sorunları olan bireylerin ekonomik yaşama dâhil edilmesinin, iyileşme süreçlerini destekleyecek bir faktör olduğunu ortaya koyma yönündedir.

TRSM'lerin yaygınlaştırılması ve hizmet erişiminin artırılması yönündeki görüşler dört katılımcı (K1, K8, K10, K17) tarafından dile getirilmiştir. Bu görüşler, toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin yeterince yaygın olmadığını ve erişim sorununun sürdüğünü, TRSM'lerin yalnızca sayıca değil, nitelik olarak da güçlendirilmesi gerektiği etrafında toplanmıştır.

Koruyucu ve önleyici hizmetlerin artırılması gerektiğine ilişkin öneriler ise üç katılımcıdan (K8, K17, K20) gelmiştir. Bu görüşler, mevcut sistemin tedavi merkezli olduğunu ve önleyici hizmetlerin geliştirilmesi gerektiğini, sosyal hizmetin temel ilkelerinden biri olan “erken müdahale” anlayışı doğrultusunda, önleyici sosyal politika üretiminin önemi üzerinedir.

Personel niteliği, hizmet içi eğitim ve süpervizyon gerekliliği dört katılımcı (K5, K7, K13, K19) tarafından vurgulanmıştır. Bu katılımcılar, ruh sağlığı alanında çalışan

personelin alan bilgisi, deneyimi ve mesleki yeterliliğinin güçlendirilmesi gerektiğini ifade etmiştir. Son olarak, kurumlar arası koordinasyon ve yönetsel iyileştirme ihtiyacına dört katılımcı (K6, K9, K14, K16) değinmiştir. Bu öneriler, ruh sağlığı hizmetlerinde daha etkin işbirliği yapması gerektiğine işaret etmektedir. Özellikle çok düzeyli hizmetlerin entegre biçimde yürütülmesi, hizmetlerin etkinliğini artırmak açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu bulgular, ruh sağlığı alanında görev yapan sosyal hizmet uzmanlarının önerilerinin bireysel hizmet uygulamalarıyla beraber sistemin işleyişini, toplumsal yaklaşımları ve mesleki yapılanmayı da kapsadığını göstermektedir. Katılımcıların çok boyutlu önerileri; politika düzeyinden hizmet sunumuna, istihdamdan sosyal bütünleşmeye kadar geniş bir alanı kapsamakta, sosyal hizmetin bütüncül yaklaşımını yansıtmaktadır. Bulguyla ilgili doğrudan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

K3: “Mevcut sistemde iyileştirilmesi gereken birkaç önemli nokta olduğunu düşünüyorum. İlk olarak, ruh sağlığıyla ilgili bir yasa çıkarılması gerektiğine inanıyorum. Şu anda çok fazla eksiklik var, özellikle adli süreçlerde. Örneğin, zorunlu yatış gerektiğinde izlenmesi gereken prosedürler çok uzun sürüyor ve hem hastalar hem de yakınları bu süreçten yoruluyor. Yatış için adliyeden vasilik çıkması veya vasilerin onay alması gibi süreçler çok zaman alabiliyor, bu tür işlemlerin daha hızlı hale getirilmesi gerek. Bu, her yerde aynı şekilde işlemiyor ve hızlandırılmalı. Bu süreçlerin tek bir çatı altında yasalaşması, ruh sağlığı sorunları yaşayan kişilere daha etkili destek sağlayabilir. Bir diğer önemli konu ise iş yerleştirme ve İŞKUR süreçlerinde yapılması gereken düzenlemelerdir. Ruh sağlığı sorunları yaşayan kişiler, en büyük damgalamayı bu alanda yaşıyorlar. İşe alım sürecinde rapor almak istemedikleri için çoğu zaman sağlık durumlarını gizliyorlar. Oysa bu raporları almak, onlara avantaj sağlamalıdır. Ancak damgalanma korkusu yüzünden, bu raporları almak yerine sağlık sorunlarını gizli tutmak zorunda kalıyorlar. Bu da onların ağır şartlar altında çalışmasına yol açabiliyor ve bu durum, ruhsal sağlıklarını daha da olumsuz etkileyebiliyor.”

K8: “Mevcut sosyal politikalarımızda tedavi edici bir yaklaşım hakim. Engellilere ve diğer dezavantajlı gruplara sosyal yardımlar sağlanıyor, ancak çoğu zaman bu yardımlar sadece geçici çözümler sunuyor. Suça sürüklenen bireyler için önleyici tedavi ve destek hizmetleri yok. Bir kişi suça karıştıktan sonra sadece cezasını çekmesi bekleniyor, ancak sosyal sorunların önceden tespit edilip önlenmesi gerekmektedir. Bu kişilerin ilerleyen

zamanlarda suç işlemleri ya da madde bağımlılığına yönelmeleri tahmin edilebiliyor, bu yüzden önleyici hizmetler artırılmalı.”

K16: “Mevcut sistemde iyileştirilmesi gereken en önemli konulardan biri, sağlık hizmetlerinin daha kamusal ve insan odaklı hale getirilmesidir. Ruh sağlığı alanında çalışan meslek grupları olarak insan haklarını savunan bir yaklaşımı benimsediğimizi ifade etsek de sistemin temel haklara erişim konusunda yarattığı engellerle mücadelede yeterince güçlü bir duruş sergileyemiyoruz. Bu sorun, yalnızca sivil toplum projeleriyle veya bireysel girişimlerle çözülebilecek bir mesele değildir; sağlık hizmetlerinin herkes için eşit, ücretsiz ve erişilebilir hale getirilmesi gerekmektedir. Ruh sağlığı alanındaki en büyük eksikliklerden biri, hâlâ bir ruh sağlığı yasasının olmamasıdır. Bu yasal çerçevenin eksikliği, özellikle sosyal medyada ruhsal sorunları çözme vaadinde bulunan, ancak mesleki yeterliliği olmayan kişilerin ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır. Ruh sağlığı alanında düzenleyici bir yasa olmadığında, hem hizmet sunumunda düzensizlik yaşanmakta hem de hastalar için çeşitli riskler ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle, ruh sağlığı yasasının bir an önce çıkarılması, hem alandaki standartların belirlenmesi hem de koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin güçlendirilmesi açısından büyük bir önem taşımaktadır.”

K17: “Bağımlılık gibi diğer ruh sağlığı sorunları da göz önüne alındığında, sokakta yaşayan kişilerin durumu önemli bir sorun teşkil etmektedir. Sokakta yaşamayı bir tercih haline getirmek gerektiğini düşünüyorum. İnsanların zorunluluktan değil, kişisel tercihleriyle sokakta yaşamaları daha sağlıklı bir durum olur. Ancak şu an en büyük sorun, taburcu edilen hastaların gidecek yerlerinin olmamasıdır. Kış aylarında belediyeler stadyumları barınma alanlarına dönüştürse de bu sağlıklı bir çözüm değildir. İnsanlar, 100 kişiyle aynı ortamda yatmayı hak etmiyor. Bu nedenle, sokakta kalmak istemeyenler için uygun yaşam alanlarının oluşturulması gerekiyor. Belediyelerle anlaşmalar yaparak bu kişilere uygun barınma koşulları sağlanabilir. Ayrıca, kaymakamlıklar ve diğer yerel yönetimler, bu alanda bütçe ayırarak daha etkili çözümler geliştirebilir. Sokakta yaşayan insanlar için, sağlık tesisleri ve sosyal hizmetlerle entegre edilmiş, gösteriştan uzak ve insan onuruna yakışır bir hizmet sağlanması gerektiğine inanıyorum. Bu tür bir entegrasyonun, sağlıklı ve sürdürülebilir bir çözüm sunacağına düşünüyorum.”

K19: “Mevcut sistemde iyileştirilmesi gereken en önemli noktalardan biri, ruh sağlığı hizmetlerinin daha etkili hale gelmesi için politika değişiklikleridir. Ruh sağlığı alanında

çalışan kişilerin, bu alanda uzmanlaşmış ve özel bir eğitim almış olmaları gerektiğini düşünüyorum. Hemşireler, psikologlar, sosyal hizmet uzmanları ve ergoterapistler gibi profesyonellerin, sadece mesleki becerileri ve akademik altyapılarıyla değil, aynı zamanda ruh sağlığı alanında da eğitim almış olmaları gerekir. Bu alanda uzmanlaşmış kişiler yetiştirilirse ve bu kişiler uygun bir şekilde istihdam edilirse, pek çok şey çok daha kolay hale gelir. Ruh sağlığı, dahiliye gibi daha rutin ve mekanik bir alan değildir. Örneğin, dahiliyeye gittiğinizde kan verirsiniz, tahliller yapılır ve sonuçlar doğrultusunda size teşhis konulur. Ancak ruh sağlığı, gözleme dayalı bir alandır. Bu alanda çalışacak kişiler, uzun süreli gözlemler yapmalı, sosyal incelemeler gerçekleştirmeli ve psikolojik testler uygulamalıdır. Bu, çok fazla emek ve odaklanma gerektiren bir süreçtir. Bu nedenle, ruh sağlığı alanında çalışan personelin, başka alanlarda çalıştırılmaması gerektiğini düşünüyorum. Örneğin, bir ameliyathane hemşiresini alıp ruh sağlığı alanına yerleştirdiğinizde zorluklar yaşanabilir, aynı şekilde ruh sağlığı alanındaki bir uzmanı ameliyathaneye gönderdiğinizde de benzer bir durum söz konusu olabilir.”

4.12. Katılımcıların Ruh Sağlığı Alanına Yönelimini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi

Katılımcıların ruh sağlığı alanına yönelimleri, mesleki tercihler kadar kişisel deneyim, sosyal duyarlılık ve kurumsal dinamiklerle şekillenmektedir. Analiz, bu yönelimi etkileyen faktörleri tematik olarak sınıflandırarak alana katılımı belirleyen etkenleri çok boyutlu bir bakışla ortaya koymayı amaçlamaktadır.

Tablo 27. Katılımcıların ruh sağlığı alanına yönelimini etkileyen faktörler

Yönelim Kategorisi	Katılımcı Kodları
Bilinçli Tercih ve Kişisel İlgi ile Yönelim	K6, K7, K13, K14, K16, K17, K18, K19
Kurumsal İhtiyaç, Tayin ve Tesadüfi Görevlendirme	K4, K5, K12, K20
Başlangıçta Bilinçsiz Yönelim, Sonradan Gelişen Bağlılık ve Doyum	K1, K2, K3, K9
Kişisel Yaşam Deneyimleri ve Sosyal Duyarlılık	K1, K10, K14, K19
Önceki İş Deneyimi ve TRSM Kuruluş Sürecine Katılım	K8, K11, K17, K19

Tablo 27’de görüldüğü üzere, katılımcıların ruh sağlığı alanına yönelimleri, beş ana kategori altında gruplandırılmıştır. Sekiz katılımcı, bu alana bilinçli bir tercih ve kişisel

ilgi ile yöneldiklerini ifade etmiştir. Bunun yanı sıra dört katılımcı, ruh sağlığı alanında çalışmaya kurumsal ihtiyaçlar, tayin ya da idari yönlendirmeler doğrultusunda başladıklarını belirtmiştir. Başlangıçta bilinçli bir tercih yapmaksızın göreve başlayan ancak süreç içinde alana yönelik mesleki doyum ve bağlılık geliştiren katılımcıların sayısı da dikkat çekicidir. Dört katılımcı kişisel yaşam deneyimleri, çocukluk anıları veya sosyal duyarlılıklar gibi bireysel faktörlerin etkisiyle bu alana yöneldiklerini ifade ederken; yine dört katılımcı önceki iş deneyimlerinin ve TRSM kuruluş sürecinde aktif rol almanın bu alana geçişlerinde etkili olduğunu vurgulamıştır. Bu bulgular, sosyal hizmet uzmanlarının ruh sağlığı alanına yöneliminde yalnızca mesleki zorunlulukların değil, aynı zamanda bireysel ilgi, deneyim ve sosyal etkileşimlerin de belirleyici olduğunu ortaya koymaktadır.

Katılımcıların önemli bir kısmı bu alanda çalışmaya bilinçli olarak yönelmiş ya da zamanla anlamlı bir bağ kurarak mesleki doyum kazanmıştır. Bu durum, ruh sağlığı alanında kalıcı ve etkili bir mesleki kimliğin oluşumunda sadece kurumsal atamaların değil, kişisel yaşam deneyimlerinin ve bireysel tercihlerle gelişen mesleki özdeşleşmenin de etkili olduğunu göstermektedir. Özellikle TRSM gibi toplum temelli merkezlerin kuruluş sürecine katılım, uzmanların bu alana olan bağlılığını artırmakta ve mesleki gelişimlerine katkı sunmaktadır. Bu bulgulara ilişkin doğrudan katılımcı ifadelerine aşağıda yer verilmiştir.

K1: “Bazı insanlar ruh ve sinir hastalıkları hastanesinde çalışmaktan çekinse de ben bu konuda tereddüt yaşamadım. Bunun sebebi ise ailemde ruhsal engelli bir bireyin, babaannemin, olmasıydı. Bu durum, ruh sağlığı alanına yönelme kararımı daha kolay ve kararsız kalmadan vermemi sağladı.”

K2: “Ruh sağlığı alanında çalışmaya bilinçli bir tercih yaparak başlamadım. Atandığımız dönemde hastane seçme hakkımız olmadığı için, il emrine gönderildiğimizde yetkililer tarafından ihtiyaç duyulan hastanelere yerleştiriliyorduk. Bu süreçle birlikte ruh sağlığı hastanesinde çalışmaya başladım. Ancak zamanla, özellikle Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde çalışmayı çok sevdiğimi fark ettim. Buradaki çalışmalar daha esnek ve sonuç odaklı ilerliyor. Hastalardan aldığımız geri dönüşler, sürecin verimli olduğunu gösteriyor. Örneğin, hizmet verdiğimiz hastalardan biri EKPSS’de il birincisi oldu ve bu bizim için büyük bir mutluluk kaynağıydı. Aynı şekilde, hastaların kendilerini geliştirdiğini ve olumlu yönde ilerleme kaydettiklerini görmek motivasyonumuzu

artırıyor. Özellikle rehabilitasyon odaklı çalışmalarda mesleki olarak daha fazla verim aldığımı düşünüyorum. Diğer alanlarla kıyaslandığında, rehabilitasyon çalışmaları hem daha tatmin edici hem de daha motive edici oluyor. Buna karşın, bazı diğer ruh sağlığı alanlarında çalışmak daha yıpratıcı olabiliyor. Bu nedenle, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde çalışmak benim için hem profesyonel hem de kişisel açıdan daha anlamlı bir deneyim sunuyor.”

K8: “2010 yılında, hasta hakları, tıbbi sosyal hizmet, organ bağıışı ve kriz müdahalesi gibi farklı alanlarda çok yönlü bir sosyal hizmet uzmanı olarak çalışıyordum. Ancak her zaman engellilik alanı ilgimi daha fazla çekti ve bu alanda daha tecrübeli hale geldim. Özellikle engelli bireylerin vakalarını yönetme konusunda kendimi geliştirdim.”

K11: “Ruh sağlığı alanında çalışmaya karar vermemde hem kişisel hem de profesyonel deneyimlerimin etkisi büyük oldu. Bu kararı şekillendiren süreç, öncelikle özel bir bakım merkezinde çalıştığım dönemde başladı. Bu bakım merkezinde çoğunlukla psikiyatri hastalarıyla çalışıyordum ve onlara destek olma, mesleki çalışmalar yapma konularında kendimi daha yetkin hissetmeye başladım. Bu süreçte, lisans eğitimimden edindiğim bilgilerin de bana önemli katkılar sağladığını fark ettim. Daha sonra kamuya atandığımda, çalıştığım hastaneye bağlı bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nin (TRSM) açılacağı bilgisi verildi. Özel bakım merkezindeki deneyimlerim sayesinde ruh sağlığı alanına duyduğum ilgi daha da arttı ve bu merkezde gönüllü olarak çalışmak istedim. Görevlendirme sonrasında merkezin kuruluş sürecinde aktif olarak yer aldım. Böylece önceki deneyimlerimi ve bilgi birikimimi, TRSM'de psikiyatri hastalarına yönelik çalışmalara aktararak daha kapsamlı bir şekilde kullanma fırsatım oldu.”

K19: “Sosyal hizmet uzmanı olma sürecim diğer birçok meslektaşına göre daha geç gerçekleşti; 40 yaşında mezun oldum. Hayatın kazandırdığı deneyimlerle birlikte mesleğe başladım. İlk olarak devlet Hastanesi'nde görev aldım ve o dönemde toplum ruh sağlığı merkezi yeni kuruluyordu. Hastanede sosyal hizmet birimi de yoktu. Bu iki yapının kuruluş sürecini paralel olarak yürütme fırsatı buldum ve bu süreçte aktif bir rol oynadım. Zamanla her iki birimi birden yürütmenin zorlukları ortaya çıkınca, sosyal hizmet birimini toplum ruh sağlığı merkezine taşıdım ve çalışmalarımı bu alanda yoğunlaştırdım. Bu süreçte, toplum ruh sağlığı merkezinin kuruluşunda yer aldım; ilk köy ziyaretlerini gerçekleştirdim, hastaların tespit edilmesi ve merkeze davet edilmesi süreçlerini yönettim, ilk eğitim çalışmalarına katkı sağladım. Zamanla yaptığım işin doğru yerde

olduğunu fark ettim. Çünkü bir insanın hayatına dokunup zaman içindeki değişimini gözlemlemek mesleki doyum açısından bana büyük bir tatmin sağladı.”

4.13. Katılımcıların Geleceğe Yönelik Mesleki Gelişim Planlarının Değerlendirilmesi

Katılımcıların mesleki gelişim planları, akademik hedeflerden saha temelli uygulamalara, uzmanlaşma eğilimlerinden belirsizliklere kadar geniş bir yelpazede çeşitlenmektedir. Bu analiz, sosyal hizmet uzmanlarının geleceğe yönelik yönelimlerini tematik başlıklar altında inceleyerek, alandaki mesleki motivasyonları ve beklentileri görünür kılmayı amaçlamaktadır.

Tablo 28. Katılımcıların geleceğe yönelik mesleki gelişim planları

Plan Kategorisi	Katılımcı Kodları
Akademik Kariyer Hedefi (Yüksek Lisans/Doktora)	K1, K4, K6, K12, K14, K16, K17, K18
Alan Uzmanlaşması ve Eğitim Katılımı	K1, K2, K5, K6, K9, K10, K12, K18, K20
Akademik Hedefi Olmayan Mesleki Gelişim	K2, K3, K9, K11, K13, K18, K20
Mesleki Belirsizlik ve Net Plan Bulunmaması	K7, K13, K15
Ruh Sağlığı Alanında Kalıcı ve Uzun Vadeli Çalışma Hedefi	K3, K9, K14, K17, K19
Uygulamalı Proje Geliştirme ve Model Geliştirme	K19
Yayın, Araştırma ve Akademik Üretim	K1, K10, K16, K17
Alan Değişikliği Düşüncesi / Sosyal Hizmetten Uzaklaşma	K8

Tablo 28’de görüldüğü üzere, katılımcıların geleceğe yönelik mesleki gelişim planları sekiz ana kategori altında sınıflandırılmıştır.

Sekiz katılımcı, meslek yaşamlarına akademik kariyer ile yön vermek istediklerini belirtmiştir. Bu grupta yer alan K1, K4, K6, K12, K14, K16, K17 ve K18 gibi katılımcılar, yüksek lisans ve/veya doktora eğitimi yapma yönünde niyet bildirmiştir. Bu tercih, ruh sağlığı alanında uzmanlaşma ve alana kuramsal katkı sunma arzusu olarak yorumlanabilir. Bununla birlikte, dokuz katılımcı belirli alanlarda uzmanlaşma, hizmet içi eğitimlere katılım veya çeşitli kurslara yönelme gibi sürekli mesleki gelişim hedeflerinden söz etmiştir. K1, K2, K5, K6, K9, K10, K12, K18 ve K20 bu gruba dahildir.

Katılımcıların bu tercihi, bilgi ve becerilerini güncelleme, mesleki donanımı artırma ve sahadaki niteliği güçlendirme yönünde bir eğilimi göstermektedir.

Yedi katılımcı ise doğrudan akademik kariyer hedefi olmaksızın, mesleki gelişimi saha temelli deneyimlerle sürdürmeyi planladıklarını belirtmiştir. K2, K3, K9, K11, K13, K18 ve K20 gibi katılımcılar bu gruba girmektedir. Bu durum, uygulamalı sosyal hizmet anlayışının sahada mesleki tatmin yarattığını ve gelişimin yalnızca akademik zeminle sınırlı olmadığını düşündürmektedir. Buna karşılık üç katılımcı, net bir mesleki gelişim planı olmadığını ya da meslekle ilgili motivasyonlarının düşük olduğunu ifade etmiştir (K7, K13, K15). Bu durum, ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının bir kısmında mesleki belirsizlik olabileceğine işaret etmektedir. Beş katılımcı ise ruh sağlığı alanında uzun vadeli ve kalıcı biçimde çalışmayı planladıklarını belirtmiştir (K3, K9, K14, K17, K19). Bu grup, alanla mesleki bağ kuran ve uzun soluklu bir uzmanlaşma hedefleyen bireyleri temsil etmektedir. İlgi çekici biçimde yalnızca bir katılımcı (K19), uygulama temelli bir proje geliştirme fikri sunmuş ve bu alanda özgün bir merkez/uygulama modeli geliştirme hedefinden söz etmiştir. Aynı şekilde, dört katılımcı (K1, K10, K16, K17) akademik üretim (makale, araştırma, yazım) hedefiyle ilgili açık bir yönelim bildirmiştir. Bu durum, saha bilgisinin akademik bilgiye dönüşme isteğini yansıtmaktadır. Son olarak yalnızca bir katılımcı (K8), gelecekte sosyal hizmet mesleğini sürdürmeyi düşünmediğini ifade etmiş ve alan dışına yönelme isteğinden söz etmiştir.

Tüm bu bulgular, sosyal hizmet uzmanlarının mesleki gelişim planlarının oldukça çeşitlilik gösterdiğini ortaya koymaktadır. Katılımcıların bir kısmı akademik kariyer ve uzmanlaşma doğrultusunda ilerlemeyi planlarken, bir kısmı sahada etkin kalarak mesleki gelişimi sürdürebileceğine inanmaktadır. Bazı uzmanlar yenilikçi modeller geliştirmeyi hedeflerken, bazıları ise mesleki belirsizlikler ya da tükenmişlik nedeniyle net bir plan yapmamaktadır. Bu durum, sosyal hizmet mesleğinde bireysel motivasyon, kurumsal destek ve yapısal fırsatların mesleki gelişim üzerinde birlikte etkili olduğunu göstermektedir. Bulguyla ilgili doğrudan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

K4: “Şu anda doktora hazırlığı yapıyorum ve doktora yapmayı planlıyorum. Ruh sağlığı alanı sürekli değişen bir alan, bu yüzden mesleki gelişimim de değişimlere paralel olarak devam ediyor. Mezuniyetimden bu yana birçok yeni yaklaşım, bakış açısı ve kaynak ortaya çıktı. Bu kadar hızlı gelişen bir alanda her şeyi takip etmek bazen zor olabiliyor. Ancak, bu değişimleri güncel bir şekilde takip edebilmek için okulla ilişkimizi

sürdürmek bana iyi geliyor. Bu yüzden gelecekte bu konuda bir şeyler yapmayı düşünüyorum.”

K7: “Kendi mesleki gelişimimle ilgili şu an için motivasyonum oldukça düşük. Çok büyük heveslerle başladım, hatta ikinci üniversiteyi de bu alanda okuyarak geldim. Ancak mesleğe girdikten sonra, bu konuda çok ciddi bir motivasyon kaybı yaşadım. Türkiye’de sosyal hizmet uzmanlarının daha fazla değer görmesi gerektiğini düşünüyorum. Bu demoralize olmuş durumda, mesleki gelişimimi geliştirmeyi pek düşünmüyorum açıkçası.”

K12: “Gelecekte mesleki gelişimim için yüksek lisans yapmayı planlıyorum. Ne kadar fazla eğitim alırsam, birilerine o kadar faydalı olabileceğimi düşünüyorum. Akademik bir kariyer düşünmüyorum; sadece yüksek lisans eğitimi ile mesleğime devam etmek istiyorum. Amacım, danışanlarıma nasıl daha faydalı olabileceğimi öğrenmek ve bu alanda kendimi geliştirmek.”

K14: “Gelecekteki mesleki gelişimim için yüksek lisans yapmayı planlamıştım ve bu hedefimi gerçekleştirdim. Kendimi geliştirmek adına toplum ruh sağlığı alanında uzun vadeli çalışmalar yapmayı düşünüyorum çünkü bu alanı çok seviyorum. Şu an bu alanda kendimi geliştirme sürecimi sürdürüyorum. Avrupalı ekiplerden eğitimler aldım ve şu anda toplum ruh sağlığı merkezlerine yönelik eğitimler veriyorum. Bu alandaki çalışmalarımı devam ettirmeyi planlıyorum.”

K19: “Mesleğimin geleceğiyle ilgili olarak, toplum ruh sağlığı alanında önemli bir yenilik yaratma hayalim var. Bu "çiftlik modelli toplum ruh sağlığı merkezi" fikrini geliştirmektedir. Bu merkezde, bir çiftlikte çeşitli üretim yapılacaktır. Mantarlar ve tavuklar yetiştirilecek, bunları hastalar satacak. Aynı zamanda, bir tarafta tarım arazisi olacak; yazın sebze yetiştirilecek, kışın ise sera kurulacaktır. Bu ürünler de hastalar tarafından satılacaktır. Bu projenin, psikiyatri hastalarına yönelik damgalamayı ortadan kaldırmak adına çok önemli bir araç olabileceğini düşünüyorum. Ayrıca sosyal hizmet mesleğinin de pratikte nasıl uygulanabileceğini gösteren bir örnek olacağını düşünüyorum.

4.14. Sosyal Hizmet Uzmanlarının Ruh Sağlığı Alanında Çalışmak İsteyen Yeni Mezunlara Tavsiyelerinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların yeni mezunlara yönelik tavsiyeleri, ruh sağlığı alanında çalışmanın gerektirdiği bilgi, beceri ve kişisel yeterliliklere ışık tutmaktadır. Bu analiz, önerileri tematik başlıklar altında inceleyerek, mesleğe yeni adım atacak uzmanlar için alana özgü farkındalık ve hazırlık düzeyini artırmaya yönelik bir çerçeve sunmayı amaçlamaktadır.

Tablo 29. Katılımcıların yeni mezunlara tavsiyeleri

Tavsiye Kategorisi	Katılımcı Kodları
Kendini Geliştirme ve Sürekli Eğitim	K1, K5, K6, K9, K10, K11, K13, K14, K15, K16, K17, K20
Uygulamalı Deneyim ve Stajın Önemi	K1, K5, K9, K10, K12, K13
İletişim Becerileri ve İnsan İlişkileri	K1, K6, K9, K13, K15
Mesleki Sınırlar ve Profesyonel Duruş	K7, K14, K20
Duygusal Dayanıklılık ve Öz Farkındalık	K5, K6, K8, K19, K20
Ruh Sağlığı Alanına Özgü Farkındalık	K2, K3, K4, K5, K8, K14, K18, K19

Tablo’da görüldüğü üzere, sosyal hizmet uzmanlarının yeni mezunlara yönelik tavsiyeleri altı ana tema altında toplanmıştır. On iki katılımcı, kendini geliştirme ve sürekli eğitimin önemine vurgu yapmıştır. Altı katılımcı, uygulamalı deneyim kazanmanın ve staj yapmanın mesleki gelişim için önemli olduğunu belirtmiştir. Beş katılımcı, iletişim becerileri ve insan ilişkileri üzerinde durarak, bu alanlarda yetkin olmanın saha pratiği açısından değerli olduğunu ifade etmiştir. Üç katılımcı, mesleki sınırların korunması ve profesyonel duruş sergilenmesini tavsiye etmiştir. Beş katılımcı, duygusal dayanıklılık ve öz farkındalık gibi kişisel yeterliliklerin önemine dikkat çekmiştir. Sekiz katılımcı ise, ruh sağlığı alanına özgü zorluklara karşı farkındalığın geliştirilmesi gerektiğini belirtmiştir.

Sosyal hizmet uzmanlarının ruh sağlığı alanında görev yapan yeni mezunlara yönelik tavsiyeleri, mesleki uygulamaların sahadaki gereklilikleriyle örtüşen tematik alanlar etrafında yoğunlaşmaktadır. On iki katılımcı (K1, K5, K6, K9, K10, K11, K13, K14, K15, K16, K17, K20) mesleki gelişimin sürekliliğine ve kişisel bilgi birikiminin artırılmasına dikkat çekmiş; özellikle uygulamalı eğitimler, literatür takibi, psikopatoloji bilgisi ve süpervizyon desteğinin önemini vurgulamıştır. Bu durum, alanda bilgi temelli ilerlemenin temel bir unsur olarak görüldüğünü göstermektedir.

Altı katılımcı (K1, K5, K9, K10, K12, K13) mesleğe hazırlık sürecinde uygulama ve staj deneyimlerinin belirleyici olduğunu belirtmiştir. TRSM gibi ruh sağlığı odaklı kurumlarda yapılan gözlemlerin, danışan profillerine dair bilgi edinme ve ekip içi çalışmalara katılım, Alana yeni başlayacak olan sosyal hizmet uzmanlarının adaptasyon süreçlerini doğrudan etkileyen unsurlar arasında yer aldığını aktarmışlardır.

Beş katılımcı (K1, K6, K9, K13, K15) iletişim becerileri ve insan ilişkilerine vurgu yapmıştır. Bununla bağlantılı olarak beş katılımcı ise duygusal dayanıklılık ve öz farkındalık gibi psikolojik yeterliliklere dikkat çekmiştir.

Üç katılımcı (K7, K14, K20) mesleki sınırların korunması ve profesyonel tutum sergilenmesinin önemine dikkat çekmiş; özellikle görev tanımı dışındaki işlerde sınır koyabilmenin önemini belirtmiştir. Bu durum, yeni mezunların kurumsal yapı içinde kendilerini koruyabilmeleri için tutarlı ve bilinçli bir mesleki duruş geliştirmelerinin gerekli olduğunu göstermektedir.

Sekiz katılımcı (K2, K3, K4, K5, K8, K14, K18, K19) ruh sağlığı alanının özgün koşullarına dair farkındalık geliştirmenin önemini vurgulamıştır. Özellikle ağır psikiyatrik vakalarla çalışmanın getirdiği yük ve dinamikler nedeniyle bu alanda çalışmak isteyen sosyal hizmet uzmanlarının kendilerini hem bilgi hem de duygu düzeyinde hazırlamaları gerektiği belirtilmiştir.

Genel olarak değerlendirildiğinde, katılımcıların önerileri yeni mezunlara bilgi birikimiyle beraber mesleki kimliklerini geliştirmeleri, saha koşullarına hazırlıklı olmaları ve ruhsal dayanıklılık kazanmaları gerektiği şeklindedir. Bulguyla ilgili doğrudan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

K1: “Ruh sağlığı alanında çalışmak isteyen yeni mezunlara tavsiyem, kendilerini sürekli olarak geliştirmeleri olacaktır. Eğer imkanları varsa, terapi eğitimleri almalarını öneririm. Ayrıca, bu alanda staj yaparak deneyim kazanmaları çok önemli. Etkili iletişim becerileri konusunda da kendilerini geliştirmeliler, çünkü bu alanda başarılı olabilmek için güçlü bir iletişim yeteneği çok önemli.”

K4: “Ruh sağlığı alanında çalışmak isteyen yeni mezunlara şu tavsiyelerde bulunabilirim: Bu alana gelmeden önce hastalıkları ve hastaların ihtiyaçlarını iyi öğrenmeleri çok önemli. Ruh sağlığı, çok özveri gerektiren bir alandır. Diğer hastanelerde çalışmak daha kolay olabilirken, ruh sağlığı hastanelerinde gerçekten yoğun bir çalışma

temposu var. Ancak, mesleğini gerçekten severek ve doya doya yapmak isteyen herkes için ruh sağlığı alanı mükemmel bir tercih olabilir. Bu alanda çalışacak yeni mezunların, hangi hasta gruplarıyla çalışacaklarını, karşılarına çıkacak sorunları ve görüşme tekniklerini önceden öğrenmeleri faydalı olacaktır. Böylece, bu alanda daha hazırlıklı gelirler ve zorlanmazlar.”

K8: “Ruh sağlığı alanında çalışmak isteyen yeni mezunlara kesinlikle duygusal dayanıklılığı yüksek olan kişilerin çalışmasını tavsiye ederim. Bu alanda empati ile sempatiyi karıştırmamak, profesyonel bir tutum sergilemek çok önemli. Aksi takdirde, o günün işlerini eve taşıyıp kişisel yaşamını olumsuz etkileyebilirsin. Ruh sağlığı profesyonelleri, duygusal olarak güçlü olmalı; çünkü bu alandaki zorluklar bazen çok ağır olabilir.”

K9: “Yeni mezunların öncelikle ön yargılarını kırmaları gerekiyor. Bu da genellikle sahada birebir deneyim kazanarak, farklı hasta profilleriyle karşılaşarak mümkün olur, ayrıca gelişime açık olmaları çok önemli. Üniversitede aldıkları eğitim, sahada karşılaşacakları hasta profilleriyle birebir örtüşmeyebilir. Bu nedenle, çalıştıkları alandaki hastalıkları tanımaları gerekir. Bir hekim ya da hemşire düzeyinde olmasa da bipolar bozukluğun, psikozun veya bağımlılığın ne anlama geldiğini bilmeleri ve bu konularda kendilerini geliştirmeye açık olmaları büyük önem taşır.”

K15: “Yeni mezunlara tavsiyem, mesleki rollerini ve görevlerini iyi bir şekilde bilmeliler. Kendi sorumlulukları dışında verilen görevleri, bu işlerin kendilerinin sorumluluğunda olmadığını net bir şekilde ifade edebilecek duruma gelmeliler. Mesleki sınırlar bilinmediğinde, bu sınırlar ihlal edilip sosyal hizmet uzmanına gereksiz yükler verilebiliyor. Bu da ekip çalışmasına zarar vererek iş yerinde huzursuzluk yaratabiliyor.”

5.TARTIŞMA

Ruhsal hastalıklar, bireylerin duygu, düşünce ve davranışlarında kalıcı ve alışılmışın dışında değişimlerle kendini gösteren, şizofreni, bipolar bozukluk ve depresyon gibi çeşitli rahatsızlıkları kapsayan durumlardır. Bu hastalıklar, bireyin günlük yaşamındaki işlevselliğini olumsuz etkileyerek sosyal ilişkilerde bozulmalara, ekonomik sıkıntılara ve aile içi dengelerde sorunlara yol açabilir. Aynı zamanda, bireylerin hastalıklarını anlamlandırmalarını zorlaştırarak kaygı, korku ve sosyal izolasyon gibi olumsuz duygusal tepkilere neden olabilir (Oral ve Tuncay, 2012). Ruhsal rahatsızlıkların etkili bir biçimde ele alınabilmesi ise, yalnızca biyolojik belirtilerin hedeflenmesiyle sınırlı kalmamalı; bireyin psikolojik durumunu ve sosyal koşullarını da dikkate alan, bütüncül bir değerlendirme sunan biyopsikososyal model temelinde gerçekleştirilmelidir. Ruh sağlığı alanında uzmanlaşmış sosyal hizmet uygulamaları, psikiyatrik tanı almış bireylerin çok yönlü ihtiyaçlarını ele almayı amaçlayan profesyonel bir müdahale alanıdır. Bu hizmet biçimi, kişinin hastalıkla bağlantılı sosyal, psikolojik, ekonomik ve hukuki sorunlarıyla baş edebilmesi için destek sağlar. Uzmanlar, hem koruyucu faaliyetlerde yer alır hem de tedavi, bakım ve rehabilitasyon süreçlerinde danışanın yaşamını bütüncül biçimde değerlendirerek sürece katkı sunar (Abay ve Çölgeçen, 2018). Psikiyatrik sosyal hizmet, ruh sağlığı alanında hizmet sunan multidisipliner ekipler içerisinde sosyal hizmet uzmanlarının özgün bilgi ve becerileri doğrultusunda şekillenen bir uygulama alanıdır. Sosyal hizmet uzmanları, bireyin yalnızca ruhsal belirtileriyle değil, aynı zamanda sosyal çevresi, yaşam koşulları, aile ilişkileri ve toplumsal kaynaklarla etkileşimi üzerinden bütüncül bir değerlendirme yaparak müdahalede bulunurlar. Bu bağlamda sosyal hizmet uzmanları; psikoeğitim, vaka yönetimi, savunuculuk, danışmanlık ve kaynak yönlendirme gibi mesleki görevlerini yerine getirerek bireyin tedavi sürecine aktif katılımını desteklemektedir. Aynı zamanda sosyal hizmet uzmanları, bireylerin toplumsal yaşama katılımını artırmaya yönelik çalışmalarla, hem bireysel düzeyde işlevselliği artırmayı hem de sosyal dışlanma ve damgalanma gibi yapısal sorunlara karşı koruyucu bir rol üstlenmektedir. Bu çerçevede sosyal hizmet uzmanlarının ruh sağlığı hizmetlerindeki varlığı, mesleki bilgi temelli yaklaşımlarıyla, tedavi sürecinin sadece klinik değil sosyal boyutunu da ele alan önemli bir katkı sağlamaktadır.

Ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının mesleki rol ve görevlerini değerlendirmek üzere çeşitli ruh sağlığı kurumlarında çalışan 20 sosyal hizmet uzmanı (12 erkek, 8 kadın) ile yarı yapılandırılmış görüşme gerçekleştirilerek uzmanların rolleri ve görevleri, gerçekleştirdikleri sosyal hizmet müdahaleleri, yaşadıkları etik ikilemler, içinde bulundukları mltdisipliner ekip çalışması ve zorlukları, istedikleri hizmetler ve nerileri hakkında çeşitli bulgular elde edilmiş ve bu bulgular doğrultusunda çeşitli sonuçlara ulaşılmıştır.

Uzmanların ruh sağlığı alanında üstlendikleri roller ve görevler, sadece kurumsal sorumluluklarla sınırlı kalmamakta; danışanla kurulan birebir ilişkiden toplumsal farkındalık faaliyetlerine kadar geniş bir yelpazede şekillenmektedir. Bu eşitlilik, uzmanların yalnızca hizmet sunan değil, aynı zamanda yönlendiren, savunan ve dönüştüren bir mesleki pozisyonda yer aldıklarını göstermektedir. Rollerini çoğunlukla danışan ihtiyaçları ve kurumun işleyiş yapısına göre uyarladıklarını ifade etmeleri, esnek bir mesleki yaklaşım benimsediklerini ortaya koymaktadır. Bu durum, sosyal hizmet uzmanlarının ruh sağlığı alanında önemli bir koordinasyon ve etki gücüne sahip olduğunu göstermektedir. Abay ve lgeen'in (2018) alışmasında sosyal hizmet uzmanlarının psikiyatrik sosyal hizmet alanındaki rolleri, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici olmak üzere üç temel düzlemde ele alınmıştır. Çalışmaya göre sosyal hizmet uzmanları; bireylerin sosyal işlevselliklerini desteklemek, toplumsal yaşama katılımı artırmak ve bireyin çevresiyle olan ilişkilerini güçlendirmek amacıyla bütüncül müdahaleler gerçekleştirmektedir. Uzmanların görevleri yalnızca danışanla birebir çalışmayı değil, aynı zamanda aile desteği, kaynaklara yönlendirme, hak temelli savunuculuk ve kurumlar arası iş birliği gibi çok katmanlı sorumlulukları da kapsamaktadır. Benzer şekilde Oral ve Tuncay (2012), çalışmasında sosyal hizmet uzmanlarının klinik ve toplumsal düzeyde bireyle çalışma, grup çalışması, savunuculuk, sosyal inceleme ve danışmanlık gibi geniş kapsamlı görevleri yerine getirdiği vurgulanmaktadır. Ayrıca, sosyal hizmetin ekolojik perspektife dayanan yapısı sayesinde uzmanların bireyin sosyal çevresiyle olan ilişkilerine bütüncül yaklaşım geliştirdiği ifade edilmektedir.

Gerçekleştirilen sosyal hizmet müdahaleleri ise sadece bireyin psikososyal ihtiyaçlarını gidermeye yönelik değil, aynı zamanda kurumsal süreçleri destekleyici nitelikte uygulanmaktadır. Görüşmelerde uzmanların vaka yönetimi, psikoeğitim, yönlendirme ve sosyal inceleme gibi çeşitli müdahale biçimlerini eş zamanlı olarak yürüttüklerini belirtmeleri, mesleki bilgi birikimlerinin ve pratik becerilerinin sahaya

etkili biçimde yansıdığını göstermektedir. Müdahale süreçlerinin çok yönlü olması, uzmanların birey odaklı çalışırken aynı zamanda sistemle ve çevresel koşullarla da etkileşim içinde olduğunu ortaya koymaktadır. Saruç ve Kaya Kılıç'ın (2015) Antalya Aşır Aksu TRSM üzerine yaptığı çalışmada da vurgulandığı gibi, sosyal hizmet uzmanları toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri kapsamında bireylerin sosyal iyilik hallerini güçlendirmek amacıyla çeşitli psikososyal müdahaleler gerçekleştirmektedir. Bu hizmetler arasında bireysel görüşmeler, grup çalışmaları, hak temelli bilgilendirme, sosyal destek sistemlerine yönlendirme ve ev ziyaretleri öne çıkmaktadır.

Etik ikilemler ise uzmanların uygulamada en sık karşılaştıkları güçlüklerden biri olarak öne çıkmaktadır. Özellikle hasta hakları, mahremiyet, gönüllülük ilkesi ve mesleki bağımsızlık gibi değerler bağlamında yaşanan ikilemler, uzmanların karar alma süreçlerinde zaman zaman yalnız kaldıklarını ve destek mekanizmalarının yetersiz olduğunu hissettiklerini göstermektedir. Mesleki etik ilkelerin pratikte tam olarak uygulanabilmesi için kurumsal destek ve meslek içi danışma mekanizmalarının güçlendirilmesine duyulan ihtiyaç dikkat çekmektedir. Dursun ve ark. (2022), sosyal hizmet uzmanlarının büyük çoğunluğunun mesleki uygulamalar sırasında etik ikilemlerle karşılaştığını ve bu ikilemlerde doğru kararı vermekte zorlandıklarını belirtmektedir. Özellikle danışan yararı ile yasal düzenlemeler arasındaki çatışmalar, uzmanları kararsızlığa sürüklemekte ve uygulamada etik rehberlik ihtiyacını artırmaktadır. Etik karar verme süreçlerinde yaşanan bu belirsizlikler, sosyal hizmet uzmanlarının yalnızca teknik bilgiye değil, aynı zamanda güçlü bir etik değerlendirme yetisine ve değer temelli karar alma becerilerine sahip olmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Multidisipliner ekip çalışması, sosyal hizmet uzmanlarının ruh sağlığı alanında iş birliği temelinde çalıştıkları önemli bir yapı olarak değerlendirilmektedir. Literatürde, psikiyatri alanında ekip çalışmasının kaçınılmaz bir gereklilik olduğu belirtilmiştir (Saruç ve Duyan: 2009). Ancak uzmanların çoğu, ekip içinde mesleki rollerinin yeterince tanınmadığını ve zaman zaman ikincil planda bırakıldıklarını belirtmiştir. Bu durum, sosyal hizmetin ekip içindeki eşitlikçi konumunun güçlendirilmesi gerektiğine işaret etmektedir. Özdemir'in, (1999), çalışmada benzer şekilde ekipte yer alan psikolog, sosyal hizmet uzmanı, hemşire ve psikiyatristlerin ekip çalışmasının önemini vurguladıkları ancak bu konuda yeterli bilgiye sahip olmadıkları tespit edilmiştir. Mesleki sınırların netleştirilmesi ve ekip içi rol dağılımının şeffaf şekilde yapılması, hem

uzmanların iş doyumunu hem de hizmet kalitesini artırabilecek önemli adımlar arasında değerlendirilmektedir.

Uzmanların hizmet sunumu sırasında karşılaştıkları zorluklar ise hem yapısal hem de mesleki düzeyde ele alınabilir. Katılımcılar, personel eksikliği, yüksek vaka sayısı, yetersiz kaynaklar ve mesleki görünürlük sorunlarının müdahale süreçlerini zorlaştırdığını belirtmiştir. Ayrıca, mesleki rolün kurumsal yapılar içinde tam olarak yerleşmemiş olması, uygulamada belirsizlikler yaratmakta ve sosyal hizmet uzmanlarının inisiyatif alanını kısıtlamaktadır. Bu bulgu, ruh sağlığı sisteminde sosyal hizmetin daha güçlü ve tanınmış bir yer edinmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Uzmanların önerileri daha etkin bir ruh sağlığı hizmet sistemi oluşturulmasına yönelik önemli ipuçları sunmaktadır. Katılımcılar, hizmet içi eğitimlerin artırılmasını, rol tanımlarının netleştirilmesini, Ruh Sağlığı Yasasının çıkarılmasını, ekip içinde sosyal hizmetin konumunun güçlendirilmesini ve kurumsal işleyişte sosyal hizmet uzmanlarına daha fazla söz hakkı tanınmasını önermiştir. Bu öneriler, sosyal hizmetin yalnızca mevcut yapıya entegre edilmesi değil, aynı zamanda sistemin aktif bir parçası olarak yeniden yapılandırılması gerektiğine işaret etmektedir. Yanık (2007), ruh sağlığı alanında psikiyatri yatak kapasitesinin artırılması, nitelikli insan gücünün çoğaltılması ve aile temelli bakım modellerinin geliştirilmesi gibi yapısal öneriler sunmaktadır. Bu öneriler, bu çalışmada görüşülen uzmanların insan kaynağı eksikliği, erişim sorunları ve hizmet çeşitliliğine dair dile getirdiği ihtiyaçlarla büyük ölçüde örtüşmektedir. Ancak çalışmada daha çok uygulamadaki deneyimlere odaklanırken, Yanık'ın önerileri makro düzeyde sistemsel düzenlemeleri kapsamaktadır. Bu durum, hem uygulama hem politika düzeyinde ruh sağlığı alanında benzer reform taleplerinin bulunduğunu göstermektedir. Albayrak'ın (2020) çalışmasında ise ruh sağlığı alanında hizmet yapılandırma süreçlerinin çok paydaşlı ve katılımcı bir yaklaşımla ele alınması gerektiği vurgulanmakta; farkındalık çalışmaları, fon destekleri, savunuculuk ve uzman katılımının artırılması önerilmektedir.

Bu çalışma, ruh sağlığı alanında görev yapan sosyal hizmet uzmanlarının mesleki rollerini, uygulama deneyimlerini ve hizmet sistemine yönelik değerlendirmelerini doğrudan sahadan elde edilen nitel verilerle ortaya koyarak, alanyazında sınırlı sayıda bulunan saha temelli çalışmalardan biri olma özelliği taşımaktadır. Mevcut literatürde sosyal hizmetin ruh sağlığı hizmetlerindeki yeri çoğunlukla teorik düzeyde ele alınmakta;

uygulayıcıların deneyimlerine, yaşadıkları zorluklara ve önerilerine yeterince yer verilmemektedir. Bu bağlamda araştırma, sosyal hizmet uzmanlarının uygulamada üstlendikleri çok boyutlu rolleri görünür kılarak hem mesleki tanınırlık hem de ruh sağlığı politikalarının sahadaki yansımalarına ilişkin önemli bir boşluğu doldurmakta; uygulamaya dayalı bilgi üretimi açısından literatüre özgün katkı sunmaktadır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma, ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının üstlendikleri mesleki rol ve görevlerin sahadaki uygulama deneyimleri çerçevesinde değerlendirilmesini amaçlamaktadır. Literatürde ruh sağlığı alanında sosyal hizmet uzmanlarının önemine sıklıkla değinilmesine rağmen, bu uzmanların pratikte ne tür sorumluluklar üstlendikleri, ekip içindeki konumları, karşılaştıkları zorluklar ve geliştirdikleri stratejiler gibi boyutlar sınırlı sayıda çalışmada ele alınmıştır. Bu doğrultuda gerçekleştirilen bu çalışma, hem literatürdeki bu boşluğu doldurmayı hem de uygulamacıların sahadaki deneyimlerine ışık tutmayı hedeflemektedir.

Araştırmada nitel araştırma yöntemi benimsenmiş, İstanbul, Ankara, Aydın, Bolu, Elazığ, Adana ve İzmir gibi şehirlerde ruh sağlığı alanında çalışan toplam 20 sosyal hizmet uzmanıyla yarı yapılandırılmış görüşmeler yapılmıştır. Bu görüşmeler sonucunda elde edilen veriler, betimsel analiz tekniğiyle değerlendirilmiş ve elde edilen bulgular tematik başlıklar altında toplanmıştır. Elde edilen veriler doğrultusunda sosyal hizmet uzmanlarının ruh sağlığı alanında gerçekleştirdikleri bireysel, aile ve grup müdahaleleri; kurumsal koordinasyon ve ekip içi roller; kullanılan sosyal hizmet teknikleri; etik ikilemler ve süpervizyon süreçleri; çalışma koşulları ve karşılaşılan zorluklar; mesleki gelişim hedefleri ve yeni mezunlara yönelik öneriler gibi birçok tema detaylı olarak analiz edilmiştir.

Bu kapsamda tez çalışması, hem ruh sağlığı alanındaki sosyal hizmet uygulamalarının çeşitliliğini hem de sosyal hizmet uzmanlarının çok yönlü rollerini ortaya koymaktadır. Ayrıca, uygulamada karşılaşılan yapısal, kurumsal ve etik temelli sorunlar ile bu sorunlara karşı geliştirilen başa çıkma stratejileri de bütüncül bir şekilde değerlendirilmiştir. Dolayısıyla bu çalışma, ruh sağlığı alanında sosyal hizmet uygulamalarını daha görünür kılmakta ve bu alanda çalışan uzmanların deneyimlerine dayalı bir değerlendirme sunmaktadır.

Bu çalışmada ulaşılan sonuçlar aşağıda maddeler halinde özetlenmiştir:

- Ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının sahadaki mesleki rollerinin hem çok boyutlu hem de iç içe geçmiş bir yapıya sahip olduğunu

ortaya koymuştur. Nitel analizler sonucunda belirlenen sosyal inceleme, vaka yöneticiliği, bilgilendirme ve eğitim, koordine edici-bağlantı kurucu ve savunuculuk gibi rollerin, sahadaki sosyal hizmet uygulamalarıyla yakından örtüştüğü görülmektedir. Sosyal inceleme rolü kapsamında uzmanların, ev ziyaretleri, sosyal işlevsellik değerlendirmesi, hukuki süreçlere katkı ve müdahale planlaması gibi çok yönlü faaliyetler yürüttüğü, bu sürecin hem mesleki karar alma mekanizmasını hem de kurumsal işleyişi şekillendirdiği dikkat çekmiştir. Vaka yöneticiliği ise, bakım planı oluşturma, sosyal desteklere yönlendirme ve multidisipliner ekip koordinasyonu gibi uygulamalarla danışanların hizmetlere etkin şekilde erişimini ve sürece uyumunu kolaylaştıran bir yapı sunmaktadır. Sosyal hizmet uzmanlarının bireyle ve çevresiyle kurduğu ilişkinin bütününe yönetmeye çalıştığı bu rol, hizmetlerin sürdürülebilirliğini sağlama açısından da temel bir öneme sahiptir. Bilgilendirme ve eğitimci rolü, hem bireysel danışanlara hem de aile üyelerine yönelik yürütülen psikoeğitim faaliyetlerini kapsarken; aynı zamanda toplum düzeyinde damgalamayı azaltmaya yönelik eğitim çalışmalarıyla genişlemektedir. Bu durum, sosyal hizmet uzmanlarının eğitici rolünün bilgi aktarımıyla sınırlı olmadığını, aynı zamanda danışanların sürece etkin katılımını ve çevresel destek mekanizmalarının güçlenmesini hedeflediğini göstermektedir. Koordine edici ve bağlantı kurucu rol ise, uzmanların kurumlar arası iş birliği süreçlerinde aktif pozisyonlar üstlenmesini; barınma, sağlık, sigorta ve sosyal yardımlara erişim gibi hizmetlerin sürdürülebilirliği açısından stratejik bir sorumluluk taşıdıklarını ortaya koymaktadır. Savunuculuk rolü kapsamında ise sosyal hizmet uzmanlarının sadece bireyin haklarını korumakla kalmayıp, aynı zamanda adli süreçlerde, kurum bakımına yönlendirmede, sosyal haklara erişimde ve toplumsal damgalamayla mücadelede etkin bir pozisyonda yer aldıkları görülmektedir. Elde edilen tüm bu sonuçlar ışığında, sosyal hizmet uzmanlarının ruh sağlığı alanındaki mesleki pratiklerinin danışanla sınırlı olmayan, ekip içi işleyişten toplumsal farkındalık çalışmalarına uzanan geniş bir sorumluluk ağı içerdiği ve bu rollerin sosyal hizmet mesleğinin çok disiplinli sahalardaki görünürlüğünü ve etkinliğini belirgin şekilde artırdığı sonucuna ulaşılmıştır.

- Sosyal hizmet uzmanlarının ruh sağlığı alanında gerçekleştirdiği müdahaleler değerlendirildiğinde, uzmanların çok düzeyli, çok aktörlü ve sistemle entegre

biçimde yapılandırılmış müdahale pratikleri yürüttüğü görülmektedir. Mikro düzeyde bireysel görüşmeler ve psikososyal destek uygulamaları uzmanların temel mesleki araçlarından biri olarak öne çıkmakta, danışanla kurulan güven temelli ilişki hem duygusal dayanıklılığın desteklenmesini hem de sosyal işlevselliğin artırılmasını hedeflemektedir. Aynı zamanda sosyal haklara erişim, kurum bakımına yönlendirme ve sosyal inceleme gibi uygulamalar, sosyal hizmetin yalnızca bireyi değil, danışanı çevreleyen yapısal faktörleri de dikkate alan müdahale anlayışını yansıtmaktadır. Aile ve grup düzeyinde yürütülen müdahalelerde ise, psikoeğitim faaliyetleri ve destekleyici grup çalışmaları öne çıkmakta; özellikle bakım verenlerin bilgilendirilmesi, aile içi rollerin netleştirilmesi ve sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesi uzmanların öncelikli sorumluluk alanları arasında yer almaktadır. Kurumsal iş birliği ve koordinasyon faaliyetleri, sosyal hizmet uzmanlarının danışanların hizmet sistemine entegrasyonunu sağlayan ve çoklu kurumlarla etkili iletişim kurabilen profesyoneller olduğunu göstermektedir. Bu süreçte sosyal yardımlar, eğitim-istihdam yönlendirmeleri, belediye destekleri ve adli kurumlarla yürütülen koordinasyon görevleri, sosyal hizmetin makro düzeyde işlevselliğini ortaya koymaktadır. Toplum temelli hizmetlerde ise uzmanlar; farkındalık çalışmaları, damgalamayla mücadele, ev ziyaretleri ve sosyal etkinlikler aracılığıyla hem koruyucu sosyal hizmet yaklaşımını hayata geçirmekte hem de ruh sağlığı alanındaki toplumsal dışlanmayı önlemeye yönelik stratejiler geliştirmektedir. Tüm bu sonuçlar, sosyal hizmet uzmanlarının müdahalelerinin bireysel, aile, kurumsal ve toplumsal boyutlarda sosyal kapsayıcılık ve dönüşüm hedeflediğini ortaya koymaktadır. Müdahalelerin mikrodan makroya yayılan bu çok katmanlı yapısı, sosyal hizmet mesleğinin ruh sağlığı alanındaki yerini hem destekleyici hem de dönüştürücü bir aktör olarak güçlendirmektedir.

- Ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının karşılaştıkları vakalara ve kullandıkları müdahale yöntemlerine ilişkin sonuçlara bakıldığında, uygulamaların oldukça çeşitlendiği ve danışan ihtiyaçlarına göre şekillendiği görülmektedir. Psikiyatrik rahatsızlıklar, madde bağımlılığı, ihmal-istismar, toplumsal dışlanma ve hukuki bakım süreçleri gibi çok yönlü vakalarla karşılaşan uzmanlar; bireysel görüşme, sosyal inceleme, güçlendirme yaklaşımı, ev ziyareti ve psikoeğitim gibi farklı teknikleri bir arada kullanmaktadır. Özellikle ağır psikiyatrik vakalarda bireysel müdahaleler ve

destekleyici görüşmeler öne çıkarken, sosyal içerikli ve hukuki vakalarda yönlendirme, kurumsal iş birliği ve planlı müdahale yöntemleri tercih edilmektedir. Bu durum, sosyal hizmet uzmanlarının bireyle sınırlı kalmayan; çevresel, toplumsal ve yapısal faktörleri de kapsayan bir müdahale anlayışı benimsediğini ve vaka niteliğine göre uygulamalarını esnek biçimde şekillendirdiğini göstermektedir.

- Ruh sağlığı alanında hizmet sunan multidisipliner ekiplerin; psikiyatrist, psikolog, hemşire ve sosyal hizmet uzmanı gibi temel ruh sağlığı profesyonellerinin yanı sıra, ergoterapist, çocuk gelişimci, sanat eğitmeni ve idari personel gibi çeşitli meslek gruplarını kapsayacak şekilde yapılandığı görülmektedir. Sosyal hizmet uzmanları bu ekiplerde sosyal inceleme, raporlama ve ihtiyaç değerlendirme; kurumlar arası yönlendirme ve danışan savunuculuğu; sosyal işlevsellik ve çevresel değerlendirme; vaka yöneticiliği ve ekip eşgüdümü ile grup çalışmaları gibi beş temel rolde aktif olarak görev almaktadır. Bu roller doğrultusunda sosyal hizmet uzmanları, ekip içinde yalnızca destekleyici bir pozisyonda yer almamakta, aynı zamanda danışan merkezli bilgiyi kurumsal sürece entegre eden ve ekip kararlarını yönlendiren bir aktör olarak konumlanmaktadır. Ayrıca, sosyal hizmet uzmanlarının görev tanımları kuruma göre değişmekte; bazı kurumlarda mesleki uzmanlık esasına göre iş bölümü yapılırken, bazı yapılarda görevler hekimin yönlendirmesiyle şekillenmekte ya da tüm ekip üyeleri arasında eşit vaka paylaşımı esas alınmaktadır. Tüm bu bulgular, sosyal hizmet uzmanlarının hem belirli uzmanlık alanlarında derinleşebildiğini hem de kurum içi yapıların gerektirdiği durumlarda esnek ve çok yönlü görevler üstlenebildiğini göstermektedir.
- Sosyal hizmet uzmanlarının çalıştıkları kurumlarda yöneticiler ve ekip üyeleri tarafından nasıl algılandıklarına dair elde edilen veriler değerlendirildiğinde, sosyal hizmet mesleğine yönelik yaklaşımların genellikle olumlu olmakla birlikte, bu olumlu algının tüm kurumsal yapılarda eş düzeyde gelişmediği görülmektedir. Katılımcıların büyük bölümü, sosyal hizmet uzmanlarının ekip içinde görünürlük kazandığını ve mesleki katkılarının desteklendiğini ifade etmiştir. Ancak bazı katılımcılar, mesleki sınırların belirsizliği, yönetsel destek eksikliği ve yapısal sınırlılıklar nedeniyle uygulamalarda çeşitli engellerle karşılaştığını belirtmiştir. Ayrıca bazı kurumlarda mesleğe dair algının zaman içinde olumluya evrildiği gözlemlenmiş; bu da sosyal hizmetin kurumsal

kabulünün süreç içinde geliştiğini göstermektedir. Sosyal hizmet uzmanlarına yönelik algının, yalnızca mesleki yeterlilikle değil, aynı zamanda kurumsal organizasyon ve ekip dinamikleriyle de şekillendiği sonucuna ulaşılmıştır

- Multidisipliner ekiplerle yürütülen iş birliği süreçlerinde sosyal hizmet uzmanlarının çeşitli güçlüklerle karşılaştığı; bu güçlüklerin ekip dinamiklerinden, kurumsal yapılardan ve mesleğin tanınırlığına ilişkin durumlardan kaynaklandığı görülmektedir. Katılımcıların aktarımlarına göre, en sık karşılaşılan sorunlar arasında mesleki tanınırlık eksikliği, görev alanlarının net tanımlanmamış olması, farklı meslek gruplarıyla yaşanan yetki karmaşaları ve özellikle psikiyatri uzmanlarıyla iletişim temelli problemler yer almaktadır. Bazı katılımcılar, sosyal hizmet mesleğinin ekip içinde yeterince bilinmediğini, bu nedenle mesleki sınırlarının zaman zaman ihlal edildiğini ve kendi rollerine yönelik müdahale girişimlerinin gerçekleştiğini ifade etmiştir. Bunun yanı sıra, sosyal hizmet uzmanlarının sosyal inceleme ve raporlama görevlerinin yoğunluğu nedeniyle iş yükü baskısı yaşadıkları ve bu durumun mesleki tükenmişliği tetikleyebildiği belirtilmiştir. Ayrıca, kurum içi yapısal sorunlar, hiyerarşik engeller ya da karar alma süreçlerine sosyal hizmetin dâhil edilmemesi gibi sistemsel düzeyde yaşanan aksaklıkların da mesleki işleyişi olumsuz etkilediği anlaşılmaktadır. Sosyal hizmet uzmanlarının bu zorluklara karşı geliştirdiği başa çıkma stratejileri incelendiğinde, farklı düzeylerde geliştirilen yöntemlerin uygulamada karşılık bulduğu görülmektedir. Katılımcıların önemli bir kısmı, ekip üyeleriyle kurdukları iletişimde mesleki rolü açıklayıcı bir dil kullanarak sosyal hizmetin katkı alanlarını görünür kılmayı hedeflediklerini belirtmiştir. Özellikle tanınırlık sorunu yaşayan uzmanların, düzenli bilgi paylaşımı ve vaka temelli katkılarla ekip içindeki mesleki farkındalığı artırmaya çalıştığı anlaşılmaktadır. Görev alanı çakışmalarına karşı geliştirilen başa çıkma stratejileri arasında ise, mesleki sınırları koruma ve görev tanımı dışındaki talepleri yönetme çabaları öne çıkmaktadır. Bazı katılımcılar, ekip içinde yaşanan belirsizliklere rağmen inisiyatif olarak pratik çözümler üretme yoluna gittiklerini ve bu tutumun, ekip işleyişinin aksamaması adına tercih edildiğini ifade etmiştir. Öte yandan, kurum içi ya da sistemsel düzeyde yaşanan yapısal sorunlarla başa çıkabilmek amacıyla üst birimlerle iletişim kurarak çözüm arayışında bulunan katılımcıların varlığı da dikkat çekmektedir. Bu tür savunuculuk temelli

yaklaşımlar, sosyal hizmetin sadece birey düzeyinde değil, kurumsal ve sistemsel bağlamda da işlevsel bir rol üstlendiğini göstermektedir. Multidisipliner ekip yapısı içinde sosyal hizmet uzmanlarının karşılaştığı zorlukların çok boyutlu olduğu ve bu zorluklara karşı geliştirilen stratejilerin mesleki bilinç, iletişim becerisi ve sorumluluk anlayışıyla şekillendiği söylenebilir. Uzmanların ekip içindeki mesleki rollerini görünür kılmak, sınırlarını korumak ve iş birliğini sürdürülebilir hale getirmek amacıyla geliştirdiği tutumlar, ruh sağlığı alanında verilen hizmetlerin niteliğini doğrudan etkileyen faktörler arasında yer almaktadır. Bu çerçevede, sosyal hizmet uzmanlarının ekip içindeki mesleki konumlarını güçlendirme yönündeki çabalarının, bireysel ve yapısal düzeyde katkı sağlayan bir niteliğe sahip olduğu sonucuna ulaşılmaktadır.

- Ruh sağlığı alanında sosyal hizmet uzmanlarının karşılaştığı başlıca zorluklar arasında duygusal yüklenme, tükenmişlik ve ikincil travma yer almaktadır. Bu durumun özellikle ağır vakalarla çalışan uzmanlarda sık görüldüğü, öz bakım ve profesyonel sınır koyma stratejileriyle bu yükün azaltılmaya çalışıldığı görülmektedir. Ayrıca, sistemsel yetersizlikler ve mevzuat boşlukları nedeniyle uygulamalarda aksaklıklar yaşandığı, ekip içi iletişim ve kurumsal iş birliği girişimleriyle bu sorunlara çözüm arandığı tespit edilmiştir. Ruhsal bozuklukların doğasından kaynaklı iletişim güçlüklerinin, danışan merkezli ve güven temelli yaklaşımlarla aşmaya çalışıldığı anlaşılmaktadır. Toplumsal damgalama ve ailelerin önyargılı tutumları, psikoeğitim ve farkındalık çalışmalarıyla giderilmeye çalışılmaktadır. Kurumlar arası koordinasyon eksikliği ve fiziksel yetersizlikler, özveri temelli bireysel çabalarla dengelenmektedir. Alana yeni başlayan uzmanlar ise bilgi eksikliklerini mesleki öğrenmeye yatırım yaparak kapatma yoluna gitmektedir. Ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının hem bireysel hem kurumsal kaynaklı çok boyutlu zorluklarla karşılaştığı; bu zorluklara karşı aktif, çözüm odaklı ve profesyonel yaklaşımlar geliştirdiği görülmektedir. Ancak bireysel çabaların sürdürülebilirliği için yapısal desteklerin güçlendirilmesi gerekmektedir.
- Sosyal hizmet uzmanlarının ruh sağlığı alanındaki mesleki deneyimleri, etik karar alma süreçleri açısından pek çok ikilemi beraberinde getirmektedir. Katılımcı ifadelerine göre en sık karşılaşılan etik sorun, danışan özerkliği ile

koruyucu müdahale arasındaki dengeyi sağlamaya yöneliktir. Uzmanlar, özellikle ağır ruhsal bozukluğu olan bireylerde kendi kararlarını verme yeterliliği sorgulanan durumlarla karşılaştıklarında, müdahalenin gerekliliği ile bireysel özgürlük hakkı arasında etik bir değerlendirme yapmak zorunda kalmaktadır. Bu tür ikilemlerle karşılaşan katılımcıların büyük kısmı, karar süreçlerinde hasta yararını önceliklendirme yaklaşımını benimseyerek, müdahalenin etik sınırlar içinde kalmasına dikkat etmektedir. Gizlilik ilkesi ile bilgi paylaşımı gerekliliği arasında yaşanan çatışmalar da önemli bir diğer etik sorunsal olarak dikkat çekmektedir. Özellikle danışan güvenliği ya da üçüncü kişilerin zarar görme riski söz konusu olduğunda bilgi paylaşımının sınırları tartışma konusu olmaktadır. Bu gibi durumlarda uzmanlar, sınırlı ve hedefe yönelik bilgi paylaşımını tercih ederek etik ilkelere bağlı kalmayı hedeflemektedir. Bazı katılımcılar, multidisipliner ekip iş birliği ve kurumlar arası koordinasyon aracılığıyla bu ikilemlerin çözümüne yönelik daha bütüncül bir yaklaşım geliştirmektedir. Yasal ve kurumsal sınırlılıkların hasta yararına müdahale ile çelişmesi, bir diğer dikkat çekici etik ikilem olarak öne çıkmaktadır. Özellikle bakım merkezlerine yönlendirme, zorunlu yatış kararı veya kurumların ticari yaklaşımlarının danışan haklarını ihlal edebilecek yapılar oluşturması gibi durumlar, sosyal hizmet uzmanlarını ciddi vicdani ve mesleki ikilemlerle karşı karşıya bırakmaktadır. Bu gibi durumlarda uzmanlar, sistemsel yetersizlikleri aşmak adına pratik ve alternatif çözümler geliştirme yoluna gitmekte; bazen danışan yararını gözetken esnek uygulamalarla kurumsal katılımın olumsuz etkilerini azaltmaya çalışmaktadır. Etik karar alma süreçlerinde danışanın bilgilendirilmesi ve sürece aktif katılımının sağlanması da katılımcıların benimsediği bir diğer yaklaşımı oluşturmaktadır. Özellikle ikna süreçleri ve danışan merkezli iletişim, özerklik hakkına duyulan saygının bir göstergesi olarak öne çıkmakta ve etik ikilemlerin çözümünde önemli bir strateji olarak değerlendirilmektedir. Sosyal hizmet uzmanlarının karşılaştıkları etik ikilemler oldukça çeşitlilik göstermekte olup, bu ikilemler karşısında geliştirilen yaklaşımlar da çok boyutlu ve durum odaklıdır. Mesleki sınırların korunmasından, ekip içi iş birliğine; danışan haklarının savunulmasından, sistemsel sorunlara yönelik esnek çözümlere kadar farklı stratejiler geliştirilmiştir. Bu da etik kararların mesleki değerler temelinde içinde bulunulan kurumsal yapı ve toplumsal bağlamın dikkate alınarak şekillendiğini

göstermektedir. Elde edilen sonuçlara göre, sosyal hizmet uzmanları etik sorunlara karşı duyarlı, reflektif ve çözüm odaklı bir mesleki tutum sergilemekte; danışan haklarını koruyucu ve insan onurunu gözetici bir yaklaşımı ön planda tutmaktadır.

- Süpervizyon uygulamasına ilişkin değerlendirmeler, sosyal hizmet uzmanlarının bu desteğe erişimde ciddi sınırlılıklar yaşadığını ve süpervizyonun mesleki gelişim açısından önemli bir ihtiyaç olduğunu ortaya koymaktadır. Düzenli ve kurumsal süpervizyon alanlar, bu sürecin bilgi, beceri ve etik farkındalık kazandırma açısından oldukça işlevsel olduğunu ifade etmiştir. Buna karşılık, süpervizyonu yalnızca meslektaş desteği, vaka paylaşımı ya da gayriresmî görüşmeler yoluyla sürdürenler de sürecin olumlu katkılarına dikkat çekmiştir. Süpervizyon alamayanlar ise bu desteğin eksikliğini özellikle duygusal yüklenme, etik karar alma ve mesleki yönelim konularında belirgin biçimde hissettiklerini vurgulamıştır. Süpervizyon, karar süreçlerini destekleyen, duygusal yükü baş etmeyi kolaylaştıran ve mesleki yeterliliği pekiştiren bütüncül bir mekanizma olarak değerlendirilmektedir. Süpervizyonun yaygınlaştırılması, özellikle ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının mesleki yeterliliğini sürdürülebilir kılmak açısından temel bir ihtiyaç olarak değerlendirilmektedir.
- Katılımcıların ruh sağlığı hizmetlerine yönelik iyileştirme önerileri, bireysel uygulama deneyimlerinden olduğu kadar hizmet sistemine dair gözlemlerinden de beslenmektedir. Özellikle ruh sağlığı yasasına yönelik talep, hizmetlerin standartlara bağlanması, hizmet sunumunda eşgüdüm sağlanması ve etik dışı uygulamaların önüne geçilmesi adına önemli bir eksikliği işaret etmektedir. Mevcut sistemde yasal çerçevenin olmayışı, hem uygulayıcıların müdahale alanını sınırlamakta hem de hizmet alan bireylerin hak temelli erişimini riskli hale getirmektedir. Damgalama ve etiketlemeye karşı mücadele önerileri, psikososyal desteklerin sadece tedavi değil, toplumsal iyileşme hedefini de kapsamı gerektiğine işaret etmektedir. Sosyal hizmet uzmanlarının görev tanımlarının netleştirilmesi gerektiğine yönelik görüşler, ekip içi rol belirsizliklerinin mesleki uygulamaları sekteye uğrattığını ortaya koymaktadır. Bu bağlamda yapılacak düzenlemelerin, hem mesleki saygınlığı artıracak hem de ekip koordinasyonunu güçlendireceği düşünülmektedir. İstihdam ve üretime katılım alanındaki öneriler, ruhsal destek süreçlerinin sosyal içermeye

mekanizmalarıyla desteklenmesi gerektiğine işaret etmektedir. Bireyin ekonomik yaşama dahil olması, sadece iyileşmeyi desteklemekle kalmamakta; aynı zamanda toplumsal damgalanmanın kırılmasında da elzem bir işlev görmektedir. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin yaygınlaştırılması ve erişilebilirliğinin artırılmasına dair öneriler, bölgesel eşitsizliklerin giderilmesi ve hizmetin sürekliliğinin sağlanması açısından önemli bulunmuştur. Bu merkezlerin hem sayıca artırılması hem de niteliksel olarak güçlendirilmesi gerektiği ifade edilmiştir. Koruyucu ve önleyici hizmetlerin geliştirilmesine yönelik görüşler, mevcut sistemin tedavi odaklı yapısının dönüşümüne işaret etmektedir. Erken müdahale, farkındalık çalışmaları ve riskli gruplara yönelik sosyal hizmet modellerinin yaygınlaştırılması önerilmiştir. Personel niteliği, hizmet içi eğitim ve süpervizyon başlıkları altında toplanan öneriler, uygulayıcıların sürekli desteklenmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Mesleki donanımın artırılması, hem bireysel müdahalelerin kalitesini yükseltecek hem de mesleki tükenmişliğin önüne geçecektir. Kurumlar arası koordinasyonun güçlendirilmesi ve yönetsel süreçlerin iyileştirilmesi ise hizmetin sürdürülebilirliği açısından öne çıkan diğer bir tema olmuştur. Hizmetlerin parçalı yapısının bütüncül ve eşgüdümlü bir yapıya evrilmesi, sistem verimliliği açısından elzem görülmektedir. Bu öneriler değerlendirildiğinde, sosyal hizmet uzmanlarının ruh sağlığı alanına yalnızca bireysel müdahale perspektifinden değil, aynı zamanda politika üretimi, sistem inşası ve toplumsal dönüşüm boyutlarıyla yaklaştıkları görülmektedir.

- Ruh sağlığı alanına yönelimi etkileyen faktörler incelendiğinde, sosyal hizmet uzmanlarının bu alana yalnızca bir görev gereği değil, aynı zamanda kişisel değerler, geçmiş deneyimler ve toplumsal sorumluluk bilinci doğrultusunda yöneldiği anlaşılmaktadır. Bilinçli tercihler, ailevi etkiler, önceki iş deneyimleri veya toplum temelli hizmetlerin kuruluş süreçlerinde aktif yer alma gibi unsurlar, uzmanların alana karşı geliştirdikleri bağlılığı derinleştirmiştir. Özellikle TRSM’lerde yürütülen rehabilitasyon odaklı çalışmaların yarattığı olumlu dönüşler, uzmanların mesleki tatminini artırarak bu alanda kalıcılığı güçlendirmektedir. Kurumsal atama ya da tesadüfi yerleştirmelerle başlayan süreçlerin bile zamanla anlamlı bir mesleki bağa dönüşmesi, bu alanda çalışmanın yalnızca teknik bir görev değil, aynı zamanda insani bir sorumluluk ve sosyal adalet arayışı olarak içselleştirildiğini göstermektedir. Bu durum, ruh

sağlığı alanında görev yapan sosyal hizmet uzmanlarının sadece mesleki değil, etik ve insani düzlemde de yüksek düzeyde bir motivasyonla hareket ettiğini ortaya koymaktadır. Bu çok boyutlu yönelim biçiminin, gelecekte alana özgü uzmanlaşma modellerinin geliştirilmesi ve mesleki sürdürülebilirliğin sağlanması açısından önemli bir referans olduğu düşünülmektedir.

- Ruh sağlığı alanında görev yapan sosyal hizmet uzmanlarının mesleki gelişim planları, farklı yönelimleri ve beklenti düzeylerini yansıtmaktadır. Bazı uzmanlar akademik kariyer hedefleri doğrultusunda lisansüstü eğitim planlamakta, bazıları ise hizmet içi eğitimler ve uygulama temelli deneyimlerle mesleki yetkinliklerini artırmayı amaçlamaktadır. Alana yönelik uzun vadeli bağlılık geliştiren katılımcılar, ruh sağlığı hizmetlerinin sunduğu profesyonel doyumla ilişkili bir istikrar sergilemektedir. Buna karşılık, mesleki motivasyon kaybı ya da gelişime yönelik net bir plan sunamayan katılımcıların varlığı, bu alanda çalışan bazı uzmanların belirsizlikler ve tükenmişlik duygusuyla karşılaşabildiğini göstermektedir. Uygulamalı proje geliştirme ve akademik üretime yönelme eğilimlerinin az sayıda da olsa dile getirilmesi, ruh sağlığı alanında yenilikçi ve model temelli yaklaşımların gelişimi açısından dikkat çekicidir. Elde edilen veriler, sosyal hizmet uzmanlarının mesleki gelişim sürecinde bireysel motivasyon, akademik fırsatlar ve kurumsal destek yapılarının bir arada belirleyici rol oynadığını ortaya koymaktadır.
- Ruh sağlığı alanında çalışmak isteyen yeni mezunlara yönelik öneriler, çalışmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının saha temelli deneyimlerinden beslenmektedir. Katılımcıların önerileri, sürekli mesleki gelişim ve eğitimlere katılım, uygulamalı deneyim ve staj fırsatlarının değerlendirilmesi, etkili iletişim becerilerinin geliştirilmesi, mesleki sınırların korunması, duygusal dayanıklılık ve öz farkındalığın artırılması ile ruh sağlığı alanına özgü yapısal ve psikososyal zorluklara karşı farkındalık geliştirilmesi yönünde şekillenmiştir. Katılımcılar, ruh sağlığı alanının teknik bilgi kadar güçlü bir içsel denge, etik duruş ve öz bakım bilinci gerektirdiğini vurgulamıştır. Bu çerçevede paylaşılan öneriler, alana yeni adım atacak uzmanların kuramsal donanımın yanı sıra duygusal ve mesleki dayanıklılık açısından da hazırlıklı olmaları gerektiğine işaret etmektedir.

Bu çalışmada elde edilen sonuçlar, ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının çok boyutlu ve uygulamaya dayalı mesleki rollere sahip olduklarını göstermektedir. Sosyal inceleme, vaka yöneticiliği, bilgilendirme ve eğitim, kurumlar arası koordinasyon ve savunuculuk gibi görevlerin, uzmanların günlük pratiklerinin merkezinde yer aldığı belirlenmiştir. Uzmanların bireyle, danışanı çevreleyen aileyle, kurum ve toplumsal yapılarla doğrudan ilişki kurduğu ve bu yapılar içinde aktif rol aldığı tespit edilmiştir. Müdahale süreçlerinin mikrodan makroya kadar geniş bir alana yayıldığı; bireysel görüşmeler, grup çalışmaları, hak temelli danışmanlık, sosyal destek mekanizmalarına yönlendirme, kurum iş birlikleri ve toplum temelli faaliyetler gibi birçok müdahalenin birlikte kullanıldığı görülmüştür. Katılımcılar, ekip çalışması içinde mesleki sınırların belirsizliği, rol çatışmaları, tanınırlık eksikliği ve yapısal engeller gibi sorunlar yaşadıklarını belirtmiş; bu zorluklara karşı iletişim, açıklık, savunuculuk ve dayanıklılık gibi stratejiler geliştirdiklerini ifade etmiştir. Ayrıca uzmanların etik ikilemlerle karşılaştıkları, bu ikilemlere karşı hasta yararını öncelikleyen ve mesleki ilkelere dayalı tutumlar geliştirdikleri anlaşılmıştır. Süpervizyon desteğine erişimin sınırlı olduğu, ancak süpervizyonun mesleki gelişim ve tükenmişliği önleme açısından ihtiyaç olarak görüldüğü belirlenmiştir. Sosyal hizmet uzmanlarının, hem ruh sağlığı alanına yönelik hem de mesleki gelişimlerine dair çeşitli öneriler sundukları, bu önerilerin uygulamadan kaynaklanan gözlemlere dayandığı ve hizmet kalitesini artırmaya yönelik olduğu görülmüştür.

Bu çalışmanın bulguları çerçevesinde, sosyal hizmet uzmanlarının ruh sağlığı alanında etkin ve önemli bir rol oynadığı görülmektedir. Ancak, ruh sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesi ve sosyal hizmet uzmanlarının mesleki rol ve görevlerinin netlik kazanabilmesi ve daha işlevsel hale gelebilmesi adına aşağıdaki öneriler sunulabilir:

1. Sosyal hizmet uzmanlarının mesleki rol ve işlevlerinin yasal ve kurumsal düzeyde netleştirilmesi: Ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının görev tanımlarının açık biçimde belirlenmesi, çok disiplinli ekiplerde yaşanan yetki çatışmalarını azaltacak ve mesleki müdahale alanlarını güçlendirecektir. Bu bağlamda, Sağlık Bakanlığı ve ilgili meslek örgütleri tarafından hazırlanacak yönetmeliklerle görev sınırlarının net bir şekilde tanımlanması gerekmektedir.
2. Sosyal hizmet uzmanlarının alandaki karar süreçlerine aktif katılımının sağlanması: Ruh sağlığı kurumlarında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının

görüşlerinin yönetsel kararlara yansması, sahaya uygun politika geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

3. Ruh sağığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının sayısının artırılması ve mesleki uzmanlaşmalarının desteklenmesi: Psikiyatrik müdahaleye bütüncül katkı sunabilmeleri için sosyal hizmet uzmanlarının alan bilgisi, psikopatolojiye ilişkin donanımı ve toplumsal kaynaklarla çalışma becerileri güçlendirilmelidir. Bu amaçla, meslek içi eğitimler, hizmet içi atölyeler ve düzenli süpervizyon uygulamaları kurumsal bir sistem dâhilinde yaygınlaştırılmalıdır.
4. Sosyal inceleme süreçlerinde hastaların yaşam çevresinde değerlendirilmesine imkân tanınması: Ruh sağığı alanında görev yapan sosyal hizmet uzmanlarının, sosyal inceleme raporlarını hazırlarken hastaları ve ailelerini kendi yaşam çevrelerinde gözlemleyebilecekleri saha temelli çalışmalara olanak sağlanmalıdır. Bu doğrultuda gerekli personel, zaman ve ulaşım gibi kaynakların kurumsal düzeyde desteklenmesi önem taşımaktadır.
5. Ruh sağığı alanına özel yasal bir çerçevenin oluşturulması: Sosyal hizmet uzmanlarının görev, yetki ve sorumluluklarını tanımlayan, kurumlar arası eşgüdümü güçlendiren ve etik uygulama ilkelerini içeren bir “Ruh Sağığı Yasası”nın yürürlüğe girmesi, alandaki hizmet sunumunun standartlaşmasını sağlayacaktır.
6. Kurumsal yapılar arası koordinasyonun güçlendirilmesi: Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, yerel yönetimler ve sivil toplum kuruluşları arasında ruh sağığı hizmetleri alanında görev paylaşımı ve iletişim mekanizmaları etkinleştirilmelidir.
7. Toplum Ruh Sağığı Merkezlerinin (TRSM) sayısının artırılması ve erişilebilirliğin güçlendirilmesi: Psikiyatrik destek ihtiyacı olan bireylerin bulundukları bölgede erişebilecekleri TRSM’lerin yaygınlaştırılması, hizmetlerin yerinden, süreklilik arz eden ve toplum temelli yürütülmesini destekleyecektir.
8. Damgalama ile mücadeleye yönelik kamu temelli farkındalık kampanyalarının artırılması: Ruhsal rahatsızlığı olan bireylerin toplumsal yaşama katılımını engelleyen önyargıların azaltılması amacıyla, medya,

eğitim kurumları ve yerel yönetimlerle iş birliği içinde bilgilendirme çalışmaları yapılmalıdır.

9. Koruyucu ve önleyici hizmet modellerine ağırlık verilmesi: Suç, bağımlılık, evsizlik gibi ikincil sosyal sorunların önüne geçebilmek adına, erken müdahaleyi hedefleyen toplum temelli sosyal hizmet programlarının geliştirilmesi önem arz etmektedir.
10. İstihdam ve üretime katılım fırsatlarının artırılması: Ruhsal rahatsızlığı olan bireylerin toplumsal yaşama katılımını desteklemek için mesleki rehabilitasyon, korumalı iş yeri, destekli istihdam gibi modeller yaygınlaştırılmalıdır.
11. Yeni mezunlara yönelik oryantasyon ve mentörlük programlarının oluşturulması: Alana yeni katılan uzmanların ruh sağlığı hizmetlerine uyum sağlamasını kolaylaştıracak yapılandırılmış programlar, hem mesleki aidiyeti hem de etik farkındalığı güçlendirecektir.

KAYNAKLAR

- Abay, A. R., & Çölgeçen, Y. (2018). Psikiyatrik Sosyal Hizmet: Koruyucu, Tedavi Edici Ve Rehabilitasyon Edici Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Çalışmacıların Rolü. *OPUS-Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 9(16), 2147-2185.
- Akarçay, D. (2013). Türkiye’de Yürütülen Ruh Sağlığı Hizmetleri Politikalarının Değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı, Ankara.
- Akdaş, İ. (2013). Şizofreni, Bipolar Affektif Bozukluk Ve Anksiyete Tanısı Almış Hastalarda Toxoplasma Gondii Prevalansının Serolojik Ve Moleküler Yöntemlerle Araştırılması (Yüksek Lisans Tezi). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir.
- Alataş, G., Karaoğlu, A., Arslan, M., & Yanık, M. (2009). Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli Ve Türkiye’de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Projesi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46(Özel Sayı), 25-29
- Albayrak, H. (2020). Toplum Ruh Sağlığında Sosyal Hizmet Uygulamaları. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 35(4), 282-292.
- Allen, R. (2014). The Role Of The Social Worker In Adult Mental Health Services. London: The College Of Social Work.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-5) (E. Köroğlu, Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Apak, H. (2018). Güçlendirme ve Maneviyata Duyarlı Sosyal Hizmet. *International Journal Of Social Science*, 67, 399-411.
- Artukoğlu Kayacan, P., & Kılıç, B. (2023). Türkiye’de Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri: Kalitatif Bir Çalışma. *Halk Sağlığı Araştırma Ve Uygulamaları Dergisi*, 1(1), 56-64. <https://doi.org/10.5281/Zenodo.10433375>
- Artukoğlu, P. (2019). Türkiye’de Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Durumu: Kalitatif Bir Çalışma (Yüksek Lisans Tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Attepe Özden, S., & İçağasıoğlu Çoban, A. (2018). Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Profesyonellerin Gözünden Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 9(3), 186-194.
- Auslander, G. (2001). Social Work In Health Care: What Have We Achieved? *Journal Of Social Work*, 1(2), 201-222.
- Avcil, C., Bulut, H., & Sayar, G. H. (2016). Psikiyatrik Hastalıklar ve Damgalama. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2, 175-202.
- Aviram, U. (2002). The Changing Role Of The Social Worker In The Mental Health System. *Social Work In Health Care*, 35, 615-632.
- Bağ, B. (2012). Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Hemşirenin Rolü: İngiltere Örneği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(4), 465-485.
- Baltacı, A. (2019). Nitel Araştırma Süreci: Nitel Bir Araştırma Nasıl Yapılır? *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5(2), 368-388.

- Başer, D., Kırlioğlu, M., & Aktaş, A. M. (2013). Sosyal Hizmet Mesleğinin Bir Uygulama Alanı Olarak Toplum Temelli Ruh Sağlığı Sistemi ve Güncel Değişimler. *Toplum Ve Sosyal Hizmet*, 24(2), 179-192.
- Baysal Doğanavşargil, G. Ö. (2013). Damgalanma ve Ruh Sağlığı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(2), 239-251.
- Baytunca, M. B., Aydın, R., & Erermiş, S. (2014). Bipolar Bozukluğun Genetik Alt Yapısı. *The Journal Of Pediatric Research*, 1(2), 49-53.
- Beder, J. (2006). Hospital Social Work: The Interface Of Medicine And Caring. New York: Routledge.
- Bekiroğlu, S. (2020). Toplum Temelli Ruh Sağlığında Toplumla Sosyal Hizmet Uygulaması: Damgalanmayla Mücadele. Ed. Ayten Kaya Kılıç. Toplum Temelli Ruh Sağlığında Sosyal Hizmet Uygulamaları İçinde. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Bekiroğlu, S. (2021). Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylere Yönelik Damgalama: Etkileyen Faktörlere ve Bireyler Üzerindeki Etkilerine Dair Kavramsal Bir Çalışma. *OPUS-Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 17(33), 595-618. <https://doi.org/10.26466/opus.825384>
- Bekiroğlu, S., & Demiröz, F. (2020a). Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinden Hizmet Alan Ağır Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerin Algıladıkları Sosyal Damgalanmanın İncelenmesi. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 24(1), 41-52.
- Bilge, A., Mermer, G., Çam, O., Çetinkaya, A., Erdoğan, E., & Üçkuyu, N. (2016). Türkiye'deki Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin 2013-2015 Yıllarının Profili. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 1-5.
- Bruntdand, G. H. (2000). Mental Health İn The 21st Century. Bulletin Of The World Health Organization, 78(4), 411.
- Bullock, S., Brestovanský, M., & Lenčo, P. (2015). Gençlik Çalışmalarında Sosyal İçerme, Çeşitlilik ve Eşitlik: İlkeler Ve Yaklaşımlar. Avrupa Komisyonu.
- Coşkun, B. (2004). Psychiatry İn Turkey. *International Psychiatry*, 3(1), 13-15.
- Cullen, L. T. (2012). The First Lady Almoner: The Appointment, Position, And Findings Of Miss Mary Stewart At The Royal Free Hospital, 1895-99. *Social History Of Medicine*, 68(4), 551-582.
- Çalık Var, E. (2018). Ruh Sağlığında Temel Kavramlar ve Psikiyatrik Sosyal Hizmetin Tarihçesi. Psikiyatrik Sosyal Hizmet. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayını.
- Çam, M. O., Küliğ, D., & Kaçmaz, E. D. (2019). Psikiyatride Vaka Yönetimi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - *Current Approaches İn Psychiatry*, 11(2), 214-222. <https://doi.org/10.18863/pgy.414600>
- Çam, O., & Çuhadar, D. (2011). Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerde Damgalama Süreci Ve İçselleştirilmiş Damgalama. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(3), 136-140.
- Çamur, G., & Ayata Küçükükücü, S. (2021). Psikiyatrik Sosyal Hizmet Amaçları-Roller-Sorumlulukları. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 463-476.
- Çıtak, E. A. (2017). Psikiyatrik Rehabilitasyon. Ed. Seda Attepe Özden, Emre Özcan. Tıbbi Sosyal Hizmet İçinde. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

- Çiçekoğlu, P., & Duran, S. (2018). Dünyada Ve Türkiye’de Toplum Temelli Koruyucu Ruh Sağlığı Hizmetleri. Ü. Barlas (Ed.), Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği (S. 8-18). Ankara: Türkiye Klinikleri.
- Dağ, İ. (2003). Türkiye’de Ulusal Ruh Sağlığı Politikaları Konusunda Yapılmış Sistematik Çalışmalar. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 11(1), 59-67.
- Danış, M. Z., & Kara, H. Z. (2016). Sosyal Hizmette Problem Çözme Yaklaşımı. *The Journal Of Academic Social Science Studies (JASS)*, (45), 1-10.
- Direk, N. (2008). Avusturalya Ve Japonya’nın Ruh Sağlığı Sistemlerine Kısa Bir Bakış. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 11(2), 19-21.
- Doğan, O. (2008). Psikiyatrik Rehabilitasyonun Toplum İçinde Uygulama Örneği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9(3), 33.
- Drake, R. E., & Latimer, E. (2012). Lessons Learned İn Developing Community Mental Health Care İn North America. *World Psychiatry*, 11(1), 47-51.
- Dursun, Y., Atamtürk, E., & Aslantürk, H. (2022). Sosyal Hizmet Uzmanlarının Etik İkilimler Karşısındaki Tutumlarının Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 19, 1–16. <https://doi.org/10.46218/Tshd.1073318>
- Duyan, V. (1996). Sağlıkta Psiko-Sosyal Boyut (Tıbbi Sosyal Hizmet). Ankara: 72 TDFO.
- Ensari, H., & Akgün, M. (2020). Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri. Ed. Ayten Kaya Kılıç. Toplum Temelli Ruh Sağlığında Sosyal Hizmet Uygulamaları İçinde. Ankara: Nobel Yayıncılık
- Erbay, E., & Tuncay, T. (2010). İnsan Hakları Eğitimi: Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Bir Değerlendirme. *TAAD*, 1(3), 147-162.
- Erdeniz, E. (2021). Toplum Ruh Sağlığı Merkezine Devam Eden Hastaların COVID-19 Pandemi Sürecinden Etkilenme Durumları (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Erkoç, Ş., Kardeş, F., & Artvinli, F. (2010). Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Kısa Tarihi. *Düşünen Adam*, 25. Yıl Özel Sayı, 1-12.
- Eyüboğlu, A. A. (2017). Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Evlilik İlişkisi Ve Sosyal Hizmet Gereklerinin Üzerine Bir Araştırma (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: İstanbul Üniversitesi.
- Gençtan, E. (2015). Psikodinamik Psikiyatri ve Normal Dışı Davranışlar. İstanbul: Metis Yayıncılık.
- Glynn, S. M., Cohen, A. N., Dixon, L. B., & Niv, N. (2006). The Potential Impact Of The Recovery Movement On Family Interventions For Schizophrenia: Opportunities And Obstacles. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 451-463.
- Gözen, Ö., & Buz, S. (2020). Türkiye’de Koruyucu Ve Önleyici Ruh Sağlığı Uygulamaları: Sosyal Hizmet Uzmanları ve Hastaların Deneyimlerine Dair Nitel Bir Araştırma. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12(1), 18-42. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/pgy/issue/48355/662628>
- Gültekin, B. K. (2010). Ruhsal Bozuklukların Önlenmesi: Kavramsal Çerçeve ve Sınıflandırma. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(4), 583-594.
- Hasgöl, E. (2017). Tıbbi Sosyal Hizmet Ortamlarında Sosyal İnceleme Raporu ve Kayıt. *Kastamonu Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 18(1), 363-374. (ICEBSS Özel Sayı).

- Hope, R. (2004). The Ten Essential Shared Capabilities: A Framework For The Whole Of The Mental Health Workforce. London: DH Publications.
- <https://tektiklabilgielinde.saglik.gov.tr/Ruh-Sagligi/Toplum-Ruh-Sagligi-Merkezleri-Trsm-Taniyalim.Html> Erişim Tarihi: 10.02.2025
- Karabulut, N. (2013). Toksoplazma Ve Şizofreni. *Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti Dergisi*, 43(2), 39-44.
- Karataş, S., & Çalışkan, B. B. (2020). Toplum Ruh Sağlığı Modelleri: Dünyada ve Türkiye’deki Mevcut Durum. *Türkiye Klinikleri Journal Of Internal Medicine*, 5(1), 34-41.
- Karataş, Z. (2015). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. *Manevi Temelli Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 1 (1), 62–80.
- Kaya, B., & Kaya, M. (2007). 1960’lardan Günümüze Depresyonun Epidemiyolojisi: Tarihsel Bir Bakış. *Klinik Psikiyatri*, 10(6), 3-10.
- Keçeci, G. (2017). Makro Sosyal Hizmet Uygulamasında Kullanılan Modeller, Teknikler ve Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rollerini. *Toplum Ve Sosyal Hizmet*, 28(1), 187-201.
- Kesebir, S., İnanç, L., Bezgin, Ç. H., & Cengiz, F. (2013). Kadınlarda Bipolar Bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(2), 220-231. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/115052>
- Kılıç, S. (2013). Örneklem Yöntemleri. *Journal of Mood Disorders*, 3(1).
- Koşar, N. G. (1987). Sosyal Kişisel Çalışmada Vaka Kayıtları. *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Dergisi*, 5(1), 35-48.
- Köknel, Ö. (2000). Günlük Hayatta Ruh Sağlığı. İstanbul: Alfa Yayınları.
- Kümbetoğlu, B. (2008). Sosyolojide ve Antropolojide Niteliksel Yöntem Ve Araştırma. (2. Baskı). İstanbul: Bağlam Yayıncılık.
- Larson, G. (2008). Anti-Oppressive Practice İn Mental Health. *Journal Of Progressive Human Services*, 19(1), 39–54.
- National Association Of Social Workers (NASW). (2005). NASW Standards For Clinical Social Work İn Social Work Practice. Washington, DC: NASW Press.
- Nehir, S. (2020). Ruhsal Bozukluklar II. Ed. Ayten Kaya Kılıç. Toplum Temelli Ruh Sağlığında Sosyal Hizmet Uygulamaları İçinde. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Nişancı, A. (2019). Ruh Sağlığı Alanında İyileşme Yaklaşımı ve Psikiyatrik Sosyal Hizmet. *Toplum Ve Sosyal Hizmet*, 30(1), 231-259.
- NYS Office Of Mental Health. (2008). Bipolar Disorder. New York: New York State Office Of Mental Health.
- Oral, M., & Tuncay, T. (2012). Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rol ve Sorumlulukları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 23(2), 93-114.
- Özdemir, M. (2010). Nitel Veri Analizi: Sosyal Bilimlerde Yöntembilim Sorunsalı Üzerine Bir Çalışma. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1), 323-343.
- Özdemir, U. (1999). Psikiyatri Tedavi Ekibinin "Ekip Çalışması" Kavramına İlişkin Kendi Bilgilerini ve Çalıştıkları Psikiyatri Tedavi Kurumlarını Değerlendirmeleri. *Kriz Dergisi*, 7(2), 17-24.

- Özdemir, U. (2016). Psikiyatrik Sosyal Hizmet. İstanbul Üniversitesi AUZEF Yayınları.
- Özden, A. S. (2017). Psikiyatri Kliniğinde Sosyal Hizmet Uygulamaları. Ed. Seda Attepe Özden ve Emre Özcan. Tıbbi Sosyal Hizmet İçinde. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Özden-Attepe, S. (2015). Koruyucu Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Sosyal Hizmetin Rolü. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 26(1), 191-204.
- Öztürk, M. O., & Uluşahin, A. (2008). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları (11. Bs.). Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.
- Padhy, S., & Hedge, A. (2015). Şizoafektif Bozukluk: Kavramın Ortaya Çıkışı ve Güncel Durumu. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 26(2), 131-137.
- Parker, G. (2019). How Well Does The DSM-5 Capture Schizoaffective Disorder? *Canadian Journal Of Psychiatry*, 64(9), 607-610. https://www.Researchgate.Net/Publication/333729287_How_Well_Does_The_DSM-5_Capture_Schizoaffective_Disorder
- Payne, M. (1991). Modern Social Work Theory: A Critical Introduction. New York: Macmillan.
- Polat, A. (2022). Nitel Araştırmalarda Yarı-Yapılandırılmış Görüşme Soruları: Soru Form ve Türleri, Nitelikler ve Sıralama. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 22(Özel Sayı 2), 161-182.
- Saruç, S., & Duyan, V. (2009). Psikiyatride Ekip Çalışması ve Sosyal Hizmet Bakış Açısı. *Kriz Dergisi*, 17(1), 37-44.
- Saruç, S., & Kılıç, A. K. (2015). Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden Hizmet Alan Hastaların Sosyal Profili ve Merkezde Verilen Hizmetler. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 26(2), 53-72.
- Saunders, J. C. (2003). Families Living With Severe Mental İllness: A Literature Review. *Issues İn Mental Health Nursing*, 24(2), 175-198.
- Sheafor, B. W. Ve Horejsi, C. J. (2015). Sosyal Hizmet Uygulaması Temel Teknikler ve İlkeler. 2. Baskı. (D. B. Çiftci, Ed.). Ankara: Nika Yayınevi
- Songur, C., Saylavcı, E., & Kıran, Ş. (2017). Avrupa’da Ve Türkiye’de Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi. *Social Sciences Studies Journal*, 3(4), 276-289.
- Soygür, H. (2016). Türkiye’de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri: Quo Vadis? *Archives Of Neuropsychiatry*, 53(1), 1-3. <https://doi.org/10.5152/Npa.2016.8770>
- Summakoglu, D., & Ertugrul, B. (2018). Şizofreni ve Tedavisi. *Lectio Scientific Journal Of Health And Natural Sciences*, 1(2), 43-61.
- Sundaraman, R. (2009). U.S. Mental Health Delivery System İnfrastructure: A Primer. Congressional Research Service.
- Şahin, F. (2001). Sosyal Hizmette Güçler Perspektifi Ve Çözüm Odaklı Mülakat. *Aile Ve Toplum*, 1(4), 1-13.
- Şahin, Ş., & Elboğa, G. (2019). Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden Yararlanan Hastaların Yaşam Kalitesi, Tıbbi Tedaviye Uyumu, İlgörü ve İşlevsellikleri. *Çukurova Medical Journal*, 44(2), 431-438.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011). Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). Sağlık Bakanlığı Yayınları. http://Ahmetsaltik.Net/Arsiv/2014/07/ULUSAL_RUH_SAGLIGI_EYLEM_PLANI_2011-2023.Pdf

- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011a). Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge. <https://Www.Saglik.Gov.Tr/TR,11269/Toplum-Ruh-Sagligi-Merkezleri-Hakkinda-Yonerge.Html> Erişim Tarihi: 08.02.2025.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011b). Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi. <https://Dosyasb.Saglik.Gov.Tr/Eklenti/1349,İmg071372pdf.Pdf?0>. Erişim Tarihi: 15.02.2024.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2012). Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri İçin Çalışma Rehberi. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları. https://Www.İstanbulSaglik.Gov.Tr/W/Sb/Tedk/Pdf/TRSM_Rehber.Pdf Erişim Tarihi: 08.02.2025.
- Tekin, H. H. (2006). Nitel Araştırma Yönteminin Bir Veri Toplama Tekniği Olarak Derinlemesine Görüşme. *İstanbul University Journal Of Sociology*, 3(13), 101-116.
- Tekin, H. H. (2020). Toplum Temelli Ruh Sağlığında Sosyal Hizmet Uzmanının Görevleri ve Roller. Ed. Ayten Kaya Kılıç. Toplum Temelli Ruh Sağlığında Sosyal Hizmet Uygulamaları İçinde. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Thomas, S., Jenkins, R., Burch, T., Calamos Nasir, L., Fisher, B., Giotaki, G., Et Al. (2016). Promoting Mental Health And Preventing Mental İllness İn General Practice. *London Journal Of Primary Care (Abingdon)*, 8(1), 3-9.
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2002). Balancing Community-Based And Hospital-Based Mental Health Care. *World Psychiatry*, 1(2), 84-90.
- Tilbury, D. (2002). Working With Mental İllness: A Community-Based Approach (2nd Ed.). Malaysia: Palgrave.
- Tirupati, S. (2018). The Principles And Practice Of Psychiatric Rehabilitation. *Indian Journal Of Mental Health And Neurosciences*, 1(1), 3-9.
- Türnüklü, A. (2000). Eğitimbilim Araştırmalarında Etkin Olarak Kullanılabilecek Nitel Bir Araştırma Tekniği: Görüşme. *Kuram Ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, 24(24), 543-559.
- Uçan, G., Çalım, S. İ., & Yıldırım, Ş. (2015). Sosyal Hizmet Uzmanlarının Sağlık İletişimi Alanındaki Rol ve Fonksiyonları. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(4), 91-100.
- Uçanay Sönmez, E. (2008). Şizofreni Hastalarında Dönerkapı Fenomeni Değişkenlerinin İncelenmesi (Uzmanlık Tezi). T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Ulaş, H. (2008). Batı Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye’de Psikiyatrik Hizmetler. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 11(2), 2-12.
- Vural, F., & Köroğlu, M. A. (2020). Şizofreni Hastalarının Sosyal Yaşamları ve Sosyal Hizmet İlişkisi: Kütahya İli Örneği. *Optimum Ekonomi Ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 7(2), 653-668.
- World Health Organization (WHO). (2001). The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope. Switzerland: WHO.
- World Health Organization (WHO). (2003). Investing İn Mental Health. Switzerland: WHO.
- World Health Organization (WHO). (2004). Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice. Switzerland: WHO.
- World Health Organization (WHO). (2022). Mental Disorders: Key Facts. Geneva: WHO. Retrieved From <https://Www.Who.Int/News-Room/Fact-Sheets/Detail/Mental-Disorders>

- Yanık, M. (2007). Türkiye Ruh Sağlığı Sistemi Üzerine Değerlendirme ve Öneriler: Ruh Sağlığı Eylem Planı Önerisi. RCHP: Psikiyatride Derlemeler, *Olgular Ve Varsayımlar Dergisi*, 12-16.
- Yavuz, R. (2008). Şizofreni. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi, 62, 49-58.
- Yıldırım, A., & Şimşek, H. (2011). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri (8. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Yıldız, M. (2011). Koruyucu Psikiyatri Açısından Psikiyatrik İyileştirim. *Türkiye Klinikleri Journal Of Psychiatry Special Topics*, 4(4), 82-85.
- Yumru, M. (2008). Doğu Avrupa Ülkelerinde Psikiyatrik Hizmetler. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 11(2), 13-14.
- Yurtsever, Ü. E., Kutlar, T., Tarlacı, N., Kamberyan, K., & Yaman, M. (2001). Ruh Hastalıkları Tedavisinde Psikososyal Bir Boyut: Psikoeğitimsel Bir Model. *Düşünen Adam Dergisi*, 14(1), 33-40.
- Zastrow, C. (2015). Sosyal Hizmete Giriş (3. Bs.). Ankara: Nika Yayınevi.
- Zengin, O. (2011). Sosyal Hizmetin Sağlık Hizmetlerinin Sunumundaki Rolü. *Konuralp Tıp Dergisi*, 3(3), 29-34.

EKLER

Ek 1. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

NİTEL GÖRÜŞME FORMU

Demografik Bilgiler

1. Adınız ve soyadınız?
2. Yaşınız?
3. Eğitim düzeyiniz?
4. Ruh sağlığı alanında kaç yıldır çalışıyorsunuz?

Görüşme Soruları

1. Ruh sağlığı alanındaki görevler ve sorumluluklarınız nelerdir?
2. Ruh Sağlığı alanında yaptığınız sosyal hizmet uygulamaları nelerdir?
 - a. Bireysel Müdahaleler:
 - b. Aile ve Grup Çalışmaları:
 - c. Toplum Tabanlı Hizmetler:
 - d. Kurumsal İşbirliği ve Koordinasyon:
 - e. Sosyal Politika ve Planlama:
3. Ruh sağlığı alanında çalışırken hangi tür vakalarla karşılaşıyorsunuz? Her bir vaka türü için kullandığınız özel sosyal hizmet teknikleri ve yöntemleri nelerdir?
4. Ruh sağlığı alanında çalışmaya nasıl karar verdiniz? Bu alana yönelmenizdeki etkili olan kişisel veya profesyonel deneyimler nelerdir?
5. Ruh sağlığı alanında çalıştığınız multidisipliner ekip içerisinde hangi profesyoneller yer almaktadır? Multidisipliner ekip içinde sosyal hizmet uzmanlarının rolünü nasıl tanımlarsınız? Ekip üyeleri arasında nasıl bir görev dağılımı oluyor?

-
6. Ruh sağılığı alanında çalıştığınız kurumun, yöneticilerin ve multidisipliner ekip içerisindeki profesyonellerin sosyal hizmet mesleğine bakış açısı nasıldır?
 7. Ruh sağılığı alanında çalıştığınız multidisipliner ekiple işbirliği yaparken karşılaştığınız zorluklar nelerdir? Bu zorlukları aşmak için geliştirdiğiniz stratejiler var mı?
 8. Ruh sağılığı alanında çalışmanın getirdiğı en büyük zorluklar nelerdir? Bu zorluklarla başa çıkmak için hangi stratejileri kullanıyorsunuz?
 9. Ruh sağılığı alanında çalışırken en sık karşılaştığınız etik ikilemler nelerdir? Bu ikilemleri çözmek için nasıl bir yaklaşım benimsiyorsunuz?
 10. Süpervizyon alıyor musunuz? Alıyorsanız, bu süpervizyonun size katkılan nelerdir? Süpervizyonun mesleki gelişiminizdeki rolü hakkında ne düşünüyorsunuz?
 11. Kendi mesleki gelişiminiz açısından gelecekte neler yapmayı planlıyorsunuz? Ruh sağılığı alanında hangi yenilikleri ve değişiklikleri bekliyorsunuz?
 12. Ruh sağılığı alanında çalışmak isteyen yeni mezunlara ne gibi tavsiyeleriniz olur?
 13. Mevcut sistemde iyileştirilmesi gereken noktalar hakkında düşünceleriniz nelerdir? Ruh sağılığı hizmetlerinin daha etkili hale gelmesi için hangi değişiklikler yapılabilir?

Ek 2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ÇALIŞMANIN ADI:

Ruh Sağlığı Alanında Çalışan Sosyal Hizmet Uzmanlarının Mesleki Rol ve Görevlerinin Değerlendirilmesi

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirseniz, Çalışmaya Katılma Onayı Formu'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :

Bu araştırmanın amacı, ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının mesleki rol ve görevlerini derinlemesine değerlendirmektir. Araştırma, sosyal hizmet uzmanlarının ruh sağlığı hizmetlerinde üstlendikleri rollerin, günlük uygulamalarındaki görevlerin, karşılaştıkları zorlukların ve elde ettikleri başarıların anlaşılmasını hedeflemektedir. Ayrıca, sosyal hizmet uzmanlarının mesleki kimliklerini, işbirliği süreçlerini ve mesleki gelişim ihtiyaçlarını da incelemeyi amaçlamaktadır. Bu bağlamda, ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının deneyimleri ve görüşleri üzerinden mesleki pratiklerin ve rollerin nasıl şekillendiği, hangi faktörlerin bu süreçleri etkilediği ve bu uzmanların hizmet sundukları bireylere nasıl katkıda bulundukları araştırılacaktır. Elde edilen bulguların, ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesine ve sosyal hizmet uzmanlarının mesleki rollerinin daha iyi anlaşılmasına katkı sağlaması beklenmektedir.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Araştırma için tahminen 60 dakika ayırmanız beklenmektedir. Araştırmaya siz dahil 20 kişi katılacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Araştırmada toplanan tüm veriler ise tamamen gizli tutulacak ve araştırma ekibi dışında kimse ile paylaşılmayacaktır. Dijital ortamda saklanan veriler şifreleme yöntemi ile korunacak, elde edilen yazılı ve sözlü veriler araştırmacılar tarafından kişisel bilgisayarda ve flash bellekte yedekli olarak saklanılacaktır. Ses ve video kaydı yapılacaksa bilgilendirme: Ses kaydı yapılacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bu çalışmaya katılarak, ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının mesleki rol ve görevlerinin daha iyi anlaşılmasına katkıda bulunabilirsiniz. Çalışmanın bulguları, sosyal hizmet uzmanlarının günlük pratiklerinde karşılaştıkları zorlukların ve elde ettikleri başarıların daha geniş bir perspektiften değerlendirilmesini sağlayarak, ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesine yardımcı olabilir. Ayrıca, mesleki kimliğiniz, işbirliği süreçleriniz ve mesleki gelişim ihtiyaçlarınız hakkında paylaşacağınız

bilgiler, bu alanda çalışan diğer uzmanlar için rehberlik edici olabilir. Katılımınız, ruh sağlığı alanındaki sosyal hizmet uygulamalarının kalitesinin artırılmasına, mesleki standartların iyileştirilmesine ve eğitim programlarının geliştirilmesine katkı sağlayabilir. Son olarak, bu araştırma sonuçları, politika yapıları ve yöneticiler tarafından sosyal hizmet uzmanlarının desteklenmesi ve mesleki gelişimlerinin teşvik edilmesi hedeflenmektedir.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

İsim, soy isim veya şahsınızı deşifre edebilecek hiçbir bilgi kullanılmayacak ve açıklanmayacaktır.

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün soruları cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllünün:

Adı-Soyadı:

Tarih ve İmza:

E-posta:

Telefon: