



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI
SOSYAL HİZMET PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**PSİKİYATRİK SOSYAL HİZMETTEN YARARLANAN
HASTALARIN SOSYAL İŞLEVSELLİĞİNDE TOPLUM RUH
SAĞLIĞI MERKEZLERİNİN ROLÜ**

Birsen DÜŞÜNMEZ

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Abdulhakim BEKİ**

İSTANBUL-2024

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

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

**PSİKİYATRİK SOSYAL HİZMETTEN YARARLANAN
HASTALARIN SOSYAL İŞLEVSELLİĞİNDE TOPLUM RUH
SAĞLIĞI MERKEZLERİNİN ROLÜ**

Birsen DÜŞÜNMEZ

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Abdulhakim BEKİ

İSTANBUL-2024

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Anabilim Dalı : Sosyal Hizmet
Program : Sosyal Hizmet Yüksek Lisans Programı
Öğrenci No : 204205040
Öğrenci Adı Soyadı : Birsen DÜŞÜNMEZ

“Psikiyatrik Sosyal Hizmetten Yararlanan Hastaların Sosyal İşlevselliğinde Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin Rolü” isimli çalışma aşağıdaki jüri tarafından 22.04.2024 tarihinde yapılan sınavda Yüksek Lisans Tezi olarak oybirliğiyle kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı : Doç. Dr. Nebile ÖZMEN
(Üsküdar Üniversitesi) İmza

Danışman : Doç. Dr. Abdulhakim BEKİ
(Üsküdar Üniversitesi) İmza

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Yüksel Bekaroğlu DOĞAN
(Üsküdar Üniversitesi) İmza

ONAY

Bu tez, yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu’nun tarih ve sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Doç.Dr. Türker Tekin ERGÜZEL
Enstitü Müdür V.

ÖZET

PSİKİYATRİK SOSYAL HİZMETTEN YARARLANAN HASTALARIN SOSYAL İŞLEVSELLİĞİNDE TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİNİN ROLÜ

Psikiyatrik sosyal hizmet, ruh sağlığı sorunları yaşayan bireylere yönelik sunduğu hizmetlerle büyük öneme sahiptir. Bu hizmetler, hastaların sosyal işlevselliğini artırmayı, yaşam kalitelerini iyileştirmeyi ve topluma yeniden uyum sağlamalarını desteklemeyi amaçlamaktadır. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM), psikiyatrik sosyal hizmet uygulamalarının gerçekleştirildiği önemli kuruluşlardır. Bu çalışmada, TRSM'lerinin psikiyatrik sosyal hizmet uygulamaları aracılığıyla hastaların sosyal işlevselliğine sağladığı katkılar, katılımcıların hizmet memnuniyetleri ve ek hizmet talepleri incelenmiştir. Araştırmanın amacı; TRSM'lerin etkinliğini değerlendirmek, hizmetlerin eksik yönlerini belirlemek, iyileştirme önerileri sunmak ve hastaların yaşadıkları sorunlara dair farkındalık yaratmaktır. Çalışmada nitel araştırma yöntemi kullanılarak, TRSM'ye devam eden 15 hasta ve yakınıyla görüşmeler yapılmış, veriler MAXQDA 2018 programıyla analiz edilmiştir. Analiz sonucunda veriler kategorilere ayrılarak alt temalar oluşturulmuştur. Hastaların kişisel bakım becerileri, günlük yaşam aktiviteleri, aile içi iletişim ve etkileşimleri, arkadaşlık ve sosyal çevre ilişkileri, toplumsal rollerini yerine getirme becerileri, TRSM'ye ilişkin algıları, memnuniyet düzeyleri ve hizmetlerin geliştirilmesine yönelik önerilerine ilişkin çeşitli bulgular tespit edilmiştir. Elde edilen bulgular neticesinde hastaların kişisel bakım becerilerin geliştiği, aile ve sosyal çevre ilişkilerinin iyileştiği, kamusal ve sosyal hakları konusunda farkındalıklarının arttığı, hobilerinin ve ilgi alanlarının çeşitlendiği belirlenmiştir. Bu çerçevede TRSM'lerin hastalara sosyal işlevsellik bağlamında kendi kendine yetebilme, vatandaşlık haklarının bilincinde olma ve kullanma, kişisel gereksinimlerini karşılayabilme, sosyal destek ve kabul görme gibi alanlarda katkı sağladığı sonucuna ulaşılmıştır. Elde edilen sonuçlar çerçevesinde TRSM'lerden hizmet alan hastalar, yakınları ve merkez çalışanları açısından hizmetlerin geliştirilmesi ve daha yararlı olması için çeşitli öneriler getirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Psikiyatrik Sosyal Hizmet, Sosyal İşlevsellik, Ruh Sağlığı Hizmetleri, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri.

ABSTRACT

THE ROLE OF COMMUNITY MENTAL HEALTH CENTERS IN THE SOCIAL FUNCTIONALITY OF PATIENTS BENEFITING FROM PSYCHIATRIC SOCIAL SERVICES

Psychiatric social work is of great importance with the services it provides for individuals with mental health problems. These services aim to increase the social functionality of patients, improve their quality of life and support their reintegration into society. Community Mental Health Centers (CMHCs) are important institutions where psychiatric social work practices are carried out. In this study, the contributions of CMHCs to the social functionality of patients through psychiatric social work practices, service satisfaction of the participants and their requests for additional services were examined. The aim of the study is to evaluate the effectiveness of CMHCs, identify the deficiencies of the services, offer suggestions for improvement and raise awareness about the problems experienced by patients. Using qualitative research method, interviews were conducted with 15 patients and their relatives attending CMHCs, and the data were analyzed using MAXQDA 2018 software. As a result of the analysis, the data were divided into categories and sub-themes were created. Various findings were identified regarding the patients' personal care skills, daily living activities, family communication and interactions, friendship and social circle relationships, ability to fulfill their social roles, perceptions of CMHC, satisfaction levels and suggestions for improving services. As a result of the findings, it was determined that the patients' personal care skills improved, their family and social circle relations improved, their awareness of their public and social rights increased, and their hobbies and interests diversified. In this context, it was concluded that CMHCs contribute to patients in areas such as self-sufficiency in the context of social functioning, awareness and use of citizenship rights, meeting their personal needs, social support and acceptance. Within the framework of the results obtained, various suggestions were made to improve the services and make them more useful for the patients receiving services from CMHCs, their relatives and center employees.

Key Words: Psychiatric Social Work, Social Functioning, Mental Health Services, Community Mental Health Centers.

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında, büyük bir titizlik ve özveriyle bana destek olan, değerli katkılarıyla ışık tutan, tez danışmanım değerli hocam Doç. Dr. Abdulhakim Beki'ye teşekkür ederim.

Tez jürimde olmayı kabul eden, çalışmamın geliştirilmesi için değerli görüş ve önerileri ile bana destek olan, yapıcı eleştirilerle katkıda bulunan kıymetli hocalarım Doç. Dr. Nebile Özmen ve Dr. Öğr. Üyesi Yüksel Bekaroğlu Doğan'a teşekkür ederim.

Yüksek Lisans eğitimim süresince bilgi ve deneyimleri ile yol gösteren değerli hocalarım Prof. Dr. İsmail Barış'a, Prof. Dr. Abdullah Karatay'a, Doç. Dr. Asil Özdoğruya'ya ve Öğr. Gör. Dr. Zülfikar Özkan'a katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Çalışmamın her aşamasında görüşleri ile desteklerini hiçbir zaman eksik etmeyen ve bir telefon kadar yakın olan arkadaşlarım ve meslektaşlarıma teşekkür ederim.

Bu çalışmaya katılmaya gönüllü olan ailelere, mülakatlar esnasında desteklerini esirgemeyen hastalara ve hasta yakınlarına teşekkür ederim.

Desteklerini ve varlıklarını her koşulda hissettiğim, her zaman olduğu gibi bu süreçte bana güvenen ve yanımda olan aileme, bugüne kadar bana vermiş oldukları emekler için en derin sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Birsen DÜŞÜNMEZ

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.

22.04.2024

Birsen DüşüNMEZ

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT.....	ii
TEŞEKKÜR	iii
BEYAN FORMU	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar DİZİNİ	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Problemi.....	4
1.2. Araştırmanın Amacı.....	5
1.3. Araştırmanın Önemi	6
1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Varsayımları	7
2. GENEL BİLGİLER.....	9
2.1. Psikiyatrik Sosyal Hizmet.....	9
2.1.1. Psikiyatrik sosyal hizmetin tanımı ve uygulamaları	9
2.1.2. Psikiyatrik sosyal hizmetin tarihçesi.....	12
2.1.3. Psikiyatrik sosyal hizmet uzmanlarının rol ve görevleri	14
2.2. Sosyal İşlevsellik	19
2.3. Ruh Sağlığı	21
2.3.1. Ruh sağlığını etkileyen etmenler	25
2.3.2. Ağır ruhsal bozukluklar	26
2.3.2.1. Şizofreni.....	28
2.3.2.2. Şizoaffektif bozukluk.....	31
2.3.2.3. Bipolar bozukluk.....	33
2.3.3. Ruh sağlığı alanında politikalar	34

2.3.3.1. Dünyada uygulanan politikalar	34
2.3.3.2. Türkiye’de uygulanan politikalar	40
2.3.4. Ruh sağlığı alanında hizmet modelleri	45
2.3.4.1. Hastane modeli	47
2.3.4.2. Toplum modeli.....	48
2.3.4.3 Hastane-toplum denge modeli	51
2.4. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri	52
2.5. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri	54
2.5.1. Toplum ruh sağlığı merkezlerinin tanımı	55
2.5.2. Toplum ruh sağlığı merkezlerinin Dünya’da gelişimi.....	57
2.5.3. Toplum ruh sağlığı merkezlerinin Türkiye’de gelişimi.....	58
2.5.4. Toplum ruh sağlığı merkezlerinin amaçları.....	60
2.5.5. Toplum ruh sağlığı merkezlerinin fonksiyonları	62
2.5.6. Toplum ruh sağlığı merkezlerine hastanın kabulü.....	63
2.5.7. Toplum ruh sağlığı merkezlerinde kayıtların tutulması ve istatistik	64
2.5.8. Toplum ruh sağlığı merkezlerinde verilen hizmetler.....	65
2.5.8.1. Psikoeğitim ve danışmanlık	65
2.5.8.2. Bireysel bakım planı	65
2.5.8.3. Bireysel terapi ve grup terapisi	66
2.5.8.4. Psikososyal müdahaleler.....	66
2.5.8.5. Rehabilitasyon hizmetleri	67
2.5.8.6. Gezici ekiple ev ziyaretleri	68
2.5.9. Kurumlar arası işbirliği	69
2.5.10. Toplum ruh sağlığı merkezlerinde yapılan faaliyetler	70
2.5.11. Toplum ruh sağlığı merkezlerinden hizmet alan bireyler	72
2.5.12. Toplum ruh sağlığı merkezleri çalışma ekibi	72
2.5.13. Toplum ruh sağlığı merkezlerinde ekip çalışması	76

3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	78
3.1. Araştırmanın Modeli.....	78
3.2. Araştırmanın Çalışma Grubu	78
3.3. Veri Toplama Araçları	79
3.4. Veri Toplama Süreci.....	80
3.5. Verilerin Analizi	81
4. BULGULAR.....	82
4.1. Katılımcılara İlişkin Tanıtıcı Bulgular.....	82
4.2. Katılımcıların Sosyal İşlevsellik Durumu ve TRSM'ye İlişkin Görüşlerine Dair Bulgular	89
4.2.1. Katılımcıların sosyal işlevsellik durumuna ilişkin bulgular	89
4.2.2. Katılımcıların TRSM'ye ilişkin görüşlerine dair bulgular	107
5. TARTIŞMA.....	122
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	135
KAYNAKLAR	142
EKLER	152
Ek 1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	152
Ek 2. NİTEL GÖRÜŞME FORMU	154
Ek 3. ÖZGEÇMİŞ.....	154

TABLÖLAR DİZİNİ

	<u>Sayfa</u>
Tablo 1: Araştırmaya katılan hastaların demografik özellikleri	82
Tablo 2: Hastaların sosyo-ekonomik durumlarına ilişkin bilgiler	83
Tablo 3: Hastaların sağlık durumuna ilişkin bilgiler	84
Tablo 4: Hastaların TRSM'ye başvuru nedenleri	88
Tablo 5: Günlük kişisel bakım karşılama becerisi	90
Tablo 6: Hastaların günlük rutinleri.....	92
Tablo 7: Hastaların aile içi ve sosyal çevreyle ilişkileri	94
Tablo 8: Hastaların arkadaşlık ilişkileri ve zamanlarını değerlendirme biçimleri.....	97
Tablo 9: Hastaların sosyalleşmesine ilişkin bilgiler	101
Tablo 10: Hastaların çalışma durumu ve deneyimlerine ilişkin bilgiler.....	105
Tablo 11: Hastaların TRSM'nin sağladığı faydaya ilişkin görüşleri	107
Tablo 12: Hastaların TRSM çalışanlarının sağladıkları desteğe ilişkin görüşleri	111
Tablo 13: Hastaların TRSM'ye devam etmelerinde etkili olan faktörler	113
Tablo 14: Hastaların TRSM hizmetlerinin iyileştirilmesine dair önerileri.....	115
Tablo 15: Hastaların bağımsız yaşam becerilerinde ve üretkenliklerindeki gelişmeler	118

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AASW	: Australian Association of Social Workers (Avustralya Sosyal Çalışmacılar Birliği)
APA	: American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
DM	: Diabetes Mellitus (Şeker Hastalığı)
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
MR	: Mental Retardasyon (Zihinsel Gerilik)
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
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

1. GİRİŞ

Psikiyatrik sosyal hizmet, ruh sağlığı alanında ruhsal bozukluğu olan bireylerle ilgilenen; psikiyatri, klinik çalışma ve teori bilgisine sahip sosyal hizmetin özelleşmiş bir dalı olarak tanımlanmaktadır. Bu hizmet, ruhsal bozukluğu olan bireylerin ve yakınlarının hastalık nedeniyle meydana gelen sosyal, psikolojik, ekonomik ve hukuki sorunlarının çözümlenmesi ve bu sorunlara karşı güçlendirilmeleri amacıyla hasta ve yakınlarıyla birlikte gerçekleştirilen hizmetler bütünü olarak ele alınmaktadır. Psikiyatrik sosyal hizmet, ruhsal bozukluk gelişmeden ya da geliştikten sonra yeti yitimini engellemek amacıyla koruyucu çalışmalara katılmaktadır. Bunun yanında, hastanede veya ayakta tedavi gören, rehabilitasyon hizmetlerinden faydalanan ruhsal bozukluğu olan bireylerin bakımını desteklemekte, tedavi ekibinde yer almakta ve koordinasyon sağlamaktadır. Bireyi çevresi içinde bütüncül olarak değerlendirmekte ve hastaların yaşam kalitesini arttırmayı hedefleyen özel bir tıbbi sosyal çalışma türü olarak kabul edilmektedir (Abay ve Çölgeçen, 2018).

Psikiyatrik sosyal hizmet uygulamaları; ruh sağlığı ile ilgili sorun yaşayan bireylere ve bu bireylerin ailelerine yönelik bilgilendirici, arabulucu, eğitici, savunucu, koruyucu ve geliştirici rollerini üstlenerek sürecin müracaatçının ve ailesinin yararına olacak şekilde ilerlemesini sağlayan hizmetleri içermektedir (Bulut, 1993).

Psikiyatrik sosyal hizmet, mikro düzeyde birey ve ailelerle yapılan çalışmaların yanı sıra, politika ve hizmet geliştirme, dışlanma ile mücadele gibi makro düzeydeki çalışmaları da kapsamaktadır. Bu alandaki sosyal hizmet uygulamalarının temel amacı; acıyı ve stresi azaltmak, kaliteli hizmet sunmak, kaynak yaratmak, sosyal işlevselliği iyileştirmek, bireysel gelişim ve değişimi teşvik etmek, savunuculuk yapmak ve bireylerin yaşamlarını kontrol altına almalarına yardımcı olmaktır. Ayrıca, sosyal hizmet uzmanları, müracaatçıların zararına olan sosyal tutum ve politikaların değişiminde de sorumluluk taşımaktadır (Oral ve Tuncay, 2012).

Ruh sağlığı, bireyin düşünme, iletişim, öğrenme ve duygusal gelişim gibi alanlarda kendini güçlendiren bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Literatürde ruh sağlığı hizmet modellerinin tarihsel gelişimi açısından yapılan değerlendirmeler ele alındığında üç ayrı dönemden bahsedildiği görülmektedir. Birinci dönem, hastane temelli model

olarak da adlandırılan depo hastanelerinin yükselişi olarak nitelendirilmektedir. İkinci dönem, depo hastanelerinin düşüşü olarak ifade edilmektedir. Üçüncü dönem ise ruh sağlığı hizmetlerinde reform dönemi olarak adlandırılan, toplum temelli hizmete dönüşümün sağlandığı dönem olarak kabul edilmektedir. Bunlardan toplum temelli model, ağır ruhsal bozukluğu olan veya hastanede uzun süre yatırılan hastaların tedavi ve bakımlarının büyük psikiyatri hastaneleri yerine toplum içerisinde, hastanın kendi sosyal ortamında sağlandığı modeli ifade etmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012). Toplum ruh sağlığı ise, bireyin ve çevresinin ihtiyaçlarına yönelik koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetlerini kapsamaktadır. Bu hizmetler, kişilerin ruhsal zorluklarla başa çıkmasına ve sosyal rollerini geri kazanmalarına yardımcı olmaktadır (Pektaş ve ark., 2006).

Sosyal işlevsellik ise, bireyin toplum içindeki temel rollerini yerine getirebilmesi ve temel ihtiyaçlarını karşılayabilmesi için gerekli olan becerileri ifade etmektedir. Bu beceriler arasında beslenme, barınma, sağlık, güvenlik, sosyal destek ve hayatın anlamı gibi unsurlar bulunmaktadır. Sosyal işlevsellik aynı zamanda kişinin çeşitli rollerini başarıyla yerine getirebilme yeteneğini de içermektedir (Sheafor ve Horesji; 2015). Geniş anlamda ise sosyal işlevsellik; iş yaşamında başarılı olma, kişilerarası ilişkileri sürdürme ve kişisel bakım becerilerini içermektedir. Bu kavram, kişinin doğal ortamında yaşamını sürdürebilme yeteneğini ve memnuniyetini de içermektedir. Sosyal işlevsellik düzeyi, ruhsal bozuklukların seyrini etkileyebilmektedir ve tedaviye olan yanıtı değerlendirmede önemli bir göstergedir (Yüksel, 2014). Özellikle şizofreni gibi ciddi ruhsal bozukluklarda sosyal işlevsellikte ve problem çözme becerilerinde önemli düzensizlikler gözlenebilmektedir. Bu durum, hastanın toplumsal ilişkilerinde azalma, sosyal aktivitelerinde düşüş ve iş performansında azalma gibi sorunlar yaşamasına neden olabilmektedir. Bu tür sorunlar, hastanın sosyal, ailevi ve mesleki yaşamında kayıplara ve ekonomik zorluklara yol açabilmektedir. Bu nedenle hastanın sosyal işlevsellik düzeyinin değerlendirilmesi ve uygun müdahalelerin planlanması kritik öneme sahiptir. Araştırmalar, şizofreni hastalarının işlevsellik düzeylerinin artırılmasının ve sorun çözme becerilerinin geliştirilmesinin önemini vurgulamaktadır (Revheim ve Medalia 2004; Yıldız, 2011).

Özellikle şizofreni ve duygu durum bozuklukları gibi ağır ruhsal hastalıklar, bireylerin bilişsel, yönetimsel ve sosyal becerilerinde derin etkilere yol açarak kronik yeti kaybına neden olabilen rahatsızlıklardır. Bu hastalıkların varlığı, sosyal işlevsellik

açısından kritik bir gösterge olarak kabul edilmektedir. Özellikle şizofreni hastalarında mesleki ve kişisel bakım gibi temel işlevsellik alanlarında, bipolar bozuklukta ise genel sosyal işlevsellikte gözlenen bozulmalar, tanı sürecinde önemli bir rol oynamaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Ağır ruhsal hastalığı olan bireyler, hastalık ve semptomlarından bağımsız olarak genellikle sosyal işlevsellik sorunlarıyla karşılaşmaktadırlar. Mevcut tıbbi tedaviler, hastalık belirtilerini hafifletmeye yardımcı olsa da, genellikle sosyal işlevsellikteki iyileşmeyi sağlamada yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle, ilaç tedavisinin yanı sıra ağır ruhsal hastalığı olan bireylerin sosyal işlevselliğini artırmak için kapsamlı rehabilitasyon hizmetleri sunulması gerekmektedir (APA, 2014).

Dünya çapında yapılan araştırmalar, toplum temelli rehabilitasyon programlarının ağır ruhsal hastalığı olan bireylerin sosyal işlevsellik ve hastalıkla başa çıkma becerilerinde önemli gelişmeler sağladığını göstermektedir. Bu programlar, hastaların yaşadıkları çevreden kopmadan desteklenerek bağımsız hale gelmelerini hedeflemektedir (Arslan ve ark., 2015).

Türkiye'de 2011 yılında başlatılan toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri, yeni bir hizmet modeli olarak kabul edilmektedir. Bu hizmetlerin başlamasından önce, ülkemizde hastane temelli ruh sağlığı hizmetleri daha yaygın olarak uygulanmakta ve ağır ruhsal hastalığı olan bireyler genellikle sadece tıbbi tedaviye erişebilmekteydi. Ancak, toplum temelli hizmetlerin uygulanmasıyla birlikte, ağır ruhsal hastalığı olan bireylerin sosyal işlevselliğinin artırılması için daha kapsamlı bir yaklaşım benimsenmiştir. Yapılan araştırmalar, toplum temelli hizmetlerin ARHS bireylerin sosyal işlevselliğinin geliştirilmesinde önemli bir rol oynadığını göstermektedir (Eryıldız, 2008; Kaya Kılıç, 2019). Bu doğrultuda 2011 yılında yayınlanan Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı doğrultusunda, ruh sağlığı alanında önemli adımlar atılmıştır. Yönetmelikle kurulan Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri, şizofreni ve diğer kronik ruhsal hastalıklara yönelik toplum temelli ruh sağlığı modeli çerçevesinde psikososyal destek ve farmakolojik tedavi hizmetleri sunmaktadır. Toplum ruh sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve sürekliliğinin sağlanması amacıyla, psikiyatri kliniği bulunan devlet hastaneleri bünyesinde Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri kurulmuştur. Bu hizmetler, toplumun ruh sağlığı için gerekli olan tüm hizmetleri kapsamakta ve acil bakım, kısmi hastane tedavisi, ayaktan tedavi, hastanede tedavi, konsültasyon, eğitim ve

tarama hizmetlerini içermektedir. Amaç; ruh sağlığını korumak, ruhsal hastalıkların oluşumunu önlemek, erken tanı ve tedavi sağlamak, rehabilitasyon ve bakımın devamlılığını sağlamaktır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde uygulanan problem çözme eğitimi ile hastalar, sorunlar karşısında düşünme, çözüm seçenekleri oluşturma, en uygun çözümü seçme, uygulama ve değerlendirme becerilerini geliştirmektedirler. Sürekli ve tekrarlı eğitimlerle, küçük adımlarla ilerleme sağlanmakta ve uzun vadede hastanın sorun çözme düzeyi artırılmaktadır. Toplum Ruh Sağlığı Merkezine kayıtlı hastaların sosyalleşme, toplum içinde yaşama uyum ve iletişim becerilerinin artırılmasına yönelik psikososyal destek, hastaların beceri, kişisel gelişim ve ihtiyaçlarına uygun olarak verilmektedir (Yanık, 2007).

1.1. Araştırmanın Problemi

Ruhsal hastalıklar, bireylerin zihinsel, duygusal ve davranışsal düzeylerinde uyumsuzluk, yetersizlik, aşırılık ya da uygunsuzluk gibi sorunlara neden olarak işlevselliğini bozan durumları ifade etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, dünya genelinde en çok yeti kaybına yol açan altı hastalıktan dördü ruhsal hastalıklardır (WHO, 2005). Bu bozukluklar, bireylerin temel yaşam aktivitelerini etkileyerek ciddi işlevsel bozulmalara neden olabilmektedir. Eğer yeterli tedavi sağlanmazsa, ruhsal hastalıklar daha fazla işlev ve iş gücü kaybına, aynı zamanda sosyal sorunlara yol açabilmektedir. Ruhsal hastalıkların etkili bir şekilde tedavi edilebilmesi, hastaların biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlarının bütünlük içinde değerlendirilmesi ve iyilik hallerinin geliştirilmesi ile mümkün olmaktadır. Son dönemde psikiyatrik sosyal hizmet, hastaların bütüncül olarak değerlendirilmesi ve tedavi edilmesi açısından artan öneme sahip bir alan haline gelmiştir (Abay ve Çölgeçen, 2018). Bilhassa 21. yüzyılın ikinci yarısında, ABD'de ruh hastalarının tedavisinde yataklı tedavinin ötesinde yeni modeller araştırılmaya başlanmasıyla, Maxwell Jones tarafından geliştirilen "terapötik toplum" ve "ortam tedavisi" gibi kavramlar, grup süreçlerinin psikiyatride tedavi aracı olarak kullanılmasını gündeme taşımıştır. Bu gelişmeler, tedavide hastanın ailesinin ve sosyal çevresinin de dikkate alınması gerektiğini vurgulamış ve sosyal hizmetin psikiyatrik ortamlarda bir uzmanlık alanı olarak tanınmasına yol açmıştır (Özdemir, 2016). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) de üye ülkeleri, ruh sağlığı hizmetlerini birinci basamak sağlık hizmetleriyle entegre etmeye ve bu alana finansal yatırım yapmaya teşvik etmiştir.

Türkiye de ise 2008'den itibaren toplum temelli ruh sağlığı modeline yönelik ilgi artmıştır. Bu model, ruhsal hastalıkları olan bireyleri toplumdan izole etmeden tedavi etmeyi amaçlayan ve uygulaması toplum ruh sağlığı merkezlerinde gerçekleşen bir hizmet modelidir. Bu merkezlerde, çeşitli meslek gruplarından sağlık profesyonelleri, kayıtlı bireylere ve topluma bütüncül hizmetler sunmaktadır (Akgün, 2019).

Toplum ruh sağlığı merkezlerinde özellikle ağır ruhsal hastalık yaşayan bireylere sosyal işlevsellik düzeyini artırmada yardımcı olunmaktadır. Nitekim şizofreni ve duygu durum bozuklukları gibi ağır ruhsal hastalıklar, bilişsel, yönetsel ve sosyal becerilerdeki bozulmalar nedeniyle bireylerde ciddi yeti kayıplarına yol açan kronik durumlardır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011). Bu hastalıklara sahip bireyler için sosyal işlevsellik, hem tanı kriteri hem de iyileşme göstergesi olarak büyük önem taşımaktadır. Özellikle şizofrenide mesleki ve kişilerarası ilişkilerdeki bozulmalar, bipolar bozuklukta ise genel sosyal işlevsellikteki bozulmalar tanı için önemli kriterlerdir (Bekiroğlu ve Demiröz, 2020). Şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve bipolar bozukluk gibi ağır ruhsal hastalıklar, sosyal ve bilişsel işlevlerde azalmaya ek olarak öz bakım, kişilerarası ilişkiler, iş hayatı ve günlük yaşam becerilerinde de yetersizliklere neden olabilmektedir. Toplum ruh sağlığı merkezlerinde, bu tür hastalıklara sahip bireylerin sosyal işlevselliklerini artırmak ve onları bağımsız bireyler olarak topluma yeniden kazandırmak için psikososyal destek ve beceri eğitimleri verilmektedir (Öztürk ve ark., 2021). Bu çerçevede ülkemizde de sosyal hizmetin hızla gelişen bir dalı olarak psikiyatrik sosyal hizmet önem kazanmaya başlamıştır (Özdemir, 2016). Dolayısıyla bu çalışmanın problem durumunu, psikiyatrik sosyal hizmetten yararlanan hastaların sosyal işlevselliğinde Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin oynadığı rol oluşturmaktadır.

Bu kapsamda çalışmanın araştırma sorusu “Ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerin TRSM'den aldıkları hizmetler doğrultusunda sosyal işlevselliklerinde meydana gelen değişimler, hizmet memnuniyetleri ve ek hizmet talepleri nelerdir?” olarak belirlenmiştir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Ruh sağlığıyla ilgili zorlukların etkili bir şekilde ele alınabilmesi, psikiyatrik ekibin dikkatli değerlendirmesiyle giderek daha kritik hale gelmektedir. Bu süreçte, sosyal hizmet uzmanları, bu ekibin vazgeçilmez bir parçası olarak önemli bir rol oynamaktadır. Psikiyatri alanında sosyal hizmetin ana hedefi, hastaların tedavi sürecine

uyumunu artırmak, hastalığın neden olduğu stresi hem hastalar hem de aileleri için hafifletmek ve hastanın karşılaştığı sosyal sorunların üstesinden gelmesine yardımcı olmaktır. Toplum içindeki koşulların belirlenmesi ve mevcut sorunların çözülmesi, sosyal hizmet uzmanlarının öncelikli görevlerindendir (Bahar ve Savaş, 2013).

Bu çalışmada, Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin önemi ve işlevleri üzerinde durularak, bu merkezlerin psikiyatrik sosyal hizmetten yararlanan hastaların sosyal işlevselliğine sağladığı katkıların ortaya koyulması amaçlanmıştır. TRSM'ler, hastaların sosyal işlevselliğini artırmayı ve stigmatizasyonu azaltmayı hedeflemektedir. Bu bağlamda, araştırma kapsamında ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerin TRSM'den aldıkları hizmetler doğrultusunda sosyal işlevselliklerinde meydana gelen değişimlerin, hizmet memnuniyetlerinin ve ek hizmet taleplerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca, TRSM'lerin sunduğu psikiyatrik sosyal hizmetlerin hastaların günlük yaşam becerileri, toplumsal hayata adaptasyonları ve genel yaşam kaliteleri üzerindeki etkileri de araştırmanın odak noktalarından biridir. Bu çalışmada, 15 hasta ve yakınları ile yapılan görüşmeler sonucunda elde edilen bulgular ışığında TRSM'lerin etkinliği ve geliştirilmesi gereken yönleri ortaya koyulmuştur. Araştırma, TRSM'lerin hastaların sosyal işlevselliğini artırmadaki başarısını ve bu merkezlerin hizmetlerinin daha etkin hale getirilmesi için neler yapılabileceğini belirlemeyi hedeflemektedir.

1.3. Araştırmanın Önemi

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM), psikiyatrik rahatsızlıkları olan bireylerin tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinde kritik bir rol oynamaktadır. Bu merkezler, hastaların sosyal işlevselliğini artırarak, toplumsal hayata daha iyi adapte olmalarını ve yaşam kalitelerini yükseltmelerini hedeflemektedir. Ancak, TRSM'lerin etkinliği ve sundukları hizmetlerin hastaların sosyal işlevselliği üzerindeki katkıları hakkında yeterli sayıda ve kapsamlı araştırma bulunmamaktadır.

Bu araştırma ile psikiyatrik sosyal hizmet alanında toplum temelli ruh sağlığı merkezlerinin hastaların sosyal işlevselliğine yönelik katkılarının incelenmesi ve merkezden hizmet alan hastaların memnuniyet düzeyleri ile ek hizmet taleplerinin belirlenmesi hedeflenmektedir. Bu sayede, TRSM'lerin sunduğu hizmetlerin iyileştirilmesi ve hastaların ihtiyaçlarına daha iyi cevap verebilmesi için somut öneriler sunulabilecektir. TRSM'lerde kayıtlı hasta ve hasta yakınlarının süreçleri üzerinde yapılan derinlemesine analizler, bu alandaki bilgi ve deneyim birikimine katkıda

bulunmaktadır. Araştırmanın sonuçları, toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinde çalışan sosyal hizmet ve farklı uzmanlar için önemli bir referans kaynağı olacaktır. Ruh sağlığı uygulamalarında, psikiyatrik ekiplerin önemli bir bileşeni olan psikiyatrik sosyal hizmet uzmanlarının rolü oldukça önemlidir. Ancak, ülkemizdeki durum, Avrupa'daki uygulamalardan farklılık göstermektedir. Sosyal hizmet uzmanlarının psikiyatrik ekiplerdeki varlığı henüz istenen düzeyde değildir. Araştırma, Türkiye'de hızla artan TRSM sayısının, kurumda sosyal hizmet ihtiyacının artan önemini vurgulaması açısından da dikkat çekicidir. Bu çalışma, psikiyatrik sosyal hizmet alanında yapılan az sayıdaki çalışmalardan biri olmasıyla da dikkat çekmekte ve ruh sağlığı alanındaki sağlık profesyonellerine ve politika yapıcılarına değerli bilgiler sunmaktadır. Elde edilen veriler, ağır ruhsal bozukluğu olan bireylere ve ailelerine sunulan hizmetlerin daha etkin bir şekilde verilmesine katkıda bulunacaktır. Bu çalışma, bilimsel bilgilerin uygulama sürecine aktarılmasına da ışık tutmaktadır. Son yıllarda TRSM'lerin artan sayısı ile birlikte, bu merkezlerin etkililiğini araştıran çalışmaların arttığı gözlemlenmektedir. Ancak, bu alandaki çalışmaların henüz yeterli düzeyde olmadığı görülmektedir. Uluslararası literatürde TRSM'lerle ilgili yapılan birçok çalışmaya rağmen, TRSM programına katılımın sosyal işlevsellik, içgörü ve tedaviye uyum gibi önemli alanlara etkilerini inceleyen çalışmaların eksik olduğu görülmektedir. Bu nedenle, bu çalışmanın literatüre önemli bir katkı sağlayacağı öngörülmektedir.

1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Varsayımları

Bu araştırma Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı şizofreni, şizoaffektif bozukluk, bipolar bozukluk ve belirlenmemiş organik olmayan psikoz tanısı almış hastalarla sınırlıdır. Bu araştırma Mart 2024 - Nisan 2024 dönemleri arasında toplanan veriler ile sınırlıdır. Sonuçların genellenebilir olmaması da araştırmanın bir diğer sınırlayıcı unsuru olarak ifade edilebilir. Araştırma, ulaşılabilen 15 katılımcının araştırmacıya aktardıkları deneyimlerin resmedilmiş olması nedeniyle sınırlıdır. Bu araştırma İstanbul ilinde gerçekleştirildiğinden ulaşılabilen ailelerin kentte yaşayan aileler ile sınırlı olması kaçınılmazdır. Her ne kadar katılımcı aileler farklı sosyo-kültürel ve ekonomik özellikler taşısa da, İstanbul gibi büyük bir şehirde yaşayan ailelerdir. Kırsal bölgelerde yaşayan ailelerin hastalıkla ilgili deneyimleri, araştırmacının ulaşabildiği ailelerin deneyimlerinden farklı olabilecektir. Bu nedenle bu çalışma, kentte yaşayan ailelerin deneyimleri ile sınırlıdır.

Araştırmada hazırlanan yarı yapılandırılmış formun araştırmanın amacına yönelik ölçme ve değerlendirmeye uygun olduğu varsayılmıştır. Araştırmaya katılan kişilerin görüşme formundaki sorulara samimi ve doğru yanıtlar verdikleri varsayılmaktadır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Psikiyatrik Sosyal Hizmet

2.1.1. Psikiyatrik sosyal hizmetin tanımı ve uygulamaları

Psikiyatrik sosyal hizmet, zihinsel, duygusal ve davranışsal bozukluklarla ilgilenen; psikiyatri, klinik çalışma ve teori bilgisine sahip sosyal hizmetin özelleşmiş bir dalıdır. Uluslararası Sosyal Çalışmacılar Birliği (NASW)'nin 2005 yılında yayınladığı “Sosyal Hizmet Uygulamasında Klinik Sosyal Hizmet için NASW Standartları”nda psikiyatrik sosyal hizmetin bireylerin, çiftlerin, ailelerin ve grupların ruhsal, zihinsel, duygusal ve davranışsal refahına odaklandığı belirtilmektedir. Psikiyatrik sosyal çalışmacı ise, zihinsel, duygusal ve davranışsal rahatsızlıkları olan kişilerin teşhis ve tedavisinde yer alan önemli sağlık uygulayıcıları olarak tanımlanmaktadır (NASW, 2005: 7). Barker’a (2003) göre psikiyatrik sosyal hizmet, psikososyal işlev bozukluğu, engellilik ya da duygusal, zihinsel ve davranışsal bozuklukların tanı, tedavi ve önlenmesinde sosyal hizmet teorisinin ve yöntemlerinin profesyonel bir uygulamasıdır (Barker, 2003).

Psikiyatrik sosyal hizmet, akıl ve ruh sağlığının korunmasına, ruhi ve akli yönlerden birçok güçlükleri olan kişilerin güçlüklerinin saptanmasında ve onların toplum içinde daha sağlıklı, daha yeterli ve sosyal işlevlerinin daha etkili bir biçimde yerine getirilmesine yardımcı olan bir meslektir (Bulut, 1993). Ruh sağlığı sorunları sosyal işlevselliği azaltarak yaşam kalitesini düşürmektedir. Psikiyatrik sağaltımın tam olarak hedefine ulaşabilmesi için psikiyatrik müdahale ile birlikte sosyal işlevselliğin yeniden inşasına yönelik sosyal hizmet müdahalesinin de yapılması gerekmektedir (Oral ve Tuncay, 2012: 104).

Psikiyatrik sosyal hizmet, ruhsal sorunlar ortaya çıkmadan önce yeti yitimini en aza indirmek için ruhsal tedavi ekibinin bir üyesi olarak koruyucu önleyici çalışmalara katılan, ruhsal sorunlar ortaya çıktıktan sonra da ruhsal tedavi ekibi içinde tedavi bakımını destekleyici, tedavi hizmetlerini koordine edici işlevleri olan ve hastaların yaşam kalitesinin artırılması için bütüncül bir yaklaşımla bireyi çevresi ile birlikte ele alan özel bir tıbbi sosyal hizmet türüdür. Sosyal hizmetin ruh sağlığı

alanındaki odağı, ruhsal hastalığa veya bozukluğa sahip kişiler, onların çevresindeki insanlar, bu kişilerin toplumsal bağlamı ve hastalığın biyo-psikososyal sonuçlarıdır. Sosyal hizmet uygulamasının amacı, sosyal adaleti ve bireylerin kendi kaderini tayin hakkını kullanabilmelerini sağlamak için iyileşmeyi desteklemek ve bireysel ve ailesel refahın sağlanmasıdır. Uygulamalar bireyle başlamakta ve aile, sosyal ağlar, topluluk ve daha geniş toplumun bağlamlarına uzanmaktadır (Abay ve Çölgeçen, 2018).

Psikiyatrik sosyal hizmet, geniş bir uygulama yelpazesine sahiptir ve ruh sağlığı alanında hizmet veren birey, grup, aile ve toplum gibi farklı müracaatçı gruplarına odaklanmaktadır. Uygulama alanı olarak ruh sağlığı kurum ve kuruluşlarını kapsamaktadır (Çamur ve Ayata Küçükbükücü, 2021). Bulut'a (1993) göre, psikiyatrik sosyal hizmet; akıl ve ruh sağlığının korunmasına katkıda bulunmakta, ruhsal ve zihinsel zorlukları olan kişilerin bu zorlukları aşmalarına yardımcı olmakta ve onların toplum içinde daha sağlıklı ve etkin bireyler olmalarını desteklemektedir.

Sosyal hizmetin önemli bir uygulama alanı olan psikiyatrik sosyal hizmet, içerdiği uygulama alanı ile çok kapsamlı bir yapıya sahiptir. Psikiyatrik sosyal hizmetin uygulama odağı; ruh sağlığı, uygulama kitlesi; ruh sağlığı kapsamına giren müracaatçı grupları (birey, grup, aile ve toplum), uygulama alanı; ruh sağlığı kurum ve kuruluşlarıdır (Payne, 1991). Psikiyatrik sosyal hizmet, sosyal hizmetin temel bilgi, değer ve becerilerini kullanarak, ruh sağlığı sorunları yaşayan bireylerin sosyal işlevselliğini ve genel refahını iyileştirmeyi, aile ve toplumla uyumlarını sağlamayı ve toplumdaki ayrımcılığı azaltmayı amaçlayan bir sosyal hizmet dalıdır (Çalık Var, 2018).

Psikiyatrik sosyal hizmet, ruh sağlığı sorunlarına sahip bireyler ve aileleri ile mikro düzeyde yapılan çalışmaları; politika ve hizmet geliştirilmesi, dışlanma ile mücadele gibi makro düzeyde yapılan çalışmaları kapsamaktadır. Bu yönüyle ruh sağlığı alanında sosyal hizmet uygulamalarının temel amacı; acıyı azaltmak, stresi hafifletmek, elverişli hizmet sunmak, kaynak bulmak, sosyal işlevselliği onarmak, gelişim ve değişim sağlamak, güçsüz ve zayıf hisseden bireyler için savunuculuk yapmak, bireyleri korumak ve bireylere kendi hayatlarının kontrollerini almaları için yardım etmektir. Bunun yanında müracaatçıların zararına olan sosyal tutum, koşul ve politikaları değiştirme sorumluluğu da psikiyatrik sosyal hizmetin içinde yer almaktadır (Tilbury, 2002: 32). Bir başka deyişle sosyal hizmet ruh sağlığı alanında, hastalıkların

psikososyal özelliklerinin yanı sıra toplumsal bağlamı ve sonuçlarına odaklanmaktadır (Oral ve Tuncay, 2012: 98).

Sosyal hizmet müdahalesi, bireyin çevresiyle etkileşimde bulunduğu noktada başlamaktadır ve aile, sosyal ağlar, topluluk ve geniş topluma doğru genişlemektedir. Bu, sosyal hizmetin ruh sağlığı alanındaki rollerinin sadece bireysel görüşmelerle sınırlı olmadığını, aile ve toplumla çalışmanın da bu mesleğin önemli bir parçası olduğunu göstermektedir. Sosyal hizmet, sosyal adalet, insan hakları ve savunuculuk gibi temel değerlere derinlemesine bağlı bir meslek olarak tanımlanmaktadır. Bland ve Renouf (2001), sosyal bağlamı, bireyin ruh sağlığı sorunlarını etkileyen sosyal çevre olarak tanımlamaktadır. Bu, bireyin kimliği, kırılganlığı, direnci, aile işlevselliği, destek ağları, kültür, topluluk, sınıf, etnisite ve cinsiyet gibi faktörleri içermektedir. Ego işlevselliği, kendine güven, anlam bulma, aile işlevselliği ve kişisel ilişkiler gibi intrapsişik ve kişilerarası yönlerin yanı sıra, ekonomik refah, işsizlik ve barınma gibi geniş sosyal konuları da kapsamaktadır (akt. Çoban, 2009).

Psikiyatrik sosyal hizmetin amaçlarını üç kategoride ele almak mümkündür: tedavi öncesi, tedavi süreci ve tedavi sonrası. Tedavi öncesi uygulamalar arasında risk taramalarının yapılması önemli bir önleyici çalışma olarak görülmektedir. Psikiyatrik rahatsızlıkların oluşumunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve çevresel risk taramalarının gerçekleştirilmesi koruyucu ve önleyici uygulamalar arasındadır. Tedavi sürecine uyum sağlamaya yönelik uygulamalar içerisinde bireylere tedavi sürecinin gerektirdiği yeni yaşam şekilleri anlatılmalıdır. Kişinin yaşamında değişmesi gereken günlük alışkanlıkları ve rutinlerinin yeniden düzenlenmesinde destekleyici uygulamalar önem taşımaktadır. Aile bireylerinin tedaviye uyumları ve katılımlarını sağlamak, bu dönemde bireye yönelik iletişim ve davranış biçimlerini öğrenmelerini sağlamak diğer önemli rollerden sayılmaktadır. Son olarak tedavi sonrası için hastane dışı alanın değerlendirilmesi, risk faktörlerinin belirlenmesi, destekleyici ve teşvik edici çalışmaların düzenlenmesi, uyumun sağlanması, sosyal ilişkilerin güçlendirilmesi, sosyal alanların düzenlenmesi ve takibin yapılması psikiyatrik sosyal hizmet uygulamaları arasındadır (Çamur ve Ayata Küçükbükücü, 2021).

Psikiyatrik sosyal hizmet, psikiyatrik rehabilitasyonun temel felsefesine dayanarak, ruhsal sorunları olan bireylerin toplum içinde mümkün olduğunca rehabilite edilmesini hedeflemektedir. Bu süreçte, bireylerin güçlendirilmesi, cesaretlendirilmesi,

ailelerin eğitilmesi ve sosyal kayıpların azaltılması ön planda tutulmaktadır (Çoban, 2009).

2.1.2. Psikiyatrik sosyal hizmetin tarihçesi

1800'lerden beri Batı'da var olan psikiyatrik sosyal hizmetin ilk örnekleri, 1880'lerde İngiltere'de görülmektedir. O dönemde psikiyatrik sosyal hizmet, toplumdan uzaklaştırılmış ve akıl hastanelerinde yaşayan ruhsal hastalıkları olan bireylere destek sağlamak amacıyla, özellikle taburcu olduktan sonra hastaların bakımı için gerekli bilgileri sağlamak üzere hastaların evlerini ziyaret eden gönüllüler tarafından yürütülmektedir. Geçmiş yüzyıla kadar sosyal hizmet uygulamaları, tıbbi sosyal hizmet kapsamında varlık göstermekte ve bu dönemde bireyin çevresiyle etkileşimine odaklanmaktadır. Bireyin ruhsal durumu genellikle ikinci planda kalmaktadır. Ancak 20. yüzyılın başlarıyla birlikte, sosyal hizmet mesleği bireyin ruhsal sağlığına daha fazla vurgu yapmaya başlamış ve bu dönemde psikiyatrik sosyal hizmet, psikiyatride etkili olan psikiyatrik modelden etkilenmeye başlamaktadır (Eyüboğlu, 2017).

Psikiyatrik sosyal hizmet, İngiltere'de 1936 yılında Londra'daki bir akıl hastanesinde başlamaktadır. Amerika ve İngiltere'deki uygulamaların aksine; Almanya, Fransa ve Avusturya'da sosyal hizmet uzmanları, akıl hastanelerinde değil, psikiyatri kliniklerinde görev yapmaktadır. İngiltere'de ilk akıl sağlığı sosyal hizmet eğitim kursu 1920'lerde başlamış ve bu dönemde ilk nitelikli ruh sağlığı çalışanları işe alınmaktadır. Sosyal hizmet uzmanları, çocuk rehberliği kliniklerinde ve psikiyatri hastanelerinde görevlendirilmekte, hastane ve toplum ortamlarını birbirine bağlayan önemli bir köprü görevi görmektedir. Mesleğin başlangıcından itibaren, ruh sağlığı alanında görev yapan sosyal hizmet uzmanları, açık bir değer temeli ve net bir kimliğe sahip olmaktadır (Çalık Var, 2018).

ABD'de ise sosyal hizmet uzmanları 1906'da Manhattan Devlet Hastanesi'nde yeni gelen hastaların sosyal geçmişlerini kaydetmek üzere ilk kez görevlendirilmektedir. Amerika'da artan psikiyatrik sosyal hizmet uzmanı ihtiyacını karşılamak için ilk olarak hizmet içi eğitimler düzenlenmiş, 1918'de ise Smith College'da psikiyatrik sosyal hizmet uzmanlarının ilk eğitim programı başlatılmaktadır. 1920'lerde, akademik eğitimin yanı sıra psikiyatrik hastanelerde ve kliniklerde de hizmet içi eğitimler verilmektedir. 'Amerika Psikiyatrik Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği', psikiyatri alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları için altı okulun müfredat

programlarını inceleyerek ilk müfredat programı taslağını hazırlamaktadır. 1958-59 öğretim yılında, Amerikan sosyal hizmet uzmanları eğitim konseyinin kayıtlarına göre, 1062 psikiyatri öğrencisi bulunmaktadır. O zamandan beri, çeşitli önleyici, teşhis ve tedavi hizmetlerinde aktif roller üstlenmektedirler. Zaman içinde, bireysel tedaviden aile tedavisine doğru bir evrim yaşanmaktadır. Sosyal hizmet uzmanları, psikologlar ve psikiyatristler, birey, aile ve grup terapilerinde dönüşümlü olarak çalışabilmekte ve aynı zamanda ruh sağlığı programlarını tasarlamakta ve yönetmektedirler. Psikiyatri hemşireleri, meslek terapistleri ve uğraşı terapistleri gibi diğer meslek elemanları da ruh sağlığı hizmetlerinde ekip olarak görev yapmaktadırlar (Zastrow, 2015).

Amerika Birleşik Devletleri'nde, sosyal hizmet uzmanlarının sayısı, psikiyatrist ve klinik psikologlardan daha fazla olup, toplum ruh sağlığı merkezleri gibi çeşitli kurumlar aracılığıyla duygusal sorunları olan bireylere danışmanlık ve psikoterapi hizmetleri sunmaktadır. Bu kurumlar arasında okullar, aile danışmanlığı merkezleri, sosyal hizmet departmanları, hastaneler, evlat edinme ajansları ve denetimli serbestlik ile şartlı tahliye ofisleri bulunmaktadır. Artan sayıda klinik sosyal hizmet uzmanı, özel pratiklerde bireylerin çeşitli duygusal sorunları için bireysel, aile ve grup terapileri sunmaktadır. Devlet ve özel sigorta programları, sosyal hizmet uzmanlarına özel alanda terapi sunma imkanı tanımaktadır (Zastrow, 2015).

Türkiye’de psikiyatri alanında ilk sosyal hizmet uygulamaları İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Enstitüsü’nün 1957 yılında başlayan ve “sosyal hemşire” adı verilen elemanlarca yürütülen sosyal hizmet uygulamalarıdır. Bu çalışma batı ülkelerindeki ilk uygulamalara benzer bir biçimde, hastanın çevresel ve kişisel özelliklerinin saptanması ihtiyacından doğmaktadır. 1958 yılından 1961 yılına kadar 827 düzenli sosyal ziyaret yapılmış ve aile ile ilişkilerin geliştirilmesi ve ailelerin hasta ve hastalığa karşı tutumlarının olumlu hale getirilmesi amaçlanmış ve olumlu sonuçlar alınmıştır (Cebiroğlu, 1961; Özdemir, 1999: 122).

Türkiye’de ise psikiyatrik sosyal hizmetin gelişimi, sosyal hizmetin gelişimi ile aynı doğrultuda ilerlemektedir. 1959 yılında 7355 sayılı kanunla Sosyal Hizmetler Enstitüsü kurulmuştur. Bu yasa ile bakanlığın teşkilat yapısının içerisinde Tıbbi Sosyal Hizmetler şubesi kurulmuştur. 1961 yılında Sosyal Hizmetler Akademisi kurulmuştur. 1963 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bünyesinde Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü faaliyete geçmiştir. 1967 yılında, Hacettepe Üniversitesi’nde Sosyal ve İdari

Bilimler Fakültesi, Sosyal Çalışma ve Sosyal Hizmetler bölümü kurulmuştur (Duyan, 1996: 10-19).

Sosyal Hizmetler Akademisi'nin eğitime başlaması ile Bakırköy Akıl ve Sinir Hastanesi'nde ilk sosyal hizmet uygulamaları başlamış, öğrenciler çalışmalar yapmışlardır. 1967 yılında bir sosyal hizmet uzmanı Bakırköy Akıl Hastanesi'nde çalışmaya başlamıştır. 1968 yılında aynı hastanede 5 sosyal hizmet uzmanı daha görevlendirilmiştir. 1968 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği'ne, 1970 yılında da Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği'ne, 1972 yılında Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'ne ilk kez sosyal hizmet uzmanları atanmıştır. Daha sonra pek çok hastane ve tıp fakültesine sosyal hizmet uzmanları atanmaya devam etmiştir. 2006 yılında Ulusal Ruh Sağlığı Politikası yayınlanmıştır. 2011 yılında Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge yayımlanmıştır. Bu merkezlerde bir ruh sağlığı çalışanı olarak sosyal hizmet uzmanlarının görevlendirilmeleri yapılmıştır (Çalık Var, 2018).

2.1.3. Psikiyatrik sosyal hizmet uzmanlarının rol ve görevleri

Sosyal hizmet uzmanlarının ruh sağlığı alanındaki görevleri son derece çeşitlidir ve bu alanda kritik bir rol üstlenmektedirler. Psikiyatrik tedavinin her aşamasında etkin bir şekilde yer alan bu uzmanlar, geniş bir sosyal hizmet bilgi ve becerisiyle birlikte, özel psikiyatrik sosyal hizmet uzmanlığıyla desteklenmektedirler. Sosyal hizmet uygulamaları, temel olarak klinik ve toplumsal düzeylerde değerlendirilmektedir. Yuri Branfenbrenner'ın ekolojik sistem teorisine dayanarak, klinik düzey mikro ve mezo, toplumsal düzey ise makro olarak tanımlanabilmektedir (Oral ve Tuncay, 2012).

Klinik düzeydeki roller, sosyal inceleme raporu hazırlama, psikoeğitim ve danışmanlık, taburculuk planlaması, bireyle çalışma, grupta çalışma, savunuculuk, psikoterapi ve hizmet içi eğitim koordinasyonu sağlamaktır. Klinik düzeyde sosyal hizmet uzmanları, bireyin, ailesinin ve sosyal çevresinin ihtiyaçlarına odaklanmaktadır. Bu uzmanlar, hastalarla birebir görüşmeler yapmakta, klinik ortamında terapiler uygulamakta, grup seansları düzenlemekte, ev ve iş/okul ziyaretleri gerçekleştirmekte, sosyal aktiviteler organize etmekte ve taburcu olan hastaların takibini sürdürmektedirler (Oral ve Tuncay, 2012).

Psikiyatrik tedavi ekibinin bir parçası olarak sosyal hizmet uzmanlarından beklenen, psikiyatrik rahatsızlıkları olan bireylerin toplumsal yaşamda normalleştirilmesi ve toplum içinde aktif bireyler olarak yer almalarını sağlamaktır. Bu nedenle, bu bireylerin haklarını korumak ve bu hakları kullanmalarına destek olmak, psikiyatrik sosyal hizmet uzmanlarının temel görevleri arasındadır (Çalık Var, 2018).

Toplumsal düzeyde sosyal hizmet uzmanlarının rolleri, koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi ve sunulması, ruhsal sağlık risklerinin tespiti ve araştırılması, toplumu bilinçlendirme çalışmaları yapma, sosyal entegrasyon projeleri planlama ve yeni hizmet modelleri oluşturma gibi faaliyetleri içermektedir. Sosyal çalışmacının özellikleri, işbirliği içinde çalışma, çeşitliliğe saygı duyma, etik ilkelere dayalı çalışma, eşitsizliğe karşı çıkma, iyileştirme, kişilerin ihtiyaçlarını ve güçlü yanlarını belirleme, hizmet kullanıcı odaklı hizmet verme, fark yaratma, güvenli ve olumlu risk almaya teşvik etme ve kişisel gelişim ve öğrenme başlıkları altında değerlendirilmiştir (Oral ve Tuncay, 2012).

Koruyucu ruh sağlığı hizmetleri ile ruhsal hastalıkların başlamasını önlemek ya da geciktirmek, hastalığın süresini azaltmak ve hastalığa bağlı yeti yitimini azaltmak amaçlanmaktadır. Koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin temelinde, hastalığa ait risk faktörlerinin olduğu ve bunlara yönelik politikalar geliştirilmesi gerektiği düşüncesi yatmaktadır. Bununla birlikte, bozukluk geliştiğinde, hastalığın seyri boyunca koruyucu tedbirler alarak, şiddetini, seyrini, süresini ve ilişkili sakatlığını azaltmak hala mümkündür (WHO, 2002: 7-8; Aksaray ve ark., 1999: 55).

Koruyucu hizmetlerin halk sağlığı sınıflandırması bulunmaktadır. Bunlar birincil koruma, ikincil koruma ve üçüncül korumadır (Abay ve Çölgeçen, 2018).

Birincil Koruma, hastalığın henüz oluşmadığı risk altındaki bireylerde hastalığın meydana gelmesini önlemek amacıyla gerçekleştirilen profesyonel aktiviteleri ifade etmektedir. İnsidansın (belirli bir nüfusta belirli bir sürede ortaya çıkan yeni vakaların görülme hızı) azaltılması hedeflenmektedir. Birincil koruma, sağlığı kişisel ve toplumsal çabalarla korumaktır ve genellikle halk sağlığı alanının görevidir (Compton ve ark., 2010: 3; Aksaray ve ark., 1999: 56; Corcoran ve Walsh, 2006: 431).

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

Evrensel önleme: Genel olarak halkı veya tüm nüfus grubunu hedefleyen koruma,

Seçici önleme: Bir ruhsal bozukluk geliştirme riski, popülasyonun geri kalanına göre daha yüksek olan bireylerin veya alt grupların hedeflendiği koruma,

Belirtilen önleme: Ruhsal bozukluk açısından yüksek risk altındaki kişileri hedefleyen koruma.

İkincil Koruma, psikiyatrik hastalıkların belirtilerini yeni göstermeye başlamış ya da riskli davranışlar sergilemeye başlamış bireylere yönelik, sorunun erken saptanması ve süregenleşmeden tedavi edilmesine yönelik hizmetlerdir. Bu nedenle, ikincil koruma, erken teşhise odaklanan müdahaleleri ifade etmektedir. Bir hastalık erken teşhis edilirse derhal tedavi edilebilir ve ideal olarak çözülebilir. Erken teşhis ve müdahale, hastalık süresini azaltır, böylece herhangi bir zamanda hastalığı olan bireylerin sayısını azaltır (Compton ve ark., 2010: 5).

Üçüncül Koruma, hastalığın yol açtığı bozukluk ve yeti kaybı oranının azaltılmasına yönelik rehabilitasyon çalışmalarını kapsamaktadır. Üçüncül koruma özellikle psikiyatrik hastalıklar açısından oldukça önemli bir husustur. Nüksetmeyi önlemeyi, psikiyatrik hastalığa eşlik eden başka bir hastalık geliştirme olasılığını azaltmayı ve psikososyal işlevin geliştirilmesine yönelik tedavileri sağlamayı içermektedir. Ağır ruhsal bozukluklar için gerçekleştirilen toplum temelli tedavi, sosyal beceri eğitimi, bireye ve aileye destek sağlama, sosyal destek gruplarının oluşturulması, toplum kaynaklarının harekete geçirilmesi ve istihdam sağlama gibi çalışmalar üçüncül korumaya örnektir (Compton ve ark., 2010: 5-6).

Sosyal hizmet uzmanları psikiyatrik tedavi sürecinde her aşamada aktif rol almaktadırlar. Teşhisin konma aşamasından başlayarak, hastalık ve hastalığı negatif yönde etkileyecek unsurlara ilişkin bilginin toplanmasında, hasta ve yakın çevresine destek sağlamada, hastanın tedavi sonrası rehabilitasyon sürecinde, taburculuk sonrası karşılaşılabileceği sorunların üstesinden gelmesinde önemli rol ve görevlere sahiptirler (Nişancı, 2019).

Ünsalan'ın 1967'deki çalışmasına göre, psikiyatrik sosyal hizmet uzmanlarının görevleri iki ana kategoride incelenmiştir. Birinci kategori, hastane içinde gerçekleştirilen görevleri içermektedir; bu görevler psikososyal bilgilerin toplanması, bu

bilgilerin tedaviye katkısının değerlendirilmesi ve hasta ile ailesinin taburculuğa hazırlanmasını kapsamaktadır. İkinci kategori ise tedavi sonrası psikiyatrik takibi içermektedir; bu takip sürecinde, destek gereksinimi olan bireylerin tespiti, uygun tedavi merkezine yönlendirilmesi, tedavi sürecine uyum sağlamaları, tedaviye aktif katılımlarının desteklenmesi, tedavi sırasında karşılaşılan psikososyal ve ekonomik sorunların çözülmesi, aile ve sosyal çevre ile ilişkilerin düzenlenmesi ve sürdürülmesi, taburculuk ve sonrasındaki uyum sürecinin yönetilmesi gibi bir dizi sorumluluk bulunmaktadır. Bu görevler, psikiyatrik hizmetlerin etkinliği açısından ekip içinde bütüncül bir yaklaşımla yürütülmektedir (Bahar ve Savaş, 2013).

Tedavi sonrası ve taburculuk aşamasında sosyal hizmet uzmanlarının üzerine düşen görevler oldukça büyüktür. Tedavi sonrası planlamasının eksikliği, ailenin ve hastanın bu sürece yeterince hazırlıklı olmaması gibi durumlar, yaşanan sorunların artmasına ve tedavinin tam anlamıyla gerçekleşmemesine yol açabilmektedir. Sağlıklı bir taburculuk kararı alabilmek için, hasta ve ailesinin bu sürece ne kadar hazır olduğunun dikkatlice değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu değerlendirme, sosyal hizmet uzmanı tarafından hasta ve aile ile yapılan görüşmeler sonucunda elde edilen bilgiler doğrultusunda tedavi ekibine sunulmaktadır (Bahar ve Savaş, 2013).

Uluslararası Sosyal Çalışmacılar Birliği (NASW) (2011)'nin ifade ettiği sosyal çalışmacıların, ruh sağlığı kliniklerinde ve ayakta tedavi merkezlerinde gerçekleştirdiği görevler şunlardır (NASW, 2011: 1):

- Müracaatçılara yönelik uygun hizmetlerin belirlenmesi,
- Biyopsikososyal değerlendirme yapmak ve sosyal hikayelerini almak,
- Madde kullanan müracaatçıları, destek sistemleri, fiziksel ve duygusal işlevsellik, finansal yeterlik, güvenlik, intihar ve cinayet düşüncesi vb. açısından değerlendirmek,
- Müracaatçının kendi kaderini tayin hakkı göz önünde bulundurularak, uygun tedavi ve rehabilitasyon planlarının uygulanması ve geliştirilmesi,
- Bazı özel ruh sağlığı sorunları için birey, aile ve grup terapilerinin doğrudan tedavi servislerinde sağlanması,
- Güvenliğe yönelik değerlendirme de dahil olmak üzere kriz yönetimi sağlamak,
- Müracaatçıyı savunuculuk,

- Vaka yönetimi hizmetleri, toplum kaynaklarının harekete geçirilmesi, diğer profesyonellerle işbirliği sağlama ve bununla sınırlı kalmayan görevler,
- Klinikler tarafından sağlanan ruh sağlığı hizmetlerinin daha geniş bir topluluğa tanıtılması,
- Program fonu sağlamak veya toplamak için bütçe yazılımı ve değerlendirmesine katılmak,
- Etik sorunları belirleme ve çözme,
- Personeli yönetmek, eğitim vermek ve denetlemek,
- Multidisipliner tedavi ekibinin bir parçası olmak ve bununla sınırlı kalmayan görevleri de içeren rollerdir.

Sosyal çalışmacılar, toplum ruh sağlığı merkezlerinde psikiyatrik rehabilitasyon süreçlerinde önemli roller üstlenmektedirler. Bu roller, engellilikten kaynaklanan zorlukların hafifletilmesi ve sosyal entegrasyonun teşvik edilmesi amacıyla yerine getirilmektedir. Bu görevlerin yerine getirilmesi, ruh sağlığı sorunları yaşayan bireylerin topluma yeniden kazandırılmasını amaçlamaktadır (Abay ve Çölgeçen, 2018).

Toplum ruh sağlığı merkezlerinde sosyal hizmet uzmanlarının görevleri, 2011 yılında çıkarılan Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge'de belirtildiği şekliyle şunlardır (Attepe Özden, 2015):

- Merkezin sorumluluk alanındaki hastaları tespit eder ve onların merkeze kayıtlarını sağlamak için gerekli kişi ve kurumlarla iletişim kurar.
- Hastalar ve yakınlarıyla iletişim kurarak, merkezin sunduğu hizmetler hakkında bilgi verir ve onları merkeze davet eder.
- Tedaviye ihtiyaç duyan veya bakıma muhtaç hastalar için gerekli sağlık ve bakım kuruluşlarıyla koordinasyon sağlar.
- Damgalamaya karşı mücadelede kurumlar arası iş birliğini artırır ve bu alanda çalışmalar yapar.
- Hastaların sosyal ve hukuki hakları konusunda bilgilendirir ve onlara zorluklarla başa çıkma konusunda destek sunar.
- Sivil toplum kuruluşları ve diğer ilgili kurumlarla iş birliği yapar ve bu ilişkileri geliştirir.

2.2. Sosyal İşlevsellik

Sosyal işlevsellik, bireylerin toplum içindeki rollerini başarıyla yerine getirebilme ve temel ihtiyaçlarını karşılayabilme kapasitesi olarak tanımlanabilmektedir. Bu temel ihtiyaçlar; beslenme, barınma, sağlık, güvenlik, sosyal kabul ve destek, hayatın anlamını bulma gibi temel konuları kapsamaktadır. Toplumsal roller arasında aile üyeliği, ebeveynlik, iş hayatı, komşuluk ve vatandaşlık gibi roller bulunmaktadır. Bu roller ve bunlardan beklentiler, bireyin yaşamı boyunca değişkenlik göstermekte ve cinsiyet, etnik köken, kültür, din, meslek ve toplumsal konum gibi faktörlere göre farklılık arz etmektedir. Dolayısıyla, sosyal işlevsellik, bireyin sosyal ve ekonomik çevresindeki talepler, beklentiler, kaynaklar ve fırsatlarla olan uyumunu ve etkileşimini ifade etmektedir (Sheafor ve Horejsi, 2015).

Sosyal işlevsellik, sosyal hizmetlerin temelini oluşturan ve diğer yardım mesleklerinden ayıran kritik bir kavramdır. Temel amacı, bireylerin sosyal işlevselliğini geliştirerek, potansiyellerini tam anlamıyla ortaya koyabilecekleri bir yaşam alanı oluşturmaktır (Bekiroğlu ve Demiröz, 2020). Sosyal işlevsellik, iş yaşamına katılabilmek, sosyal ilişkileri sürdürebilmek ve öz bakımını yapabilmek olarak da tanımlanmaktadır (Erol ve ark., 2009: 314). Kronik ruhsal bozukluklar, bilişsel ve sosyal işlevlerde bozulmalara yol açmaktadır (Saunders, 2003: 175).

Ruhsal rahatsızlık yaşayan bireyler, damgalanmayla birlikte sosyal hayatlarında birtakım problemler yaşayabilmektedirler. Damgalanma, ruhsal rahatsızlığı olan kişilerde utanç, reddedilme korkusu, yetersizlik hissi ve umutsuzluk gibi duygulara yol açmakta, bu da onların kendilerini değersiz hissetmelerine ve özgüven kaybına neden olmaktadır. Kısacası bu durum, ruhsal rahatsızlığı olan bireylerin sosyal ilişkilerden uzak durmalarına ve izole bir yaşam sürmelerine yol açabilmektedir (Tel ve Ertekin Pınar, 2012). Ruhsal hastaların iyileşme göstergelerinden biri de tam bir toplumsal entegrasyonun sağlanmasıdır (Aslantürk, 2016: 259).

Sosyal hizmet müdahalesinin temel amacı, bireylerin tatmin edici ve doyumlulu bir yaşam sürmelerini sağlamak için sosyal işlevselliklerindeki aksaklıkları gidermek, bu sorunları önleyici tedbirler almak ve sosyal kapasitelerini güçlendirmektir. Sosyal hizmet uzmanlarının yaklaşımları, psikologlar, hemşireler veya danışmanlardan farklıdır, çünkü bireylerin sosyal işlevselliğini odak noktasına almaktadır. Sosyal işlevsellik, bireyin temel ihtiyaçlarını karşılaması, ebeveynlik, eş olma, aile içi roller, iş

hayatı, öğrencilik ve vatandaşlık gibi sosyal rollerini etkin bir şekilde yerine getirebilmesi için gerekli motivasyon ve kapasiteyi ifade etmektedir. 'Sosyal' terimi, bireylerin birbirleriyle ve aile, okul, iş yeri, hastane gibi sosyal sistemlerle olan ilişkilerini belirtmektedir. Sosyal hizmet uzmanları, genellikle bireylerin ihtiyaçları ile mevcut kaynaklar arasındaki uyumsuzlukları çözmeye odaklanmaktadır (Sheafor ve Horejsi, 2015).

Sosyal hizmet uzmanları, insanların sosyal işlevselliğini geliştirme sorumluluğunu yerine getirebilmek için sosyal gelişim, sosyal tedavi ve sosyal bakım aktivitelerinde yer almaktadırlar. Sosyal bakım terimi, temel ihtiyaçlarını karşılama (beslenme, barınma, zarardan korunma gibi) ve psikolojik ihtiyaçları karşılama (aidiyet, kabul görmek, zor dönemlerinde teselli olma gibi) gereksinimi içinde olan kimselere, bu gereksinimlerini karşılamalarını sağlamak için tasarlanan aktivite ve çabalara verilen isimdir. Odaklanılan husus, müracaatçıya gereken kaynakları sağlamak ve yakın gelecekte değiştirmesi iyileştirilmesi mümkün olmayan zor bir durumda kendisine mümkün oldukça iyi hissetmesini sağlamaktır. Sosyal tedavi terimi ise, bir bireyin ve ailenin işlevsiz, problemlili ya da sıkıntılı düşünce, his, davranış ve alışkanlıklarını değiştirmek veya düzeltmek için tasarlanmış eylemleri kapsamaktadır. Sosyal tedavide, öncelikle odak noktası bireylerin veya ailelerin değişimini; eğitim, danışmanlık ya da değişik şekillerde terapiler ile kolaylaştırmaktır. Müdahalenin üçüncü bileşeni, halihazırda işlevlerini yerine getiren bir insanın yetenek ve performansını geliştirme, genişletme ya da ileriye götürme arayışıdır. Sosyal geliştirme hizmetleri, müracaatçıyı, tespit edilen bir soruna sahip olmadan işleyen belirli bir alanda daha ileri götürmeye ve geliştirmeye önemsemektedir (Sheafor ve Horejsi, 2015).

Sosyal hizmet alanı, tüm insanların sosyal işlevselliğiyle ilgilenirken, özellikle sosyal adaletsizlik, ayrımcılık ve baskıya maruz kalan toplumun en hassas kesimlerine, örneğin ciddi ruhsal hastalığı olan bireylere (ARHS) özel bir önem atfetmektedir (Duyan, 2010). Bu bağlamda, sosyal hizmet uzmanları, toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda çok disiplinli bir ekibin önemli bir parçası olarak, ARHS bireylerin sosyal işlevselliklerini iyileştirmede kritik bir rol oynamaktadır (Bekiroğlu ve Demiröz, 2020).

Ağır ruhsal hastalıklar, özellikle şizofreni ve duygu durum bozuklukları gibi, bireylerin bilişsel, yönetimsel ve sosyal becerilerindeki bozulmalarla karakterize edilen

kronik rahatsızlıklardır. Bu durumlar, yeti kaybına yol açmakta ve sosyal işlevsellik, hem tanı kriteri hem de iyileşme sürecinin bir göstergesi olarak büyük önem taşımaktadır. Şizofreni hastalarında mesleki beceriler, kişilerarası ilişkiler ve kişisel bakım gibi temel işlevsellik alanlarında, bipolar bozuklukta ise genel sosyal işlevsellikte bozulmalar, tanı için kritik öneme sahiptir (Bekiroğlu ve Demiröz, 2020).

Ağır ruhsal hastalıkların tanımlanmasında ve değerlendirilmesinde temel bir ölçüt olarak DSM-III tarafından tanımlanan sosyal işlevsellik, DSM-IV'te yer alan V. eksen ile klinisyenlere bireylerin sosyal işlevselliklerini değerlendirme aracı sunmaktadır. Bu değerlendirme, tedavi planlaması, etkinliğin ölçülmesi ve tedavinin sonlandırılması için rehberlik sağlamaktadır. İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi (İGD) ölçeği, bireyin işlevselliğini belirlemek için kullanılan bir yöntemdir (Bozan, 2019). Yaşam kalitesinin artması ile sosyal işlevselliğin de artacağını öngören çalışmalar mevcuttur (Eren ve ark., 2007: 69). Yapılan araştırmalar, sosyal işlevselliğin hastalığın pozitif ve negatif belirtileri, toplumsal davranışlar, duygudurum ve tüm çevresel şartlardan etkilendiğini ortaya koymuştur (Özkan ve ark., 2013: 193).

Kendine yetebilme, yalnız yaşayabilme, sağlıklı iletişim kurabilme gibi bireysel ve sosyal becerileri azalan hastaların, beceri eğitimine ihtiyaçları vardır (Yıldız, 2009). Hastaların yaşam kalitesini arttırma ve nüksleri önlemek için, eğitime başlamayı, sürdürmeyi veya çalışmayı isteyen kişilere destek veren hizmetler önemli bir etkiye sahiptir. Yaşam kalitesinin arttırılması ve patolojinin azaltılmasında, topluma katılım ve sosyal ağ büyük ölçüde yarar sağlayan değişkenlerdir (Amering ve Schmolke, 2017: 177).

2.3. Ruh Sağlığı

İnsan, biyo-psiko-sosyal bir varlık olarak, sağlıklı bir yaşam sürdürebilmesi için bedensel, ruhsal ve sosyal açılardan dengeyi korumalıdır. Bedensel sağlık genellikle daha açık bir şekilde tanımlanabilirken, ruh sağlığı tanımı daha karmaşık bir süreci içermektedir. Ruh sağlığı, toplumdan topluma ve kültürden kültüre değişiklik gösterse de, genel olarak bireyin kendisi, çevresi ve toplumuyla uyum içinde olabilmesi için dengeli bir çaba gösterme yeteneği olarak ifade edilebilir (Eyüboğlu, 2017).

Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre sağlık, sadece hastalık ve sakatlık olmaması durumu değil; aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik

hali olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımdan, sağlığın gelişimi için ruh sağlığının etkinliği ile ilgili üç önemli düşünce ortaya çıkmaktadır. İlk olarak, ruh sağlığı, sağlığın ayrılmaz bir parçasıdır ve ruh sağlığı yerinde olmayan bir bireyin fiziksel sağlığı yerinde olsa dahi tamamen sağlıklı olduğu söylenemez. İkincisi, ruh sağlığı fiziksel ve sosyal sağlıkla yakından ilişkilidir; fiziksel sağlıkta meydana gelen herhangi bir sorun, ruhsal ve sosyal sağlığı da etkilemektedir. Üçüncüsü, ruh sağlığı, fiziksel ve sosyal sağlıkla bağlantılıdır ve ruhsal hastalığın olmamasından daha fazlasını ifade etmektedir. Bu temel düşünceler, ruhsal anlamda yakalanamayan iyilik halinin, yaşamın fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik ve mesleki alanlarına da etki ettiğini göstermektedir. Bu nedenle, ruh sağlığı, tam bir iyilik halinin sağlanması ve yaşam kalitesinin artırılması için kritik bir bileşen olarak değerlendirilmektedir (WHO, 2005). Dünya Sağlık Örgütü, ruh sağlığını, bireyin kendi yetilerinin farkına vardığı, günlük yaşamın stresiyle baş edebildiği, üretken ve verimli çalışmalar yapabildiği, içinde bulunduğu topluma uyum içerisinde çeşitli katkılarda bulunabildiği bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır (WHO, 2005: 2).

Bir başka deyişle ruh sağlığı, bireylerin düşünme yetenekleri, kendini ifade etme becerileri, diğer insanlarla etkileşim kurma yetisi, yaşamı sürdürme ve hayattan zevk alma kapasitelerinin temelini oluşturan kapsamlı bir konsepttir. Bu bağlamda, ruh sağlığının teşvik edilmesi, korunması ve iyileştirilmesi, dünya genelinde bireyler, topluluklar ve toplumlar için son derece kritik bir öneme sahiptir (Albayrak, 2020).

Ruh sağlığı yerinde olan bir bireyin, duygu, düşünüş, inanç, tutum ve davranışları normaldir. Ruh sağlığı bozulan kişi ise, genellikle duygu, düşünce ve davranışlarında değişik derecelerde tutarsızlık, aşırılık, uygunsuzluk ve yetersizlik gibi “anormal” davranışlar sergiler. Her birey zaman zaman bu tür örüntüler sergileyebilir; ancak ruhsal hastalık yaşayan kişilerde bu özelliklerin sürekli veya yineleyici olması, kişinin verimli çalışmasını sekteye uğratması ve kişilerarası ilişkilerini bozacak nitelikte olması gerekmektedir (Candansayar ve Coşar, 2001: 21-22; Öztürk ve Uluşahin, 2008: 132).

Bu bağlamda bir bireyin ruh sağlığının yerinde olup olmadığının anlaşılması için öncelikle ruhsal açıdan normal ve anormalin ne olduğuna karar vermek gerekmektedir. Ancak bilimsel açıdan normal ve anormal davranışların ayırımı yaparken kullanılabilecek belirli bir ölçüt bulunmamaktadır. Bedenin normal yapısı ve işlevleri

bilindiğinden dolayı fiziksel anlamda meydana gelen hastalıkların belirlenmesi ve anormal durumların teşhis edilmesi oldukça kolaydır. Buna karşın ruhsal anlamda ölçüt kabul edilebilecek bir normal modeli bulunmamaktadır. Normalin tanımını yapabilmek için ortaya atılmış bazı görüşler vardır. Bu görüşlere göre bazıları toplumsal normlara uyma oranının normali, bu kurallardan sapma oranının ise normal dışını belirlediğini savunmaktadırlar. Diğer bazı görüşlere göre ise gerçek normallik ölçütünün toplumun onayı ile değil, kişinin kendini iyi hissedebilmesi ile gerçekleşeceğini öne sürmektedirler. Bu ölçüte göre bir davranış toplumun isteğine uygun olsa bile bireyin gelişmesini engelleyici nitelikteyse eğer normal dışı olarak kabul edilebilir (Gençtan, 2015: 12).

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

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

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

Danışandan hız alan terapiye göre ruh sağlığı, kişinin gerçekte ne olduğu ile ne olmak istediğı arasında bir denge kurmasıdır. Bu yaklaşımın öncüsü olan Carl Rogers, sağlıklı kişiyi sahip olduğu tüm yetenekleri geliştirebilen, başka bir anlatımla kendini gerçekleştirebilen kişi olarak tanımlamaktadır. Varoluşçulara göre yaşamın anlam ve amacını bilen, sorumluluk yüklenebilen ve seçimlerini bireysel anlamda yapabilen insan ruhen sağlıklıdır. Gerçeklik terapisinin öncüsü olan William Glasser, ruh sağlığını yaşanan tüm olaylar karşısında bireysel sorumluluğun kabulü olarak tanımlamaktadır. Gestaltçılar da ruh sağlığını, geçmişteki yetersizlik duygularının bugünkü eylemleri etkilememesi ve kişinin bunun bilincinde olması şeklinde açıklarlar (Özdemir, 2016).

Davranışçı ve sosyal öğrenme bakış açısı ile bireyin içinde yaşadığı toplum yapısına ve uyarıcılara uygun davranış geliştirebilme, psikanaliz bakış açısı ile bireyin iç dünyasında neler olup bittiğini keşfederek bunların yaşamındaki olaylara, ilişkilere yansması ile ilgili içgörü kazanması, insancıl bakış açısı ile bireyin kendini gerçekleştirmesi, Allport'çu bakış açısı olarak bireysel bütünlüğün sağlanması ve bireyin organize olması, bilişsel bakış açısı sağlıklı şemalar oluşturması, akılcı-duygusal yaklaşım olarak bireyin durumlar karşısında değişebilir fikirler yürütebilmesi olarak tanımlanmıştır (Çalık Var, 2018).

Ruh sağlığıyla ilgili farklı tanımlar olsa da iyi bir ruh sağlığına sahip bireylerin ortak özelliklerini sıralamak mümkündür. Bu özellikler arasında şunlar bulunmaktadır (Çalık Var, 2018):

- Gerçekçi Değerlendirme: Birey, kendisini ve çevresini objektif bir bakış açısıyla değerlendirebilme yeteneğine sahiptir.
- Yüksek Benlik Saygısı: Kişi, kendine güven duyar ve değerini bilmektedir.

- Empati Yeteneği: Başkalarının duygularını anlama ve onlara anlayışla yaklaşma becerisine sahiptir.
- Güven İnşası: Diğer insanlara güvenebilme ve sağlıklı ilişkiler kurabilme yeteneği vardır.
- Sosyal Doyum: İyi ilişkilerden memnuniyet sağlayabilme ve sosyal olarak uyumlu olabilme yeteneği.
- Sorumluluk Alabilme: Gerektiğinde sorumluluk üstlenebilme kapasitesi.
- Toplumsal Uyum: Yaşadığı toplumun normlarına uyum sağlayabilme yetisi.
- Çözüm Odaklılık: Sorunları etkili bir şekilde çözebilme ve uygun tepkiler verebilme yetisi.
- Stresle Başa Çıkma: Normal sınırlar içinde stresli durumlarla başa çıkabilme yeteneği.
- Esneklik ve Açıklık: Yeniliklere açık olma ve farklılıkları anlama yeteneği.
- Yaşamdan Zevk Alma: Keyif alabilme, üzülebilme ve sevinebilme yetisi.
- Etkili İletişim: Bilgi, duygu ve düşünceleri doğru zamanda ve yerde iletebilme yeteneği.
- Görev ve Sorumluluklarını Yerine Getirme: Verilen görevleri başarıyla tamamlama yeteneği.

Bu özellikler, tam bir ruh sağlığının sağlanması için önemli bileşenlerdir.

2.3.1. Ruh sağlığını etkileyen etmenler

Ruh sağlığı ve ruhsal iyilik durumunu etkileyen potansiyel üç kategoriden bahsetmek gerekirse bunlar; bireysel özellikler ve davranışlar, sosyal ve ekonomik koşullar ile çevresel faktörlerdir. Bireysel özellikler ve davranışlar; düşük özsaygı, duygusal ve bilişsel yetersizlik, iletişim becerilerinden yoksun olma, tıbbi hastalık (toksik, metabolik, enfeksiyöz) ve madde kullanımı olarak sayılabilmektedir. Sosyal ve ekonomik koşullar; yalnızlık, bir yakının kaybı, ihmal ve aile çatışmaları, şiddet ve istismara maruz kalma, düşük gelir ve yoksulluk, okulda zorluklar ve başarısızlıklar, iş stresi ve işsizlik konularını içermektedir. Çevresel faktörler ise temel hizmetlere yetersiz erişim, adaletsizlik ve ayrımcılık, toplumsal eşitsizlikler ve cinsiyet eşitsizlikleri, savaş ve diğer felaketlere maruz kalmak olarak açıklanabilmektedir (WHO, 2012: 3-4).

Ruh sağlığı için risk oluşturan durumlar sosyal, çevresel, psikolojik ve biyolojik etkenlere bağlı olabilmektedir. Kişiler için genetik mirasları, geçmiş veya şimdiki fiziksel çevreleri, bazı kişisel fiziki ve psikolojik örselenmeler, çocukluk ağı travmaları, yoksulluk ve stres gibi etmenler ruh sağlığı üzerinde bozucu etki yapabilmektedir (Aksaray ve ark., 1999: 55).

Doğan ve Kocacık (2006)'ın aktardığına göre bazı sosyal araştırmalar, sosyal destek sistemleri ve toplumsal istihdamın ruh sağlığı açısından önemini vurgulamış ve bunların yokluğuunda ruh sağlığının risk altında olduğunu belirlemiştir. Yine aynı şekilde genetik, sosyal sınıf, yoksulluk, yaş, ırk, cinsiyet, çocukluk ağı travmaları, işsizlik dışında işle ilgili sorunlar, göçmenlik ve kültürel yapının da ruh sağlığı üzerinde etkisi olduğu ifade edilmiştir (WHO, 2012: 3-4).

Ruhsal hastalığı engellemek, hastalığın başlamasına neden olan sebepler üzerinde çalışmayı gerektirmektedir. Bu risk faktörleri hastalığın ortaya çıkmasını, suresini ve şiddetini etkilemektedir. Koruyucu etkenler, insanların bu risk faktörlerine ve ruh sağlığı bozukluklarına karşı direncini olumlu yönde etkilemektedir. Bu etkenler, kişilerin bir uyumsuzlukla karşılaşmasına neden olan çevresel faktörlere karşı verdiği tepkileri değiştiren, hafifleten ve iyileştiren etkenlerdir. Bireysel koruyucu faktörler, benlik saygısı, duygusal esneklik, olumlu düşünme, problem çözme becerisi, sosyal beceriler, stres yönetimi gibi olumlu ruhsal sağlık özelliklerini içermektedir. Hem risk hem de koruyucu faktörler doğası gereği bireysel, ailesel, sosyal, ekonomik ve çevresel olabilmektedir. Çoğunlukla, oklu risk faktörlerinin kümülatif etkisi ve koruyucu faktörlerin yokluğu ya da eksikliği, bireylerin sağlıklı bir durumdan savunmasız bir hale geçmesine, ardından da bu bozulmaların artarak ruhsal bir probleme dönüşmesine ve en sonunda da ciddi bir ruhsal hastalığa neden olmaktadır (WHO, 2004: 20).

2.3.2. Ağır ruhsal bozukluklar

Psikiyatrik hastalıklar, duygu, düşünce ve davranışlarda, değişik düzeylerde, tutarsızlık, yetersizlik, aşırılık ya da uygunsuzlukla karakterize olan, bireylerde uyum ve işlev bozukluklarına yol açan hastalıklardır. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM-5 Tanı ltleri Başvuru El Kitabı'na göre, "Ruhsal bozukluk, ruhsal işlevselliğin altında yatan ruhsal, biyolojiyle ilgili ya da gelişimsel süreçlerde işlevsellikte bir bozulma olduğunu gösteren, kişinin biliş, duygu düzenlemesi ve davranışlarında klinik açıdan belirgin bir bozukluk olmasıyla belirli bir sendromdur. Ruhsal bozukluklar genellikle

belirgin bir sıkıntı ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında yetersizlik" olarak tanımlanmaktadır (APA, 2014: 5).

Ağır ruhsal bozukluk (Severe Mental İllness) Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü (NIMH)'ne göre bir ya da daha fazla temel yaşam aktivitesine etki eden ya da sınırlandıran, ciddi işlevsel bozulmaya yol açan zihinsel, davranışsal ya da duygusal bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (<https://www.nimh.nih.gov/>). 2011 yılında yürürlüğe giren Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri hakkında yönergeye göre, ağır ruhsal bozukluk, bilişsel, yönetsel ve sosyal beceri alanlarındaki yıkıcı etkisi nedeniyle yeti yitimi ile giden şizofreni ve benzeri psikotik bozukluklar ve duygudurum bozuklukları gibi kronik ruhsal hastalıkları kapsamaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) raporlarına göre, küresel çapta yeti kaybına neden olan en yaygın on hastalık arasında beş tanesi ruhsal hastalıklardır. Bu hastalıklar; depresyon, alkol bağımlılığı, bipolar bozukluk, şizofreni ve obsesif kompulsif bozukluk olarak sıralanmaktadır. Ruhsal bozukluklar yeterli bir şekilde tedavi edilmediğinde, işlevsellik ve iş gücünde ciddi kayıplara, aile içi sorunlara yol açmakta ve hastalığın yaygınlaşması ile tedavi maliyetlerinin artmasına sebep olmaktadır (Oral ve Tuncay, 2012).

Ciddi ruhsal hastalıklar, bireylerde yeti yitimine neden olabilen, süreç içerisinde nüks eden ve daha çok genç yaşlarda başlayan şizofreni, şizoaffektif bozukluk, bipolar bozukluk gibi hastalıklar olarak değerlendirilmektedir. Bu hastalıkların sağaltımında ve hastaların sosyal işlevselliklerinin artırılmasında yalnızca ilaç tedavisi ve hastane tedavileri tam bir iyileşme sağlayamamaktadır. Ciddi ruhsal hastalıkların neden olduğu yeti yitimi; düşünme, karar verme, baş etme, sorun çözme becerisi ve anlamlı davranışlarda bulunma gibi bazı zihinsel işlevlerin tam olarak yerine getirilememesidir. Bu hastalıklarda bazı kalıntı belirtiler, hastalığa sahip bireylerde yeti yitimine neden olmakta ve zamanında ve doğru müdahalelerle gerekli tedavilerin uygulanmaması gibi sebeplerle yeti yitiminin derecesi artmaktadır. Ciddi ruhsal hastalıkların neden olduğu yeti yitimiyle hastaların bir birey olarak toplumsal rol ve sorumluluklarını yerine getirememesi de engellilik halidir (Yıldız, 2009: 52).

Ruhsal ve davranışsal bozukluklar bireyler, aileler ve toplumlar üzerinde büyük bir etkiye sahiptir. Bu bozukluklara sahip bireyler rahatsızlık verici belirtilerden muzdariptir. Ayrıca, bu bireyler sık sık ayrımcılığın bir sonucu olarak iş ve boş zaman

etkinliklerine katılamamaları nedeniyle de acı çekmektedirler. Ailelerine ve arkadaşlarına karşı sorumluluklarını yerine getirememesi konusunda endişelenmekte ve başkalarına yük olmaktan korkmaktadırlar. Tahminlere göre dünya üzerinde her dört aileden biri ruhsal ve davranışsal bozukluğa sahip en az bir üyeye sahiptir. Dünya genelinde yaklaşık 450 milyon insanın nöropsikiyatrik hastalıklardan muzdarip olduğu tahmin edilmektedir (WHO, 2001: 3).

2.3.2.1. Şizofreni

Şizofreni, bireyin algılama, düşünme, duygusal tepkiler ve davranışları üzerinde karmaşık etkilere sahip olan bir psikiyatrik rahatsızlıktır. The British Psychological Society, bu durumu, bireylerin kişilerarası ilişkilerden ve gerçeklikten uzaklaşarak, kendi iç dünyalarında yaşadıkları bir ruhsal bozukluk olarak tanımlamaktadır. Dolayısıyla şizofreni, insanın gerçeklikten koparak içe kapanık bir yaşam sürdüğü bir durum olarak ifade edilmektedir (akt. Attepe Özden, 2015). Çoban (2009) tarafından şizofreni, "kronik, beceri kaybına yol açan ve dünya nüfusunun önemli bir kısmını etkileyen bir hastalık" şeklinde tanımlanmaktadır.

Şizofreni tanımlamalarında sıkça vurgulanan psikiyatrik boyutun yanı sıra, Arıkan (1998) ve Soygür ve Özalp (2005) tarafından belirtildiği üzere, şizofreninin aynı zamanda bir beyin hastalığı olduğu unutulmamalıdır. Şizofreniyi sadece bir ruhsal bozukluk olarak görmek, hastalığa karşı damgalayıcı tutumların oluşmasına neden olabilmektedir. Şizofreninin bir beyin hastalığı olması, hastalığın ortaya çıkmasında bireyin veya ailesinin bir suçu olmadığını göstermektedir (Attepe Özden, 2015).

Şizofreni, bireyin gerçek ile gerçek olmayanı ayırt etme yeteneğini bozan, düşünce akışını engelleyen ve duygusal dengeyi zorlaştıran ciddi bir hastalıktır. Genellikle yavaş ilerleyen ve bireyin davranışlarında belirgin değişikliklere neden olan şizofreni, ömür boyu görülme riski %0,5-1 arasında değişkenlik göstermektedir. Ancak, şizofreni hastası aile bireyleri olan kişilerde bu risk daha yüksek olmaktadır. Şizofreni, genetik ve çevresel faktörlerin birleşimiyle ortaya çıkmaktadır; yalnızca bir faktörün varlığı hastalığın gelişimine sebep olmamaktadır. Şizofreni, negatif ve pozitif belirtilerle kendini göstermekte ve kronikleşerek bireyin ve ailesinin yaşamını olumsuz etkilemektedir. İşlevsel kayıplar nedeniyle yeti yitimi yaşayan şizofreni hastaları, diğer kronik ruhsal hastalıklara sahip bireylere kıyasla daha uzun süreli hastane yatışlarına

neden olmakta ve bu durum, hem bireysel hem de toplumsal açıdan büyük bir yük oluşturmaktadır (Erdeniz, 2021).

Şizofreni, tüm toplumlarda sıkça rastlanan ruhsal bozukluklardan biridir ve dünya genelindeki şizofreni hastası sayısı 60-65 milyon civarındadır. Türkiye'deki şizofreni hastası sayısı 600 binin üzerindedir ve her toplumda görülme sıklığı yaklaşık %1'dir. Ebeveynlerden biri şizofreni hastası olan çocuklarda şizofreni gelişme riski %12 iken, her iki ebeveyn de şizofreni hastasıysa bu risk %40'a çıkmaktadır. Birinci derece biyolojik akrabalarda şizofreni varsa, diğer yakın akrabaların bu hastalığa yakalanma olasılığı yaklaşık 10 kat artmaktadır (Eyüboğlu, 2017).

DSM-V'de şizofreni, en az bir ay süren ve tedavi edilirse daha kısa sürebilen delüzyonlar, halüsinasyonlar ve dağınık konuşmalar gibi belirtilerle karakterize edilmektedir. Şizofreni tanısı için bu aktif faz belirtilerinden en az ikisinin bir ay veya daha uzun süre devam etmesi ve bu rahatsızlık belirtilerinin toplamda en az altı ay sürmesi gerekmektedir (Bozan, 2019).

Şizofreni birçok davranış ve düşünce bozukluğuna neden olan, beynin yapısında, fizyolojisinde, kimyasında önemli değişikliklerin olduğu çok sistemli psikiyatrik bozukluklardandır. Erken yaşta başlayarak hayat boyu süren, sonlanımı kötü olan bir hastalıktır. Şizofreni spektrumu algılama, düşünme, konuşma, dil, sosyal etkileşimler, motor davranış, dikkat, dürtü kontrolü, duygusal ifadeler ve çevreye yanıt alanlarında önemli bir şekilde görülmektedir (Yüksel, 2014).

Hastaların büyük bir çoğunluğunda ön belirtilerin olduğu toplumdan uzaklaşma, okul ya da işe karşı bir ilgisizlik, bakımsızlık, öfke patlamaları, olağan dışı davranışlarla seyreden yavaş bir başlangıç görülmektedir. Hastalığın gidişi çoğu zaman değişken olmaktadır. Kimi hastalarda alevlenme ve yatışmalarla giderken, kimi hastalarda kronik olarak devam etmektedir. İşlevsellik düzeylerinin hastalık öncesine dönme olasılığı düşüktür. Kronik hastaların bir kısmı giderek kötüleşirken diğer kısım oldukça durağan kalmaktadır. Hastalığın başlangıcında daha çok negatif belirtiler görülmekte, daha sonra pozitif belirtiler ortaya çıkmaktadır. Pozitif belirtiler tedaviye daha iyi yanıt verdiği için giderek ortadan kalkmaktadır, ancak pozitif belirtilerin olduğu dönemler arasında negatif belirtiler, hastalığın gidişi sırasında, kimi hastalarda daha çok yerleşmektedir (Koroğlu, 2013).

Şizofreninin tedavisinde temel amaç belirtilerin yatıştırılmasının değil, bu ruhsal bozukluğun yıkıcı etkilerinin mümkün olabildiğince önlenip, bireyin toplumsal uyumunu olabilecek en iyi seviyeye getirebilmektir. Şizofreninin tek bir tedavisi yoktur. Her şizofreni hastasının farklı özellikler taşıyabileceği göz önünde bulundurularak, tedavide çok yönlü bir yaklaşım gerekmektedir. Bu bağlamda ilaç tedavisinin yanında, psikososyal yaklaşımlar ve psikoterapiler hastalığın tedavisinde kullanılmaktadır (Çalık Var, 2018).

Şizofreni hastaları, hastalık öncesinde genellikle içe dönük, sessiz, arkadaşı az, yalnızlığı yeğleyen, garip, ilgileri sınırlı ve güvensiz kişiler olduğu ifade edilmektedir (Özdemir, 2016).

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

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

2.3.2.2. Şizoaffektif bozukluk

Şizoaffektif bozukluk, 1933'te Kasanin'in ilk tanımından bu yana, psikiyatrik tanı ve sınıflandırmalarda sürekli olarak tartışılmaktadır. Bu bozukluk, şizofreni ve duygudurum bozukluğu belirtilerini gösteren hastalar için kullanılan bir tanıdır. Ancak, bu iki hastalık grubunun belirtilerinin hastalar üzerindeki etkilerinin zamanlaması ve şiddeti konusunda belirsizlikler bulunmaktadır. Şizoaffektif bozukluk, şizofreni ve manik depresyonun özelliklerini taşıyan, ancak her ikisinden de farklı bir durum olarak kabul edilen bir tanı haline gelmiştir (Çölgeçen, 2018).

Şizoaffektif bozukluğun yaygınlığı ve görülme sıklığına ilişkin kapsamlı alan çalışmaları henüz yapılmamıştır. Mevcut araştırmalar, şizofreni ve duygudurum bozuklukları arasında yüksek oranda eşlik eden (komorbid) durumlar olduğunu ortaya koymaktadır. Mevcut verilere dayanarak, şizoaffektif bozukluğun şizofreniden daha nadir görüldüğü ve yaşam boyu yaygınlığının %0.5-0.8 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Risk faktörleri açısından yeterince incelenmemiş olan şizoaffektif

bozukluk, cinsiyet dağılımı açısından duygudurum bozukluklarına benzer özellikler göstermektedir; bipolar alt tipinde kadın ve erkek oranı eşitken, depresif alt tip kadınlarda iki kat daha sık görülmektedir (Sönmez, 2007).

Şizoaftaktif bozukluğun tarihsel olarak, şizofreni veya bipolar bozukluğun bir alt türü mü yoksa tamamen farklı bir hastalık mı olduğu konusunda tartışmalar yaşanmıştır. DSM-III-R ile şizoaftaktif bozukluğun tanımı daha netleşmiş ve bu bozukluk, şizofreni ve bipolar bozukluktan ayrı bir kategori olarak sınıflandırılmıştır (Oral ve Tuncay, 2012). DSM-V'de şizoaftaktif bozukluk, şizofreninin aktif faz kriterlerine ek olarak majör depresif veya manik dönemleri içeren ve bu dönemlerin yokluğunda en az iki hafta süren sanrı ve varsanılarla karakterize edilen, madde kullanımı veya başka bir tıbbi durumla ilişkilendirilemeyen ve kesintisiz devam eden bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (Bozan, 2019).

Şizoaftaktif bozukluğa sahip hastaların prognozları ve sosyal ile mesleki işlevsellikleri, şizofreni hastalarına kıyasla daha iyi olduğu düşünülmektedir (Sözeri Varma ve ark., 2011). Beatty ve arkadaşları (1993) tarafından yapılan bir çalışmada, şizoaftaktif bozukluğa sahip hastalarda, şizofreni hastalarına göre gecikmiş hatırlama gibi temporal lob ile ilişkili işlevlerde daha az bozulma olduğu gözlemlenmiştir. Stip ve arkadaşları (2005) ise, şizoaftaktif bozukluğa sahip hastalarda, şizofreni hastalarına göre beynin arka bölgeleri ile ilişkili bilişsel işlevlerde daha hafif bozulmalar tespit etmişlerdir. Heinrichs ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan bir başka çalışmada, şizofreni ve şizoaftaktif bozukluğu ayırt etmek için çeşitli bilişsel işlev değerlendirmeleri kullanılmış ve şizofreni hastalarının, şizoaftaktif bozukluğa sahip hastalara göre tüm bilişsel işlevlerde daha şiddetli bozulmalar sergiledikleri bulunmuştur (akt. Padhy ve Hedge, 2014).

Şizoaftaktif bozukluk, Amerikan Psikiyatri Birliği kategorilendirmesinde şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar bölümünde, Dünya Sağlık Örgütü kategorilendirmesinde ise şizofreni ve sanrı bozukluklar bölümünde yer almaktadır. Şizoaftaktif bozukluk, aynı nöbet içinde duygudurum ve şizofrenik semptomların aynı anda veya birkaç gün ara ile beraber görüldüğü ve ataklarla gelen bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (Esen Danacı ve ark., 2018: 220).

Genel olarak hastalığın seyri şizofreni ile duygudurum bozukluğu arasında bir yerlerde bulunmaktadır. Şizoaftaktif bozukluğun tedavisi ise şizofreni veya

duygudurum bozukluklarının tedavisi için uygulanan yöntemlerle aynıdır. Akut dönemde genellikle antipsikotik ilaçlar kullanılmaktadır. İdame tedavisinde ise genellikle alt tip göz önünde bulundurularak ona uygun ilaç tedavisi uygulanmaktadır. İlaç tedavilerine yanıtın yetersiz olduğu durumlarda elektrokonvulzif terapi (EKT) faydalı olabilmektedir (Malhi ve ark., 2008: 221; Marneros, 2003: 204; Padhy ve Hedge, 2014: 5).

2.3.2.3. Bipolar bozukluk

Bipolar bozukluk, bireyin duygusal durumunda aşırı uçlarda dalgalanmaya neden olan bir rahatsızlıktır. Zaman zaman yüksek enerji ve mutlulukla dolu hissederken, diğer zamanlarda derin bir keder içinde bulunabilmektedirler. Bu bozukluk, kişinin enerji seviyesini ve duygusal dengeyi etkilemekte, ancak yaşamını sürdürmesine engel teşkil etmemektedir. Bununla birlikte, bipolar bozukluğun etkileri, iş ve eğitimde sorunlara, sağlıklı ilişkiler kurmada güçlüklerle ve bazen intihar düşüncelerine yol açabilmektedir. Tedaviye uyum ve yaşam kalitesinin düşmesi, bipolar bozuklukla başa çıkarken önemli sorunlar arasında yer almaktadır. Bu nedenle, tedaviye uyumu artırmak ve yaşam kalitesini yükseltmek için kapsamlı ve bütüncül bir yaklaşım gerekmektedir (Şahin ve Elboğa, 2019).

Manik-depresif hastalık olarak da bilinen bipolar bozukluk, ruh hali, enerji, aktivite düzeyleri ve günlük görevleri yerine getirme becerilerinde olağandışı değişimlere neden olan bir beyin bozukluğudur. Bipolar bozukluk belirtileri şiddetlidir. Yüksek mortalite, morbidite ve hemen her alanda işlev kaybına yol açtığı bilinen; yineleme ve iyileşmelerle seyreden ciddi ve süregelen bir ruhsal bozukluktur. Semptomlar hasarlı ilişkilere, kötü iş veya okul performansına yol açabilmektedir. Hastalık, hasta ile birlikte çevresindekilerin de yaşamını olumsuz yönde etkilemektedir. Ancak bipolar bozukluk tedavi edilebilmekte ve bu hastalığa sahip insanlar tam ve üretken bir hayat sürebilmektedirler (NIHM, 2009: 1; Singh ve Bowden, 2006: 24; Akkaya ve ark., 2012: 31).

Bipolar bozukluğun doğru tanısı, klinik ortamda zorluklar yaratabilmektedir. İlk psikiyatrik değerlendirmede, bipolar bozukluğu olan hastalara yanlışlıkla unipolar depresyon tanısı konabilmektedir. Hastalığın başlangıcı genellikle depresyon belirtileriyle olduğu için ve biyolojik bir gösterge olmadığı için bu yanılgıya düşülebilmektedir. Ayrıca, hastaların manik veya hipomanik dönemleri rapor etmemesi

veya bu dönemleri hoş olarak algılamaları tanıyı zorlaştırabilmektedir. Ek tanıların varlığı da tanı koyma sürecini karmaşıklştırmaktadır. Belirtilerin başlamasından tanının konulmasına kadar geçen süre ortalama on yıl kadar olabilmekte, bu da klinik değerdendirmenin önemini artırmaktadır. Bipolar bozukluğun diğdr durumlardan ayırt edilmesi için hipomanik dönemlerin tespiti ve hastalığın uzun süreli izlenmesi kritik öneme sahiptir (Çölgeçen, 2018).

Bipolar bozukluk, bireyin enerjisinin pozitif ya da negatif yönde değışmesi ve duygudurum ile ilgili bir ruhsal hastalıktır ve toplumun %1,3 oranında görölmektedir. 16-25 yaş aralığında erkeklerde, erişkinlerde ise kadınlarda daha sık görölen bir hastalıktır (Kesebir ve ark., 2013). Bipolar bozukluğun tekrarlama oranı iki yıl içinde %60 civarındadır ve hastalık dönemlerini önlemede sağaltımın uygulanması oldukça mühimdir (Yeloğlu ve Hocaoglu, 2017).

İlaç tedavisi, bipolar bozukluk için uzun süredir tercih edilen bir yöntemdir. Ancak, ilaç tedavisine rağmen hastalığın ilk beş yılı içinde nüks oranı oldukça yüksektir. Bu nedenle, ilaç tedavisinin yanı sıra koruyucu tedavilerin ve psikoeğitimin önemi büyüktür. Hastaların ve ailelerinin hastalık hakkında bilgilendirilmesi, tedaviye uyumlarını ve dolayısıyla tedavi başarısını artırabilmektedir (Yeloğlu ve Hocaoglu, 2017).

İlaç tedavisinin yetersiz kaldığı durumlarda elektrokonvulsif terapi (EKT) gibi alternatif yöntemler devreye girebilmektedir. Psikoterapi veya konuşma terapisi de bipolar bozukluk için etkili bir tedavi seçeneğı olabilmektedir. Bipolar bozukluğu olan bireyler için uygulanan psikoterapi yöntemleri arasında bilişsel-davranışçı terapi, aile odaklı terapi, kişilerarası ve sosyal ritim terapisi ve psikoeğitim bulunmaktadır. Bu terapiler, hastaların hastalıkla başa çıkma becerilerini geliştirmelerine ve günlük yaşamlarını daha iyi yönetmelerine yardımcı olabilmektedir (Çölgeçen, 2018).

2.3.3. Ruh sağlığı alanında politikalar

2.3.3.1. Dünyada uygulanan politikalar

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1977 yılında Cenevre’de yapılan Dünya Sağlık Asamblesi’nde “2000 yılında herkes için sağlık” hareketini başlatmıştır. Ardından 1978 yılında Alma-Ata’da yapılan Uluslararası Sağlık Konferansı, sağlık politikası ile ilgili temel yapı taşlarından bir tanesi olmuştur. Kabul edilen deklarasyonda birinci basamak

sağlık hizmetlerinin sağlıklı bir toplum yaratmada anahtar rol oynadığı üzerinde önemle durulmuştur. Alma-Ata Konferansı'nda, yalnızca hastalığın ve sakatlığın olmayışının değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik hali olarak tanımlanan sağlığın temel insan haklarından biri olduğu ve bunun da mümkün olan en iyi seviyede tutulmasının dünya çapında en önemli sosyal amaçlardan biri olduğu vurgulanmıştır. Üye ülkelerce herkes için sağlık kavramının benimsenmesinden sonra DSÖ-Avrupa Bölge Ofisi 1980 yılında Avrupa için politikaları belirlemiş ve 1984 yılında “Avrupa’da Herkes İçin Sağlık Hedefleri” yayımlanmıştır. Lizbon’da 1991 yılında toplanan Bölge Komitesi bu hedefleri yeniden gözden geçirerek güncellemiştir. 1998 yılında Kopenhag’da yapılan 48. Avrupa Bölge Komitesi toplantısında “herkes için sağlık” yaklaşımı olgunlaştırılarak “Sağlık 21” başlığıyla 21’inci yüzyıl için sağlık alanında 21 hedef belirlenmiştir. Sağlıkta dayanışma, hakkaniyet, yaşama sağlıklı başlanması, gençlerin sağlığı, yaşlıların sağlığı başlıklarından sonra 6. hedef ruh sağlığının geliştirilmesi olarak belirlenmiştir (WHO, 1978; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), ülkelerin ruh sağlığı politika metinlerinin olmasının, yeterli ve kaliteli ruh sağlığı hizmeti sunulabilmesi için ana ve güçlü bir araç olduğunu vurgulamaktadır. Ulusal ruh sağlığı politikalarının öneminin yaygın bir şekilde kabulüne rağmen DSÖ 2001 verilerine göre, ülkelerin %40’ından fazlasının hiçbir ruh sağlığı politikası bulunmamaktadır. Ülkelerin %90’ından fazlasının çocuk ve ergenleri içeren herhangi bir ruh sağlığı politikası yoktur. Bunun yanında %30’undan fazlasının ise herhangi bir ruh sağlığı programı dahi bulunmamaktadır (WHO, 2001).

Yirminci yüzyılın ikinci yarısından sonra dünya genelinde ruh hastalıklarının oranının artması, insan haklarına olan vurgunun daha çok göz önüne alınması, hastanelerin aşırı kalabalık olması ve aynı zamanda iş gücü oranının oldukça az olması, hastane hijyen koşullarının kötü olması ve hasta hakları ihlallerinin yaygın olarak görülmesi gibi nedenlerden dolayı özellikle Batı Avrupa’da psikiyatrik hizmetler kavramsal ve yapısal olarak ciddi dönüşümler yaşamıştır. En önemli dönüşüm hastaların toplum içinde tedavi edilmesi görüşünün ortaya çıkması ile büyük psikiyatri hastanelerinin kapatılmasıdır. Dünya genelinde çeşitli toplum ruh sağlığı modelleri geliştirilmiş ve ruhsal hastalığı olan bireylerin yaşam kalitelerinin yükseltilmesi hedeflenmiştir. Toplum ruh sağlığı modeli 1950 yıllarından itibaren başlayarak giderek yaygınlaşan bir uygulama halini almıştır (Saruç ve Kılıç, 2015; Ulaş, 2008).

1950’lerde, psikiyatrik bakım konusundaki yeni fikirler ortaya çıkmaya başlamıştır. Bu fikirler, hastaların büyük ve kapalı kurumlar yerine toplum içinde yaşamaları gerektiğini vurgulamaktadır. Bu fikirler ışığında çok sayıda hasta taburcu edilmiş ve kurumlara daha az sayıda hasta kabul edilmeye başlanmıştır. Hastaların yaşamlarını toplum içinde geçirmelerini sağlamak konusunda sağlık çalışanları teşvik edilmiştir (Bozan, 2019).

1961’de İtalya’da başlayan ve Franco Basaglia liderliğindeki ruh sağlığı devrimi, hastanelerin temelinden dönüşümünü ve hasta haklarının güçlenmesini tetiklemiştir. Bu hareketin etkisiyle, son altmış yıl içinde Avrupa’nın neredeyse tüm ülkelerinde akıl hastaneleri yeniden yapılandırılmış ve toplum içinde tedavi uygulamaları genişlemiştir. Almanya, İngiltere, Fransa ve Finlandiya gibi ülkelerde bu hizmetler günümüzde oldukça ileri düzeydedir. Örneğin, Almanya’da toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin artmasıyla hastane yataklarının sayısı yarı yarıya azalmıştır (Songur ve ark., 2017). En son olarak Yunanistan ruh sağlığı sisteminde değişiklik yapmayı Avrupa Birliği’ne giriş aşamasında gerçekleştirmiştir (Çiçekoğlu ve Duran, 2018). Bulgaristan, Romanya ve İran da benzer bir değişim içerisindedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Bu dönüşümle İtalya’da öncelikle büyük psikiyatri hastaneleri kapatılmış, genel hastaneler içinde 16 yataklı psikiyatri klinikleri açılmıştır. Ülke, coğrafi alanlara bölünmüş ve yaklaşık 100 bin kişinin yaşadığı her bir bölgeye hizmet veren ruh sağlığı ekipleri oluşturulmuştur. Her bölgede 16 yataklı psikiyatri kliniği, rehabilitasyon çalışmalarının yapıldığı Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri ve apartman daireleri içinde yaklaşık 20 kişiye uzun süreli bakım verecek 3-4 ev oluşturulmuştur. Hizmetlerin finansmanı merkezi hükümet, belediyeler, sosyal güvenlik sistemi ve vakıflar üzerinden sağlanmıştır. Hastaların haklarının korunması için ruh sağlığı yasası çıkarılmıştır (Yanık, 2007).

Almanya’daki ruh sağlığı sistemi, merkezi bir yapıdan yoksundur ve hükümet, politika detaylarını belirleme veya kesin hedefler koyma yetkisine sahip değildir. Yalnızca yasal çerçeveyi oluşturabilmekte, genel amaçları saptayabilmekte ve harcamaları etkileyebilmektedir. Akıl sağlığı hizmetleri, federal ve yerel otoriteler ile ofis bazlı psikiyatristler tarafından düzenlenen hasta bakımını sağlayan yarı resmi kurumlar arasında bölüşülmektedir. Neredeyse tüm vatandaşlar sağlık sigortasına

sahiptir ve sigortası olmayanlar için sağlık hizmetleri ücretsizdir, bu masraflar genellikle sosyal hizmetler tarafından karşılanmaktadır. Almanya’da, karmaşık ve parçalanmış bir sistem mevcuttur (Abay ve Çölgeçen, 2018).

Almanya’da psikiyatri reformu 1970’lerin ortalarında başlamıştır. 1975 yılında ruh sağlığı alanında Ulusal İnceleme Raporu hazırlanmıştır. Bu rapora göre Almanya’da psikiyatri alanında yataklı tedavi yalnızca büyük ve yetersiz personelin bulunduğu akıl hastanelerinde sağlanmaktaydı. Ruh sağlığı bakımı ile genel sağlık bakımı sistemi arasında oldukça belirgin bir ayrım vardı. Bu sebeplerle komisyon acilen yapısal reform gerçekleştirilmesini istemiştir. Buna göre toplum temelli ruh sağlığı sistemine geçişin gerçekleştirilmesi ve ruhsal bozukluğu olan tüm hastalara kapsamlı bir hizmet sunulması prensipleri belirlenmiştir (Schulz, 2012).

1991 yılında yayınlanan “Ruh sağlığı hastanelerindeki personel üzerine federal yönerge”, psikiyatri servislerinde çalışan personelin yetersizliğine odaklanmıştır. 1991 yılından sonra personel açığının giderilmesine odaklanılmıştır (Ulaş, 2008). 2003 yılında psikiyatrik yatakların toplam sayısı, 1991 yılındaki tüm yatak sayısının üçte ikisi kadar bulunmuştur. Sonuç olarak Almanya’da 1970 yılından itibaren psikiyatri alanında 'yeni program' oluşturulmuştur. Genel hastanelerdeki psikiyatri birimlerinin sayısı son derece arttırılmıştır; süregelen ruhsal rahatsızlığı olan kişileri yerel topluluklara yeniden entegre etmek için büyük ölçekli hastaneleri kaldırma programları oluşturulmuş ve daha fazla günlük klinikler ve günlük merkezler kurulmuştur (Schulz, 2012).

İngiltere’de psikiyatride rehabilitasyon hizmetlerinde reform hareketi 1950’li yıllarda başlamış olmasına rağmen ruh hastalarıyla ilgili toplum temelli tedavi ve bakımın adımları ancak 1970’li yıllarda atılmıştır. 1983 Ruh Sağlığı Reformu (Mental Health Act, 1983) ile toplum ruh sağlığı hizmetleri ilk biçimini almıştır. Psikiyatrik bozukluğu olan hastalara sunulan tedavi olabildiğince hastane dışına taşınmış ve 1995 yılına kadar tüm depo psikiyatri hastaneleri kapatılmıştır. Süregelen ruhsal hastalığı olan bireylerin tedavi ve bakımları için “Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri” oluşturulmuştur (Bağ, 2012). 1997’de başlayan önemli gelişmelerle hizmet sunumunda değişiklikler yapılmış, 2002’de Ruh Sağlığı Enstitüsü kurulmuş ve 2009’da bu sorumluluk Ulusal Ruh Sağlığı Geliştirme Birimi’ne devredilmiştir (Bozan, 2019).

İngiltere’de toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri, Toplum Ruh Sağlığı Ekipleri aracılığıyla sunulmaktadır. Her ekip, sorumlu olduğu bölgede yaşayan 60-90 bin kişiye

hizmet vermektedir ve bu ekiplerde çoğunlukla psikiyatri hemşireleri bulunmaktadır. Ayrıca, sosyal hizmet uzmanları, psikologlar ve uğraşı terapistleri de ekiplerin bir parçasıdır. Evde Tedavi ve Kriz Çözüm Ekipleri gibi ek hizmet grupları da mevcuttur ve bu ekipler, tedaviye uyumu düşük olan hastalara veya yaşlılara özel hizmetler sunmaktadır (Artukoğlu, 2019).

Amerika’da ise 1946 yılında, ABD tarihinde ilk kez, psikiyatri eğitim ve araştırma için federal fon sağlanan Ulusal Ruh Sağlığı Yasası kabul edilmiştir. Bu Kanun, Ruh Sağlığı Ulusal Enstitüsü (NIMH)’nün kurulmasına yol açmıştır. ABD’de akıl hastanelerindeki koşulların Büyük Buhran ve İkinci Dünya Savaşı sırasında çok fazla kötüleşmesi sebebiyle 20. yüzyılın ortalarında, akıl hastanelerinden ziyade kurum dışı bakımın gelişi ya da toplum içinde ruh sağlığı hizmetinin sağlanması ile birlikte ruh sağlığı bakımı sistemi dönüştürülmüştür. Bu durum toplum ruh sağlığı merkezlerinin inşasını ve finansmanının sağlanmasına sebep olmuştur. Bu merkezler için federal destek Başkan John Kennedy’nin imzaladığı 1963 Toplum Ruh Sağlığı Yasası uyarınca yetkili kılınmıştır. Bu yasa sonrası ülke genelinde toplum ruh sağlığı merkezleri açılmıştır. Başlangıçta bu merkezler tüm ruh sağlığı sorunları ve önlenmesi ile birlikte tedaviyi de kapsayan geniş bir hizmet alanına sahipken 1970’lere geldiğinde hedeflerini uzun süreli ve özürlü bırakan hastalığı olan kişilerin tedavisi yönünde daraltmıştır. Böylelikle bu nüfusun akıl hastanelerinden çıkıp topluma kazandırılması sağlanmıştır (Sundararaman, 2009; Drake ve Latimer, 2012).

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

Dünya genelinde ruh sağlığı alanında üç farklı hizmet modeli bulunmaktadır; hastane temelli model, toplum temelli model ve toplum-hastane denge modeli (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011). Amerika’da ise toplum ruh sağlığı ile ilgili dört ana model bulunmaktadır. Bunlar; riskli gruplarla “Halk Sağlığı Modeli”, organik kökenli

hastalıkların tanı ve önlenmesinde “Biyomedikal Model”, bakım ve rehabilitasyon odaklı “Sistem Modeli” ile toplum gereksinimlerinin amaçlandığı “Hasta Merkezli Model”dir (Pektaş ve ark., 2006). Toplum ruh sağlığına yönelik oluşturulan modellerin ortak noktası, ruhsal hastalık tanısı alan bireyin yaşadığı ortamda tedavi, bakım ve rehabilitasyonunun sağlanması ve bu yönde verilecek hizmetlerin multidisipliner yaklaşımla yürütülmesidir (Saruç ve Kılıç, 2015).

ABD’de 1960’lı yılların sonunda toplum ruh sağlığı hareketine ilginin artmasıyla ruhsal hastalıkların bütüncül yaklaşımına ilgi de artmıştır. Bütüncül yaklaşım, insanı bedensel, ruhsal ve toplumsal yönden bir bütün olarak ele almakta ve sağlık hizmetlerinin de bütüncül görülmesi ve uygulanmasını vurgulamaktadır (Doğan, 2002).

Amerika’da, psikiyatrik rehabilitasyon kapsamındaki “Clubhouse” modeli 1948 yılında New York’ta “Fountain House” olarak kurulmuştur. Günümüzde Amerika, Kore, Güney Afrika ve Arnavutluk’ta olmak üzere üç yüzün üzerinde Clubhouse bulunmaktadır. Bu kurumlarda, ağır ruhsal hastalıkları bulunan kişilerin kendilerine olan güvenlerinin ve sosyal ve mesleki anlamda gerekli becerilerinin geliştirilmesi konusunda destek verilmektedir (Lucca, 2000). Clubhouse modeli, yardım arayan ruhsal hastalığı olanlara tatmin edici bir sosyalleşme sağlayarak, mesleki bir yaşam sürmeleri sağlanmaktadır. Bir başka ifadeyle, hastayı akıl hastanesinden alıp topluma kazandırma işlevini yerine getirmektedir (Rudyard, 1997).

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

İsveç’te tüm depo hastaneler kapatılmış, mevcut toplum ruh sağlığı hizmetleri tek bir elden yönetilmediği için uygulamada bir standart maalesef yakalanamamıştır. Ruhsal bozukluğa sahip bireylerin tedavisinde bölgeler arası farklar ortaya çıkmıştır.

Kısacası İsveç'in en büyük eksikliği toplum ruh sağlığı hizmetlerinin koordineli şekilde yönetilememesi olmuştur (Karataş ve Çalışkan, 2020).

Toplum temelli ruh sağlığı modeline yönelik en iyi kurum kuruluşlara ve uygulamalara sahip Hollanda'da ise depo hastanelerini azaltmaya yönelik ilk uygulama 1974 yılında yaşanmıştır. 1988 senesinden beri ülkede çok fonksiyonlu ruh sağlığı merkezleri inşa edilmiştir. Toplum ruh sağlığı merkezleri aracılığıyla psikoterapi, kriz müdahalesi, ayaktan psikiyatrik bakım hizmetleri, psikososyal yardım gibi hizmetler sunularak ruhsal bozukluğa sahip hastaların hastaneye yatışlarını önlemesi hedeflenmiştir (Çiçekoğlu ve Duran, 2018).

Japonya'ya geldiğimizde ise ruh sağlığına yönelik olarak en önemli uygulamanın ülkede bir ruh sağlığı yasası olmasıdır. Japonya diğer ülkelerdeki yatak sayısı azaltma hedefi yerine 2000'li yıllara kadar yatak sayısını artırmak için çabalamıştır. Birinci basamak psikiyatrik hizmetlerin entegrasyonu Japonya'da yetersizdir. Ülkemizde olduğu gibi Japonya'da da yatarak tedavi edilmiş bir hastanın ayaktan tedavisi yine o yatışı yapıldığı hastanede gerçekleşmektedir (Çiçekoğlu ve Duran, 2018).

Son olarak birçok Avrupa ülkesi toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerini gerekli kadar sunamasa da Fransa ve Almanya gibi pek çok ülke depo hastaneleri sayılarını azaltmış, toplum temelli hizmet sunan kurumları artırmıştır. Ancak DSÖ'nün 2011 verilerine göre Malta, Almanya, Yunanistan, Bulgaristan ve bazı ülkelerin hastanelerdeki yatak sayısını azaltmış olsalar bile uzun süre hastane yatışlarına engel olamadıkları tespit edilmiştir (Karataş ve Çalışkan, 2020).

2.3.3.2. Türkiye'de uygulanan politikalar

Osmanlı İmparatorluğu döneminden itibaren Türkiye'de psikiyatri hastalarına hizmet veren ilk kurumlar, tımarhane ve bimarhane olarak adlandırılan depo tipi yataklı kurumlardı. 1924 yılında, Mazhar Osman'ın önerisiyle İstanbul Bakırköy'de kurulan Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, bu tür kurumların ilki olmuş ve ardından Türkiye'nin çeşitli bölgelerinde benzer hastaneler açılmıştır. Bu hastanelerin işleyişindeki sorunlar ve kapasite yetersizlikleri, dünya genelindeki asyumlardan azaltılması ve toplum temelli hizmetlere geçiş sürecinin Türkiye'de de yaşanmasına zemin hazırlamıştır (Gözen ve Buz, 2020).

Ruhsal hastalıklar sosyal, ekonomik, hukuki ve tıbbi boyutları olan bir sorun olarak hastaları, ailelerini ve toplumu çeşitli şekillerde etkilemektedir. Ruhsal hastalıkların oranının her geçen gün artması, dünyada ve Türkiye’de psikiyatrik hizmetlerin kavramsal ve yapısal olarak ciddi dönüşümler yaşamasına neden olmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

1960’lı yıllarda Türkiye’de psikiyatri hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik ilk adımlar atılmış, İstanbul ve Ankara’da ruh sağlığı dispanserleri kurularak hastalara hastane dışında tedavi ve uyumlandırma hizmetleri sunulmaya başlanmıştır. 1967 yılında ise Sağlık Bakanlığı bünyesinde Ruh Sağlığı Şube Müdürlüğü oluşturulmuştur (Abay ve Çölgeçen, 2018).

1980’lerde yaşanan kentleşme ve nüfus artışı, özellikle 17 Ağustos depremi sonrasında Türkiye’deki ruh sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesi ihtiyacını ortaya koymuştur. Bu dönemde, toplumun ruh sağlığı hizmetlerine olan talebi artmış ve mevcut kaynakların yetersizliği daha belirgin hale gelmiştir (Karataş ve Çalışkan, 2020).

1983 yılında, Sağlık Bakanlığı’nın yeniden yapılandırılmasıyla Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü kurulmuş ve eski şube müdürlüğü Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı’na dönüştürülmüştür. Ertesi yıl, İl Sağlık Müdürlüklerinde Akıl ve Ruh Sağlığı Şube Müdürlükleri oluşturularak taşra teşkilatlarına da bu hizmetler yaygınlaştırılmıştır (Dağ, 2003). Başkanlık kuruluş döneminin ardından ilk büyük organizasyonu 25-27 Haziran 1987 tarihinde Ankara’da “Ruh Sağlığı Programı Geliştirme Toplantısı” ile yapmıştır. Toplantılar sonunda 4 ana grup (Koruyucu ruh sağlığı çalışmaları, ruh sağlığının iyileştirilmesi, genel sağlık hizmetlerinin psiko-sosyal yönleri, tedavi ve rehabilitasyon çalışmaları) oluşturulması ve bu grupların bir yıllık çalışma planı sonunda raporlarını tamamlamaları öngörülmüş ancak bu çalışma devam ettirilememiştir (Dağ, 2003: 60-61).

1998 yılı Eylül ayında Kopenhag’da düzenlenen DSÖ 48. Avrupa Bölge Komite Toplantısında herkes için sağlık, “Sağlık 21” başlığı altında “21. Yüzyılda 21 Hedef” sloganıyla resmen kabul edilmiştir. DSÖ, üye ülkelerden, “herkes için sağlık” konusunda kendi stratejilerini belirlemelerini istediğinden, 1998 yılında Sağlık Bakanlığı Türkiye için 2020 yılına kadar olan sağlık stratejilerini açıklamıştır. Belirlenen 10 hedeften 8’inci hedef “ruh sağlığının geliştirilmesi”dir. Alt başlığı ise

‘2020 yılına kadar, halkın psiko-sosyal iyilik durumunu geliştirmek ve ruh sağlığı sorunu olan kişilerin özel bakım almalarını sağlamak’ şeklindedir. Bu hedefler, 2001 yılında Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından “Sağlık 21, Herkese Sağlık, Türkiye’nin Hedef ve Stratejileri” başlığıyla yayınlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

1999 Marmara Depremi sonrası Türk Hükümeti ve Dünya Bankası arasında 23 Kasım 1999 tarihinde Marmara Depremi Yeniden Yapılandırma Projesi (MEER) Anlaşması imzalanmıştır. Bu çerçevede 2001-2004 tarihleri arasını kapsayacak projede bileşenlerden biri de ulusal ruh sağlığı politikasının geliştirilmesi şeklinde planlanmıştır. Ayrıca T.C. Sağlık Bakanlığı ile Başbakanlık Proje Uygulama Birimi arasında 7 Şubat 2001 tarihinde imzalanan protokol uyarınca, MEER Projesi- Travma Programı’nın yürütülmesi görevi T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ruh Sağlığı Dairesi Başkanlığına verilmiştir. Ruh sağlığı hizmetlerinin koşullara göre yeniden yapılandırılması hedeflenerek uygulamaya koyulan “Ruh Sağlığı Projesi”nin amacı, halkın sağlık eğitimini de içerecek şekilde ruh sağlığı hizmetlerinin niteliğinin ve ulaşılabilirliğinin artırılması ve birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan personelin ruh sağlığı hizmetleri açısından bilgi ve becerilerinin geliştirilmesi şeklinde ifade edilmiştir. Yapılan konferanslar, görüşmeler, derlenen raporlar ve bilimsel literatür ışığında Dünya Sağlık Örgütü tarafından tasarlanan “Ulusal Ruh Sağlığı Politikası Kapsamının Geliştirilmesi İçin Hizmet Kılavuzu Paketi” temel alınarak Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası Raporu oluşturulmuştur (Ulaş, 2008; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2006).

2000 yılına kadar uygulanan hastane odaklı ruh sağlığı hizmetleri Türkiye’de, hastaların akut dönemlerde yatışını sağlamıştır. Ancak, bu model, hastalığın biyopsikososyal yönlerini yeterince ele almadığı ve hastaların bilgilendirilmesi ile takibinde eksiklikler olduğu için, çoğu hasta taburcu olduktan sonra tekrar hastalık dönemlerine girmiştir (Erdeniz, 2021).

Avrupa Bölge Komitesi Konferansı’nda "Sağlık 21" teması altında, Türkiye’nin sağlık hedefleri ve stratejileri belirlenmiş ve 1998-2020 ulusal sağlık planlarına toplum ruh sağlığının geliştirilmesi amaçları eklenmiştir. 2005’te Helsinki’de yapılan toplantıda, üye ülkelerin kendi ruh sağlığı planlarını oluşturmaları vurgulanmıştır. Ardından 2006’da "Ulusal Ruh Sağlığı Politikası" açıklanmış ve 2007’de Sağlık Bakanlığı’nın

yönlendirmesiyle Ruh Sağlığı Yürütme Kurulu kurularak, koruyucu ruh sağlığı önlemlerinin acilen uygulanması gerektiği belirtilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011; Gözen ve Buz, 2020).

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

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

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

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

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

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

2011'de geliştirilen Ruh Sağlığı Politikası ile Ruh Sağlığı Eylem Planı oluşturulmuş ve 2023'e kadar kısa, orta ve uzun vadeli hedefler konulmuştur. Bu planın amacı, bireylerin ihtiyaç duyduğu ruh sağlığı hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulmasını sağlayacak bir ağın oluşturulmasıdır. Plan, hasta merkezli yaklaşımı ve toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılmasını öngörmektedir (Lotfi, 2018).

2006 yılında Elazığ Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nin Korumalı Ev Projesi ile başlayan toplum ruh sağlığı hizmetleri, 2008'de ilk olarak Bolu Ruh Sağlığı Hastanesine bağlı, Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nin açılması ile yaygınlaşmaya başlamıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

2008 yılında ilk açılan TRSM olan Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nin uygulamaları Sağlık Bakanlığı tarafından yakından izlenmeye başlanmıştır. Türkiye'nin sosyodemografik özellikleriyle ortalama bir ili olan Bolu pilot bir il olarak uygun görülmüştür. Bolu TRSM'nin karşılaştıkları maliyet, finans, personel sorunları

uygulayıcılar için iyi bir veri sağlamıştır. Bu pilot uygulamadaki veriler ve akademisyenlerin önerileriyle projenin ana ilkeleri belirlenmiştir (Alataş ve ark., 2009).

Türkiye’de ilk olarak Mayıs 2008’de Bolu Ruh Sağlığı Hastanesi’ne bağlı olarak Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) açılmıştır. Ülkemizde toplum temelli modelin hedefleri; ağır ruhsal bozukluğu olan kişilerin TRSM tarafından kayıt edilerek, takip edilmesi, hastanede yatan ve ihtiyacı olan hastaların ileriki dönemlerde açılması planlanan korumalı evler ve yarı-yol evlerinde kalmaları ve korumalı iş merkezlerinde çalışmalarının sağlanmasıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Ülkemizde ruh sağlığı alanında toplum temelli hizmet modeline geçiş için birtakım çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalar, 2006 yılında başlatılan ve halen devam etmekte olan Elazığ Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi korumalı ev projesi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Bahçelievler projesi ve gündüz hastanesi, Antalya, Ankara ve Kocaeli illerinde üniversiteler bünyesinde açılan gündüz hastaneleri ve rehabilitasyon merkezleri olarak sıralanabilir. Bu proje ve çalışmalar, toplum temelli ruh sağlığı hizmet modelinin ülke nezdinde tanıtılması için lokomotif görevi görmüştür (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

TRSM’lerin her 100-300 bin nüfusa karşılık gelecek şekilde açılması planlanmıştır. TRSM’ler, kendine bağlı olan bölgede bulunan ağır ruhsal rahatsızlığı olan kişilere ve ailelerine bilgiler verildiği, hastanın ayaktan tedavi edildiği ve izlendiği, ergoterapi, psikoeğitim, rehabilitasyon, kişisel terapi ve grup terapisi gibi metotların kullanılarak hastaların toplumsal becerilerini arttırmayı amaçlayan ve gerektiğinde hastalara ev ziyaretlerinin yapıldığı merkezlerdir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçiş, bireylerin ihtiyaçlarını karşılayan kapsamlı bir ruh sağlığı sisteminin önemini artırmıştır. Bu bağlamda, bireylerin ve ailelerinin desteklenmesi, mümkünse aile yanında yaşamaları, aksi takdirde toplum içinde entegre bir yaşam sürdürmeleri hedeflenmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

2.3.4. Ruh sağlığı alanında hizmet modelleri

İnsan biyopsikososyal bir varlıktır. Dolayısıyla bireyin sağlığı da hastalık hali de biyolojik, sosyal ve psikolojik olarak bir bütün içerisindedir. Hastalıkların tanı ve tedavisinde de önemli bir yeri olan biyopsikososyal yaklaşım ile bireyi geniş çerçeveden ele alma imkanı bulunmaktadır (Uncu ve Akman, 2004). Bu çerçevede, sağlığın temel

unsurlarından olan ruh sağlığı ve ruh sağlığına ilişkin hastalıkları açıklarken zıt iki modelden söz edilebilmektedir. Bu modellerden medikal model, tıp biliminin kullandığı ve hastalıkların tanısında ve tedavisinde uygulanan eski bir modeldir. Medikal model, ruhsal hastalığı bireyin sahip olduğu bir eksiklik olarak görmektedir. Bu eksikliğin nedenini ise bireyin kendisine bağlamaktadır. Hastalığın genellikle biyolojik yönünü ele almakta ve sosyal yönünü ise göz ardı etmektedir. Sosyal model ise, ruhsal hastalığı bir eksiklik olarak görmek yerine bireyin sahip olduğu bir farklılık olarak görmektedir. Sosyal model, ruhsal hastalığı açıklarken bireyin sosyal çevresine de odaklanmaktadır. Bu modele göre, ruhsal hastalıkların tedavisinde birey ile çevresi arasındaki iletişimin onarılması önemli yer tutmaktadır (Oral ve Tuncay, 2012). Sosyal hizmet mesleği doğası gereği bireyi çevresi içinde ele almaktadır, bu nedenle de ruh sağlığı ve hastalıklarının tanı ve tedavisinde medikal modele değil sosyal modele dayalı olarak çalışmaktadır. İyi bir tedavi süreci için hem tıbbın bilgisi hem de sosyal ve davranış bilimlerinin ortaya çıkardığı bilimsel bilgilerin kullanılması gerekmektedir (Oral ve Tuncay, 2012).

Birey ve ailelerin ruh sağlığı için gerekli olan tüm hizmetleri kapsayan hizmetler, ruh sağlığı hizmetleri olarak ifade edilebilmektedir. Bireye sunulan toplum ruh sağlığı hizmetleri; koruyucu, tedavi ve rehabilite edici hizmetler olarak ele alınabilmektedir. Ruhsal hastalıklara sahip bireylerin sorunlarının üstesinden gelmelerine yardımcı olmak, bireylerin toplumda sahip oldukları rol ve sorumlulukları tekrar kazanmalarını sağlamak ve bireylerin yeniden topluma kazandırılmalarını sağlamak hedefiyle gerçekleştirilen bütün çalışmalar toplum ruh sağlığı hizmetleri içinde bulunmaktadır (Karataş ve Çalışkan, 2020).

Ruh sağlığı hizmet modelleri, geleneksel hastane odaklı model, ruh sağlığı alanındaki reform süreciyle ortaya çıkan toplum temelli model ve bu iki yaklaşımın dengeli bir şekilde birleştiği toplum-hastane denge modelini içermektedir. Ruh sağlığı hizmet modellerinin tarih içindeki evrimine bakıldığında, üç ayrı dönem öne çıkmaktadır. İlk dönem, depo hastanelerinin yükselişini temsil eden hastane odaklı modeldir. İkinci dönem, depo hastanelerinin azalmasını işaret ederken, üçüncü dönem, toplum temelli hizmetlere yönelik bir dönüşümü ifade eden reform dönemidir (Abay ve Çölgeçen, 2018). Bu üç dönem genellikle ardışık olarak gerçekleşse de süreçler farklı ülkelerde değişik zamanlarda başlayıp değişik zamanlarda bitmiştir (Thornicroft ve Tansella, 2002: 84).

Ruhsal hastalığı olanlar 18. ve 19. yüzyıllarda “tımarhane” adı verilen şehirden uzak büyük ve kapalı hastanelerde tutulmuş, 1960’lı yıllarda bu kapatılmanın hastalarda yeti yitimini artırdığı fark edilince “kurum dışılaştırma” adı verilen bir hareketle bu hastaneler kapatılmaya başlanmıştır (Aydın ve ark., 2014: 186). Bu dönemde kapatılan büyük psikiyatri hastaneleri yerine toplum psikiyatrisi önem kazanmış ve ciddi ruhsal hastalığı olan hastalar toplum içinde tedavi edilmeye başlamıştır. Psikiyatri yatışları sadece krize müdahale veya hastanın kendisine ya da çevresine zarar verme olasılığı olduğu zaman yapılmaktadır (Ulaş, 2008: 2). Psikiyatrik tedavi konusunda 20. yüzyılın ikinci yarısında önemli gelişmeler olmuş ve hastaların toplum içerisinde tedavi edilmeleri gerektiği düşüncesi ağırlık kazanmaya başlamıştır. Örneğin Almanya’da 1960’lı yıllardan sonra psikiyatri hastanelerindeki yatak sayısı yarı yarıya azalmıştır (Bauer ve ark., 2002: 9).

Dünya genelinde ruh sağlığı hastalıklarının oranının artması, özellikle batı ülkelerinde çeşitli toplum ruh sağlığı modellerinin geliştirilmesine olanak sağlamıştır. Dünya genelinde çeşitli toplum ruh sağlığı modelleri geliştirilmiş ve ruhsal hastalığı olan bireylerin yaşam kalitelerinin yükseltilmesi hedeflenmiştir (Saruç ve Kaya Kılıç, 2015).

2.3.4.1. Hastane modeli

Ruh sağlığı tedavi tarihinde, Asylum adı verilen depo hastaneleri, en eski ve geleneksel modellerden biridir. 17. yüzyılda hapishanelerden çevrilen yapılarda tutulmaya başlanan ruhsal hastalar adeta vahşi hayvan muamelesi görmekteydiler. Bu kurumlara kapatılanlar sadece ruhsal hastalar değil, kimsesizler, dilenciler, yoksullar ve kilise tarafından aforoz edilen din adamları, yani toplumda huzur kaçıran ve istenmeyen kişilerdi (Foucault, 2017). Özellikle Avrupa ve Amerika’da, ıslah evlerinin kullanımının azalmasıyla birlikte, genellikle 1500-2000 yatak kapasiteli bu hastaneler şehir dışında kurulmuştur (Alataş ve ark., 2009). Pinel ve Tuke'nin liderliğini yaptığı "Moral Tedavi" yaklaşımı, bu hastanelerin yaygınlaşmasında etkili olmuştur. Bu yaklaşım, bireyin çevresinin moral bozukluğuna ve hastalığına neden olduğunu ve iyileşmenin sadece çevreden uzaklaşmakla mümkün olabileceği fikrine dayanmaktadır. Dorothea Dix, İngiltere’de Tuke'nin yöntemlerini inceledikten sonra Amerika’da akıl hastanelerinin yaygınlaştırılmasına öncülük etmiş ve ruh sağlığı hastalarının tedavisi için kontrollü bir çevrenin önemini vurgulamıştır (Songur ve ark., 2017).

1800'lerden 1960'lara kadar dünya genelinde yaygın olarak kullanılan hastane temelli model, büyük psikiyatri hastanelerinde sunulan hizmetleri ifade etmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011; Attepe Özden, 2015). Bu hastanelerin popülerliği, bireyin yaşadığı çevrenin ruhsal hastalıklara neden olabileceği ve iyileşmenin ancak bu çevreden uzaklaşmakla mümkün olabileceği düşüncesiyle artmıştır (Çiçekoğlu ve Duran, 2018; Özpolat, 2023). Hastane temelli modelde, ruh hastalığı genellikle bireyin sahip olduğu bir anormallik olarak görülmekte ve bu durum negatif bir etiket olarak kabul edilmektedir. Bu modelde, ruhsal bozuklukların bireysel kaynaklı olduğu düşünülmekte ve çözüm olarak profesyonel yardım gerekmektedir. Ancak, bu yaklaşım bireyin sosyal çevresini göz ardı etmekte ve sadece hastalığın akut dönemlerine odaklanmaktadır. Hastanede tedavi gören hastalar, taburcu olduktan sonra genellikle kendi başlarına bırakılmakta, bu da hastalığın tekrar alevlenmesine yol açabilmektedir (Oral ve Tuncay, 2012; Özpolat, 2023). Dönerkapı fenomeni olarak isimlendirilen bu tekrarlı yatış, hastanelerin yatak kapasitesinin yetmemesine neden olmakta ve çalışanların medikal tedaviye ek olarak psikososyal müdahalede bulunmasına şans vermemektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011). Buna ek olarak depo hastanelerinin nüfusunun çok fazla olması, hijyenik olmaması, hasta hakları ihlallerinin fazla olması ve antipsikiyatri akımının ortaya çıkmasıyla giderek bu modelden uzaklaşmıştır. 1950'lerden sonra hastalara kötü muamelenin artmasıyla ikinci dönem olan depo hastanelerinin düşüşü dönemi başlamıştır. Böylece depo hastaneleri yerine toplum temelli model anlayışı başlamıştır (Abay ve Çölgeçen, 2018).

2.3.4.2. Toplum modeli

Toplum temelli model, ağır ruhsal bozukluğu olan veya hastanede uzun süre yatan hastaların tedavi ve bakımlarının büyük psikiyatri hastaneleri yerine toplum içerisinde, hastanın kendi sosyal ortamında sağlandığı bir modeldir. Bu modelde hastaların taburculuk sonrası kontrole gelişi beklenmeden gezici ekiplerle ev ziyaretleri yapılmakta; hastaların kendi sosyal çevresinde düzenli takip ve tedavilerinin gerçekleştirilerek iyilik hallerinin korunması, alevlenme/atak dönemlerinin önüne geçilerek tekrarlayan hastane yatışlarının azaltılması ve rehabilitasyon hizmetleriyle hastaların topluma yeniden kazandırılması hedeflenmektedir. Hastane temelli modelde hastaların yalnızca hastane içerisinde tedavilerine odaklanılırken, toplum temelli modele geçişle birlikte bireyin biyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik açıdan bütüncül bir yaklaşım içinde değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Bu sayede hastaların

biyopsikososyal açıdan düzenli takipleri sağlanmakta ve toplumun içerisinde, toplumla birlikte yaşamış olacaklardır (Bağ, 2012: 466; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011: 22-24).

Genel hastanelerdeki psikiyatri poliklinik ve yataklı servisleri, Gündüz Hastaneleri, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM), bakım kurumları, koruyucu evler ve korumalı iş yerleri gibi kuruluşlar bu model çerçevesinde hizmet vermektedir (Yanık, 2007: 16-17). Bu model, 1950'lerden sonra ekonomik olarak gelişmiş ülkelerde hastane temelli modelin eksikliklerinin tekrar tekrar gösterilmesinden sonra yaygınlaşmaya başlamıştır. Bu eksiklikler: hastalara yönelik tekrarlayan kötü muamele vakaları; kurumların ve personelin coğrafi olarak izolasyonunun yarattığı sorunlar; raporlama ve hesap verilebilirlik konularındaki ciddi sıkıntılar; yönetim ve liderlik konusundaki yetersizlikler ve başarısız idare; finansal kaynakların kötü kullanımı; personel eğitimlerinin yetersiz olması; yetersiz denetim ve kalite kontrol mekanizmaları olarak sıralanmıştır (Thornicroft ve Tansella, 2002: 84).

Toplum temelli hizmetler, ağır ruhsal bozukluklar yaşayan bireylerin toplum içinde rehabilitasyonunu amaçlayarak ortaya çıkmıştır (Ensari, 2011). Bu yaklaşım, İtalya'da 1961'de başlayan ruh sağlığı reformuyla ortaya çıkmış ve son otuz yıl içinde Avrupa'nın birçok ülkesinde uygulanmıştır. Bu dönüşüm, İtalya'da başlayıp Batı Avrupa'nın diğer ülkelerine hızla yayılmıştır. Türkiye'de ise 2006'da 'Ulusal Ruh Sağlığı Politikası' ve 2011'de 'Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı' ile toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçiş süreci başlamıştır (Başer ve ark., 2013: 183; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin tedavisinde kullanılan toplum temelli ruh sağlığı sistemi üç temel unsur üzerine kuruludur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011): coğrafi temele dayanan hizmet, hizmetin ekip çalışması ile çok yönlü bir şekilde verilmesi, tanımlanmış olan bölgelere hastalara hizmet için toplum ruh sağlığı merkezi, koruyucu evler, korumalı işyerleri ve psikiyatri servisleri açılması olarak belirlenmiştir. Belirlenen bu üç temel unsur doğrultusunda toplum temelli ruh sağlığı hizmeti, farklı alanlardaki sağlık profesyonellerinden oluşan ruh sağlığı ekibi ile belirlenen coğrafi hizmet bölgelerinde etkin bir şekilde çalışmaktadır.

Ekip, kronik ruhsal hastalığı olan hastaların takip ve tedavilerinin yaşadıkları çevrede yapılması ve hastane yatışı nedeniyle ortaya çıkan toplumsal damgalamayı azaltmak amacıyla gezici olarak hizmet vermektedir (Yanık, 2007: 9).

Ruhsal hastalıkların tedavisinde kurum temelli modelden toplum temelli modele geçiş, ruhsal hastalığı olan bireylerin özerkliklerine ve insanlık onuruna verilen önemin artmasının sonucudur (Yılmaz, 2012: 5). Toplum temelli ruh sağlığı modeli, hastaların kişisel ve insan haklarına saygı gösteren, tecrit edilmiş hastaneler yerine hastaların kendi yaşam alanlarında bakım almasını destekleyen bir hizmet anlayışını benimsemektedir (Alataş ve ark., 2009). Bu modelle birlikte, ruh sağlığı hastalarının damgalanması azalırken, sağlık hizmetlerine erişim kolaylaşmaktadır. Hastaların ihtiyaçları daha etkin bir şekilde karşılanabilmekte, hastalıkların tekrarı engellenmekte ve hizmetten yararlananların memnuniyeti artmaktadır. Ayrıca, Almanya'da olduğu gibi, toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin yaygınlaşması hastanelerdeki yatak sayısının %50 oranında azalmasına katkı sağlamaktadır (Songur ve ark., 2017).

Bu modelde, psikolog, sosyal çalışmacı, psikiyatrist ve uğraşı terapisti gibi farklı disiplinlerden uzmanların bir araya geldiği multidisipliner ekipler bulunmaktadır. Meslekler arası iş birliği, nitelikli ekip çalışması için kritik bir öneme sahiptir (Saruç ve Duyan, 2009). Gerektiğinde, hemşire, sosyal çalışmacı ve psikologdan meydana gelen gezici ekipler, ev ziyaretleri yaparak hastaların düzenli ilaç kullanımını sağlamak ve ihtiyaç duyulduğunda hastaneye yatışlarını gerçekleştirmektedir. TRSM'lerde ise, hastanede yatışı tamamlanan hastalar için kapsamlı bir müdahale planı hazırlanmaktadır (Özpolat, 2023). TRSM'lerde ilaç tedavisi, bireysel terapi ve grup terapisi, kişisel beceri eğitimi, psikoeğitim ve danışmanlık, aile eğitimi ve sosyal beceri eğitimi gibi hizmetler verilmektedir (Yanık, 2007: 16; Ensari, 2008: 88).

Toplum temelli ruh sağlığı yaklaşımının temel amaçları, ruhsal hastalıkların önlenmesi, toplumun tedavi sürecine aktif katılımını teşvik etme, hastaların bireysel ihtiyaçlarına odaklanan bir bakım sunma, gereksiz hastane yatışlarını azaltma, damgalamayla mücadele ve bu alanda araştırmalarla bilgi üretimidir. Bu model, kurumsal bakım yerine toplum içinde desteklenen bir rehabilitasyon sürecini öngörmektedir (Gözen ve Buz, 2020).

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri, bu modelin uygulama birimleri olarak, hastaneden taburcu olan bireyler için kapsamlı bir müdahale planı geliştirmekte ve uygulamaktadır (Abay ve Çölgeçen, 2018). "Toplum Temelli Ruh Sağlığı" anlayışı, hastaların her kriz döneminde hastaneye yatırılmalarını önlemeyi ve tedavinin toplum içinde, hastanın kendi yaşam alanında sürdürülmesini hedeflemektedir. Bu model,

ruhsal bozukluğa sahip bireylerin haklarını koruyan ve onları izole edilmiş hastaneler yerine kendi sosyal çevrelerinde destekleyen bir uygulamayı benimsemektedir. Toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeli, hastanın tedavisinin bir kısmının hastanede, ardından taburculuktan sonra toplum içinde devam etmesini öngörmektedir (Çiçekoğlu ve Duran, 2018; Özpolat, 2023).

2.3.4.3 Hastane-toplum denge modeli

Toplum ve hastane dengesine dayalı modelde, psikiyatri hastanelerindeki yatak sayıları azaltılırken, aynı zamanda toplum bazlı hizmetler geliştirilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011). Bu yaklaşım, ağır ruh sağlığı sorunları olan bireylerin tedavi ve bakımında, yalnızca hastane odaklı veya toplum odaklı modellerin tek başına yeterli olmadığını göstermektedir (Attepe Özden, 2015). Bu nedenle, her iki modelin olumlu özelliklerinin birleştirilerek bütüncül bir yaklaşımın benimsenmesi önem taşımaktadır. Dengeli modelde, hizmetlerin bireylerin yaşadıkları çevreye yakın olması, hastane yatış sürelerinin minimuma indirilmesi ve ruh sağlığı için ayrılan bütçenin hastanelerden ziyade toplum tabanlı hizmetlere yönlendirilmesi esastır (Songur ve ark., 2017).

Ruh sağlığı sorunlarının doğası itibarıyla, bazı durumlarda hastaneye yatış kaçınılmaz olabilmektedir. Özellikle kriz anlarında, doğru tanı ve tedavinin uygulanması, hasta veya toplum için olası tehlikelerin önlenmesi ve hasta bakımı için destekleyici bir ağın bulunmaması gibi durumlar, hastane yatışını zorunlu kılmaktadır. Bu nedenle, toplum ve hastane tabanlı modellerin en iyi yönlerinin entegre edildiği bir denge modeli, ruh sağlığı hizmetlerinin daha etkin sunulmasında kritik bir rol oynamaktadır (Abay ve Çölgeçen, 2018).

Hastane temelli modelden vazgeçmek isteyen ancak toplum temelli model içinde yeterli alt yapısı olmayan ülkemiz için alternatif bir model niteliğindedir denilebilir. T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011)'nda hastane-toplum denge modeli şu şekilde tanımlanmaktadır: Genel hastaneler içinde yeni yatakların olduğu ve bir yandan da toplum psikiyatrisi modelinin oluşturularak, ağır ruhsal hastaların tedavisinin toplum içerisinde yapıldığı, hafif ruhsal hastalıklar için ise verilecek hizmetlerin aile hekimliği sistemine dahil edildiği özgün bir yapılanmadır. İngiltere’de uygulamaları hala devam eden bu modelde psikiyatri hastanelerinin yatak kapasitesi düşürülmüş, buna ek olarak toplum ruh sağlığı sistemi oluşturulmuştur.

Türkiye’de uygulanacak en uygun model olarak görülen karma modelde, ağır ruhsal bozuklukları olan hastalar genel hastanelerde, daha hafif ruhsal bozuklukları olanlar ise aile hekimliği sistemi aracılığıyla toplum içinde tedavi edilmektedir. Ülkenin sosyoekonomik koşulları ve personel sıkıntısı, bu karma modelin Türkiye için en uygun seçenek olduğunu ortaya koymaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011). Günümüz Türkiye’sinde, hastane hizmetlerine ek olarak, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) tarafından sunulan toplum temelli ruh sağlığı uygulamalarının yaygınlaştığı ve toplum-hastane dengesine dayalı bir modelin uygulandığı görülmektedir. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı da, ülkede uygulanabilecek en uygun model olarak toplum-hastane dengesini işaret etmektedir (Karataş ve Çalışkan, 2020).

2.4. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri

Toplum ruh sağlığı, birey ve ilişki içerisinde olduğu yakın çevresine sunulan koruyucu, tedavi ve rehabilite edici bütün ruh sağlığı hizmetlerini kapsayan bir terimdir. Toplum ruh sağlığı hizmetleri, ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin yaşadıkları sorunları çözmelerinde destek olmak ve hastalıkları nedeniyle kaybettikleri toplumsal işlevselliklerini kazanmalarına yardımcı olmak amacıyla yapılan bütün çalışmaları kapsamaktadır (Pektaş ve ark., 2006).

Toplum temelli ruh sağlığı yaklaşımının temel amaçları, ruhsal hastalıkların önlenmesi, toplumun tedavi sürecine aktif katılımını teşvik etme, hastaların bireysel ihtiyaçlarına odaklanan bir bakım sunma, gereksiz hastane yatışlarını azaltma, damgalamayla mücadele ve bu alanda araştırmalarla bilgi üretimidir. Bu model, kurumsal bakım yerine toplum içinde desteklenen bir rehabilitasyon sürecini öngörmektedir (Gözen ve Buz, 2020).

Toplum temelli ruh sağlığı modelinin, bireylerin ruhsal hastalığının teşhisinden önceki süreçten başlayıp, teşhis edilen hastalığın seyri ve tedavi süreçlerini bir bütün olarak kapsadığı ve koruyucu ruh sağlığı kapsamında uygulanan hizmetlerle de örtüştüğü söylenebilmektedir. Koruyucu ruh sağlığı hizmetleri, ruhsal hastalığın ortaya çıkmadan önlenmesi, risk oluşturabilecek faktörlerin belirlenmesi, erken teşhis edilmesi ve tedavi süreci ile bu hastalığa sahip olan hastaların toplumdan soyutlanmadan ruh sağlığının korunması amacı ile birinci, ikincil ve üçüncül olmak üzere üç farklı düzeyde sunulan hizmetlerdir (Attepe Özden, 2015).

Toplum temelli ruh sağlığı modeline ilişkin, T.C. Sağlık Bakanlığı (2011) tarafından yayınlanan Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nda hastane temelli modelden, toplum temelli modele geçilmesi nerilmiş olup, toplum temelli hizmetlerin geliştirilmesi amacıyla sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması hedeflenmiştir. Yapılacak olan yeni yapılanma ile psikiyatri hastanelerindeki yatak kapasitesinin azaltılması, yeni açılacak olanların toplum temelli modele uygun şekilde genel hastaneler içerisinde açılması, coğrafi bölgelere ve nüfusa göre 236 tane TRSM açılması hedeflenmiştir.

Toplum temelli ruh sağlığı modelinde ağır ruhsal bozukluğu olan bireylerin sosyal, ekonomik, hukuki ve tıbbi boyutları bir arada değerlendirilmektedir. T.C. Sağlık Bakanlığı (2011) Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı çalışmasında ağır ruhsal bozukluğu olan bireylerin sosyal, ekonomik, hukuki ve tıbbi sorunları ayrıntılı olarak açıklanmış ve bu sorunların üstesinden toplum temelli ruh sağlığı uygulamaları ile gelinebileceğinden bahsedilmiştir. Bu sorunların bazıları değerlendirildiğinde, sosyal boyut açısından, hastaların aileleri ve toplumla ilişkilerindeki güçlükler, sosyal izolasyon, ihmal ve istismar, damgalama, bakım problemleri ve bilgisizliğe bağlı çaresizlik yaşanan sorunlar arasında yer almaktadır. Ekonomik boyut açısından yaşanan bazı sorunlar, aileden bakım veren kişinin çalışamaması, eğitim problemleri, hastaların verimli çalışamaması ya da çalışmaması, hastalığın ekonomik maliyetleri vb. gibi problemlerdir. Hukuki boyut açısından, çoğu mümeyyiz olmayan hastaların hak ihlaline uğraması, bilgi eksikliğinden yaşanan hak kayıpları ya da vasilerin ilgisizliği ve ihmali yaşanan sorunlar arasında yer almaktadır. Son olarak tıbbi boyut açısından ağır ruhsal bozukluğu olan bireylerin yaşadığı sorunlar, medikal tedavinin takip eksikliğinden dolayı sürdürülememesi ve sonuç olarak alevlenme/atak sıklığının artması ve tekrarlayan hastaneye yatışlar gibi problemlerdir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011: 23-24). Toplum temelli modele geçişle birlikte bahsedilen bu sorunlar bütüncül bakış açısıyla ekip çalışması içerisinde değerlendirilecek ve bireylere özgü müdahale programları oluşturulacaktır (iekoğu ve Duran, 2018).

Toplum temelli ruh sağlığı, ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerin hastaneye yatışlarının engellenmesi, işlevselliklerini yitirmemeleri ve içinde bulundukları toplumdan soyutlanmamaları, tedavi ve takiplerinin devam etmesi için; hastanın yaşadığı ve/veya çalıştığı yerde temel ihtiyaçlarını karşılamayı, karşısına çıkabilecek sorunlarla baş edebilmesi için sorun çözme becerisini geliştirmeyi ve destek

sistemlerine ulaşmasını sağlamayı; özetle, hastayı yaşadığı toplum içerisinde tedavi etmeyi amaçlamaktadır (Bilge ve ark., 2016).

Toplum ruh sağlığı kavramı özünde iki amacı içermektedir; (1) Ruhsal hastalığı olanların toplum içinde tedavi ve rehabilitasyonu ve (2) Ülkenin ruh sağlığı düzeyini iyileştirmek. Bu hedeflerin ise toplum ruh sağlığı merkezlerinin geliştirilmesi ile karşılanması gerekmektedir. Ancak bu merkezler genelde devlet hastaneleri ile bütünleştirilmiş olmadıkları için taburculuk sonrası izleme çalışmaları psikiyatrik tedavi açısından yetersiz kalmaktadır (Bassuk ve Gerson, 1978). Psikiyatrik hastalıkların sağaltımında hastane gibi yatılı kurumlardan ayaktan merkezlerin daha birincil konuma gelmesi toplum ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi açısından oldukça önemlidir. Özellikle ülkemizde hastalar hastaneden taburculuk sonrasında ayaktan tedavi hizmetleri almada zorlanmaktadırlar. Bu zorluklar hasta ve aileden kaynaklanan zorluklar olabileceği gibi ayaktan psikiyatrik tedavi hizmet sisteminden de kaynaklanmaktadır (Duman, 2007). Bununla birlikte hasta ve ailelerin toplumsal yaşamda karşılaştıkları güçlüklerle yeterince baş edemedikleri de bir gerçektir. Hastanın sosyal işlevselliğindeki düzelme, ailenin üzerindeki yükün azalması açısından da oldukça önemlidir. Bu bağlamda, sağlık bakım sistemi giderek topluma dayalı duruma gelmektedir. Artık istenen şey, sadece belirtilerin giderilmesi değil, aynı zamanda hastanın yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve üretkenliğini yeniden kazanarak sürdürmesidir (Doğan, 2001: 42). Bu yönde yapılan çalışmalar hastalar üzerinde olumlu etkilerin gözlemlendiğini vurgulamaktadır.

Ruhsal bozuklukların tedavisi hastanın topluma uyumunu içermektedir (Myerson, 1918). Bu durum da toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerini zorunlu kılmakta olduğundan toplum temelli model dünya genelinde kabul görmüştür. Toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri, insanlara farkındalık yaratarak yaşam kalitelerini yükseltmelerinde ve toplumun genel olarak ayakta durmasında önemli bir rol üstlenmiştir (Dhavaleshwar, 2016).

2.5. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri

Profesyonel ruh sağlığı hizmetlerinin dünya çapındaki gelişimi, başlangıçta hastane merkezli olup, zamanla toplum odaklı bir yaklaşıma doğru evrilmiştir. Türkiye'de de benzer bir dönüşüm yaşanmış ve toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) adı altında yapılandırılmıştır (Özpolat, 2023).

Ruhsal hastalıkların tedavisinde bireyin psikososyal yönünün ihmal edilmemesi gerektiğine yönelik farkındalık, yapılan araştırmalar neticesinde oluşmuştur (Kuşgözoğlu ve Akbıyık, 2007). Bu bağlamda bireyler biyopsikososyal yaklaşımla çok yönlü olarak ele alınmaya başlanmıştır. Bu kapsamda, toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin uygulama alanı olarak, ülkemizde toplum ruh sağlığı merkezleri kurulmuştur. Çalışmanın bu aşamasında toplum ruh sağlığı merkezlerinin tanımı, bu merkezlerin Türkiye ve dünyadaki gelişimi, amaçları, fonksiyonları, merkezden faydalanan bireyler ve sunulan hizmetler, merkezde çalışan sağlık profesyonelleri ve ekip çalışması üzerinde durulmaktadır.

2.5.1. Toplum ruh sağlığı merkezlerinin tanımı

Ciddi ruhsal hastalıkların tedavisinde ana düzenleyici ve kontrol merkezi olması beklenen TRSM'ler, her 100-300 bin nüfusa bir merkez olarak düşünülmekte ve her TRSM'nin kendisine tanımlanan coğrafi bölgede bu merkezlerin hasta ve yakınlarını bilgilendirmesi, ayaktan psikiyatrik tedavi ile takibini sağlaması, çeşitli rehabilitasyon çalışmaları, uğraşlar ve terapilerle hastalarda toplumsal becerileri ve sosyal işlevselliği artırması, psikiyatri klinikleri ve diğer kurumlarla işbirliği içinde çalışması, hareketli ekibi ile yerinde tedavi ve takip yapabilmesi hedeflenmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011: 27).

TRSM'ler, şehirde merkeze yakın ve her türlü ulaşım aracıyla kolayca ulaşılabilir bir yerde, bir sağlık tesisi bünyesinde, eğer mümkün değilse mevzuata uygun ayrı müstakil bir binada, tercihen en az 300 m² kapalı alana sahip olacak şekilde kurulmaktadır. İhtiyaç halinde bir ilde birden fazla merkez kurulabilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Toplum ruh sağlığı hizmetleri, genel kabul görmüş olmasına rağmen, bu hizmetlerin toplumlar arasında farklılık gösterdiği bir gerçektir. Bu hizmet modeli, akıl hastalığı olan bireylerin bakımının, belirli bir tesis yerine, hastanın kendi topluluğu tarafından sağlandığı bir yaklaşımı temsil etmektedir. Bu strateji, sadece ayakta psikiyatrik tedavi sağlamakla sınırlı kalmamakta, aynı zamanda daha kapsamlı bir destek yelpazesi sunmayı hedeflemektedir (Özpolat, 2023).

TRSM'ler, ağır ruhsal rahatsızlıkları olan bireylerin tedavi ve takiplerini poliklinik esasına dayalı olarak gerçekleştirmektedir. Bu merkezlerde, iş ve uğraşı

terapileri gibi rehabilitasyon aktivitelerinin yanı sıra grup veya bireysel terapi seansları düzenlenmektedir. Amacı, bireylerin toplumsal işlevselliğini artırmak olan TRSM'ler, psikiyatri klinikleriyle koordineli çalışmakta ve gerektiğinde gezici ekipler aracılığıyla hastaların kendi yaşam alanlarında destek sağlamaktadır (Bilge ve ark., 2016).

Toplum ruh sağlığı merkezlerinin a) erken teşhis, tedavi ve topluma geri kazandırma; b) merkezlerin, hizmet ettikleri nüfusa “yakın ve ulaşılabilir” olma konumu ve c) kapsamlı tedavinin beş temel unsuru içermesi koşulu: yatan hasta bakımı, ayakta hasta bakımı, kısmi hastaneye yatırılma (gündüz, gece ve hafta sonu bakımı), acil bakım ve danışmanlık/egitim. Sağlanan hizmetlerin, aklen dengesiz olanlar, yaşlılar, azınlıklar ve alkol madde sorunu olan kişiler gibi problemli geniş bir alanı ve kesimi kapsaması beklenmektedir (Zastrow, 2015).

Toplum ruh sağlığı merkezleri (TRSM) ile birlikte, ciddi ruhsal hastalığı olanların kayıt altına alınıp takiplerinin yapılması, hastanelerde yatmakta olan hastalardan ihtiyacı olanlar için yatılı tedavi sonrası yarı yol evleri veya korumalı evlerde yaşamlarını sürdürebilmeleri ve sosyal yaşama daha aktif katılabilmeleri için korumalı iş yerlerinde istihdamlarının sağlanması hedeflenmiştir (Alataş ve ark., 2009: 28).

Bir toplum ruh sağlığı merkezinde çalışan profesyoneller arasında psikiyatristler, sosyal hizmet uzmanları, psikologlar, psikiyatri hemşireleri, uzman danışmanlar, meslek terapistleri, yardımcı personel ve gönüllüler bulunabilmektedir. Bu merkezlerde sunulan tipik hizmetler arasında ayakta ve yatan hasta bakımı, alkol ve madde kullanımı tedavisi, aile ve grup terapisi, ulaşım, çocuk ve yetişkin danışmanlığı, krize müdahale, toplum eğitimi ve öğrenci stajları yer almaktadır (Zastrow, 2015).

Hastaların çoğu hâlihazırda aileleri ile birlikte yaşadıkları için kendilerine bakım veren aile üyeleri üzerinde ciddi bir bakım veren yükü oluşmakta, bu kişiler de hasta ile birlikte sosyal yaşam ve üretim sürecinden mahrum kalmaktadırlar. Aileler, hastalığın sorumlulukları ile baş başa bırakılmakta ve zamanla tükenmişlik yaşayan aile üyeleri ile hastalar arasında sorunlar çıkmaktadır. Hasta ve hastalık hakkında yeterli ve sağlıklı bilgisi olmayan aileler ne yapacaklarını bilememekte, bu durum pek çok sorunu da birlikte getirmektedir. Toplum ruh sağlığı merkezlerinde, hastalar, gün içinde çeşitli rehabilitasyon programları ve etkinliklerle vakit geçirmektedirler. Böylece bu merkezler sayesinde hastalar tüm günlerini evde geçirmemekte ve aile yükünün bir kısmı alınmış

olmaktadır. Ailelere ve hastalara yönelik çeşitli eğitimler düzenlenerek hem hastalık hakkında bilgiler verilmekte hem de her hasta için bireysel olarak kendisine uygun bir tedavi programı hazırlanarak tedavinin etkinliği artırılmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011: 30).

2.5.2. Toplum ruh sağlığı merkezlerinin Dünya’da gelişimi

20. yüzyılın ikinci yarısında Batı Avrupa’da, ruh sağlığı hizmetlerine yaklaşımda önemli bir değişim yaşanmıştır. Bu dönemde, geleneksel hastane odaklı tedavi modelinden uzaklaşarak, ruh hastalıklarının toplum içinde ele alınmasıyla ilgili bir eğilim ortaya çıkmıştır. Bu yeni yaklaşımın benimsenmesiyle, ruhsal rahatsızlığı olan bireylerin tedavileri, izole edici ortamlardan ziyade toplum içinde gerçekleştirilmeye başlanmıştır. Hastaneye yatışlar, hastaların durumlarının kötüleştiği ve yoğun bakım gerektiren durumlarla sınırlı kalmıştır (Ulaş, 2008). Bu değişim, 1960’lardan itibaren hastaların iyilik hallerinin hastane dışında da devam etmesi gerektiği anlayışının benimsenmesiyle ivme kazanmış ve dünya genelinde ruh sağlığı hizmetlerinde çeşitli reformların başlamasına yol açmıştır (Alataş ve ark., 2009).

Avrupa’nın birçok ülkesi, medikal modelden sosyal modele geçiş sürecini tamamlamış ve ruh hastalığına sahip bireylerin kendi yaşam alanlarında hizmet alabilecekleri kurumlar oluşturmuştur. 1961 yılında İtalya’da başlatılan ruh sağlığı reformuyla birlikte, toplum temelli ruh sağlığı modeli hayata geçirilmiş ve son otuz yılda bu reform Avrupa geneline yayılmıştır. Bu dönüşüm, İngiltere, Fransa, Almanya ve Finlandiya gibi büyük Avrupa ülkelerini etkilemiş, Yunanistan ise Avrupa Birliği’ne giriş aşamasında ruh sağlığı sistemini yeniden yapılandırmıştır (Çiçekoğlu ve Duran, 2018). İtalyan Psikiyatrik Reformu, psikiyatri hastanelerinin sayısının azaltılması, genel hastanelerde psikiyatri servislerinin açılması ve toplum temelli tedavi anlayışının yaygınlaştırılması gibi üç aşamalı bir süreçle gerçekleştirilmiştir. Ulusal Ruh Sağlığı Planı’nın kabulüyle birlikte, depo hastaneleri kapatılmış, genel hastaneler içinde psikiyatri servisleri açılmış ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) kurulmuştur (Erdeniz, 2021).

Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM), şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve bipolar bozukluk gibi ciddi ruhsal hastalığı olan bireylere toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeli çerçevesinde hafta içi mesai saatlerinde hizmet veren bir sağlık

kuruluşudur. 1963 yılında ilk TRSM Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde açılarak hizmete başlamıştır (Arieti, 2008; Aktaran: Songur ve ark., 2017: 278).

Avrupa'da 1970'lerde öncelikle İtalya'nın Trieste kentinde başlatılan bir girişim, hastane temelli hizmet modelinin bırakılıp toplum temelli hizmet modeline geçişin habercisi olmuştur. Bu model ile birlikte büyük akıl hastaneleri kapatılmış, bunların yerine tanımlanmış yerel nüfusa hizmet veren Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) açılmıştır. Avrupa'nın diğer ülkelerinde de denenip başarılı olan sistem, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından da önerilmiştir (Ensari ve ark., 2013: 109).

Toplum temelli ruh sağlığı uygulamaları incelendiğinde, İngiltere'de sistem psikiyatri hemşirelerine dayalı olarak kurulmuştur. Bu sistemde, sosyal hizmet uzmanları, psikologlar ve psikiyatristler de önemli roller üstlenmektedir. İngiliz modelinde psikiyatri hemşireleri öne çıkarken, Alman modelinde sosyal çalışmacıların sayı ve görev olarak daha belirgin bir rol aldığı görülmektedir. Türkiye'deki uygulamalarda ise, hizmetler öncelikle psikiyatristler tarafından yürütülmekte, ardından psikiyatri hemşireleri, sosyal hizmet uzmanları ve psikologlar devreye girmektedir (Bahar ve Savaş, 2013).

2.5.3. Toplum ruh sağlığı merkezlerinin Türkiye'de gelişimi

2006 yılında, Sağlık Bakanlığınca uluslararası bir ekip çalışması sonucunda, hastane odaklı yaklaşımdan toplum temelli bir modele geçme kararı alınmıştır. Bu yeni yaklaşımın bir parçası olarak, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'nin (TRSM) kurulumuna başlanmıştır. Bu hizmetler, 2006'da Elazığ'da başlatılan Korumalı Ev Projesi ile ivme kazanmış ve 2008'de Bolu'da açılan ilk TRSM ile genişlemiştir (Artukoğlu, 2019).

Bolu'nun Türkiye'nin sosyodemografik yapısını yansıtmaması, pilot şehir olarak seçilmesinde etkili olmuştur. Bu pilot çalışma, maliyet, finansman ve personel konusunda karşılaşılan güçlüklerle ilgili değerli bilgiler sağlamıştır. Bu veriler ve akademisyen katkılarıyla projenin temel prensipleri belirlenmiştir (Alataş ve ark., 2009).

Toplum temelli modele geçişin ilk basamağı olan TRSM açma ve yaygınlaştırma kararı Sağlık Bakanlığı tarafından Nisan 2009 tarihinde alınmıştır (Alataş ve ark., 2009: 28). Türkiye'de ilk Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM), yaklaşık 250.000 nüfusa hizmet vermesi planlanarak Mayıs 2008'de Bolu iline

açılmıştır (Ensari ve ark., 2013: 110). Bolu’da bir pilot proje olarak hizmete başlayan TRSM, Bolu Ruh Sağlığı Hastanesine bağlı olarak kurulmuş ve hizmetlerinin etkinliği yakından izlenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011: 26). Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge, 16/02/2011 tarih ve 7364 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe girerek, TRSM’lerin amaç, hedef, işleyiş ve personel bakımından standartlarını belirlemiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Türkiye’de 1960’lı yıllarda, Faruk Bayülken tarafından hastane dışı toplum psikiyatrisi servisleri oluşturulmuştur. Bu dönemde İstanbul’da 1962 yılında 7 tane ruh sağlığı dispanseri, daha sonra 1970 yılında gündüz hastanesi ve 1977 yılında ise yarı yol evi ve korumalı iş yeri açılmıştır. Fakat bu merkezler sonraları kullanılmayarak, kapatılmıştır (Bayülken, 1998; aktaran: Arslan Delice, 2017). Gündüz Hastanesi programı ise tekrar 1 Mart 2004 yılında Kocaeli Üniversitesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı’na bağlı olarak çalışmaya başlamıştır. Burada hem tıbbi tedavi hem de rehabilitasyon çalışmaları birlikte yürütülmüştür. Hasta ve yakınları için Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimleri gibi geniş kapsamlı hizmetlerin verildiği bu kurum, bir takım parasal ve idari nedenler sebebiyle daha sonra kapanmıştır (Yıldız, 2009). Bir takım girişimlerde bulunulmasına rağmen psikiyatri hastanelerine alternatif olarak ortaya çıkan kurumlar çeşitli nedenlerle kapanmak zorunda kalmıştır. Bu doğrultuda, Türkiye’de toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeline geçiş aşamasında, ruh sağlığı alanında oldukça kısıtlı kaynaklar olduğu görülmüştür. Bu nedenle öncelikle, toplum temelli hizmet modelinin, kurum temelli hizmet modeline alternatif olarak ortaya çıkması gerektiği savunulmuştur (Avrupa Komisyonu, 2009).

2011’de Türkiye Ruh Sağlığı Eylem Planı yürürlüğe girmiştir. Bu plan, 2023’e kadar gerçekleştirilmesi hedeflenen temel amaçları ve stratejileri içermektedir. Bunun yanında ağır ruhsal rahatsızlıkları olan bireyler için kapsamlı bir hizmet sistemi oluşturmayı, psikiyatri yatak sayısını artırmayı, ruh sağlığı çalışanlarının sayısını ve kalitesini yükseltmeyi, engellilere sunulan hizmetlerin kalitesini iyileştirmeyi, kadın ve çocuklara yönelik hizmetleri genişletmeyi ve yasal düzenlemeleri hayata geçirmeyi hedeflemektedir. Bu doğrultuda, Ekim 2015 itibarıyla TRSM sayısı hızla 86’ya yükselmiştir. Günümüzde ise bu sayının 106’ya ulaştığı belirtilmektedir (Songur ve ark., 2017).

Son on yılda, Dünya genelinde Toplum Sağlığı Merkezleri %70 oranında büyüme göstermiştir. Türkiye'de de bu merkezlerin yaygınlaştırılması için çalışmalar devam etmektedir (Özpolat, 2023). Türkiye'de, toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri kapsamında, ARHS bireyleri tıbbi tedaviye ek olarak psikososyal destekten de faydalanmaktadır. Bu yaklaşım, ARHS bireylerinin sosyal işlevselliğinde önemli ilerlemeler sağlamaktadır. Dünya çapında yapılan araştırmalar, toplum temelli rehabilitasyon uygulamalarının, bu bireylerin sosyal işlevselliklerini ve hastalıkla başa çıkma yeteneklerini önemli ölçüde geliştirdiğini göstermektedir (Bekiroğlu ve Demiröz, 2020).

2.5.4. Toplum ruh sağlığı merkezlerinin amaçları

Toplum temelli ruh sağlığı, ağır ruhsal hastalığı olan bireylerin hastaneye yatışlarını azaltarak, toplumdan uzaklaşmanın ve işlevselliğin azalmasının önüne geçilmesini; aynı anda da tedavilerinin ve takiplerinin yapılması amacı ile bireyin yaşadığı çevrede gereksinimlerini karşılamayı ve bireyi sorunlarının üstesinden gelmede güçlendirmeyi amaçlamaktadır (Hannigan, 1999). Toplum ruh sağlığı bakımı, sadece bireylerin eksikliklerine değil, aynı zamanda güçlü yönlerine, yeteneklerine ve kişisel gelişimlerine de odaklanmaktadır. Bu nedenle, hizmetlerin amacı, insanların pozitif bir kimlik geliştirmelerine, kendi başlarına hastalıklarıyla başa çıkmalarına ve değer verdikleri sosyal rolleri üstlenme becerilerini artırmalarına yardımcı olmaktır. Toplum ruh sağlığı ayrıca, herkesin kendi yaşam bağlamlarında ve koşullarında yer alan uygulama, yenilik ve kanıta dayalı hizmetleri içermektedir (Özpolat, 2023).

TRSM'lerin hedefi, hastaların günlük yaşam becerilerini geliştirmek, toplum içinde bağımsız bir yaşam sürebilmelerini sağlamak ve iyileşme sürecini desteklemektir. Bu amaç doğrultusunda, bilişsel, sosyal ve fiziksel becerilere odaklanılarak hastaların işlevselliğini artırmaya yönelik çabalar sürdürülmektedir (Öztürk ve ark., 2021).

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM), şizofreni, bipolar bozukluk gibi ciddi ruhsal rahatsızlıklara sahip bireylere yönelik psikososyal destek sağlama misyonunu üstlenmektedir. Kayıtlı olan hastalar, kişisel özelliklerine uygun eğitim programlarına yönlendirilmektedir. TRSM'lerde sunulan hizmet yelpazesi, psikoterapi, beceri geliştirme eğitimleri ve ailelere yönelik psikoeğitimleri içermektedir (Şahin ve Elboğa, 2019). Bunun yanı sıra, hastaların güçlenmelerine katkı sağlamak adına rehabilitasyon

ve destek programları titizlikle uygulanmaktadır. Ağır ruhsal hastalıklara sahip bireylerin durumları düzenli olarak değerlendirilmekte ve sürekli takip edilmektedir. Merkezi ziyaret edemeyen hastalar için ev ziyaretleri düzenlenmektedir (Saruç ve Kılıç, 2015).

Merkezlerde hastalığın hem kişiye hem de sosyal çevresine getirdiği maddi ve manevi yıkımın da önüne geçmek amaçlanmaktadır. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde verilen psikososyal beceri eğitimi ile amaç hastaları olabildiğince hayatın içinde tutmak ve rehabilite etmek, üretken hale getirmek, sosyalleşmelerini sağlamaktır. TRSM’de hastalar için yapılan etkinliklerde hastalara öğrenilen bilgiyi beceri haline dönüştürecek ve kalıcı hale getirecek bazı teknikleri de kullanarak hastaların günlük yaşamda etkili olmalarını sağlamak hedeflenmektedir. TRSM’de uygulanan eğitimler ilaç tedavisinde olan şizofreni hastalarına uygulandığında, psikotik belirtilerin azalması, zamanında müdahale ile kısa zamanda atlatılması, hastalıkla ve hastalığın olumsuz etkileriyle baş etme becerilerinin gelişmesi, problem çözme becerisinin artırılması, kişiler arası ilişkilerin güçlenmesi ve toplumsal işlevselliğin artması beklenmektedir (Yıldız, 2011; Ensari ve ark., 2013).

TRSM'lerde, hastaların sosyal becerilerini artırmak amacıyla spor, halk oyunları, drama ve yağlı boya, resim gibi çeşitli aktiviteler sunulmaktadır. Bu hizmetlerin, hastaların semptomlarının hafiflemesine ve hastane yatışlarının azalmasına katkı sağladığı gözlemlenmiştir. Bu sayede devletin ruhsal bozuklukları olan bireyler için harcadığı maliyetler azalmış ve hastalar düzenli olarak takip edilme imkanına kavuşmuştur (Özpolat, 2023).

Günümüzde, ruhsal hastalıkların tedavi edilmesinde tercih edilen yaklaşımlar, hastaların eksikliklerine odaklanmak yerine, mevcut yetenekleri ve potansiyelleri üzerine yoğunlaşmaktadır. Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin temel amacı, bireylerin kendi kararlarını alabilme becerilerini geliştirmelerini sağlamak ve bu süreçte yeterince desteklenmelerini sağlamaktır (Yılmaz, 2012). Bu bağlamda, toplum ruh sağlığı merkezleri, ruhsal rahatsızlığı olan bireylerin yaşadıkları yerlerde düzenli olarak tedavi görmelerini sağlamak, hastane yatışlarını en aza indirmek, sosyal izolasyon yaşamadan rehabilitasyonlarını gerçekleştirmek ve hasta ile ailesini güçlendirmek gibi hizmetler sunmayı amaçlamaktadır. Bu nedenle, ruhsal rahatsızlıkları olan bireylere, sosyal çevrelerinde danışmanlık, eğitim ve psikolojik destek gibi hizmetlerin sunulması

önemlidir (Ensari, 2011). Netice olarak ağır ruhsal hastalıkları olan bireylerin, toplum ruh sağlığı merkezlerinden aldıkları hizmetler sayesinde, başkalarının yardımına ihtiyaç duymadan ve en az destekle bağımsız bir yaşam sürdürebilmeleri hedeflenmektedir (Arslan Delice, 2017).

2.5.5. Toplum ruh sağlığı merkezlerinin fonksiyonları

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM), çok disiplinli sağlık ekipleri tarafından yönetilen ve şizofreni, bipolar bozukluk gibi ciddi ruhsal rahatsızlıkları olan bireylere çeşitli hizmetler sunan kurumlardır. Bu hizmetler arasında tıbbi tedavi yöntemleri, bireysel ve grup terapileri, psiko-eğitim programları, kişisel ve sosyal beceri geliştirme eğitimleri ve aile destek eğitimleri bulunmaktadır (Akgün, 2019). Sağlık profesyonelleri, ihtiyaç duyulduğunda gezici ekip-ev ziyaretleri yaparak hastaların yaşam alanlarında takibini sürdürmektedir (Ensari, 2011). Hastaların kayıt işlemlerinden başlayarak, rehabilitasyon hizmetlerinin sunulmasına ve topluma entegrasyonlarına kadar geniş bir hizmet yelpazesi, ekip çalışması ve bütüncül bir yaklaşım ile gerçekleştirilmektedir. Ayrıca kurum, diğer ilgili kuruluşlarla koordinasyon ve işbirliği içerisinde çalışarak sonuçlarını izlemek ve değerlendirmekle yükümlüdür (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Üyelere, bakım planları çerçevesinde hizmetler sunulmakta ve yalnızca gerekli durumlarda yataklı tedaviye yönlendirme yapılmaktadır. Ekonomik destek sağlamak amacıyla hastaların istihdam edilmesi teşvik edilmekte ve barınma sorunları için ilgili kurumlarla iş birliği yapılmaktadır. Sosyal beceri eğitimleri sayesinde gelişim gösteren hastalar, korumalı evlere veya iş yerlerine yönlendirilmektedir (Ensari, 2011).

Yapılan araştırmalar, TRSM’lerde sunulan hizmetlerin hastaları çeşitli açılardan desteklediğini, sosyal ve bilişsel gelişimlerine katkıda bulunduğunu ve yeti yitimlerini azalttığını göstermektedir (Akgün, 2019). Ensari ve arkadaşlarının (2013) çalışmaları, TRSM’lerdeki hizmetlerin şizofreni gibi ağır ruhsal hastalıkları olan bireylerin yaşam kalitesini artırdığını, yeti yitimlerini azalttığını ve işlevselliklerini olumlu yönde etkilediğini ortaya koymuştur.

Merkez, ağır ruhsal bozukluklar hakkında toplumu bilgilendirme ve damgalama karşıtı çalışmalar yapmaktadır. Bunun için üniversiteler, sağlık kuruluşları ve diğer

kurum ve kuruluşlarla işbirliği içinde olup gerekirse yazılı ve görsel medyayı kullanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

2.5.6. Toplum ruh sağlığı merkezlerine hastanın kabulü

Merkez, kendisine bağlı bölgedeki ağır ruhsal rahatsızlığı olan hastaları tespit etmekte ve bu hasta veya ailesi ile telefon yoluyla irtibat kurmaktadır. Merkez ve uygulamalar konusunda bilgilendirme yapılarak hasta merkeze davet edilmektedir. Merkeze gelemeyecek durumda olan hastalar evde ziyaret edilmekte ve durumları belirlenerek merkeze davet edilmektedir. Merkezde hizmet alacak kişinin durumu ve sunulacak hizmet belirlenmektedir. Takip ve tedavi planı oluşturularak hizmeti alacak hasta ve hasta yakınları bilgilendirilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

TRSM tarafından hizmet sunulan coğrafi bölgede yaşayan ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerin tespit edilerek, merkeze kaydının yapılması hizmetlerde ilk basamağı oluşturmaktadır (Arslan Delice, 2017). Evde ziyaret edilmesine rağmen merkeze gelmesi sağlanamayan hasta, ilgili uzman tabip tarafından evde ziyaret edilerek değerlendirilmekte ve değerlendirme sonucuna göre ya merkeze davet edilmekte ya da 01/02/2010 tarih ve 3895 sayılı Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge esasları çerçevesinde evde sağlık hizmeti birimi ile gerekli koordinasyon sağlanarak evde takip programı belirlenmektedir. Evde ziyaret programına göre ekipte yer alan hekim dışı personelin görev saatleri ve uygulayacakları işlemler belirlenmekte, görev dağılımı yapılarak ilgililere tebliğ edilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

Merkez hizmetlerinden yararlanmak için, hastanın bizzat kendisi veya hasta yakınları tarafından talep yapılabilmektedir. Bu durumda, merkezde verilen hizmetlere uygunluğu ve tedavi sorumluluğu açısından hastanın durumu; tanısını koyup, tedavisini planlayan ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı tabip veya merkezde görevli uzman tabip tarafından değerlendirilmektedir. Başvuru sahibi hastalara veya aile bireylerine başvuru sonucu menfi olduğunda gerekçeli açıklama yapılmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

Merkeze kaydı yapılan her hastanın detaylı iletişim bilgileri alınarak, bağlı olduğu birinci basamak sağlık kuruluşunun tespiti yapılmaktadır (Ensari, 2013). Merkeze kabulü uygun görülen hastanın bu durumu sağlık kurulu raporuyla

belgelenerek ilgili aile hekimine bilgi verilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014). Psikoz tanısı almış olan ve ICD-10 tanı kriterine göre F 20-29 ve F 31 arasında tanı alan ağır ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin tedavi planlaması bu aşamada yapılarak, ihtiyaçları doğrultusunda gerekli planlamalar yapılmaktadır (Ensari, 2013).

Merkezde verilecek hizmetin kapsamı, süresi ve hizmetin plan ve programı sorumlu tabibin başkanlığındaki tedavi ekibince karara bağlanmakta ve hizmeti alacak hasta veya hasta yakınları bilgilendirilmekte ve ayrıca görevli personele gerekli tebligat yapılmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

Merkezce önerilen tedavi planının hastanın kendisi veya yakını tarafından kabul edilmemesi durumunda, tedavi planının uygulanmaması halinde oluşabilecek riskler hastanın kendisine veya hasta yakınlarına anlatılmaktadır. Buna rağmen hizmet kabul edilmiyor ise yazılı beyan istenmektedir. Yazılı beyan verilmemesi halinde bu durum ilgili personel tarafından tutanak altına alınmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

Merkezde hizmet sunulan hastanın tedavi gerekliliğinin ortadan kalkması, hastaya özgü hazırlanan hizmet planlarında belirlenen amaçlara ulaşılması, hastanın hizmeti sonlandırmak istemesi durumlarında hastaya verilen toplum ruh sağlığı hizmetine son verilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

2.5.7. Toplum ruh sağlığı merkezlerinde kayıtların tutulması ve istatistik

Merkez, ruhsal bozukluğu olan hastaların bilgilerini içeren bir veri tabanı oluşturmaktadır ve bu veriler, aile hekimleri, psikiyatri klinikleri ve yerel yönetimlerin kayıtlarından da toplanmaktadır. Hastaların psikiyatrik ve sosyal profilleri, çeşitli ölçekler kullanılarak belirlenmektedir. Hizmetler tamamlandıktan sonra, hasta dosyaları ilgili mevzuata uygun olarak arşivlenmektedir. Her hastaya ait ayrı dosyalar tutulmakta, kayıt ve takip defterleri oluşturulmakta, bu kayıtlar bilgisayara işlenmekte ve arşiv mevzuatına uygun olarak saklanmaktadır. Hastaların kişisel bilgileri ve istatistikleri, alınan güvenlik önlemleriyle korunmaktadır. Takip edilen hastanın bir başka toplum ruh sağlığı merkezinin sorumlu olduğu bölgeye taşınması durumunda gerekli bilgi ve belge bu merkeze gönderilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

2.5.8. Toplum ruh sağlığı merkezlerinde verilen hizmetler

2.5.8.1. Psikoeğitim ve danışmanlık

Psikoeğitim, psikososyal rehabilitasyonun esası olarak hizmet etmekte ve amacı bilgi ve davranışta bir değişim oluşturmaktır. Psikiyatri alanında psikoeğitim, hasta ve ailesinin psikiyatrik hastalık nedeniyle meydana gelen problemleriyle ve yetersizlikleriyle baş etme yeteneklerini geliştirme yöntemlerine odaklanmakta ve hasta ile aileyi güçlendirmeyi hedeflemektedir (Çölgeçen, 2018). Hasta ve ailelerine, hastalığın temel özellikleri (etiyojisi, progresyonu, prognozu, sağaltım yöntemleri vb.) ile sosyal ilişkileri, eğitim/iş performansını ve aile hayatını nasıl etkilediği konularında eğitim verilmekte ve bilgilendirici danışmanlık yapılmaktadır (Oral ve Tuncay, 2012).

Hasta ve ailesi için psikoeğitimin hedeflenen amaçları arasında, bakımveren yükünü ve stresi azaltmak, hastalığın tekrarlamasını önlemek ve hastaneye yatışları azaltmak, yaşam kalitesini artırmak, hasta ve ailenin başa çıkma becerilerini geliştirmek, davranış değişiklikleri oluşturmak, emosyonel destek sağlamak, hastalığın belirtilerini öğretmek, ilaç eğitimleri vermek ve tedaviye uyumu sağlamak gibi hedefler bulunmaktadır. Danışmanlık kapsamında da hastanın tıbbi, ekonomik, sosyal ve hukuki boyutları ile ilgili talep ettiği bilgiler konusunda danışmanlık hizmetinde bulunmak sosyal çalışmacının görevleri arasındadır (Çölgeçen, 2018).

2.5.8.2. Bireysel bakım planı

Bireysel bakım planı, merkezden hizmet alan tüm psikoz hastaları için uygulanmaktadır. Hastanın hastanede yatarak tedavi gördüğü dönemden başlayarak planlanmakta ve taburculuk sonrası hizmet sunulan Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) ile devam etmektedir. Hastanın ihtiyaçları tespit edilerek, her hasta için bireysel hedefler oluşturulmakta ve bu hedefler doğrultusunda gerekli çalışmalar merkez çalışanları tarafından uygulanmaktadır (Ensari, 2013).

Bireysel bakım planı ile amaçlanan, hastanın içinde bulunduğu durumun tespitini yapmak, içinde yaşadığı toplumdan soyutlanmadan, yakınları ile birlikte olmasını sağlamak ve sahip olduğu sosyoekonomik ve tıbbi konularda destek sağlamaktır (Ensari, 2013). Bakım planı, merkezde çalışan psikiyatrist önderliğinde, diğer sağlık profesyonellerinin de katılımı ile multidisipliner bir şekilde; hastanın genel sağlık ve psikolojik durumu, özbakımı, tedaviye uyumu, günlük yaşam aktiviteleri, aile

ve çevresiyle ilişkileri, iş-ekonomik durumu ve barınma durumu değerlendirilerek planlanmaktadır (Ensari, 2013).

Bakım planında, sosyal içermenin artırılması yönünde çalışmalar gerçekleştirilmektedir. Bu kapsamda tecrit ve marjinalleştirmenin azaltılması, hizmet alanların toplumla bağlarının güçlendirilmesi ve özgüvenlerinin artırılması yönündeki stratejiler temelinde uygulamalar planlanmaktadır.

2.5.8.3. Bireysel terapi ve grup terapisi

Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde (TRSM) kayıtlı olan ağır ruhsal hastalığa (psikoz, bipolar bozukluk, şizofreni gibi) sahip olan bireyler, ihtiyaçları doğrultusunda merkezde bulunan psikolog ile bireysel görüşmeler yapmaktadır (Ensari, 2013). Hastalıkla ilgili psikolojik, duygusal ve sosyal çevre kaynaklı baskıların üstesinden gelinmesi, sağaltım planına uyum sağlanması, ilaçların düzenli kullanılması, aile ilişkilerinin düzenlenmesi, sağaltım sonrası sosyal çevreyle bütünleşmenin sağlanması ve baş etme becerilerinin artırılması gibi konularda hasta ve aile üyeleriyle terapötik bireyle çalışma uygulamaları yapılmaktadır. Bireyle çalışma, planlı, yapılandırılmış ve düzenli seanslarla gerçekleştirilmektedir (Çölgeçen, 2018). Nitekim ağır ruhsal hastalıkların tedavisinde psikolojik ve psikososyal faktörlerin bir arada uygulanmasının tedavide etkinliği artırdığı belirtilmektedir. Bu kapsamda grup terapileri yapmanın birçok avantajı bulunmaktadır (Arslan Delice, 2017). Merkezde psikoz tanısı mevcut olan hastalar ile belirlenen konu çerçevesinde etkileşim grupları yapılmaktadır (Ensari, 2013).

2.5.8.4. Psikososyal müdahaleler

Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinden (TRSM) hizmet alan üyelere, bireysel bakım planı kapsamında, ihtiyaç duydukları psikososyal müdahalelerde bulunmaktadır. Üyenin psiko-eğitimler, aile eğitimleri ve ruhsal toplumsal beceri eğitimlerinden hangisine ihtiyacı olduğu değerlendirilerek o yönde hizmet sunumu gerçekleştirilmektedir (Ensari, 2013).

Hastanın aile ortamında ve sosyal çevresinde yapılan incelemeden elde edilen bilgiler ve hastalığın özellikleri referans alınarak sağaltıma katkı verecek aile veya sosyal çevre odaklı bazı müdahaleler planlanmaktadır. Hastanın etkileşim halinde olduğu aile üyeleri ve diğer sosyal çevre unsurlarıyla bağlantı kurulmakta, ev, işyeri

veya okul ziyaretleri yapılmaktadır. Hasta ve ailesine, hastalıkla ilgili kaygıları, korkuları ve kuşkuları hafifleten görüşmeler yapılmalı; hastaya nasıl davranılması gerektiği, uygun iletişim kalıpları ve hastanın günlük yaşam uğraşları gibi konularda bilgi ve beceriler kazandırılmalıdır. Genel olarak, hastanın hem fiziksel olarak hem de kendi düşünceleriyle yalnız bırakılmaması, toplumsal mekânlardan ve hareketlilikten uzak tutarak hastayı dışlayan tutum sergilenmemesi gerekmektedir. Özellikle iş ve eğitim ortamında hastaya çekinerek, ürkerek ya da onunla dalga geçerek yaklaşılmasına engel olunmalı; hastaya ağır sorumluluk ve görevler verilmemesi ya da tam tersi, üzerindeki sorumlulukların tamamen alınmaması gibi konularda hastanın çevresi yönlendirilmelidir (Oral ve Tuncay, 2012).

Ağır ruhsal hastalığı olan bireylere uygulanan psikososyal müdahalelerle bir takım unsurlar hedeflenmektedir. Hizmet alan hastaya psiko-eğitimler aracılığı ile hastalığının belirtilerini ve özelliklerini, alternatif tedavi yollarını ve hastalığın seyrini anlatarak hastayı tedavi sürecine dahil etmek amaçlanmaktadır. Böylece hastalığın tekrar nüksetmesi ve bireyin bundan etkilenmesi engellenmeye çalışılmaktadır. Ayrıca hastanın aile içi ilişkilerini ve kişiler arası ilişkilerini geliştirmek ve böylece toplumda sosyal işlevselliğini artırmak, hastanın günlük rutin aktivitelerini gerçekleştirmesini sağlamak ve yaşam kalitesini artırmak hedeflenmektedir (Yıldız, 2009). Psikososyal müdahaleler ile aile ve hastalarda tedavinin daha etkili hale geldiği, hastanın toplumsal uyumunun ve tedaviye ilişkin işbirliğinin arttığı, yaşam kalitesinin yükseldiği görülmüştür (Doğan, 2008).

2.5.8.5. Rehabilitasyon hizmetleri

Ağır ruhsal hastalıklar, bireyin yaşamında pek çok olumsuzluğu beraberinde getirmekte ve toplumdan soyutlanmış bir şekilde verimsiz bir yaşam sürmesine sebep olmaktadır (Ensari, 2008). Toplum temelli ruh sağlığı modelinde aile hekimliği, devlet hastaneleri, ruh sağlığı hastaneleri ve üniversite hastaneleri, toplum ruh sağlığı merkezleri ile koordineli bir şekilde çalışarak ciddi ruhsal hastalığı olan hastaları bu merkezlere yönlendirmektedir. TRSM tedavi ekibi, hastalara yönelik psiko-eğitim ve sosyal beceri eğitimleri, ailelere ise aile eğitimleri vererek hastaların rehabilitasyon ve sosyal uyumlarının sağlanması için birlikte çalışmaktadır (Ensari ve ark., 2013: 109-110).

Hastalık bireyde yeti kaybına sebep olduğundan dolayı, birey günlük ihtiyaçlarını dahi karşılayamayacak düzeye gelmektedir. TRSM’de uygulanan iş-uğraş aktivitelerinde usta öğreticiler ve halk eğitim merkezi öğretmenleri görev almaktadır. Bu alanda görev alacak olan öğretmenlere, psikoz tanısı almış olan hastalara yaklaşım konusunda hizmet içi eğitimler verilmektedir (Ensari, 2013). Bu kapsamda, TRSM’de iş-uğraş terapilerinin yapıldığı atölyeler büyük öneme sahiptir. Atölyeler, hastaların boş vakit geçirdiği yerlerden ziyade, psiko-eğitim ya da diğer eğitimlerden edindiği becerilerin test edildiği, desteklenmesi gereken yönlerinin desteklendiği, bilişsel ve sosyal becerilerini artırmak için çalışmaların yapıldığı yerlerdir. Hangi hastanın hangi atölyeden yararlanacağı, bireysel bakım planı doğrultusunda yapılan değerlendirmeler ve bu değerlendirmeler neticesinde koyulan hedefler doğrultusunda belirlenmektedir (Arslan Delice, 2017). Ayrıca, TRSM’den hizmet alan üyelerin merkezde var olan aktivitelere katılmasını zorunlu tutmak yerine, ilgi ve yeteneği olup da uygulamasını yapmadığı aktivitelere katılımının sağlanması esastır. Üyelerin sürekli aynı iş-uğraş aktivitelerine katılması yerine, kendi istek ve tercihleri doğrultusunda farklı aktivitelere katılması sağlanmaktadır (Ensari, 2013). Yeterince sosyal uyum kazanan hastalardan ihtiyacı olanlar korumalı evlere, istihdamı sağlanabilecek olanlar da korumalı işyerlerine yönlendirilmektedir (Ensari ve ark., 2013: 109-110).

2.5.8.6. Gezici ekiple ev ziyaretleri

2014 yılında Resmi Gazete’de yayımlanan 9453 sayılı Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge’de, merkezde görevli sağlık personellerinin gezici ekiple yer almaları ve merkeze kayıtlı ağır ruhsal engelli bireylere düzenli olarak ev ziyaretlerinin yapılması gerektiği belirtilmektedir. Merkeze devamı sağlanamayan hastaların kendileri veya yakınlarıyla irtibata geçilerek evde ziyaret edilmesi ve bu ziyaretler sırasında tedavisinin uygulanması, ailenin ve hastanın bilgilendirilmesi ve hastanın merkeze yönlendirme çalışmalarının yürütülmesi gerekmektedir.

Ev ziyaretleri kapsamında sağlık personelleri tarafından ruhsal bozukluğu olan bireylerin tedavisi ve takibi yapılmakta (Ensari ve ark., 2013); sosyal, psikolojik ve ekonomik durumu değerlendirilmekte ve gerekli müdahalelerde bulunmaktadır (Saruç ve Kaya Kılıç, 2015). Ev ziyareti, ruhsal bozukluğu olan birey ve ailelerine yönelik sağlık personeli tarafından sunulacak birçok imkânı, fırsatı ve müdahaleyi barındırmaktadır. Bunlardan ilki, ruhsal bozukluğu olan bireylerin yaşadığı yerde sağlık

personeli tarafından gözlemlene olanağı vermesi açısından önemlidir. Bu durum, ruhsal bozukluğu olan bireyin ya da ailenin ifade edemediği riskli durumların görülmesine ve yerinde müdahale edilmesine imkân sağlamaktadır (Özbesler ve Çoban, 2010). Aynı zamanda ev ziyaretinde tedaviye devam etmeyen, alevlenme geçiren kişi belirlenebilmekte, erken müdahale ile psikiyatri kliniğine yatırışı sağlanabilmektedir. Toplum temelli bakım modelinde, psikiyatrik tanı, tedavi ve izlemeye hastanın ailesi dahil edilmekte ve ailelere yönelik psikososyal destek hizmetleri sunulmaktadır (Çiftçi ve ark., 2015). Ailedeki bir üyenin süregelen ruhsal bozukluğu olması, aile üyelerinde ağır stres yaratarak, ailenin dengesini bozabilmekte (Öztürk, 2001); hastalık, tedavisi ve ruhsal hastaya yaklaşım gibi konularda yetersiz bilgi nedeniyle ailede çeşitli zorluklar yaşanabilmektedir (Gülseren ve ark., 2010). Bu anlamda ruhsal bozukluğu olan bireyin tıbbi, psikolojik ve sosyal açıdan değerlendirildiği ev ziyaretleri, hastaya sunulan hizmetler ve müdahaleler açısından olduğu kadar aileye yönelik yapılan psikososyal müdahaleler açısından da önemlidir. Psikiyatri hekimi, hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı ve psikoloğun bir plan dahilinde, interaktif şekilde çalışması doğru, etkin ve hızlı müdahaleyi sağlamaktadır (Kaya Kılıç, 2019).

Türkiye’de gezici ekip-ev ziyaretleri ilk defa 05.11.2008 tarihinde başlamıştır. Bir hastane aracı ile haftanın bir günü gerçekleştirilmiştir. 15.02.2011 tarihinden itibaren ise, gezici ekipler bölge olarak dört ayrı bölgeye ayrılmış olup, her bölgeden sorumlu ekipler oluşturulmuştur (Ensari, 2013).

Gezici ekip-ev ziyaretlerinde öncelik verilen hasta grubu, hastaneye tekrar eden yatışları olan ve risk değerlendirmesinde öncelikli olması gereken hastalardır. Bu hasta grubu belirlenmekte ve takip tedavisi öncelikli olarak yapılmaktadır. Risk grubu içerisindeki hastalar ev ziyaretleri ile kontrol altında tutulmakta ve hastaneye yatışlarının azaltılması sağlanmaktadır (Ensari, 2013).

2.5.9. Kurumlar arası işbirliği

2014 yılında Resmi Gazete’de yayımlanan 9453 sayılı Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge’de, yeni tespit edilen veya önceden tespit edilmekle birlikte durumunda değişiklik olan hastalarla ilgili olarak hastaneye yatış, bakım, çalışacak işyeri ihtiyaçlarına cevap vermek üzere ilgili kurum ve kuruluşlarla irtibat kurularak gerekli bilgilendirme ve yönlendirmelerin yapılması; ayrıca yerel yönetimler, bölgedeki diğer sağlık kuruluşları, üniversiteler ve ilgili diğer kuruluşlarla işbirliği

yaparak, gerekirse yazılı ve görsel medya aracılığı ile ağır ruhsal bozukluklar hakkında toplumu bilinçlendirme ve damgalama karşıtı çalışmalar yapılması maddeleri yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinde bütüncül bir yaklaşım ile sadece sağlık alanında değil sosyal hizmet alanında da adımlar atılmasının ancak kurumlar arası işbirliği sisteminin oluşturulması ile mümkün olduğuna vurgu yapılmaktadır (Yılmaz, 2012). Toplum ruh sağlığı merkezlerinin sağlıklı bir şekilde hizmetleri yürütebilmesi ve hedeflerine ulaşabilmesinde kurumlar arası işbirliği önem arz etmektedir. TRSM’de amaç, sadece merkeze kayıtlı olan hastaların tıbbi tedavilerinin yapılması değil, aynı zamanda sosyoekonomik sorunlarının da giderilmesidir (Ensari, 2013). Bu amaçlar doğrultusunda işbirliği ve koordinasyon içerisinde olması gereken bir takım kurum ve kuruluşlar mevcuttur. Bu kurum ve kuruluşlar, Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü, İŞKUR, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı, belediyeler, kaymakamlıklar, muhtarlıklar, Sosyal Güvenlik Kurumu ve müftülük olarak sıralanabilir (Arslan Delice, 2017). Ayrıca sivil toplum kuruluşları, emniyet müdürlüğü, halk eğitim merkezi, valilik ve diğer vakıflar sürekli işbirliği ve iletişim içinde bulunulması gereken yerlerdir. Toplumda ruh sağlığı hastalarına yönelik olan damgalama ile de mücadele edebilmek için kurumlar arası işbirliğinin geliştirilmesi ve bu işbirliğinin işlevsel olması önem arz etmektedir (Ensari, 2013).

2.5.10. Toplum ruh sağlığı merkezlerinde yapılan faaliyetler

Merkezlerde hastalara hizmet verebilmek için; giriş ve karşılama alanı, görüşme odası, grup terapi ve eğitim odası, uğraş terapi odası, kütüphane ve okuma salonu, çok amaçlı salon, bilgisayar salonu, ekip odası, yemek alanı ve terapi mutfağı, hasta gözlem odası, spor alanları, dinlenme odası, bahçe ve yürüyüş alanları bulunmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

Merkezde, haftanın her günü hasta kabulü yapılarak çeşitli uğraş eğitimleri, bireysel görüşmeler, danışmanlık, hastaların tedavi, takip ve kontrolleri yapılarak merkezin rutin işleyişi sürdürülmektedir. Merkezde resim, ahşap boyama ve çeşitli el sanatları gibi uğraş eğitimleri verilmekte olup düzenli devam eden programlarla hastaların yaşamla bağları yeniden kurulmakta ve sosyalleşebilmektedirler. Hastalar merkeze geldiklerinde çalışanlarla birlikte "günaydın toplantıları" yapılmakta ve günlük paylaşımlarda bulunmaktadır (Saruç ve Kaya Kılıç, 2015).

Merkezde, hastaların hareketsiz bir yaşam geçirmemeleri ve düşen yaşam kalitelerinin geliştirilmesi amacıyla haftanın iki günü spor faaliyeti verilmektedir. Bunun yanında yine haftanın iki günü müzik dinleme, bağlama kursu ve halk müziği koro çalışmaları yapılmaktadır. Günümüzde, gündelik yaşamımızda önemli bir yeri olan bilişim teknolojilerinden faydalanmaları için merkezde hastalara bilgisayar dersi verilmektedir (Saruç ve Kaya Kılıç, 2015).

Merkezdeki personellerle birlikte haftanın çeşitli günlerinde "mutfak uğraşı" düzenlenmekte ve bu sayede hastaların hem zevkle yiyebilecekleri ürünler hazırlaması sağlanırken hem de günlük beslenmelerinde dikkat edilecek noktalar aktarılıp öğretilmektedir. Ayrıca her gün öğlen yemeği ve günde en az iki defa çay, kahve servisi de hastalara sunulan hizmetler arasındadır. Aylık diyetisyen eğitimi ile aile bilgilendirme toplantıları gibi çalışmalarda yürütülmektedir. Hastalarla sabah ve öğle saatlerinde yürüyüş yapılmakta ve hastalara sosyalleşme imkânı sağlanmaktadır (Saruç ve Kaya Kılıç, 2015).

Merkezde, her ay o ayda doğan tüm hastaların doğum gününün kutlanması, her hafta tatlı çarşamba etkinliği, ayda bir sinema veya tiyatro etkinlikleri, ayda bir dışarıda kahvaltı etkinliği, yaz aylarında ayda bir piknik, müze gezileri, her yıl sonunda hastaların çalışmalarından oluşan sergi, dini ve milli bayramlaşma etkinlikleri, yılbaşı eğlencesi gibi etkinlikler de bir etkinlik takvimine bağlı olarak gerçekleştirilmektedir. Hastaların tekrar toplumsal yaşama dönebilmeleri için belirli günlerde sosyal etkinlik ve şehir gezileri düzenlenmektedir (Saruç ve Kaya Kılıç, 2015).

Kuruma kendi imkânları ile ulaşamayan hastalar, kurumun servis aracıyla alınıp evlerine bırakılmaktadır. Merkez tarafından gezici hizmet vermek üzere görevlendirilen ekibin ulaşımı ile gerektiğinde hizmet verilen hastaların yaşadıkları ortamdan merkeze ve merkezden yaşadıkları ortama nakli için kullanılmak üzere bir hasta nakil aracı tahsisi yapılmaktadır. Gerekli koordinasyon sağlanmak kaydıyla, evde sağlık hizmeti veren müdürlük veya sağlık tesislerindeki, evde sağlık hizmeti için tahsis edilmiş ulaşım ve nakil araçlarının ortak kullanımı sağlanmaktadır. Acil durumlardaki hasta nakilleri için 112 ambulans hizmetlerinden yararlanılmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

2.5.11. Toplum ruh sağlığı merkezlerinden hizmet alan bireyler

Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin hedef kitlesi, ağır ruhsal hastalığa sahip olan ve/veya uzun süre ruh sağlığı hastanesinde yatış yapan bireylerdir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde (TRSM), Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlemiş olduğu ICD-10 hastalık sınıflandırmasında F20-29 arasında bulunan ve F31 olarak belirlenen, şizofreni, bipolar affektif bozukluk, şizoaffektif bozukluk ve organik olmayan psikoz olarak adlandırılan ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylere hizmet verilmektedir (Ensari, 2013). Psikoz olarak anılan ağır ruhsal hastalıklar, öncelikle hastanede tedavi ve takibi gerekli kılmaktadır. Psikozlar, bir beyin hasarına ya da bilişsel bir bozukluğa bağlı olmadığında fonksiyonel psikoz olarak tanımlanmaktadır. Fonksiyonel psikozların en çok görüleni ise şizofreni ve bipolar bozukluktur (Cüceloğlu, 2013).

2.5.12. Toplum ruh sağlığı merkezleri çalışma ekibi

Ruh sağlığı hastalığı ile çalışan profesyonel disiplinler, bütüncül bir yaklaşım ile hastalığa sahip bireyin iyilik halini artırmayı amaçlamaktadır (Rosenberg ve Rosenberg, 2006; aktaran: Yılmaz, 2012). Toplum ruh sağlığı hizmetleri, ekip çalışması anlayışı gerektiren ve bütüncül sunulması gereken hizmetlerdir. Dolayısıyla toplum ruh sağlığı hizmetleri, psikiyatrist, pratisyen hekim, psikiyatri hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve iş uğraş terapisti gibi disiplinler arası profesyonellerden oluşan bir ekip çalışmasını gerektirmektedir.

Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde (TRSM) çalışan sağlık profesyonellerinin görevleri; hastaların merkeze kayıtları yapıldıktan sonraki süreçte oluşturulan bakım planları ile tedavilerinin gerçekleştirilmesi, damgalama ile mücadele çalışmaları yapmak, sosyoekonomik sorunlarını gidermek, kurumlar arası işbirliği yaparak toplumda bilgi ve bilinci artırmak ve hastaları topluma tekrar kazandırmak olarak belirtilmiştir (Ensari ve ark., 2013).

Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde çalışan sağlık profesyonellerinin rol ve görevleri öncelikle ortak olarak belirlenmektedir. Ancak sağlık profesyonelleri, merkezin işleyişine uygun olarak kendi mesleklerinin gereği olan görevleri de yerine getirmekten sorumludurlar (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014). Ayrıca, toplum temelli ruh

sağlığı hizmetlerinde, hemşireler, psikologlar, ergoterapistler, sosyal hizmet uzmanları ve psikiyatristler vaka yöneticiliğini üstlenmektedir (Strkalj Ivezic ve ark., 2010).

Merkezde ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı, sosyal çalışmacı, psikolog, hemşire, şoför, iş uğraş terapisti ve/veya ergoterapist, usta öğretici, tıbbi sekreter, idari ve teknik personel, temizlik elemanı, güvenlik görevlisi ile ihtiyaç duyulan diğer unvanlarda yeteri kadar personel ilgili mevzuata uygun olarak valilikçe görevlendirilmektedir. Hizmetin yoğunluğuna göre sorumlu uzmanın gerekçeli talebi, baştabibin uygun görüşü üzerine, ihtiyaç duyulan unvanlarda aynı usulle birden fazla personel görevlendirilebilmektedir. Merkezde görevlendirilecek personel, Bakanlık tarafından hazırlanan "Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Çalışma Prensipleri Genel Uyum ve Teori Eğitimi"ni almış olan personel arasından seçilmektedir. Bu nitelikte personel bulunmaması halinde görevlendirilen personelin en kısa sürede ilgili eğitim modülünü alması Bakanlıkça sağlanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012).

Merkezin bağlı olduğu sağlık tesisinde görevli ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlarından birisi, sağlık tesisi baştabibi tarafından merkezin sorumlu uzmanı olarak görevlendirilmekte ve müdürlüğe bildirilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014). Toplum ruh sağlığı merkezinde çalışan sorumlu psikiyatri uzmanı, merkezde görevli olan tüm personelden ve işleyişten sorumlu olup kendisi de ilgili sağlık tesisi başhekimine karşı sorumludur. Bağlı olarak hizmet verdiği sağlık tesisi baştabibi ile merkez arasındaki koordinasyonu sağlayarak, ruhsal tedavi hizmetlerini, kendisine bağlı personelin görev dağılımını, birbirleriyle olan iletişimlerini ve iş akışını yönerge hükümlerine ve ilgili sair mevzuata uygun olarak planlamakta ve baştabibin onayına sunmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012).

Merkez tarafından takip edilen hastaların tedavilerini planlamakta ve yürütmektedir. Kendisine bağlı personele ruhsal tedavi hizmetleri ve uygulamaları konusunda hizmet içi eğitim vermekte veya verilmesini sağlamaktadır. Hizmetle ilgili periyodik toplantılar düzenlemekte, aksaklık ve noksanlıkları tespit etmekte ve hizmetin geliştirilmesi ve uygulanması konusunda kararlar almakta ve uygulatmaktadır. Merkezde kullanılacak lüzumlu demirbaş, araç, gereç ve malzeme ihtiyacının tespiti ve temini ile uygun koşullarda muhafazası ve kullanılmasını sağlamaktadır. Hizmetle ilgili kayıtların zamanında ve noksansız olarak tutulmasını sağlayarak, merkez tarafından hizmet verilen hastaların aile hekimleri ile gerekli işbirliği ve koordinasyonu

sağlamaktadır. Merkezdeki hizmetlerin hasta hakları mevzuatına, mesleki etik ve tıbbi deontolojiye uygun olarak yürütülmesini sağlayarak gerekirse gezici ekibinin çalışmalarına katılmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012).

Sosyal çalışmacı, psikolog ve hemşirenin ortak görev ve sorumlulukları; merkeze gelen hasta veya yakınlarına merkezin amacı ve işleyişi hakkında bilgi vererek hastalara bireysel danışmanlık hizmeti sunmak, grup terapisi yapmak, psikososyal beceri eğitimi vermek, hasta ve ailelerine psiko-eğitim vermek, gezici ekibin çalışmalarına katılmak, ev ziyareti sırasında yatış endikasyonu gerektiren bir durum tespit edilirse hastanın ilgili kliniğe nakledilmesini sağlamak, sosyodemografik veri formunu doldurmak, takip görüşmelerinde izlem ölçeklerini kullanmak, istatistiksel bilgilerin toplanmasında ve değerlendirilmesinde görev almak, merkeze devamı sağlanamayan hasta veya yakınlarıyla irtibat kurmak ve merkezin hastayla bağlantısını oluşturmak, toplumun bilgilendirilmesiyle ilgili ve damgalama karşıtı çalışmalar yapmaktır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012).

Sosyal çalışmacının görev ve sorumlulukları; merkezin sorumlu olduğu bölgedeki hastaların tespit edilmesi ve merkeze kaydını temin etmek için ilgili kurum ve kişilerle irtibat kurmak, hasta ve/veya yakınlarıyla irtibat kurarak merkez hakkında bilgi vermek ve merkeze davet etmek, hastaneye yatışı gereken, bakıma muhtaç ya da çalışabilecek duruma gelmiş hastaların; hastane, bakım kurumu, korumalı iş yeri ihtiyacına cevap verebilmek için ilgili kurumlarla irtibat kurmak, damgalama karşıtı çalışmalar için kurumlar arası işbirliğini sağlamak ve geliştirmek, hastaları sosyal ve hukuki hakları konusunda bilgilendirmek, karşılaştıkları güçlüklerin çözümlenmesinde destek hizmeti vermek, sivil toplum kuruluşları ve diğer kurumlarla ilişkileri sağlamaktır. TRSM’de yapılan ürünlerin teşhir edilmesi ya da sergi gibi etkinlikleri planlamak ve yürütmek, eğitim zamanları dışındaki saatlerde, genel eğitim-öğretim ve yönetimle ilgili işlere katılmak sosyal hizmet uzmanlarının görevleri arasında sayılmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012). Bu görev ve sorumluluklara göre sosyal çalışmacıların savunuculuk, vaka yöneticiliği, eğitmenlik, danışmanlık ve arabuluculuk rollerinin oldukça mühim olduğu gözler önüne serilmektedir. Sosyal hizmet mesleği ruh sağlığı alanında birincil işleve sahip, önleyici ve koruyucu rolleri olan, tedavi sırasında ve sonrasında ruh sağlığı alanındaki hizmetlerin etkinliğini ve etkililiğini temin eden bir alandır. Sağlık kurumlarında sosyal hizmet uzmanına duyulan ihtiyaç günden güne artmaktadır (Başer ve ark., 2013).

Bland ve Renouf (2001; aktaran Saruç ve Duyan, 2009: 42), sosyal hizmetin ruh sağlığı alanındaki etki alanını akıl hastalıklarının sosyal koşulları ve sosyal sonuçları ile açıklamaktadır. Sosyal hizmet uygulamasının amacı, bireyin, aile ve toplumun refahını iyileştirmek, her bireyin kendi yaşamları üzerinde g ve kontrol gelişimini ilerletmek ve sosyal adaleti temin etmektir. Sosyal sonuçlar düzeyinde sosyal hizmet, akıl hastalıklarının birey, aile ve bireysel ilişkiler ve toplumun geneline etkisini incelemektedir. Bunlar, kendilik algısının, yaşam fırsatlarının, istihdam ve barınmanın etkisinden oluşmaktadır. Sosyal adalet düzeyinde sosyal hizmet ise ruh sağlığı hizmetlerinde damgalama ve ayrımcılık konularıyla ilgilenmektedir. Aslında bütün insani hizmetler, ruhsal hastalığı olan bireylerin özellikli ihtiyaçlarının ve isteklerinin daha çok ulaşılabilir ve daha duyarlı olmasıyla ilgilenmektedir. Bu açıdan bakıldığında, yönergede belirtilen ortak ve ayrı tanımlanmış görevlerin ruh sağlığı alanında sosyal hizmetin odağı ile örtüştüğü söylenebilir (Saruç ve Kaya Kılıç, 2015).

Psikoloğun görev ve sorumlulukları; hastaların rehabilitasyon ve psikososyal programlarını takip ederek yazılı rapor tutmak, hastaya psikometrik inceleme yapmak ve gelişimini takip etmek, uğraşı terapisinde iş uğraş terapistini yönlendirmektir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012).

Hemşirenin görev ve sorumlulukları; hastaların genel sağlık durumunu (hipertansiyon, diyabet vb.) takip ederek yazılı rapor tutmak, hasta için öngörülen tedavileri uygulamak ve takip etmektir. İş uğraş terapisti-ergoterapist veya usta öğreticinin görev ve sorumlulukları; eğitim araçlarını hazırlayarak hastaların programda belirlenen amaca uygun şekilde eğitilmesi için gerekli önlemleri almak ve uygulamak, eğitim ve uğraşı planlarının birer suretini dosyalayıp saklamak, eğitimde yapılan faaliyetlerin ve katılımcıların düzenli kayıtlarını tutmak, eğitim saatleri dışı zamanlarda genel eğitim-ğretim ve yönetim işlerine katılmak, ürün teşhir sergi gibi faaliyetleri organize ederek ve yürütmektir. Tıbbi sekreterin görev ve sorumlulukları; belirlenen amaç ve hedefleri gerçekleştirmek için planlanmış, koordine edilmiş kaynakların uygun olarak yönetilmesinde yöneticiye yardımcı olmak, merkezin görev alanı kapsamındaki verilerin bilgisayar ortamına aktarılmasını sağlamak, arşiv, büro ve yönlendirme hizmetlerini yürütmek, toplantı ve etkinlik organizasyonlarının yapılmasına katkı sağlamak, büroya ait araç-gereçlerin bakım ve onarım işlemlerinin takibini yapmak, merkeze gelen hastaların ve hasta yakınlarının karşılanmasına yardımcı olmak, yazışmalarla ilgili işlemleri verilen talimatlara uygun olarak yapmak, tüm çalışanlara ve

yöneticilere günlük aktivitelerinde dokümantasyon konusunda destek vermektir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012).

Ruh sağlığı hizmetlerinin kaliteli ve etkin olması için, toplum ruh sağlığı merkezlerinde hizmet verecek olan meslek elemanlarının yetiştirilmesi ve istihdam edilmesi oldukça büyük önem arz etmektedir. Ancak toplum ruh sağlığı merkezleri için yeterli bir politika yapılmamakla birlikte özellikle istihdam konusunda da yeterli bir kadronun sağlanmadığına vurgu yapılmaktadır. Örneğin; Sağlık Bakanlığı'nda çalışan sosyal hizmet uzmanı ile ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanı diğer sağlık profesyonellerine göre sayı olarak daha azdır (Yılmaz, 2012).

2.5.13. Toplum ruh sağlığı merkezlerinde ekip çalışması

Bireylerin tam olarak iyilik halinin sağlanması ve sosyal refahının yükseltilmesi için tıbbi problemlerinin yanı sıra diğer problemlerinin de çözülmesinde birden çok disiplinin işbirliği içerisinde yaklaşımda bulunması gerekmektedir (Artan, 2013). Tedavi planının multidisipliner ekip anlayışı ile hazırlanması, tedavinin etkinliğini artırmaktadır (Bahar ve Savaş, 2013: 85).

Ekibi oluşturan farklı profesyonellerin kendi mesleki bilgi ve becerileri ile birlikte, etkileşim halinde aynı ortak amaç için ekip çalışması gerçekleştirmesi psikiyatrik sağaltım açısından yadsınamaz bir öneme sahiptir. Her profesyonel, kendi mesleki bilgilerinin koordinasyonundan ve ekibin diğer üyeleri ile bu bilgilerin paylaşılması ve uygulamada mesleki deneyimlerin aktarılmasından sorumludur (Özdemir, 1999: 18; Auliffe, 2009: 26).

Ruh sağlığı hastalarının tedavisi aşamasında yer alan bu meslek grupları, bazen kendi mesleki sınırlarını koruyamamakta ve rol ve görevlerin paylaşımı karmaşaya sebep olabilmektedir. Hastaya müdahale sürecinde bu alanda çalışan sağlık profesyonellerinin, mesleklerine ilişkin temel sorumluluklarını korumaları önem arz etmektedir (Özdemir, 2016).

Ekip çalışmasının etkin bir şekilde gerçekleşmesi için, ekip üyelerinin ortak hedeflere ve değerlere sahip olmaları, diğer takım üyelerinin yetkinliklerini anlamaları ve bunlara saygı duymaları, diğer disiplinlerden öğrenmeleri, karşılıklı güven sağlamaları ve farklı bakış açılarına açık olmaları gerekmektedir. Sağlıkta etkili ekip çalışmasının faydaları; yatış sürelerinin ve maliyetlerin düşmesi, gelişmiş hizmet

sunumu, gelişmiş hasta memnuniyeti, çalışan memnuniyeti ve yenilik olarak sınıflandırılmaktadır (Çıraklı ve ark., 2015). Ekip çalışmasının hastaya verilen bakımın sürekliliğini sağlama, hastayı kapsamlı ve bütüncül bir şekilde ele alma ve hasta ve çevresine destek sağlama gibi müracaatçı açısından faydaları olduğu gibi çalışanlar yani ekip açısından da çeşitli faydaları bulunmaktadır. Ruh sağlığı profesyonelleri açısından ekip çalışmasının getirdiği avantajlar ayrıntılı olarak ele alındığında ekip çalışmasının gerekliliği gözler önüne serilmektedir. Bunlar (Mental Health Commission, 2006: 13); ekip üyelerinin müdahale sürecinde tüm "biyo-psikososyal-kültürel" bileşenleri ele alma ve kapsamlı bakım hizmetini sunma için işbölümü yapma, tecrübelerin paylaşılması ve her bir disiplinin müdahaleye yönelik farklı katkısı ile daha etkili bir tedavi ve bakım sağlama, ekip toplantılarında vaka çalışmasının tüm ekip üyeleri tarafından değerlendirilebilmesi ve karşılıklı fikir alışverişi gerçekleştirme, karar verme sürecine katılabilme ve daha fazla sorumluluk üstlenme, planlı ve koordineli, uygun maliyetli hizmet sunma ve bilgi paylaşımını artırmak ve gerçekleştirilen uygulamaları kolaylaştırma şeklinde ifade edilmektedir (Çölgeçen, 2018).

Ekip çalışmasının hizmetlerin sunumunda oldukça faydalı ve kolaylaştırıcı bir yanı olmasına rağmen, bazen ekip içerisinde birtakım zorluklarla da karşılaşılabilir. Ekip üyelerinin aynı amaç doğrultusunda birleşememeleri, kişilerarası ihtiyaçları karşılayamama, ekip üyelerinin aynı zamanda aynı yerde olamaması, ekip içerisinde var olan liderlik çatışmaları, iletişim sorunları, ekip toplantıları için uygun mekanın ayarlanamaması, ekip içerisindeki ben merkezci davranışlar, gerçekçi olmayan hedefler ve ekip üyelerinin birbirlerine karşı kabul ve saygı göstermemesi, etkili bir ekip çalışmasını engelleyecek önemli sorunlardır (Duyan, 1996).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Yapılan çalışmayla psikiyatrik sosyal hizmetten yararlanan hastaların sosyal işlevselliğine toplum ruh sağlığı merkezlerinin sağladığı katkının ortaya konması amaçlandığından, çalışmanın nitel araştırma çerçevesinde yürütülmesi benimsenmiştir. Nitel araştırmalar; görüşme, gözlem ve doküman analizi gibi çeşitli veri toplama yöntemlerini içeren, algıları ve olayları onların doğal ve gerçekçi bağlamında bütüncül bir şekilde ortaya koymaya yönelik araştırma yöntemleri olarak tanımlanmaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2008).

Nitel araştırmalarla olay ve olguların ölçülemeyen sebeplerinin daha derinlemesine tetkiklerle belirlenebilmesi nitel araştırmalarla mümkündür. Bu tür araştırmalarda, nicel verilere ve ağır istatistiksel analizlere olan ihtiyaç azalırken, araştırmacının gözlemleri ve incelenen konuyla ilgili metinler ve söylemlerin analizi gibi unsurlar ön plana çıkmaktadır. Nitel çalışmalar, olayların ve olguların meydana geldiği anın derinlemesine analizini ve araştırmacının özel betimlemelerini sıklıkla içermektedir. Araştırmacı, olayların ve olguların gerçekliğini koruyarak sunmakla sorumludur. Olay ve olguları kendi bağlamında analiz etmeye, yorumlamaya ve anlamlandırmaya çaba göstermektedir (Baltacı, 2019).

Nitel araştırmalardan en sık başvurulana görüşmelerdir. Görüşmeler, bireylerin kişisel görüşlerini, deneyimlerini, algılarını, değer yargılarını ve bakış açılarını ortaya koymada yararlanılan güçlü bir yöntemdir (Karataş, 2015). Yapılan araştırmanın amacına uygun olarak psikiyatrik sosyal hizmetten yararlanan hastaların sosyal işlevselliğinde toplum ruh sağlığı merkezlerinin katkılarının incelenmesi doğrultusunda, TRSM'ye devam eden hastaların görüşlerinin yansıtılabilmesi için görüşme tekniğinden yararlanılmıştır.

3.2. Araştırmanın Çalışma Grubu

Bu nitel araştırmanın çalışma grubunu, en az 6 aydır toplum ruh sağlığı merkezine (TRSM) kayıtlı olarak ayakta tedavi gören, ICD-10'a göre F20-29 arası

teşhis konulmuş olan şizofreni, şizoaffektif bozukluk, bipolar bozukluk ve organik olmayan psikoz tanısı almış 18 yaş üzeri 9 erkek ve 6 kadın olmak üzere toplam 15 hasta ve yakını oluşturmaktadır. Çalışma grubu belirlenirken; ağır ruhsal hastalığın bulunması, son altı aydır TRSM'lerin birinde tedavi görme ve araştırmaya katılmaya gönüllü olma kriterleri esas alınmıştır. Araştırmaya dahil olmayı kabul eden hastalardan bilgilendirilmiş gönüllü onam alınmıştır.

Araştırma kapsamında çalışma grubu belirlenirken seçkisiz olmayan örneklem yöntemlerinden kartopu örnekleme kullanılmıştır. Kartopu veya zincir örnekleme; kişiden kişiye, kişiden de durumlara erişerek farklı olguların açıklanabilmesine dayanmaktadır. Kartopu örneklemesini kullanmak isteyen bir araştırmacı, ilgilendiği veya incelediği olguyla alakalı olarak evrende en çok bilgiye sahip olduğunu düşündüğü kişi ve durumlara *"Bu konuyla ilgili en çok şeyi bilen kimdir? Görüşmeye kiminle başlamalıyım?"* sorularını yöneltmeleriyle başlamakta ve bu şekilde görüştüğü kişilere başka kimlerle görüşebileceğini sorarak yeni bilgilere ulaşmaya çalışmaktadır (Baltacı, 2018). Bilhassa nadir görülen durumların incelenmesinde bu özellikte bir kişiyle temasa geçilmesinin ardından, bu kişinin yardımıyla başka kişilerle de görüşerek zincirleme şekilde örneklemin oluşturulması işlemidir (Kılıç, 2013). Bu kapsamda, araştırma için ihtiyaç duyulan çalışma grubuna ulaşmak amacıyla ağır psikiyatrik hastalık tanısı olan bireylere yönelik oluşturulan çevrimiçi dayanışma grupları aracılığıyla üç kişiye ulaşılmıştır. Çalışma grubunun sayısının artırılması için kartopu örnekleme yöntemi doğrultusunda bu kişilerin tanıdığı kişilere ulaşılarak toplam 15 katılımcıya ve yakınına ulaşılmaları sağlanmıştır. Çalışma grubu oluşturulurken gönüllülük esası gözetilmiştir.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırma kapsamında veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından geliştirilen yarı yapılandırılmış görüşme formundan yararlanılmıştır. Bu tür görüşmelerde, araştırmacılar genellikle bir yol haritasına sahip olmakla birlikte, katılımcıların özelliklerine göre sorularda değişiklik yaparak konunun farklı yönlerini ortaya çıkarmaya çalışmaktadırlar. Yarı yapılandırılmış görüşmelerde, önceden hazırlanmış soruları içeren bir form kullanılmaktadır. Görüşme sırasında, daha ayrıntılı bilgiye ulaşmak veya eksik kısımları tamamlamak amacıyla bu standart sorulara ek sorular eklenebilmektedir. Bu yaklaşım, araştırmanın hedeflerine uygun kapsamlı bilgi toplamasını kolaylaştırmaktadır (Akman Dömbekçi ve Erişen, 2022).

Bu araştırmada kullanılan nitel görüşme formu Ek-2’de sunulmaktadır. Form, toplam üç kısımdan meydana gelmektedir. Birinci kısımda, hastalarla ilgili demografik bilgilerin elde edilmesi amacıyla 20 soruluk ‘‘Hasta Tanıtıcı Bilgiler Formu’’ bulunmaktadır. Bu kısım, hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu,  ocuk sayısı, kardeş sayısı gibi sosyodemografik özelliklerinden; hastanın mesleği, çalışma durumu, sosyal güvence durumu gibi sosyoekonomik özelliklerinden ve hastanın psikiyatrik tanısı, ek tanıları, ailede hastalık geçmişi, tedavi süresi, hastaneye yatış süresi gibi hastalık sürecini aydınlatıcı bilgilerden meydana gelmektedir. İkinci kısımda, ‘‘Hastaların Sosyal İşlevsellik Durumu ve TRSM’ye İlişkin Görüşleri’’ne dair bilgilerin elde edilmesi amacıyla oluşturulmuş 18 soruluk bölüm, üçüncü kısımda ise hasta yakınlarının gözünden hastanın sosyal işlevsellik durumu ve TRSM’nin etkileri hakkında bilgi edinmek amacıyla oluşturulmuş 14 soruluk hasta yakını görüşme formu bulunmaktadır.

3.4. Veri Toplama Süreci

Araştırmada hastalar ve hasta yakınlarına uygulanmak üzere üç kısımdan oluşan yarı yapılandırılmış nitel görüşme formu hazırlanmıştır. Formun birinci kısmı, hastaları tanıtıcı bilgilerden; ikinci kısmı, hastaların sosyal işlevsellik durumu ve TRSM’ye ilişkin görüşlerini öğrenmeye yönelik sorulardan; üçüncü kısmı ise hasta yakınlarının TRSM’ye ilişkin görüşlerini öğrenmeye yönelik benzer sorulardan meydana gelmektedir. Formun birinci ve ikinci kısmının hastalara, üçüncü kısmının ise hasta yakınlarına uygulanması kararlaştırılmıştır.

Araştırma verilerinin toplanabilmesi için hastalara, ağır psikiyatrik hastalık tanısı olan bireylere yönelik oluşturulan  evrimi i dayanışma grupları vasıtasıyla ulaşılmıştır. Gönüllülük esası gözetilerek araştırmada gönüllü olarak yer almayı kabul eden hastalarla irtibat sağlanmıştır. Görüşme  ncesi hastalar, çalışmanın amacı, kapsamı ve çalışma sonucunda elde edilecek verilerden ne şekilde yararlanılacağı hususunda bilgilendirilmiştir. Katılımcılara, kendilerinden elde edilen bilgilerin sadece bilimsel amaçla kullanılacağı ve kimlik bilgilerinin deşifre edilmeyeceği bilgisi verilmiştir. Araştırmada yer almaya gönüllü olan katılımcılara, çalışma hakkında sözlü ve yazılı bilgi verildikten sonra onam formu (Ek 1) imzalatılmıştır.

Hastaların kendilerini rahat hissetmeleri ve yöneltilen soruları baskı altında hissetmeden cevaplayabilmeleri için hastaların tercih ettikleri ortamlarda görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler büyük çoğunlukla ailelerin yaşadığı ev ortamında

gerçekleştirilmiştir. Ancak bazı katılımcılar ile ev ortamı yerine, daha uygun oldukları ve kendilerini daha rahat hissettikleri dernek, iş yeri, çay bahçesi, kafe, ofis gibi yerlerde görüşme yapılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden 15 hastadan 9'u ile yüz yüze, diğerleriyle telefon ile görüşülerek formdaki sorular yöneltilmiştir. Görüşmeler ortalama 20-30 dakika arası sürmüştür. Yapılan görüşmeler yarı yapılandırılmış görüşme çerçevesinde kısa cevaplı ve açık uçlu sorular içerse de, kimi katılımcılar açık uçlu sorulara detaylı cevaplar verirken, kimi katılımcılar detaya girmeyerek kısa ve öz cevaplar vermeyi tercih etmişlerdir.

Veriler, Mart 2024-Nisan 2024 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmada etik bağlam göz önünde bulundurulmuş; görüşlerini, düşüncelerini ve ihtiyaçlarını paylaşan hastaların ve yakınlarının isimlerine ve kimlik bilgilerine hiçbir yerde yer verilmemiştir. Her hasta katılımcı K1, K2, K3 şeklinde, hasta yakını katılımcı ise K1Y, K2Y, K3Y şeklinde sırasıyla kodlanmıştır. Veri toplama sürecinde Helsinki Bildirgesi esaslarına riayet edilmiştir. Ayrıca, ilgili kurumlardan gerekli yazılı izinler de alınmıştır.

3.5. Verilerin Analizi

Araştırmada örneklem olarak seçilen TRSM'ye kayıtlı 15 hastaya ve yakınlarına yarı yapılandırılmış görüşme formunda yer alan sorular yöneltilmiş ve alınan cevaplar yazılı olarak bire bir kayıt altına alınmıştır. Daha sonra yazılı cevaplar tek tek bilgisayara aktarılmıştır. Elde edilen veriler, nitel veri analizlerinde yardımcı programlardan birisi olan MAXQDA 2018 programından yararlanılarak betimsel analize tabi tutulmuştur.

Betimsel analizlerde, katılımcıların olay ve durumlara dair deneyim ve yorumları okuyucuya aktarılmaktadır. Mümkün olduğunca verilerin orijinaline bağlı kalınarak yer yer katılımcı söylemlerine direkt yer verilmektedir (Yıldırım ve Şimşek, 2008). Bu doğrultuda, öncelikle katılımcı cevapları tek tek incelenmiş, katılımcı söylemlerine mümkün olduğunca yer vermeye çalışılmış, özellikle araştırmaya katkı sağlayan söylemler daha fazla ön planda tutulmuştur. Ardından, sık tekrarlanan cevaplar kategorize edilerek bulgular kısmında sosyal işlevsellik bağlamında yorumlanmıştır.

4. BULGULAR

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

4.1. Katılımcılara İlişkin Tanıtıcı Bulgular

Araştırmaya katılan hastalara ait demografik bilgiler Tablo 1’de sunulmuştur.

Tablo 1: Araştırmaya katılan hastaların demografik özellikleri

Katılımcı Kodları	Yaş	Cinsiyet	Eğitim Durumu	Medeni Durumu
K1	60	Kadın	İlkokul	Boşanmış
K2	32	Erkek	Önlisans	Bekar
K3	53	Erkek	İlkokul	Bekar
K4	46	Erkek	Lise	Bekar
K5	58	Kadın	İlkokul	Boşanmış
K6	38	Erkek	Lise	Bekar
K7	36	Kadın	İlkokul	Boşanmış
K8	19	Kadın	Lise	Bekar
K9	24	Erkek	Lise	Bekar
K10	42	Erkek	İlkokul	Bekar
K11	37	Kadın	Ortaokul	Bekar
K12	42	Erkek	Lise	Bekar
K13	48	Erkek	Lise	Bekar
K14	42	Erkek	İlkokul	Boşanmış
K15	36	Kadın	Lise	Bekar

Tablo 1 incelendiğinde; hastaların yaş aralığının 19 ile 60 arasında değiştiği ve görüşülen hastaların çoğunlukla orta yaş aralığında olduğu görülmektedir. Çalışmaya katılan 15 hastanın 9'u erkek, 6'sı kadındır. Katılımcıların eğitim durumlarına bakıldığında 6'sının ilkokul mezunu, birinin ortaokul mezunu, 7'sinin lise mezunu ve birinin de önlisans mezunu olduğu görülmektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğunun

ilkokul ve lise mezunlarından oluştuğu söylenebilir. Katılımcıların medeni durumları incelendiğinde ise, tamamının bekar olduğu, ancak K1, K5, K7 ve K14'ün evlenip boşandığı bilgisi elde edilmiştir. Psikiyatrik tanıya sahip olmaları nedeniyle hastaların genel olarak aile kurma sorumluluğu almayı tercih etmedikleri, hastalığın yol açtığı bilişsel bozukluklar ve işlevsellik kaybının da bu duruma etki edebileceği düşünülmektedir.

Hastalara kaç kardeşe sahip oldukları sorusuna; 8 hasta 1-3 kardeşe sahip olduğu (K2, K3, K4, K6, K7, K9, K10, K11), 2 hasta 3-5 kardeşe sahip olduğu (K1, K12), 1 hasta 6 kardeşe sahip olduğu (K5) ve 1 hasta ise hiç kardeşi olmadığı (K8) yanıtını vermiştir.

“Çocuk sahibi misiniz?” sorusuna ise K5 isimli hasta 2 çocuğa sahip olduğunu belirtirken, diğer hastalar çocuk sahibi olmadıklarını ifade etmişlerdir.

Araştırmaya katılan hastaların sosyo-ekonomik durumlarına ilişkin bilgiler Tablo 2’de sunulmuştur.

Tablo 2: Hastaların sosyo-ekonomik durumlarına ilişkin bilgiler

Katılımcı Kodları	Mesleği	Çalışma Durumu	Sosyal Güvence	Sosyo-ekonomik Düzey
K1	Yok	Çalışmıyor	Var	Orta
K2	Bilgisayar programcılığı	Çalışmıyor	Yok	Alt
K3	Yok	Çalışmıyor (Engelli maaşı)	Var	Orta
K4	Yok	Çalışmıyor	Var	Orta
K5	Yok	Çalışmıyor (Emekli maaşı)	Var	Orta
K6	Yok	Bazen marangoza yardım	Var	Orta
K7	Kuaförlük belgesi	Çalışmıyor	Var	Alt
K8	Yok	Çalışmıyor	Var	Orta
K9	Yok	Çalışmıyor	Var	Orta
K10	Cam dekor	Çalışmıyor, engelli maaşı alıyor	Var	Orta
K11	Yok	Çalışmıyor	Var	Orta
K12	Aşçılık	Çalışmıyor	Var	Orta
K13	Oto tamir işçisi	Çalışmıyor	Var	Orta
K14	Fabrika işçisi	Malülen emekli	Var	Orta
K15	Yok	Çalışmıyor, emekli maaşı alıyor	Var	Orta

Hastaların sosyo-ekonomik durumları incelendiğinde, sadece 6 hastanın (K2, K7, K10, K12, K13, K14) bir mesleğe sahip olduğu, diğerlerinin ise herhangi bir mesleğinin olmadığı görülmektedir. Hastaların mevcut çalışma durumlarına bakıldığında ise, hiçbirinin çalışmadığı, sadece bir hastanın zaman zaman marangozluk işlerinde yardımcı olduğu, üç hastanın engelli maaşı (K3, K10, K14) ve iki hastanın da emekli maaşı aldığı (K5, K15) anlaşılmaktadır. K3 kodlu hasta, para yönetiminin abisinin sorumluluğunda olduğunu, K9 kodlu hasta ise ailesinin kendisine destek olduğunu belirtmiştir. Hastaların sosyal güvenceleri incelendiğinde, sadece K2 kodlu hastanın sosyal güvencesinin olmadığı, diğer hastaların ise sosyal güvencelerinin olduğu tespit edilmiştir. Sosyo-ekonomik düzeyleri değerlendirildiğinde, 13 hastanın orta gelir grubuna (K1, K3, K4, K5, K6, K8, K9, K10, K11, K12, K13, K14, K15), 2 hastanın ise alt gelir grubuna (K2, K7) dahil olduğu anlaşılmaktadır. K2, hem sosyal güvencesi olmayan hem de alt gelir grubunda yer alan tek hastadır.

Araştırmaya katılan hastaların sağlık durumuna ilişkin bilgiler Tablo 3'te sunulmuştur.

Tablo 3: Hastaların sağlık durumuna ilişkin bilgiler

Katılımcı Kodları	Psikiyatrik Tanı	Ek Tanılar	Ailede Hastalık Geçmişi	Tedavi süresi	Yatış sayısı	TRSM devam	TRSM'ye gidiş sıklığı
K1	Şizofreni (F20)	Yok	Yok	15-20 yıldır	1	10 yıldır	Haftada 3
K2	Bipolar Duygulanım Bozukluğu (F31)	Alerjik Rinit.	Babaanne bipolar, Annede panik atak	18 yıldır	Hiç	4 yıldır	Haftada 1
K3	Şizofreni (F20)	Anemi	Yok	13 yıldır	2	8 yıldır	Haftada 3-4
K4	Şizofreni (F20)	Yok	Yok	26 yıldır	2	10 yıldır	Haftada 3-4
K5	Şizofreni (F20)	Meme CA	Yeğeni ve kızı anti depresan kullanıyor	27 yıldır	4	3 yıldır	Haftada 1-2
K6	Organik Olmayan Psikotik Bozukluklar (F28)	Yok	Babası psikoz	10 yıldır	3 kere	10 yıldır	Haftada 2
K7	Organik Olmayan Psikoz (F29)	Yok	Yok	8-10 yıldır	Hiç	2 yıldır	Haftada 2
K8	Organik Olmayan Psikoz (F29)	MR	Annede psikoz	6 ay	Hiç	6 aydır	Ayda 1
K9	Şizofrenik Bozukluk (F25)	Yok	Kuzenlerinde panik bozukluk ve bipolar psikoz vb. rahatsızlıklar var.	3 yıldır	2	1 yıldır	Ayda 1

Tablo 3: Hastaların sağlık durumuna ilişkin bilgiler (devam)

Katılımcı Kodları	Psikiyatrik Tanı	Ek Tanılar	Ailede Hastalık Geçmişi	Tedavi süresi	Yatış sayısı	TRSM devam	TRSM'ye gidiş sıklığı
K10	Şizofreni (F20)	Yok	Yok	20 yıldır	4	2 yıldır	Haftada 2
K11	Şizofreni (F20)	Yok	Anne ve teyzede psikoz	22 yıldır	2	10 yıldır	Haftada 3
K12	Şizofreni (F20)	Yok	Yok	6 yıldır	2	4 yıldır	Haftada 2
K13	Şizoefektif Bozukluk (F25)	Yok	Anne ve kuzeni psikoz tedavisi alıyor.	30 yıldır	4 kez	7 yıldır	Haftada 4
K14	Organik Olmayan Psikotik Bozukluklar (F28)	Epilepsi, DM, Hipertansiyon Titreme, Denge Sorunu	Yok	14 yıldır	15 kez	9 yıldır	Haftada 5
K15	Bipolar Duygulanım Bozukluğu (F31)	Karaciğer operasyonu, Hipertiroid	Teyzede var	15 yıldır	1	5 yıldır	Haftada 1

Tablo 3 incelendiğinde, hastaların psikiyatrik tanıları şu şekilde dağılım göstermektedir: 7 hasta Şizofreni (F20), 2 hasta Bipolar Duygulanım Bozukluğu (F31), 2 hasta Organik Olmayan Psikotik Bozukluk (F28), 2 hasta Organik Olmayan Psikoz (F29) ve 2 hasta Şizoefektif Bozukluk (F25) tanısı almıştır. Görüşülen hastalar arasında Şizofreni (F20) teşhisi alanların sayıca daha fazla olduğu söylenebilir. Ek tanıların incelendiğinde ise; bir hastada alerjik rinit, bir hastada anemi, bir hastada mental retardasyon, bir hastada meme kanseri teşhisi, bir hastada epilepsi, diyabet, hipertansiyon, titreme ve denge sorunu, bir hastada ise karaciğer operasyonu geçirmiş olma ve hipertroid rahatsızlığı bulunduğu görülmektedir. Tabloya göre en fazla ek tanıya sahip hasta K14'tür. Bu durumun K14'ün hastalık öyküsüyle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Nitekim K14, hastalık öyküsü sorulduğunda trafik kazası sonrası ağır bir beyin ameliyatı geçirdiğini, sonrasında epilepsi ve psikiyatrik bozukluk geliştirdiğini belirtmiştir. 9 hastada ise herhangi bir ek tanıya rastlanmamıştır.

Ailelerinde ruhsal hastalık geçmişi olup olmadığı incelendiğinde, 5 hastanın ailesinde ruhsal rahatsızlıkların olduğu, 7 hastanın ailesinde ise herhangi bir ruhsal rahatsızlığın olmadığı görülmektedir. Hastaların tedavi süreleri incelendiğinde, 1-5 yıl aralığında 2 hasta, 5-10 yıl aralığında 3 hasta, 10-15 yıl aralığında 1 hasta, 15-20 yıl aralığında 3 hasta, 20-25 yıl aralığında 1 hasta ve 25-30 yıl aralığında 2 hasta

bulunmaktadır. Hastaların tedavi sürelerinin oldukça çeşitlilik gösterdiği söylenebilir. Uzun süre tedavi gören hastalar olmasına rağmen, hastaneye yatış sayılarının çok fazla olmadığı dikkat çekmektedir. Tabloya göre 3 hasta hiç hastaneye yatmamış, 1 hasta 1 kez, 5 hasta 2 kez, 1 hasta 3 kez ve 2 hasta 4 kez hastaneye yatmıştır. Hastaların Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne (TRSM) devam süreleri incelendiğinde, en fazla devam süresinin 10 yıl olduğu görülmektedir. Daha geçmiş yıllara uzanmamasının TRSM'lerin tarihsel gelişimi ve yaygınlaşması ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Tabloya göre 1 hasta 6 aydır, 2 hasta 2 yıldır, 1 hasta 3 yıldır, 2 hasta 4 yıldır, 1 hasta 8 yıldır ve 4 hasta 10 yıldır TRSM'ye devam etmektedir. Hastaların TRSM'ye gidiş sıklıkları incelendiğinde ise; ayda 1 kez giden 2 hasta, haftada 1 ya da 2 kez giden 6 hasta ve haftada 3-4 kez giden 4 hasta bulunmaktadır.

Hastalara hastalık öyküleri sorulduğunda, bazı hastaların ruhsal hastalıklarının belirli bir olaya bağlı olarak geliştiği, bazı hastaların ise küçük yaşlardan itibaren ufak belirtilerle başlayan rahatsızlıklarının zamanla ağır ruhsal hastalıklara dönüştüğü anlaşılmıştır.

Hastalık öyküsüyle ilgili olarak; K1'in yaşadığı ağır bir hastalık sonucunda, K14'ün kaza sonrası travmaya bağlı olarak, bazı hastaların ise küçük yaşlardan itibaren ufak belirtilerle başlayan rahatsızlıklarının süreç içerisinde ağır ruhsal rahatsızlığa doğru evrildiği anlaşılmıştır. Bulgularla ilgili doğrudan alıntılara aşağıda yer verilmiştir. Hastalara hastalık öyküleri sorulduğunda ise bazı hastaların ruhsal hastalıklarının bir olaya bağlı olarak geliştiği,

K1: *“Çocukken ateşli hastalık geçirdim. Hastalıktan sonra okula gidemedim. Evlenip ayrıldım, sonra da hastaneye yattım.”*

K14: *“Bir trafik kazası sonrası ağır bir beyin ameliyatı geçirdim. Sonrasında epilepsi ve psikiyatrik bozukluklar oluştu.”*

Hastaların hastalık öykülerine bakıldığında genellikle bilişsel bozukluk ve psikoza işaret eden belirtilerin olduğu anlaşılmaktadır. Olmayan şeyleri varmış gibi algılama, sesler duyma, görüntüler görme, kendini olduğundan farklı görme, aşırı hassaslık, alınganlık ve öfke gibi durumların hastalık öykülerinde ön plana çıktığı yapılan görüşmelerde belirlenmiştir. K5 ve K7 ile yapılan görüşmede ise evlilik öncesi bazı belirtilerinin olduğu anlaşılmıştır. Olumsuz evlilik deneyimi ve eşinin de öfke

durumu ve engellemelerinin olması, hastalığının seyrini ilerletmiştir. Dolayısıyla yaşanan travmatik olayların, ağır hastalıkların ya da hastalık süreçlerinde yaşanan olumsuz yaşam deneyimlerinin ağır ruhsal hastalıklar üzerinde olumsuz etkisi olduğu söylenebilir. Bulguyla ilgili doğrudan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

K2Y: “16-17 yaşlarında bir süre ne yaptığının farkında değildi. Kendini süper kahraman gibi hissediyormuş. Farklı kıyafetler giyyordu. Enerjisi çok fazlaydı, yüksek sesle konuşurdu, çok az uyurdu, içine kapanıktı. Evden kaçmaları oluyordu, sonra depresyon dönemi. Ayaktan tedavi gördü, ilaç kullandı. Sonra 20- 22 yaşlarımda ilacı bıraktı. Kendini bilim adamı zannederdi. Ayrılık sonrası öfke patlaması yaşadı, tekrar ayaktan tedaviye başladık. Son dönemlerde de hep depresif.”

K3: “İlkokul döneminde başarısızlıklarım oldu. Gençlik yıllarımda ailem doktora başvurdu ve ayakta tedavim başladı. Askerlik döneminde sıkıntılarında artış oldu ve paranoyalarım başladı. Kendi kendime konuşurmuşum. Toplamda üç kez hastaneye yatışım oldu, En son 2016 senesinde 10 günlük yatışım oldu. Ailem bana her konuda destek oluyor. Kendi kendime konuştuğum oluyor ara sıra yine.”

K5: “20 yıl önce bir evlilik yapmıştım. Eşim geçimsizdi, öfkeliydi; benimde psikolojim hassastı, daha da olumsuz etkilendi. Beni babamın evine getirdi, iki küçük çocuğumu bir süre göstermedi. O dönem çok üzüldüm, hep çocuklarımı düşündüm. Hastaneye yatışım yapılmış. Babamın vefatıyla tekrar yattım hastaneye. Pandemi döneminde hiç dışarı çıkmadığım için bunalıma girdim, kendimi eve kapattım. Tekrar yatış yapıldı, toplam dört kez yatışım oldu”

K7: “Okul yıllarında dikkati toparlayamama, yorgunluk durumlarım vardı. Çok konuşmayı istemezdim, içime kapanıktım. Sesler duyuyordum, evden kaçmalarım oldu. Evlendiğimde eşim bana sürekli kızıyordu. Ailemle görüşmemi istemezdi, sonra ayrıldık. Ailem ile kalıyorum, onlar benimle ilgileniyor. TRSM’ye devam ediyorum.”

K8: “Sesler duyuyordum, görüntüler görüyordum, kendi kendime konuşuyordum. 19 yaşında şüphecilik başladı, takip edildiğimi düşünüyordum.

20-21 yaşlarımda 1999 senesinde hastaneye yattım. Son yıllarda TRSM’de takibim oluyor.”

K9: “Askerden sonra 21 yaşında hastalandım. Kafamda kuruyordum. Çok sinirliydim. Şarkılar bana mesaj veriyordu. Eşyalara zarar veriyordum. Çok alıngan ve duygusaldım.”

K10: “19 yaşında sesler duymaya başladım, birileri beni ve ailemi öldüreceğini söyledi. Evden kaçtım, ormanda yattım. Sonra ailem beni hastaneye götürdü. 19 gün hastanede yattım, burada hastalık tanısı kondu ve tedavim başladı.”

K11: “Ortaokul bittikten sonra sesler duymaya başladım. Korkularım başladı. TV’den mesaj alıyordum. Liseye devam edemedim. 2001 yılında ruh ve sinir hastalıkları hastanesinde 15 gün yattım.”

K12: “2018-2019 yılında kendi kendime konuşmaya, sesler duymaya, etrafıma saldırgan davranmaya başladım, sonra da ruh ve sinir hastalıkları hastanesine yatışım yapıldı.”

K15: “15 yıl önce şüphecilik ve zarar görme korkusuyla başladı. 5 ay evden hiç çıkmadım. Sesler duymaya ve kendi kendime konuşmaya, çevreyle tartışmaya başladım.”

Hastalara TRSM’ye başvuru nedenleri sorularak hastaların TRSM ile buluşmalarında etkili olan faktörler belirlenmeye çalışılmış, başvuru nedenleri Tablo 4’te sunulmuştur.

Tablo 4: Hastaların TRSM’ye başvuru nedenleri

Kategoriler	Katılımcılar
Takip ve tedavisinin yapılması ve ilaç tedavisine erişim	K1, K2, K3, K4, K5, K6, K7, K8, K9, K10, K11, K12, K13, K14, K15
Hastane/hekim yönlendirmesi veya TRSM'nin hastayı araması	K2, K5, K6, K7, K8, K9, K10, K13, K14, K15
Sosyalleşmek, aktivitelere katılmak ve sosyal becerileri geliştirmek	K2, K3, K4, K10, K13
Kişisel gelişim (el becerilerini artırmak, yeni bir şeyler öğrenmek)	K3, K13

Tablo 4 incelendiğinde; katılımcıların TRSM'lere başvuru nedenlerinin dört ana kategori altında toplandığı görülmektedir. Tüm katılımcılar (n=15) "Takip ve tedavisinin yapılması ve ilaç tedavisine erişim" amacıyla başvurduklarını belirtirken, ikinci en yaygın başvuru nedeni "Hastane/hekim yönlendirmesi veya TRSM'nin hastayı araması" (n=10) olarak belirlenmiştir. Katılımcıların üçte biri (n=5) "Sosyalleşmek, aktivitelere katılmak ve sosyal becerileri geliştirmek" için başvururken, iki katılımcı (n=2) "Kişisel gelişim (el becerilerini artırmak, yeni bir şeyler öğrenmek)" amacıyla TRSM'lere başvurmuştur.

Bu bulgular, TRSM'lerin hastaların tedavisi, kişisel gelişimi ve sosyal işlevselliği üzerinde çok yönlü bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Özellikle, sağlık profesyonellerinin ve TRSM'lerin aktif rolünün, hastaların bu merkezlere başvurmada önemli bir etken olduğu ortaya çıkmaktadır. Ayrıca, TRSM'lerin hastaların sosyal becerilerini geliştirme ve onlara sosyalleşme fırsatları sunma konusundaki rolü de bulgulardan görülmektedir. Son olarak, bulgular TRSM'lerin hastaların bireysel gelişimine katkıda bulunma potansiyeline sahip olduğunu düşündürmektedir. Bulguyla ilgili doğrudan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

K2: "TRSM bize ulaştı. Tedavim için iyi geliyor, insanları seviyorum, aktivitelerine katılmayı seviyorum."

K9Y: "Eğitim araştırma hastanesi yönlendirdi, komşumuzda söylemişti."

K13: "RSHH yönlendirmişti. Sosyalleşme, arkadaş edinme, etkinliklere katılma, tedavi alma, yeni bir şeyler öğrenmek için gidiyorum."

4.2. Katılımcıların Sosyal İşlevsellik Durumu ve TRSM'ye İlişkin Görüşlerine Dair Bulgular

4.2.1. Katılımcıların sosyal işlevsellik durumuna ilişkin bulgular

Sosyal işlevsellik, bireyin çalışabilme, kişilerarası ilişkilerini sürdürebilme ve kişisel bakımını yapabilme durumunu kapsamaktadır. Bunlardan herhangi birinde bireyin yaşanan güçlük, sosyal işlevselliğin azaldığına ya da yeterli düzeyde olmadığına işaret eder. Hastalarla gerçekleştirilen görüşmede hastalara sosyal işlevsellik durumlarını öğrenmeye yönelik çeşitli sorular yöneltilmiştir. Yöneltilen sorular kişisel bakımları

(özbakım, temizlik, giyinme, beslenme), aile ve sosyal çevreleriyle ilişkileri, çalışma durumları ve deneyimleri ile ilgili sorulardır.

Hastaların sosyal işlevselliğinin anlaşılmasında kişisel bakımlarını yapıp yapamamaları önemli göstergelerdendir. Hastalardan günlük kişisel bakım ihtiyaçlarını karşılama becerileri hakkında edinilen bilgiler Tablo 5'te sunulmuştur.

Tablo 5: Günlük kişisel bakım karşılama becerisi

Kategoriler	Katılımcılar
Bağımsız olarak yapabiliyor	K1, K2, K4, K5, K6, K8, K9, K12
Destek alarak yapabiliyor	K3, K7, K10, K11, K13, K14, K15
TRSM'nin olumlu etkisi	K2, K5, K7, K11, K13, K15

Tablo 5'te görüldüğü üzere, katılımcıların günlük kişisel bakım ihtiyaçlarını karşılama becerileri üç ana kategori altında toplanmıştır. Katılımcıların yarısından fazlası (n=8) kişisel bakımlarını bağımsız olarak yapabildiklerini ifade ederken, yedi katılımcı (n=7) destek alarak kişisel bakımlarını gerçekleştirebildiklerini belirtmiştir. Altı katılımcı (n=6) ise TRSM'lerin kişisel bakım becerilerini geliştirmede ve farkındalıklarını artırmada olumlu bir etkisi olduğunu vurgulamıştır.

Bu bulgular, katılımcıların önemli bir bölümünün günlük kişisel bakım ihtiyaçlarını bağımsız olarak karşılayabildiğini göstermektedir. Bununla birlikte, destek alarak kişisel bakımlarını gerçekleştiren katılımcıların sayısı da önemli düzeydedir. Bu durum, aile üyeleri, bakıcılar ve diğer destek sağlayanların, hastaların kişisel bakım becerilerini sürdürmede önemli bir rol oynadığını ortaya koymaktadır. Ayrıca, TRSM'lerin katılımcıların kişisel bakım becerilerini geliştirmede ve farkındalıklarını artırmada olumlu bir etkisi olduğu görülmektedir. Bu merkezler, hastaların günlük yaşam becerilerini desteklemek ve yaşam kalitelerini artırmak için çeşitli eğitim programları, atölye çalışmaları ve bireysel destekler sunmaktadır. Örneğin, TRSM'lerde verilen cilt bakımı, saç bakımı, tırnak bakımı ve kişisel hijyen eğitimleri, hastaların kişisel bakımlarını daha bilinçli ve özenli bir şekilde yapmalarına yardımcı olmaktadır. Düzenlenen mutfak uğraşı faaliyetleri ile bu sayede hastaların hem zevkle

yiyecekleri ürünler hazırlaması sağlanırken hem de günlük sağlıklı beslenmelerinde dikkat edilecek hususlar konusunda eğitim verilmektedir. Ayrıca, bu merkezlerde sağlanan sosyal ve mesleki beceri eğitimleri, hastaların günlük yaşamlarında daha bağımsız ve özgüvenli olmalarını sağlamaktadır. Bulguya ilgili doğrudan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

K1: "Her işimi yapabiliyorum, bazen canım istemiyor, halsiz oluyorum ama yine de yaparım. Yüzümü yıkar, duş alırım. Kahvaltımı, yemeğimi hazırlayabilirim."

K2: "Kişisel bakımımı kendi kendime yaparım, TRSM'de daha çok öğrendik. Cilt bakımı, saç bakımı, daha detaylı yapıyorum. Sağlıklı beslenme ve pratik yemek yapma eğitimleri de alıyoruz."

K3: "Günlük bakımımı yardım ile yapıyorum."

K5: "Bakımımı yapabiliyorum, duş, tırnak bakımı. Kişisel bakımlarımı kendi kendime, uyarı olmadan yaparım. Kıyafetlerimi değiştiririm, makineye atarım, Temizlik de yapabiliyorum."

K7: "Annem yardımı ile yapıyorum bazen. O hatırlatır, günlük el yüz yıkamamı yaparım. Kendim farklı saç modelleri denerim. Saç, cilt bakımı, tırnak bakımı, pedikür, manikür... Bunları TRSM'de hocamız öğretiyor, yapmamızı istiyor."

K10: "Bazen ailem destek olur ama genellikle kendim yaparım."

K11: "Saçlarımı tarıyor, tırnaklarımı kesebiliyorum. Banyomu yapabiliyorum. TRSM'de öğrendiğim saç, tırnak, cilt bakımını uyguluyorum. Saçıma şekil veriyorum. Daha sağlıklı ve güzel hissediyorum."

K13: "Haftada iki kez duş alıyorum. Kişisel bakımımı yapıyorum, saçlarımı tarıyorum, tırnaklarımı kesiyorum. Aklıma geldikçe ellerimi yıkıyorum. Kıyafetlerimi değiştiririm, ütüde yengem destek olur. Omlet, menemen, ayan gibi basit şeyleri yapabilirim, tek başıma olduğumda karnımı doyurabilirim."

K14: "Abim temizlenmeme yardımcı oluyor. Günlük el yüz yıkamamı kendim yapıyorum, kıyafetlerimi kendim değiştiriyorum. Kahvaltımı, yemeğimi bazen ablam, bazen yengem veriyor. Çoğunlukla kendim yiyorum, titremelerim aşırı olmadığı zaman. Bazen bunları yaparken zorlanıyorum."

Hastaların günlük rutinlerini, ev içi ve ev dışı aktivitelerini öğrenmek için sorulan sorulardan alınan yanıtlara göre ulaşılan sonuçlar Tablo 6’da sunulmaktadır.

Tablo 6: Hastaların günlük rutinleri

	Kategoriler	Katılımcılar
Ev içi aktiviteler	Ev işleri (temizlik, yemek vb.)	K1, K2, K3, K4, K5, K6, K8, K9, K13, K14, K15
	TV izleme	K2, K3, K4, K8, K9, K10, K12, K13, K14, K15
	Bilgisayar/telefon oyunları	K2, K4
	Aile ile vakit geçirme	K4, K5, K12, K13, K14
	Kitap okuma	K5, K9, K13, K14, K15
	Müzik dinleme	K8, K9, K11, K13
	Çiçek/bahçe bakımı	K3, K14, K15
	Evcil hayvan bakımı	K3, K6, K14, K15
	Dini faaliyetler (namaz, dua vb.)	K13, K14, K15
Ev dışı aktiviteler	TRSM'ye gitme	K2, K3, K4, K5, K9, K13, K14, K15
	Yürüyüş yapma	K2, K3, K4, K6, K9, K10, K12, K13, K14
	Alışveriş yapma	K1, K4, K5, K6, K8, K9, K10, K13, K14
	Arkadaşlarla vakit geçirme	K2, K3, K10, K11, K12, K13, K14
	Kafe/pastane/dernek/AVM'ye gitme	K3, K5, K9, K10, K11, K13, K14
	Tiyatro/sinema/konsere gitme	K3
	Spor yapma	K2, K9
	Piknik/gezme	K5, K12
	Misafirlığe gitme	K1, K5

Tablo 6 incelendiğinde, katılımcıların ev içi aktivitelerinin başında ev işleri (temizlik, yemek vb.) (n=11), TV izleme (n=10), kitap okuma (n=5), müzik dinleme (n=4), çiçek/bahçe bakımı (n=3), evcil hayvan bakımı (n=4) ve dini faaliyetler (namaz, dua vb.) (n=3) gelmektedir. Bunları bilgisayar/telefon oyunları (n=2) ve aile ile vakit geçirme (n=5) takip etmektedir.

Bu bulgular, katılımcıların ev içinde genellikle günlük rutin işlerle meşgul olduklarını, boş zamanlarında ise TV izleme, kitap okuma ve müzik dinleme gibi bireysel aktivitelere yöneldiklerini göstermektedir. Ayrıca, bazı katılımcıların ev içinde bahçe ve evcil hayvan bakımı gibi hobilerle ilgilendikleri ve dini faaliyetlere vakit ayırdıkları da görülmektedir.

Ev dışı aktivitelere bakıldığında ise, katılımcıların en sık TRSM'ye gitme (n=9), yürüyüş yapma (n=9), alışveriş yapma (n=9), arkadaşlarla vakit geçirme (n=7) ve kafe/pastane/AVM'ye gitme (n=7) aktivitelerini gerçekleştirdikleri görülmektedir. Bunları tiyatro/sinema/konsere gitme (n=1), spor yapma (n=2), piknik/gezme (n=2) ve misafirlğe gitme (n=2) takip etmektedir.

Kurumda verilen iş-uğraş terapileri ve günlük eğitimler, hastaların beceri ve yeteneklerini geliştirerek, kendilerine olan güven ve sosyal işlevselliklerini artırmaktadır. Bu sonuçlar katılımcıların ev dışında sosyal ve toplumsal hayata katılım sağladıklarını, TRSM'nin bu konuda önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Yürüyüş yapma, alışveriş ve arkadaşlarla vakit geçirme gibi aktiviteler, katılımcıların toplumsal yaşama uyum sağlamalarına ve sosyal becerilerini geliştirmelerine yardımcı olmaktadır. Ayrıca, kültürel ve sanatsal etkinliklere katılım, spor yapma ve doğa ile iç içe olma gibi aktiviteler de katılımcıların yaşam kalitesini artırmada etkili olmaktadır. Bulguyla ilgili doğrudan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

K1: "Evi toplar, yemek yapar, misafirlğe giderim."

K3: "Kahvaltı ediyorum, TRSM'ye gidiyorum, etkinliklere katılıyorum. TV izliyorum, ev işlerine yardım ediyorum, köpeği yemek veriyorum. Tiyatro, sinema, konser, AVM'ye gidiyorum. Her hafta bahçeye bakım yapıyorum."

K9: "Kafeye gidiyorum, derneğe gidiyorum. Kitap okuyorum, resim yapıyorum, internette vakit geçirip müzik dinliyorum. Odun taşıyorum, markete giderim. Tekvando, dövüş sanatları ile uğraşıyorum. Odamı ve yatağını toplarım, yemek yaparım ama tercih etmem."

K13: "Sabah kalkarım, çay koyarım, kahvaltı hazırlayabilirim. Odamı çok toparlamam, üstümü giyinip evden çıkarım. Otobüse, vapura binerim. Simit alıp TRSM'ye giderim. Etkinliklere katılırım, günlük derslerin bir kısmına girerim. kafeye girerim, çay içerim. Arada alışveriş yaparım."

K14: "Yatağımı toplarım, kahvaltımı yapıp bazen de yapmadan dışarı çıkarım. TRSM'ye giderim. Orada arkadaşlarımla birlikte zaman geçiririz. Derslere ve etkinliklere katılırım. Sahilde yürüyüş yaparım. Kafeye gideriz. Bazen kendim için küçük alışverişler yaparım (giyim, takı vs.) Evde kitap okurum, dini kitapları seviyorum. Namaz kılarım, dua ederim. TV izlerim. Abimle aynı apartmandayız, bazen onların yanına çıkarım. Birlikte çay içeriz, sonra uyurum."

K15: "Kahvaltı yaparım, odamı toparlarım. Televizyon izlerim. Çiçeklerimle ilgilenirim, balkona gelen kuşlara ekmek veririm. Genelde evde vakit geçiririm, sadece evin aşağısındaki markete çıkarım. İlaç yazdıracağım ve bir şey soracağım zaman TRSM'ye giderim, bazen komşumuz bana eşlik eder."

Hastaların aile üyeliği, komşuluk, arkadaşlık gibi toplumsal rollere uygun hareket edip etmediklerinin öğrenilmesi de sosyal işlevselliklerine dair göstergelerdendir. Hastaların aile içi ve sosyal çevreyle ilişkilerine yönelik bilgiler Tablo 7’de sunulmuştur.

Tablo 7: Hastaların aile içi ve sosyal çevreyle ilişkileri

Kategoriler		Katılımcılar
Aile içi iletişim ve destek	Olumlu aile içi iletişim ve etkileşim	K1, K2, K3, K4, K5, K6, K7, K8, K9, K10, K11, K12, K13, K14
	Aile desteği (maddi ve manevi)	K1, K2, K3, K4, K5, K6, K7, K8, K9, K10, K11, K12, K13, K14
	Aile içi iletişim sorunları	K9, K14, K15
Sosyal Çevre ile ilişkiler	Arkadaşlarla iyi ilişkiler	K1, K2, K3, K4, K9, K10, K12, K13, K14, K15
	Komşularla iyi ilişkiler	K1, K2, K3, K4, K6, K9, K10, K13, K14, K15
	Akrabalarla iyi ilişkiler	K2, K3, K4, K7, K8, K9, K10, K13, K14, K15
	TRSM'den arkadaşlarla iyi ilişkiler	K4, K13, K14, K15
	Sosyal izolasyon/Sınırlı sosyal çevre	K6, K7, K8

Tablo 7 incelendiğinde, katılımcıların büyük çoğunluğunun (n=14) aile içi iletişim ve etkileşimlerinin olumlu olduğu görülmektedir. Aynı şekilde, katılımcıların tamamına yakını (n=14) ailelerinden maddi ve manevi destek aldıklarını belirtmişlerdir. Bununla birlikte bazı katılımcıların (n=3) aile içi iletişim sorunları yaşadıkları belirlenmiştir.

Bu bulgular, katılımcıların aile içi ilişkilerinin genel olarak sağlıklı ve destekleyici olduğunu göstermektedir. Olumlu aile içi iletişim ve etkileşim, katılımcıların ruh sağlığı açısından önemli bir faktördür. Aile üyelerinden alınan maddi ve manevi destek, koruma, yönlendirme; katılımcıların tedavi sürecinde ve günlük yaşamlarında karşılaştıkları zorluklarla başa çıkmalarına yardımcı ve cesaret kaynağı olmaktadır.

Ancak, bazı katılımcıların (n=3) aile içi iletişim sorunları yaşadıkları da göze çarpmaktadır. Bu sorunlar, aile üyeleri arasındaki anlaşmazlıklar, iletişim kopuklukları ve uzakta yaşayan aile üyeleri ile sınırlı iletişim gibi durumları içermektedir. Bulguyla ilgili doğrudan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

K5: "Aile içi iletişimi iyidir. Kardeşlerim ve annem maddi ve manevi destek olur. Özellikle kanser olduğum dönemde çok desteklerini hissettim, şimdi de öyleler."

K6Y: "İyiyiz genel olarak. TRSM'de bizede eğitim veriliyor. Aile görüşmeleri ve etkileşim grupları oluyor. İhtiyacımızı yönelik destek veriyorlar. Aynı hastalığı ve sorunları yaşayan aileler ile oturup konuşuyor, tecrübelerimizi paylaşıyoruz. Hocalar da neler yapmamız ve nasıl davranmamız gerektiği konusunda danışmanlık yapıyorlar."

K9: "İlişkilerimiz iyi, birbirimize sever, destek oluruz. Annemle babam anlaşılmaz bazen, bu beni etkiliyor. Bana karşı iyiler, beni yönlendirip bir çok konuda cesaretlendirirler."

K12Y: "Ailesiyle arası iyi, annesi ve abisi tedavisine destek oluyor. Tüm ailesi ile iletişimi iyidir, zaten TRSM'de aile içi iletişim geliştirme için ders verilmişti, aileler ve hastalara faydalı oldu."

K14: "Aynı apartmanda oturuyoruz. Benimle ilgilenir, bana yardımcı olurlar. Hastane işlerimle ilgilenirler, abim ve ablam, ikisi de daha iyi olmam için uğraşır. Bir abimle görüşmüyoruz fazla, o il dışında. Yeğenlerim beni severler. Onlar il dışında okuyorlar, geldikleri zaman güzel vakit geçiririz. Yengem de ablam da yemek hazırlar, birlikte yeriz ailecek."

K15: "Annemle babam vefat etti. Ablam var ama farklı şehirde, çok görüşemiyoruz. Aile çevrem memlekette, burada sadece teyzem var. Evi epey uzak, onunla arada görüşüyoruz."

K15Y: "Ablası ile iletişim kuruyor, o da benim gibi destek olmaya çalışıyor. Evimiz uzak olduğu için telefonla görüşüyorum daha çok. Ablası da zaten şehir dışında. İhtiyacı olduğunda yardımcı oluruz, kötü olduğunda gidip kontrol ederiz. Kuzenleri de arar, halini hatrını sorar."

Tablo 7’de sosyal çevre ile ilişkiler incelendiğinde, katılımcıların çoğunluğunun arkadaşları (n=10), komşuları (n=10) ve akrabaları (n=10) ile iyi ilişkiler içinde olduğu görülmektedir. Ayrıca, bazı katılımcıların (n=4) TRSM'den edindiği arkadaşlarla da iyi ilişkiler kurduğu dikkat çekmektedir. Ancak, bazı katılımcıların (n=3) sosyal izolasyon yaşadığı veya sınırlı bir sosyal çevreye sahip olduğu da göze çarpmaktadır.

Bu bulgular, katılımcıların genel olarak sosyal çevrelerinde destekleyici ve olumlu ilişkilere sahip olduklarını göstermektedir. Sosyal destek, ruh sağlığı açısından önemli bir faktördür ve katılımcıların stresini azaltarak iyileşme sürecine olumlu katkıda bulunmaktadır. Arkadaşlar, komşular ve akrabalar ile kurulan sağlıklı ilişkiler, katılımcıların kendilerini kabul görmüş ve değerli hissetmelerine yardımcı olmaktadır.

TRSM'lerin, hastaların sosyal becerilerini geliştirmelerine ve yeni ilişkiler kurmalarına olanak sağlayan ortamlar olduğu görülmektedir. TRSM'lerde edinilen arkadaşlıklar, katılımcıların benzer deneyimlere sahip kişilerle etkileşim kurup duygudaşlık yapmalarına ve birbirlerine destek olmalarına yardımcı olmaktadır. Bu imkan da katılımcıların sosyal izolasyondan kurtulmalarına ve topluma yeniden entegre olmalarına katkıda bulunmaktadır.

Ancak, sosyal izolasyon yaşayan veya sınırlı bir sosyal çevreye sahip olan katılımcıların da olduğu görülmektedir. Bu katılımcıların, sosyal becerilerini geliştirmeye ve sosyal katılımlarını artırmaya yönelik müdahalelere ihtiyaç duyabileceği

düşünülmektedir. TRSM'ler, bu katılımcıların sosyal etkileşimlerini artırmak ve yeni ilişkiler kurmalarına yardımcı olmak için önem taşımaktadır. Bulguyla ilgili doğrudan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

K3: "Arkadaş, komşular ile ilişkilerim iyi. 20 kişilik arkadaş grubum ile her pazar AVM'de görüşüyorum. Akraba büyüklerine giderim, görüşürüm. Tüm komşularıyla selamlaşırım, sohbet ederim."

K6Y: "Hiç arkadaşı, görüştüğü kimse yok. Sosyal izolasyonu var."

K7: "Hiç kimse yok, sadece kız kardeşimle ara ara görüşürüz."

K7Y: "Komşuya götürürüm, pek sohbet etmez. Kız kardeşine çok anlatır."

K8Y: "Sadece annem ve teyze ile görüşüyor."

K13: "Sosyal çevre ile iletişimim iyi, ailemle akrabamıza gideriz. Komşularımız ile selamlaşırım, beni severler. TRSM'ye günlük katılıyorum, oradaki üyelerle arkadaşım."

Hastaların arkadaşlık ilişkileri ve zamanlarını değerlendirme biçimlerine dair; düzenli görüşülen arkadaş sayısı ve arkadaşlarla yapılan aktiviteler sorulmuş, elde edilen bilgiler Tablo 8'de sunulmuştur.

Tablo 8: Hastaların arkadaşlık ilişkileri ve zamanlarını değerlendirme biçimleri

	Kategoriler	Katılımcılar
Düzenli Olarak Görüşülen Arkadaş Sayısı	Arkadaş Yok	K8, K9
	1-2 Arkadaş	K4, K5
	3-4 Arkadaş	K12
	5-9 Arkadaş	K10, K11
	10+ Arkadaş	K1, K3
	TRSM Arkadaşları	K2, K6, K7, K13, K14, K15

Tablo 8: Hastaların arkadaşlık ilişkileri ve zamanlarını değerlendirme biçimleri (devam)

	Kategoriler	Katılımcılar
Arkadaşlarla Yapılan Aktiviteler	Alışveriş merkezlerinde vakit geçirme	K1, K2, K3, K4, K6
	Kafe/restoran/dışarıda yemek yeme	K2, K3, K4, K5, K10, K12, K13, K14
	Açık havada aktiviteler (yürüyüş, sahil, park)	K2, K7, K12, K14, K15
	Kültürel ve sanatsal etkinliklere katılma	K3, K12, K13, K14, K15
	Aile ve komşularla vakit geçirme	K1, K3, K5, K7, K12
	TRSM etkinliklerine katılma ve sosyalleşme	K4, K5, K6, K7, K8, K9, K10, K11, K12, K13, K14, K15
	Diğer aktiviteler (telefon, fotoğraf, gezi)	K9, K12, K13, K14

Araştırmaya katılan hastaların düzenli olarak görüştükleri arkadaş sayısı incelendiğinde, iki katılımcının (n=2) hiç arkadaşı olmadığı, iki katılımcının (n=2) 1-2 arkadaşı, bir katılımcının (n=1) 3-4 arkadaşı, iki katılımcının (n=2) 5-9 arkadaşı ve iki katılımcının da (n=2) 10 veya daha fazla arkadaşı olduğu görülmektedir. Altı katılımcı (n=6) ise net bir arkadaş sayısı belirtmeyip, TRSM arkadaşlarıyla düzenli olarak görüştüklerini ifade etmiştir.

Bulgular, hastaların sosyal ilişkilerinin gelişiminde TRSM'nin rolünü ortaya koymaktadır. TRSM arkadaşlarıyla düzenli olarak görüşen katılımcıların sayısının yüksek olması (n=6), merkezin hastalara sosyalleşme imkanı sağladığını göstermektedir. Ancak, bu katılımcıların net bir arkadaş sayısı belirtmemesi, TRSM dışındaki sosyal ilişkilerinin sınırlı olabileceğini düşündürmektedir. Diğer yandan, bazı hastaların hiç arkadaşının olmaması veya çok az sayıda arkadaşına sahip olması, sosyal işlevselliklerinin geliştirilmesi için daha fazla desteğe ihtiyaç duyabileceklerini göstermektedir. Az sayıda da olsa, 10 veya daha fazla arkadaşına sahip olan hastaların varlığı (n=2), TRSM'nin yanı sıra başka sosyal çevrelere de sahip olabilen hastaların bulunduğuna işaret etmektedir. TRSM'nin hastaların sosyal ilişkilerini geliştirmede önemli bir rol oynadığı, ancak bazı hastaların TRSM dışındaki sosyal ilişkilerinin sınırlı

olabileceği ve daha fazla desteğe ihtiyaç duyabileceği söylenebilir. Bu nedenle, hastaların sosyal işlevselliğini artırmak için TRSM'nin sunduğu imkanların yanı sıra, hastaların bireysel ihtiyaçlarına yönelik ek müdahalelerin de faydalı olabileceği düşünülmektedir. Bulguyla ilgili doğrudan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

K1Y: "11 kadar arkadaşı var, beraber sohbet ediyorlar."

K2: "TRSM'den Mehmet, Selin, Naim arkadaşlarım ile sürekli görüşürüm. Birlikte parkta yürüyüş yapar, sohbet ederiz, sosyalleşiriz."

K8: "Arkadaşım yok."

K11: "Düzenli olarak görüştüğüm 5 arkadaşım var. Bakıcım yanımda, siteden ve TRSM'den arkadaşlarımla vakit geçiriyorum."

K12: "2-3 arkadaşım ile görüşüp, dışarda dolaşıyorum. Yürüyüş yapıyoruz, çay içiyoruz. Fotoğraf video çekiyoruz."

K14: "Çoğunlukla görüştüğüm 3-4 arkadaşım var. Kafeye gideriz, yemek yiyip çay içeriz. Sahile gidip oturmayı severiz, çarşıya da onlarla gittiğimiz oluyor."

Psikiyatrik sosyal hizmetten yararlanan katılımcıların sosyal işlevselliklerini sürdürmek için çeşitli aktivitelerde bulundukları görülmektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğu (n=12) TRSM etkinliklerine katılarak sosyalleşmektedir. Kafe/restoran/dışarıda yemek yeme (n=8), alışveriş merkezlerinde vakit geçirme (n=5), açık havada aktiviteler (yürüyüş, sahil, park) (n=5) ve kültürel ve sanatsal etkinliklere katılma (n=5) da sıklıkla tercih edilen sosyalleşme yöntemleri arasındadır. Bunların yanı sıra, aile ve komşularla vakit geçirme (n=5) ve diğer aktiviteler (telefon, fotoğraf, gezi) (n=4) de katılımcılar tarafından gerçekleştirilen sosyal aktiviteler arasında yer almaktadır.

Bu bulgular, Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin (TRSM), psikiyatrik sosyal hizmetten yararlanan hastaların sosyal işlevselliklerini sürdürmede ve geliştirmede önemli bir rol oynadığını göstermektedir. TRSM'lerin sağladığı eğitimler, etkinlikler ve sosyalleşme fırsatları, hastaların toplumla bütünleşmesine, kişisel ve sosyal becerilerini geliştirmesine yardımcı olmaktadır. Kafe/restoran/dışarıda yemek yeme, alışveriş merkezlerinde vakit geçirme ve açık hava aktiviteleri gibi toplumsal alanlarda gerçekleştirilen faaliyetler, hastaların günlük yaşama aktif katılımını desteklemektedir.

Kültürel ve sanatsal etkinliklere katılım, hastaların yaratıcılıklarını ve kendilerini ifade etme becerilerini geliştirmelerine olanak tanırken, aile ve komşularla vakit geçirmek, sosyal destek ağlarını güçlendirmektedir. Bulguyla ilgili doğrudan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

K3: "20 kişilik arkadaş grubumla AVM de görüşür, sohbet edip, yemek yeriz, tiyatroya gideriz. Ailemle de vakit geçirip, yemek yer, çay eşliğinde sohbet ederiz."

K5Y: "Komşu ve birkaç arkadaşları ile zaman geçiriyor. Onlarla yemek yer, kahve içer. TRSM etkinliklerine katılır, hayvanat bahçesi ve sergiye katıldı. Genellikle ailesiyle vakit geçirir."

K9: "Daha fazla yalnız vakit geçiriyorum. Sosyalleştiğim kimse yok, sadece TRSM etkinliklerine katılırım. Arkadaşlarımla telefonda konuşurum."

K12: "2-3 arkadaşım ile görüşüp, dışarda dolaşıyorum. Yürüyüş yapıyoruz. Çay içip, fotoğraf video çekiyoruz. TRSM ile sinemaya gitmiştik. Seyrettiğimiz filmde çıkarım yaparak ders yapmıştık, çok keyifliydi."

K14: "Çoğunlukla görüştüğüm 3 - 4 arkadaşım var kafeye gideriz. Yemek yiyip çay içeriz. Sahile gidip oturmayı severiz, çarşıya da onlarla gittiğimiz oluyor. TRSM'de mangal etkinliği, yılbaşı kutlaması, birkaç arkadaşımın doğum günü kutlaması ve müze gezisine katıldım. Resim sergimizi yaptık, hocalarımız ayarlıyor. Bazen kendim de çarşıda gezerim, rastladığım arkadaşım olursa kahveye gider otururuz."

K15: "Trsm den arkadaşlarım var, gittiğim günler orada birlikte derse ve aktivitelere katılırız, çıkışta sohbet ederiz. Trsm'nin bahçesinde bol yeşillikli ağaçlık alan var. Kamelyada oturup öğle arası yemek yeriz, çay içeriz, sohbet ederiz. Hocalarımızın bize gösterdiği el işlerini yaparız."

Hastaların sosyalleşmesine dair; sosyalleştiği zaman kiminle vakit geçirdiği, son 3 ayda katıldığı etkinlikler ve genel ilgi alanları sorulmuş, elde edilen bilgiler Tablo 9'da sunulmuştur.

Tablo 9: Hastaların sosyalleşmesine ilişkin bilgiler

	Kategoriler	Katılımcılar
Sosyalleştiği zaman vakit geçirdiği kimseler	Aile	K3, K5, K7, K8, K12
	Arkadaşlar	K1, K2, K3, K4, K5, K6, K10, K11, K12, K13, K14, K15
	TRSM	K1, K4, K5, K6, K7, K8, K9, K10, K11, K12, K13, K14, K15
	Komşular	K5, K7
	Yalnız (Sosyalleşmiyor)	K8, K9
Son 3 ayda katıldığı etkinlikler	Arkadaşlarla sosyalleşme	K1, K2, K3, K5, K6, K7, K10, K12, K13, K14, K15
	Aileyle vakit geçirme	K3, K5, K7, K8, K12
	TRSM etkinliklerine katılma	K1, K4, K5, K6, K7, K8, K9, K10, K11, K12, K13, K14, K15
	Kültürel etkinliklere katılma (sergi, müze, konser, sinema)	K1, K3, K5, K12, K13, K14
	Gezilere katılma (gezi, hayvanat bahçesi)	K1, K4, K5, K13
	Özel gün kutlamalarına katılma (doğum günü, yılbaşı)	K3, K6, K7, K10, K13, K14
	Açık hava etkinliklerine katılma (piknik, doğa gezisi, mangal)	K13, K14, K15
Genel İlgi Alanları	El sanatları	K1, K4, K5, K11, K14
	Yemek yapma	K1, K8, K15
	Film, TV ve Müzik	K2, K4, K7, K9, K10, K11, K12, K13, K14, K15
	Kitap Okuma	K2, K5, K14, K15
	Bahçe ve Hayvan bakımı	K3, K4, K5, K6, K14, K15
	Spor/Egzersiz	K9, K14
	Dini faaliyetler	K9, K14
	Gezme	K11, K13

Tablo 9 incelendiğinde, katılımcıların büyük bir kısmı arkadaşlarıyla (n=11) ve TRSM aracılığıyla (n=12) sosyalleştiği görülmektedir. Aile ile sosyalleşen katılımcı sayısı (n=5), arkadaşları ve TRSM aracılığıyla sosyalleşenlere kıyasla daha azdır.

Komşular ile sosyalleşen katılımcı sayısı (n=2) düşük kalırken, yalnız (sosyalleşmeyen) katılımcı sayısı (n=2) da belirlenmiştir.

Bu bulgular, katılımcıların sosyalleşme alışkanlıklarının büyük ölçüde arkadaş grupları ve TRSM aracılığıyla gerçekleştiğini göstermektedir. Arkadaşlar ve TRSM, katılımcılar için önemli birer sosyal destek mekanizması olarak öne çıkmaktadır. Bu durum, sosyal izolasyonun önüne geçilmesi ve katılımcıların ruh sağlığının desteklenmesi açısından kritik bir rol oynayabilir.

Aile ile sosyalleşen katılımcıların sayısının nispeten az olması, aile içi dinamiklerin ve desteğin bazı katılımcılarda yetersiz kalabileceğini düşündürmektedir. Bu durum, aile içi ilişkilerin güçlendirilmesi ve aile üyelerinin katılımcılara daha fazla destek sağlaması gerektiğine işaret edebilir.

Komşular ile sosyalleşme oranının düşük olması, modern yaşamın getirdiği bireyselleşme ve komşuluk ilişkilerinin zayıflamasıyla ilişkilendirilebilir. Komşuluk ilişkilerinin güçlendirilmesi, katılımcıların sosyal ağlarını genişletmeleri ve daha fazla sosyal destek almaları açısından faydalı olabilir.

Yalnız sosyalleşmeyen katılımcıların varlığı, bazı bireylerin sosyal izolasyon yaşadığını göstermektedir. Bu durum, bu bireyler için özel destek programlarının ve sosyal etkinliklerin düzenlenmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır. Sosyal izolasyonun azaltılması, katılımcıların genel yaşam kalitesini artırabilir ve ruh sağlığı üzerindeki olumlu etkilerini pekiştirebilir. Bulguya ilgili doğrudan alıntılara aşağıda yer verilmiştir:

K2: "TRSM'den Mehmet, Selin, Naim arkadaşlarım ile sürekli görüşürüm. Birlikte parkta yürüyüş yapar, sohbet ederiz, sosyalleşiriz."

K3: "20 kişilik arkadaş grubumla AVM'de görüşür, sohbet eder, yemek yer, tiyatroya gideriz."

K5Y: "Komşu ve birkaç arkadaşları ile zaman geçiriyor. Onlarla yemek yer, kahve içer. TRSM etkinliklerine katılır, hayvanat bahçesi ve sergiye katıldı. Genellikle ailesiyle vakit geçirir."

K7: "Annemle, kız kardeşimle gezmeye giderim, komşuya, sahile gideriz."

K10: "TRSM de dahil olmak üzere beş arkadaşı ile görüşüyor, üçü ile TRSM'de görüşüyor, ikisiyle dışarda kafeye gidiyor."

Katılımcıların son üç ayda en sık katıldıkları etkinlik kategorisi "Arkadaşlarla sosyalleşme" olmuştur (n=11). Bu kategori; sohbet etme, yemek yeme, çay/kahve içme, yürüyüş yapma, AVM'ye gitme, tiyatroya gitme, kafeye gitme, fotoğraf/video çekme ve sahile gitme gibi aktiviteleri içermektedir. İkinci sırada ise "TRSM etkinliklerine katılma" yer almaktadır (n=13). Katılımcıların aileyle vakit geçirme oranı nispeten daha düşük olup, beş katılımcı (n=5) bu aktiviteyi gerçekleştirmiştir. Kültürel etkinliklere katılım (sergi, müze, konser, sinema) altı katılımcı tarafından belirtilmiştir (n=6). Gezilere katılım (gezi, hayvanat bahçesi) ve özel gün kutlamalarına katılım (doğum günü, yılbaşı) ise sırasıyla dört (n=4) ve altı (n=6) katılımcı tarafından ifade edilmiştir. Son olarak, açık hava etkinliklerine (mangal) katılım üç katılımcı (n=3) tarafından dile getirilmiştir.

Bu bulgular, psikiyatrik sosyal hizmetten yararlanan hastaların sosyal işlevselliğinde TRSM etkinliklerine katılım ve arkadaşlarla sosyalleşmenin önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Arkadaşlarla geçirilen zamanın çeşitli aktivitelerle zenginleştirilmesi, hastaların sosyal becerilerini geliştirmelerine ve toplumla bütünleşmelerine katkı sağlayabilir. TRSM'lerin sunduğu etkinlikler de hastaların sosyal hayata katılımını desteklemekte ve onlara bir aidiyet duygusu kazandırmaktadır. Bulguyla ilgili doğrudan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

K1: "Yaptığımız el işlerinin sergisini yaptık, ona katıldım, geziye katıldım TRSM' de"

K3: "20 kişilik arkadaş gurubumla AVM'de görüşür, sohbet eder, yemek yer, tiyatroya gideriz."

K12: "Trsm ile sinemaya gitmiştik, sonrada oradaki filmde çıkarım yaparak ders işlemiştik, çok keyifliydi."

K13: "TRSM den arkadaşlarım var, gün içinde onlarla etkinliklerin bir kısmına katılırım. Kalan vakitlerde onlarla kafeye gider, param olunca yemek yer, çay ve kahve içerim çıkışta."

K14: "Trsm de mangal etkinliği, yılbaşı kutlaması, birkaç arkadaşımın doğum günü etkinliği, müze gezisine katıldım. Resim sergimizi yaptık, hocalarımız ayarlıyor. Bazen kendim de çarşıda gezerim, rastladığım arkadaşım olursa kahveye gider otururuz."

Katılımcıların en yaygın ilgi alanı "Film, TV ve Müzik" kategorisi olmuştur (n=10). Bu kategori, müzik dinleme, film ve televizyon izleme gibi aktiviteleri içermektedir. İkinci sırada ise "Bahçe ve Hayvan bakımı" yer almaktadır (n=6). Katılımcıların el sanatlarına olan ilgisi de dikkat çekmekte olup, beş katılımcı (n=5) bu aktiviteyi gerçekleştirmektedir. Kitap okuma, dört katılımcı tarafından belirtilmiştir (n=4). Yemek yapma ise üç katılımcının (n=3) ilgi alanları arasında yer almaktadır. Spor/Egzersiz ve Dini faaliyetler, ikişer katılımcı tarafından ifade edilmiştir (n=2). Son olarak, gezme aktivitesi iki katılımcı (n=2) tarafından dile getirilmiştir.

Bu bulgular, psikiyatrik sosyal hizmetten yararlanan hastaların çeşitli ilgi alanlarına sahip olduğunu göstermektedir. Film, TV ve Müzik kategorisinin en yaygın ilgi alanı olması, bu aktivitelerin hastaların günlük yaşamlarında önemli bir yer tuttuğunu düşündürmektedir. Bu tür aktiviteler, hastaların stres seviyelerini azaltmalarına, duygusal durumlarını düzenlemelerine ve keyifli vakit geçirmelerine yardımcı olabilir. Bahçe ve Hayvan bakımı kategorisinin ikinci sırada yer alması, hastaların doğayla bağlantı kurma ve canlılara karşı sorumluluk alma ihtiyacını yansıtmaktadır. Bu tür aktiviteler, hastaların öz-yeterlilik duygusunu güçlendirmeye ve anlamlı bir yaşam sürdürmelerine katkı sağlayabilir. El sanatları, kitap okuma ve yemek yapma gibi aktiviteler, hastaların yaratıcılıklarını ve becerilerini geliştirmelerine olanak tanır. Bu tür uğraşlar, hastaların özgüvenlerini artırmanın yanı sıra, onlara bir başarı duygusu da kazandırabilir. Spor/Egzersiz ve Dini faaliyetler, hastaların fiziksel ve ruhsal sağlıklarını destekleyici niteliktedir. Bu aktiviteler, hastaların kendilerini ifade etmelerine, sosyal becerilerini geliştirmelerine ve manevi ihtiyaçlarını karşılamalarına yardımcı olabilir. Bulguyla ilgili doğrudan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

K1: "Yemek yaparım, kek pasta yapmayı severim. El işi yaparım, örgü örerim"

K3: "Bahçede bitkilerle uğraşmayı, bahçeye bakım yapmayı seviyorum. Köpeğimle de oynarız."

K4: "TRSM' de müzik dinlemek, resim yapmak, hayvanları da seviyorum mesela kedileri."

K6: "Güvercin besliyorum."

K9: "Spor, dövüş sanatları, evde bunları çalışıyorum. Müzik dinlerim, yürüyüş yaparım, dini bilgileri araştırırım."

K14: "Kitap okurum, namaz kılarım, zikir çekerim, dua ederim, camiye giderim bazen. TV izlerim, müzik dinlerim. Kıyafet almayı, güzel giyinmeyi severim. Kendim için küçük alışverişler yaparım, takı kıyafet. Sahilde oturup, yürüyüş yaparım. Kedileri seviyorum, onlarla ilgilenirim. Çiçek dikip onları sularım"

K15: "Ev iş yaparım, kendim için yemek hazırlarım. Kitap okurum, TV izlerim, çiçeklerime bakarım ve yeni bitkiler dikerim balkona."

Bireylerin sosyal işlevsellik durumlarının değerlendirilmesinde çalışma hayatlarına dair bilgiler de önemlidir. Günlük hayatın bir parçası olarak değerlendirilebilecek bir işte çalışmak, bireylerin toplum içerisindeki başlıca rolleri arasındadır. Hastaların çalışma durumu ve deneyimlerine dair; şu andaki çalışma durumları ve geçmişteki çalışma durumları sorulmuş, elde edilen bilgiler Tablo 10'da sunulmuştur.

Tablo 10: Hastaların çalışma durumu ve deneyimlerine ilişkin bilgiler

Kategoriler	Katılımcılar
Çalışmıyor, daha önce çalışmış	K1, K2, K3, K4, K7, K10, K12, K13, K14
Çalışmıyor, hiç çalışmamış	K8, K11
Düzenli olmasa da çalışıyor	K5, K6, K9, K15

Tablo 10 incelendiğinde, katılımcıların büyük bir kısmı şu anda çalışmadığı, ancak daha önce çalışma deneyimine sahip olduğu görülmektedir (n=9). Bu gruptaki katılımcılar, çeşitli sektörlerde örneğin; terzi, güvenlik, tesisat, oto yıkama, fabrika işçiliği ve aşçı yardımcılığı gibi alanlarda çalışmışlardır. İki katılımcı ise hiç çalışmamış olup (n=2), bir katılımcı uygun bir iş bulması durumunda çalışabileceğini belirtmiştir. Düzenli olmasa da çalışmaya devam eden katılımcıların sayısı dördtür (n=4). Bu

katılımcılar, temizlik, marangozluk, garsonluk ve el işi gibi işlerde ara sıra çalışmaktadırlar. Ayrıca bir hastaya evde boncuk dizim işi TRSM tarafından ayarlanmıştır. Dolayısıyla TRSM'nin hastaların üretkenlik ve sosyal işlevselliğini artırmaya yönelik çalışmalarla destek olduğu söylenebilir.

Bu bulgular, psikiyatrik sosyal hizmetten yararlanan hastaların büyük bir kısmının işgücü piyasasından uzak kaldığını göstermektedir. Daha önce çalışmış olan katılımcıların ifadeleri, çalışmanın onlar için olumlu bir deneyim olduğunu ortaya koymaktadır. Çalışırken kendilerini mutlu, özgüvenli, güvende ve özgür hissettiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca, çalışmanın ekonomik bağımsızlık sağladığı ve başkalarına yük olmamayı ifade ettiği de vurgulanmıştır. Bu katılımcıların geçmişte çalışma hayatlarına dair deneyimlerini olumlu hatırlamaları, şu an da çalışmaya istekli oldukları yönünde yorumlanabilir.

Ancak, bazı katılımcılar çalışma hayatında zorluklarla karşılaştıklarını da dile getirmişlerdir. Örneğin, işten çıkarılma, düşük ücret, uzun çalışma saatleri ve yorgunluk gibi faktörler, katılımcıların çalışma deneyimlerini olumsuz etkilemiştir. Özellikle, psikiyatrik bozukluğa sahip bireylerin işgücü piyasasında ayrımcılığa uğraması ve hak ettikleri ücreti alamamaları dikkat çekici bir sorundur.

Hiç çalışmamış olan katılımcıların varlığı, psikiyatrik bozuklukların bireylerin işgücüne katılımını engellediğini düşündürmektedir. Bu durum, hastaların topluma entegrasyonunu ve ekonomik bağımsızlıklarını olumsuz yönde etkileyebilir. Ancak, uygun iş fırsatları ve destekleyici çalışma ortamları (korumalı iş yerleri) sağlandığında, bu bireylerin de çalışma hayatına katılabileceklerdir. Bulguyla ilgili doğrudan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

K1: "Devlet hastanesinde dikim işinde çalışmışım eskiden, işten çıkarıldım çok üzüldüm. Çalışırken kendimi çok mutlu hissediyordum."

K2: "2020 yılında alarm izleme merkezinde beş yıl çalışmışım. Bilgisayarla, masa başı, stressiz bir işti. İş yeri kapanınca çıktım. Çalışırken kendimi mutlu, özgür, güvende hissediyordum."

K4: "Oto yıkamada birkaç sene çaycılık ve fırçacılık yaptım. Yoruluyordum ama iyiydi yine de, para kazanmak güzel."

K8: "Hiç çalışmadım ama uygun iş olursa çalışırım, sevebileceğim iş olursa."

K9: "Ara sıra garsonluk yapmışım. Dört gün önce, inşaatta beş gün çalıştım. Çalışınca beynim yoruluyor ve bize çok düşük ücret veriyorlar, hakkımızı yiyorlar. Sabahtan akşama kadar çalışıp günlük ücret diğerlerine 500 lira ise bana 100 lira veriyorlar, söyleyince de bırak git diyorlar."

K13: "30 yıl önce sanayide çalıştım, sonra çalışmadım. Çalışınca başkasına yük olmazsın, kendimi iyi hissetmişim. Maaş karşılığı çalışmıyorum şimdi, abimin dükkanına getir götür işlerini yapıyorum, o bana para veriyor."

K15: "Yetim maaşı alıyorum ama boş kalmamak, meşgul olmak, artı gelir olsun diye evde yapabileceğim bir boncuk dizme işi ayarlandı TRSM aracılığıyla, onu yapıyorum evde."

4.2.2. Katılımcıların TRSM'ye ilişkin görüşlerine dair bulgular

Hastaların sosyal işlevselliği üzerinde TRSM'nin etkinliğini öğrenmek amacıyla hastalara çeşitli sorular yöneltilerek TRSM'ye dair görüşleri incelenmiştir. Hastalarla gerçekleştirilen görüşme neticesinde "TRSM'nin sunduğu çözümlere ilişkin memnuniyetiniz nedir? Sizin için ne gibi faydalar sağladı veya sağlayamadı?" sorusuna alınan yanıtlardan TRSM'nin sağladığı faydalara yönelik elde edilen 7 kategori Tablo 11'de sunulmuştur.

Tablo 11: Hastaların TRSM'nin sağladığı faydaya ilişkin görüşleri

Kategoriler	Katılımcılar
Psikososyal işlevselliğin artması	K1, K2, K3, K4, K7, K9, K10, K11, K12, K13, K14
Tıbbi tedavi ve takibin düzenliliği	K1, K2, K3, K4, K8, K9, K10, K12, K13, K14
Öz-bakım ve kişisel gelişim becerilerinin artması	K11, K12, K13, K14
Hastalık ve tedavi sürecine uyumun artması	K3, K6, K13, K14
Aile ve sosyal destek sistemlerinin güçlenmesi	K13, K14, K15
Sosyal haklar ve ekonomik desteklere erişimin artması	K13, K14, K15
Genel yaşam kalitesinin yükselmesi	K3, K11, K13, K14, K15

Tablo 11’de görüldüğü üzere, TRSM'nin sunduğu hizmetler katılımcıların çeşitli alanlarda gelişim göstermesine ve yaşam kalitelerinin artmasına katkı sağlamıştır. En çok vurgulanan fayda, psikososyal işlevselliğin artması olmuştur (n=11). Bunu sırasıyla tıbbi tedavi ve takibin iyileşmesi (n=10), öz-bakım ve kişisel gelişim becerilerinin artması (n=4), hastalık ve tedavi sürecine uyumun artması (n=4), aile ve sosyal destek sistemlerinin güçlenmesi (n=3), sosyal haklar ve ekonomik desteklere erişimin artması (n=3) ve genel yaşam kalitesinin yükselmesi (n=5) takip etmiştir.

Bu bulgular, TRSM'lerin bütüncül bir yaklaşımla hastaların iyileşme sürecine katkı sağladığını göstermektedir. Psikososyal işlevselliğin artması, hastaların sosyal becerilerinin gelişmesi, günlük yaşam aktivitelerine katılımlarının artması ve toplumsal entegrasyonlarının sağlanması açısından büyük önem taşımaktadır. TRSM'lerde sunulan grup aktiviteleri, sosyal etkinlikler ve beceri eğitimleri, hastaların bu alanlarda gelişim göstermesine yardımcı olmaktadır. Tıbbi tedavi ve takibin iyileşmesi, hastaların düzenli olarak doktor kontrollerine gitmeleri, ilaçlarını düzenli kullanmaları ve genel sağlık durumlarının yakından izlenmesi ile mümkün olmaktadır. TRSM'ler, hastaların tedaviye uyumunu artırarak ve tıbbi ihtiyaçlarını karşılayarak bu süreçte kilit bir rol oynamaktadır.

Öz bakım ve kişisel gelişim becerilerinin artması, hastaların bağımsız yaşam becerilerini geliştirmelerine ve özgüvenlerini artırmalarına yardımcı olmaktadır. TRSM'lerde sunulan eğitimler ve atölye çalışmaları, hastaların bu becerileri kazanmalarına olanak tanımaktadır.

Hastalık ve tedavi sürecine uyumun artması, stresi ve kaygıyı yönetmelerine, hastaların hastalıklarını daha iyi anlamalarına, içgörü kazanmalarına, semptomlarını yönetmelerine, baş etme becerilerinin artmasına ve tedaviye aktif olarak katılmalarına katkı sağlamaktadır. TRSM'ler, psikoeğitim programları ve bireysel danışmanlık hizmetleri aracılığıyla hastaların bilinçlendirilip davranış değişikliği sağlanarak; hastalığın seyrinde düzelme, şiddetinde azalma, hastaneye yatışların azaltılması hedeflenmektedir.

Aile ve sosyal destek sistemlerinin güçlenmesi, hastaların iyileşme sürecinde kritik bir öneme sahiptir. TRSM'ler, aile görüşmeleri ve psikoeğitim programları aracılığıyla ailelerin hastalık hakkında bilgi sahibi olmalarını, aile içi iletişim ve etkileşimlerini geliştirmeleri ve hastalarına daha iyi destek olmalarını sağlamaktadır. Ayrıca, sosyal aktiviteler ve destek- etkileşimli grup çalışmaları, hastaların sosyal destek ağlarını

genişletmelerine ve sosyal çevreyle uyumlu bir şekilde bütünleşebilmeleri yardımcı olmaktadır. Yapılan çalışmalarla hastaların sosyal çevresiyle sağlıklı ilişkiler kurması ve sürdürmesi desteklenir.

Sosyal haklar ve ekonomik desteklere erişimin artması, hastaların toplumsal entegrasyonunu ve bağımsız yaşamlarını desteklemektedir. TRSM'deki sosyal çalışmacılar, hastalara bu konularda danışmanlık yaparak ve ilgili kurumlara yönlendirerek, onların sosyal ve ekonomik haklarından faydalanmalarını sağlamaktadır.

Son olarak, tüm bu faydaların bir araya gelmesi, hastaların genel yaşam kalitesinin yükselmesini sağlamaktadır. TRSM'ler, hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik halini bütüncül bir şekilde ele alarak, onların yaşamlarının her alanında gelişim göstermelerine yardımcı olmaktadır. Bulguyla ilgili doğrudan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

K1: "TRSM sayesinde kendi başıma bir yerlere gitmeye alıştım. Bir sürü el işi öğrendim, pasta ve yemek yapmanın püf noktalarını öğrendim. Yalnızlık duygularını hafıfledi. Bize günlük yaşamda pratik konularda destek veriyorlar, hayatımız kolaylaştırdılar. Hastalık yönetimiyle ilgili bilgi kazandık. İlaçlarımı düzenli kullanmaya dikkat ediyorum. TRSM'yi çok seviyorum, gidemediğim günler üzüliyorum."

K2: "Memnunum, doktora kolay ulaşım, vaka yönetiminin hizmetinden memnuum. İlgililer, ilaç yazdırmak kolay. İletişimim daha iyi, depresyona iyi geliyor. Günlük işleri yapmada motivasyonum arttı. Saç bakımı, cilt bakımı birçok şey öğrendik."

K3Y: "Memnunuz. Trsm'de rahat ve huzurlu hissettiğini, kafa dinlediğini kendini geliştirdiğini, sosyalleştiğini söylüyor. Atakları azaldı, düzenli takiple hastaneye yatışlarını azaldı. İlaçları düzenli kullanmasını sağlıyorlar. Bizleri durumu hakkında bilgilendiriyorlar. Verilen eğitimlerle de aile içi iletişimimiz düzeldi, birbirimizi daha iyi anlayabiliyoruz."

K6Y: "Eskiden evden çok çıkmak istemezdi. Çoğunlukla uyurdu, sorumluluklarını yerine getirmezdi. Şimdi tedavisi konusunda ekiple işbirliği içindeyiz. TRSM'de aynı hekim takip ediyor, istediğimiz her zaman rahatlıkla

muayene olabiliyoruz ve güveniyoruz. Farklı doktorlara sürekli aynı şeyleri anlatmak zorunda kalmıyoruz, aynı hekim tarafından takibimiz yapılıyor.”

K7Y: “Tek başına fazla bişey yapmazdı. TRSM’den sonra yapar oldu. Kendini daha iyi ifade ediyor. Mutfakta çok daha aktif, terapi de öğrendiklerini evde yapıyor. Kendini idare etmeye, kendi kendine yetebilmeye başladı. Mesela kıyafetinin bir yere söküldüğünde dikmeyi, markete gidip alışveriş yapabilmeyi tek başına dışarı çıkıp otobüse binmeyi öğrendi.”

K9: "Çok memnunum, TRSM'de insani ilişki kurduğumu hissediyorum. Psikologla konuşup rahatlıyorum, geleceğe daha umutlu, pozitif bakmaya başladım. İnsanlarla iletişimim daha iyi. Kendimi daha bağımsız hissediyorum, çekinmiyorum eskisi kadar, özgüvenim geldi kendime. Sınava girip eğitim almak, iş bulmak istiyorum. "

K13: "Doktora kolay ulaşabiliyorum. Benim her şeyimle ilgilenip yönlendiriyorlar, yardımcı oluyorlar her konuda. TRSM'de güzel vakit geçiriyorum, sevdiğimi hissediyorum. Arkadaşlarımla sohbet edip, birlikte geziyoruz. Yemek yapmayı öğreniyorum. Birlikte şarkı söylüyoruz, film izliyoruz, tiyatro hazırlıyoruz, resim yapıyoruz, el işleri öğreniyoruz. Spor hocası geldiği zaman birlikte spor yapmak eğlenceli oluyor. Bahçe düzenlemesi yapıyoruz, fidan dikiyoruz. Kendimi rahat, huzurlu hissediyorum. Sağlıklı beslenmeyi öğrendim, sigarayı bıraktım. TRSM ‘de kültürüm daha çok arttı, mutluyum."

K14: "Benimle güzel ilgileniyorlar. İstedğim zaman doktora muayene olabiliyorum, şikayetlerimi söylüyorum. Diğer sağlık sorunlarım da ilgileniyorlar, randevu ayarlıyorlar, diyetlerim için diyetisyende görüştürüyorlar, hepsi çok iyi. Hemşiremiz tansiyonumuzu ve ilacımızı takip ediyor. Yaşadığım bazı sorunları sosyal hizmet uzmanını anlatıyorum. Ev ziyareti yaptılar bize, psikologla birlikte ablamla görüştüler. Hayatımı kolaylaştırmak ve beni iyileştirmek için uğraşıyorlar."

K15: "TRSM'den memnunum benimle ilgilenip sağlık durumumu, genel yaşantımı takip ediyorlar, yalnız olmadığımı hissettiriyorlar. Bazen kötü olup yemek yemeyi unuttuğum günler oldu, günlerce perdeleri açmadım, evden çıkmadım ama TRSM ekibi evime geldi. Sosyal hizmet uzmanı benim için

belediyeden günlük sıcak yemek ve haftalık temizlik hizmeti ayarladı. Maaşımı yetiştirmekte zorlanıyordum, benim için kurul raporu çıkarıp; elektrik, su, doğalgaz, hatta telefon faturam da indirimden faydalanmamı sağladılar. Kaymakamlıkla görüşüp yönlendirmişlerdi. Evde pencere kırık, oturma odamı ısıtmakta zorlanıyordum. Belediye ile benim için görüşerek bu konuda destek oldular, yeni pencere taktırdılar."

"TRSM çalışanları ile ilişkilerinizi nasıl değerlendirirsiniz? Size nasıl bir destek sağladıklarını düşünüyorsunuz?" sorusuna katılımcıların verdikleri cevaplardan elde edilen bilgiler Tablo 12’de sunulmuştur.

Tablo 12: Hastaların TRSM çalışanlarının sağladıkları desteğe ilişkin görüşleri

Kategoriler	Katılımcılar
Etkili iletişim ve olumlu terapötik ilişki	K2, K4, K5, K7, K9, K13, K14, K15
Bütüncül ve kapsamlı destek sağlama	K3, K4, K6, K8, K9, K10, K12, K13, K14, K15
Psikoeğitim ve danışmanlık	K10, K12, K13, K14
Hak savunuculuğu ve kaynaklara erişim	K13, K14
Güçlendirme ve yetkinlik kazandırma	K9, K13, K15
Aile katılımı ve iş birliği	K13, K14, K15

Tablo 12’de görüldüğü üzere, TRSM çalışanlarının katılımcılara sağladığı desteğe ilişkin görüşler altı ana kategoride toplanmıştır. Bunlar; bütüncül ve kapsamlı destek sağlama (n=11), etkili iletişim ve olumlu terapötik ilişki (n=8), psikoeğitim ve danışmanlık (n=4), hak savunuculuğu ve kaynaklara erişim (n=2), güçlendirme ve yetkinlik kazandırma (n=3) ve aile katılımı ve iş birliği (n=3) olarak belirlenmiştir.

Bulgular, TRSM çalışanlarının katılımcılarla kurdukları etkili iletişim ve olumlu terapötik ilişkinin önemini vurgulamaktadır. Çalışanların güler yüzlü, samimi ve ilgili yaklaşımları, katılımcıların kendilerini ifade etmelerine, güvende hissetmelerine ve kuruma bağlılık geliştirmelerine katkı sağlamaktadır. Bütüncül ve kapsamlı destek sağlama kategorisi, TRSM çalışanlarının katılımcıların ihtiyaçlarını çok yönlü olarak ele aldıklarını ve psikososyal destek, günlük yaşam becerileri, sosyal etkileşim gibi alanlarda yardımcı olduklarını göstermektedir.

Psikoeğitim ve bilgilendirme, katılımcıların hastalıkları ve tedavi süreçleri hakkında farkındalık kazanmalarına ve baş etme becerilerini geliştirmelerine yardımcı olmaktadır. Hak savunuculuğu ve kaynaklara erişim kategorisi, TRSM çalışanlarının katılımcıların sosyal haklarını kullanmaları ve ihtiyaç duydukları hizmetlere ulaşmaları konusunda rehberlik ettiklerini ortaya koymaktadır. Güçlendirme ve yetkinlik kazandırma, katılımcıların öz-yeterliliklerini artırmaya ve bağımsız yaşam becerilerini geliştirmeye yönelik çalışmaları içermektedir. Son olarak, aile katılımı ve iş birliği kategorisi, TRSM çalışanlarının katılımcıların ailelerini de sürece dahil ettiklerini ve onlarla iletişim halinde olduklarını göstermektedir.

Bu bulgular, TRSM çalışanlarının sundukları hizmetlerde bütüncül bir yaklaşım benimsediklerini ve katılımcıların iyileşme sürecini desteklemek için çok boyutlu bir destek sağladıklarını ortaya koymaktadır. Etkili iletişim ve güvene dayalı terapötik ilişki, bu desteğin temelini oluşturmaktadır. TRSM çalışanları, katılımcıların bireysel ihtiyaçlarını dikkate alarak, onları bilgilendirmekte, güçlendirmekte ve toplumsal kaynaklara erişimlerini sağlamaktadır. Aile katılımının sağlanması da, katılımcıların iyileşme sürecine olumlu katkı sunmaktadır. Bulguyla ilgili doğrudan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

K2: "Güler yüzlüler, ilişkilerimiz iyi, her konuda iyi yönlerimizi fark etmemizi sağladılar."

K4: "Hepsi bizimle ilgileniyorlar, samimiler, ellerinden gelenin fazlasını yapıyorlar. Sosyal hizmet uzmanı yol gösterip destekliyor, güçleniyoruz. "

K9: "Abi kardeş gibi, akrabalarımızdan daha anlayışlılar. Konuşabilecek birileri olduğunu görüyorum. Bazı yerlerde insancıl davranılmıyordu, kayıtlı olduğum TRSM’de insan olduğumu hatırlıyorum."

K13: "Bizimle ilgileniyorlar her konuda, güler yüzlüler, yardımcı oluyorlar, samimi ve cana yakınlar. Kendi fikirlerimizi ifade ediyoruz, bizi dinliyorlar, anlıyorlar. Bazı yönlerimizi açığa çıkardılar. Hastalığımız hakkında bilgi veriyorlar, daha bilinçli olduk. Kendimizin farkına vardık, özel olduğumuzu hissediyoruz, sevildiğimizi, önemsendiğimizi.. Kendimizi toplumdan bir parça hissediyorum, dışarı korkmadan çıkabiliyorum. Güvendiğim ve bana her konuda yardımcı olacak birileri var."

K14: "Bizimle çok güzel güler yüzlü bir şekilde ilgileniyorlar. Ev ziyareti ile bize gelip yaşadığımız koşulları bile düzeltmeye çalışıyorlar. İhtiyaçlarımızı belirleyip, yardımcı olmak için belediye ve kaymakamlıkla iletişime geçiyor sosyal hizmet uzmanı. Fatura indirimi konusunda o yönlendirmişti, birkaç sorun çıkmıştı düzeltmek için yönlendirdiler. Haklarımız konusunda bilinçlendiriyorlar. Bana yemek ve temizlik desteği sağladılar, engelli hakları konusunda bilgilendirildim. Hastalığım hakkında hem bana hem aileme detaylı bilgi verdiler. Ben bir çok konuda zorlandığım için vasiliğimi ablam aldı, onu da yönlendirdiler."

K15: "Kayıtlı olduğum TRSM'nin çalışanları çok iyi, aileleri gibi ilgilenip önemsiyorlar bizi. Zorda kaldığınızda desteklerini alabileceğimiz bir yerin olması çok güzel. Onlar sayesinde evden çıkmaya başladık, daha iyi geçiyor günlerimiz, onlara güveniyorum. Hayata dair her konuda bilgi alabiliyoruz hocalardan. Mesela yeni bitkiler ve bakımları, kuş türleri her sorduğumuzu cevaplıyorlar. Birlikte TRSM'de bahçede sebzeler ve içeride saksılarla çiçekler diktik , çok mutlu olduk."

Katılımcılara yöneltilen "TRSM'ye devam etme kararınızda etkili olan faktörler nelerdir?" sorusuna ise katılımcıların verdikleri yanıtlara dayanarak 5 kategori elde edilmiştir. Hastaların TRSM'ye devam etmelerinde etkili olan faktörler Tablo 13'te sunulmuştur.

Tablo 13: Hastaların TRSM'ye devam etmelerinde etkili olan faktörler

Kategoriler	Katılımcılar
Sosyal çevre ve psikolojik destek	K1, K2, K4, K5, K7, K10, K11, K13, K14, K15
TRSM hizmetlerinin kalitesi ve ekip yaklaşımı	K1, K2, K4, K5, K7, K13, K14, K15
Tedavi ve rehabilitasyon süreci	K2, K3, K4, K6, K7, K8, K9, K10, K11, K12, K13, K14, K15
Aile ve sosyal ilişkiler	K13, K14
Toplumsal katılım ve aidiyet duygusu	K7, K14, K15

Tablo 13'te görüldüğü üzere; katılımcıların TRSM'ye devam etme kararlarında etkili olan faktörler beş ana kategoride toplanmıştır. Bunlar; psikososyal destek ve sosyal çevre (n=10), TRSM hizmetlerinin kalitesi ve ekip yaklaşımı (n=8), tedavi ve

rehabilitasyon süreci (n=13), aile ve sosyal ilişkiler (n=2) ve toplumsal katılım ve aidiyet duygusu (n=3) olarak belirlenmiştir.

Bulgular, katılımcıların TRSM'ye devam etme kararlarında sosyal çevre ve psikolojik destek önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Katılımcılar, TRSM'de edindikleri arkadaşlıklar, sosyal etkileşim ve psikolojik destek sayesinde kendilerini daha iyi hissettiklerini ve bu nedenle TRSM'ye devam etmek istediklerini belirtmişlerdir. TRSM hizmetlerinin kalitesi ve ekip yaklaşımı da katılımcıların devam kararını olumlu yönde etkilemektedir. TRSM çalışanlarının güler yüzlü, samimi ve ilgili yaklaşımları, katılımcıların kendilerini değerli ve önemli hissetmelerini sağlamaktadır.

Tedavi ve rehabilitasyon sürecinin etkinliği, katılımcıların TRSM'ye devam etme motivasyonunu artıran bir diğer faktördür. Katılımcılar, TRSM'de aldıkları hizmetlerin hastalıklarının iyileşmesine katkı sağladığını, düzenli tedavi ve takip sayesinde kendilerini daha iyi hissettiklerini ifade etmişlerdir. Ayrıca, TRSM'de sunulan rehabilitasyon aktiviteleri ve boş zaman değerlendirme imkanları da katılımcıların devam kararını olumlu yönde etkilemektedir.

Aile ve sosyal ilişkilerdeki iyileşme, bazı katılımcıların (n=2) TRSM'ye devam etme kararında etkili olan bir faktör olarak belirlenmiştir. TRSM'nin aile ilişkilerini güçlendirmeye yönelik çalışmaları, katılımcıların motivasyonunu artırmaktadır. Son olarak, toplumsal katılım ve aidiyet duygusu da bazı katılımcıların (n=3) TRSM'ye devam etme kararını olumlu yönde etkilemektedir. TRSM'nin sunduğu toplumsal katılım fırsatları ve aidiyet hissi, katılımcıların kuruma bağlılığını artırmaktadır.

Bu bulgular, TRSM'lerin bireylerin iyileşme sürecine çok boyutlu katkılar sağladığını ve bu katkıların katılımcıların devam kararını olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Psikososyal destek, sosyal çevre, hizmet kalitesi, tedavi ve rehabilitasyon sürecinin etkinliği, aile ve sosyal ilişkilerin güçlendirilmesi ve toplumsal katılım fırsatları gibi faktörler, TRSM'lerin başarısında kilit rol oynamaktadır. Bu doğrultuda, TRSM'lerin sunduğu hizmetlerin çeşitlendirilmesi ve geliştirilmesi, katılımcıların devam kararını destekleyecek ve toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin etkinliğini artıracaktır. Bulguya ilgili doğrudan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

K1: "Sevdiğim arkadaşlarımdan olmaları ve TRSM'de çalışanların bizi sevmesi."

K2: "Gülyüz, problemlerimize çözüm sundu, samimiyet, ilgi, etkinlikler. Birilerinin bizi düşümesi çok güzel."

K3Y: "Tedavisi tek elden düzenli yapılıyor. Bunun yanında arkadaş edinmesi, sosyalleşmesi, hizmetin iyi olması.. Kendini geliştirip güzel vakit geçiriyor."

K7: "Akşamdan kıyafetlerimi hazırlıyorum, heyecanla severek gidiyorum. Evim gibi hissediyorum, arkadaşlarımla vakit geçiriyorum."

K13: "TRSM bana iyi geliyor, hayatımı olumlu etkiledi. Samimi içten ve her konuda yardımcı oluyorlar, onlara güveniyorum. İyileşmek de istiyorum, tedavimde çok güzel ilgileniyorlar. Ailemle de konuşup bizim iyiliğimiz için uğraşıyorlar. Ben çok memnunum hep gitmeyi düşünüyorum."

K14: "TRSM bana çok iyi geliyor, hayatıma olumlu katkıları oldu. Aile ilişkilerimiz daha iyi, bana destek olmaları, hoşgörüler ve bir çok şey daha... Özellikle yapılan aile toplantıları benim için çok önemli, kendime güvenim arttı. Önemsendiğimi, sevildiğimi hissediyorum."

K15: "TRSM sayesinde insanlarla daha rahat iletişim kurabiliyorum. Öfkem azaldı, daha pozitifim artık. Bahçesini çok seviyorum, içim açılıyor. Etkinlikler çok güzel, düzenlenen birkaç etkinlikte kaymakam, belediye başkanı geldi. Onlarla birebir görüştüm. İsteklerimizi dile getirme şansımız oldu."

Katılımcılara yöneltilen "TRSM hizmetlerinin geliştirilmesine ilişkin önerileriniz nelerdir?" sorusuna ise katılımcıların verdikleri yanıtlara dayanarak getirdikleri öneriler 6 kategori altında toplanmıştır. Hastaların TRSM hizmetlerinin iyileştirilmesine dair önerileri Tablo 14'te sunulmuştur.

Tablo 14: Hastaların TRSM hizmetlerinin iyileştirilmesine dair önerileri

Kategoriler	Katılımcılar
Sosyal, kültürel ve sanatsal etkinliklerin geliştirilmesi	K1, K2, K3, K4, K8, K9, K11, K12, K13, K15
Mesleki eğitim, istihdam olanakları ve gelir getirici faaliyetler	K6, K7, K8, K10, K13

Tablo 14: Hastaların TRSM hizmetlerinin iyileştirilmesine dair önerileri (devamı)

Toplumsal farkındalık, aile katılımı ve sosyal destek	K3, K13, K14, K15
Fiziksel koşulların ve kurumsal kaynakların iyileştirilmesi	K4, K9, K10, K13, K15
Sağlık hizmetlerine erişim ve bütüncül yaklaşım	K10, K13
Kurumlararası iş birliği ve sivil toplum desteği	K13, K14, K15

Tablo 14'de görüldüğü üzere, katılımcıların TRSM hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik önerileri altı ana kategoride toplanmıştır. Bunlar; sosyal, kültürel ve sanatsal etkinliklerin geliştirilmesi (n=10), mesleki eğitim, istihdam olanakları ve gelir getirici faaliyetler (n=5), toplumsal farkındalık, aile katılımı ve sosyal destek (n=4), fiziksel koşulların ve kurumsal kaynakların iyileştirilmesi (n=5), sağlık hizmetlerine erişim ve bütüncül yaklaşım (n=2) ve kurumlararası iş birliği ve sivil toplum desteği (n=3) olarak belirlenmiştir.

Bulgular, katılımcıların en çok sosyal, kültürel ve sanatsal etkinliklerin geliştirilmesine yönelik önerilerde bulunduğunu göstermektedir. Katılımcılar, TRSM bünyesinde düzenlenen gezi, piknik, sinema, tiyatro, konser gibi etkinliklerin yanı sıra müzik, fotoğraf, el sanatları, spor ve fiziksel aktivite gibi kursların ve atölyelerin çeşitlendirilmesini ve artırılmasını önermektedir. Bu tür etkinliklerin, hastaların sosyal becerilerini geliştirmelerine, toplumsal katılımlarını artırmalarına ve yaşam kalitelerini yükseltmelerine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Mesleki eğitim, istihdam olanakları ve gelir getirici faaliyetler de katılımcıların önemli bir bölümü tarafından dile getirilmiştir. Katılımcılar, TRSM'lerde verilen mesleki eğitimlerin artırılmasını, hastaların yeteneklerine ve ilgi alanlarına uygun iş imkanlarının sağlanmasını ve üretilen ürünlerin satışı yoluyla gelir elde edilmesini önermektedir. Bu öneriler, hastaların ekonomik bağımsızlıklarını kazanmalarına, toplumsal entegrasyonlarını artırmalarına ve özgüvenlerini geliştirmelerine yardımcı olabilir.

Toplumsal farkındalığın artırılması, damgalanma ve ayrımcılıkla mücadele, aile katılımı ve desteğinin sağlanması da katılımcıların üzerinde durduğu konular arasındadır. Katılımcılar, toplumun ruhsal hastalıklar konusunda bilgilendirilmesini,

hastaların sosyal hayata katılımını kolaylaştıracak farkındalık çalışmalarının yapılmasını ve ailelerin tedavi sürecine daha fazla dahil edilmesini önermektedir. Bu öneriler, hastaların toplumsal damgalanma ve ayrımcılığa maruz kalmadan, ailelerinin desteğini alarak iyileşme süreçlerine devam etmelerini sağlayabilir.

Fiziksel koşulların iyileştirilmesi, personel sayısının artırılması ve ulaşım desteği gibi kurumsal kaynakların geliştirilmesine yönelik öneriler de katılımcılar tarafından dile getirilmiştir. Ayrıca, sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması ve bütüncül bir yaklaşımın benimsenmesi de öneriler arasında yer almaktadır. Son olarak, TRSM'lerin diğer kurumlarla iş birliğini artırması ve sivil toplum kuruluşlarının desteğini alması da hizmetlerin geliştirilmesi açısından önemli görülmektedir. Bulguyla ilgili doğrudan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

K3: "Müze gezisi, piknik gibi gezilerin artırılmasını isterim. Konsere de gidelim. Kursların sürekliliği olsun. İhtiyaçlarına ve ilgilere yönelik hizmet verilsin. Müzik dersi, ritim dersi, el sanatları, spor ve fiziksel aktivite kursu."

K7Y: "Sergilerin yanında, ürettiklerini satsalar hocaları eşliğinde hem mutlu olurlar, hem üretken. Harçlıkları olur. Mesela mutfakta bişeyler üretiyorlar, mum, keçe, makröme, geri dönüşümle bişeyler yapmışlardı, onları mesela. İletişimleri de gelişir bu sayede, belki uygun iş imkanları da olur, korunaklı kendi durumlarına göre."

K8: "İş imkanı olsun istiyorum. Üniversiteye hazırlık ve KPSS kursu olsun istiyorum."

K11Y: "Öneri olarak devletin veya belediyenin bir saatte olsa bizim yakınlarımızı cafe veya yapabilecekleri kolay bir işte çalıştırmalarını öneriyorum. İnsanlar onları anlasınlar istiyorum... Aynı zamanda fotoğraf çekmeyi çok seviyor, o da kurs olarak açılrsa ve fotoğraf gezileri düzenlense muhteşem olur. Birlikte hem gezmiş, hem öğrenmiş hem eğlenmiş olurlar."

K13: "Birlikte yaptığımız etkinlikler, gezi, tiyatro, piknik yapma, özel gün kutlamaları, mangal partileri artırılabilir. Birebir hocalarla sosyal hizmet uzmanı ve psikolog ile yaptığımız grup toplantılarımız daha sık yapılırsa iyi olur. Psikolog sayısı yetersiz olduğu için birebir terapi alamıyoruz çok fazla, bu

sağlansa çok iyi olur. Kilo alıyorum bu konuda diyetisyenden daha çok yardımcı olmasını istiyorum "

K14: "Toplum bilinçlendirilsin, bizim gibi insanları dışlamasınlar, incitmesinler, kötü davranmasınlar. Ailelere de TRSM'de duygusal eğitim verilsin psikoterapilerden onlarda yararlansın. Araştırma yapıyorsa ilgili makamlara iletilsin, onlar daha iyiye götürsün hizmetleri. Ailler yalnız bırakılmasın. Hasta yakınları engelli haklarından yararlansınlar, bir nebze daha hayatları kolaylaşabilir. Gönüllüler, vakıflar, dernekler, sivil toplum kuruluşları TRSM' de bir çok konuda verilen hizmetlere maddi manevi destek olsunlar."

K15: "Şu an hizmetler benim için yeterli ve güzel, belki kurslar biraz daha çeşitlendirilebilir. Arkadaşlarım da öyle düşünüyor. Bitkiler ve çiçekleri artırsak bahçede, daha fazla sebze diksek..."

Katılımcılara yöneltilen "TRSM'ye katıldığınızdan bu yana bağımsız yaşam becerilerinizde ve üretkenliğinizde nasıl bir gelişme gördünüz?" sorusuna karşılık alınan yanıtlardan 7 kategori elde edilmiştir. Hastaların bağımsız yaşam becerilerinde ve üretkenliklerindeki gelişmelere dair bulgular Tablo 15'te sunulmuştur.

Tablo 15: Hastaların bağımsız yaşam becerilerinde ve üretkenliklerindeki gelişmeler

Kategoriler	Katılımcılar
Günlük yaşam becerilerinde gelişme (ev işleri, kişisel bakım, sağlık, alışveriş vb.)	K1, K2, K4, K7, K8, K9, K10, K11, K12, K13, K14, K15
Sosyal ilişkilerde ve iletişimde iyileşme	K2, K4, K5, K9, K11, K12, K13, K14, K15
Bağımsız hareket etme ve özgüven artışı	K1, K4, K5, K6, K7, K8, K9, K12, K13, K14
Hastalık yönetimi ve tedaviye uyumda iyileşme	K2, K9, K12, K13
Üretkenlik ve beceri gelişimi (el sanatları, yemek yapma, müzik vb.)	K1, K7, K8, K10, K11, K12, K13
Eğitim ve istihdam hedeflerinde ilerleme	K8, K9, K12
Aile ilişkilerinde iyileşme	K9, K13, K14

Tablo 15’de görüldüğü üzere, katılımcıların TRSM’ye katıldıktan sonra bağımsız yaşam becerileri ve üretkenliklerindeki gelişmeler yedi ana kategoride toplanmıştır. Bunlar; günlük yaşam becerilerinde gelişme (n=12), sosyal ilişkilerde ve iletişimde iyileşme (n=9), bağımsız hareket etme ve özgüven artışı (n=10), hastalık yönetimi ve tedaviye uyumda iyileşme (n=4), üretkenlik ve beceri gelişimi (n=7), eğitim ve istihdam hedeflerinde ilerleme (n=3) ve aile ilişkilerinde iyileşme (n=3) olarak belirlenmiştir.

Bulgular, TRSM’ye katılımın hastaların günlük yaşam becerilerinde önemli gelişmeler sağladığını göstermektedir. Katılımcıların büyük bir kısmı, kişisel bakım, ev işleri ve alışveriş gibi temel becerilerde ilerleme kaydettiğini ifade etmiştir. Bu gelişmeler, hastaların bağımsızlıklarını artırarak yaşam kalitelerini yükseltmektedir.

Sosyal ilişkiler ve iletişim becerilerindeki iyileşme de katılımcıların sıklıkla vurguladığı bir diğer alandır. TRSM’deki grup etkinlikleri ve sosyal etkileşimler, hastaların insanlarla daha rahat iletişim kurmasını, kendilerini daha iyi ifade etmesini ve sosyal becerilerini geliştirmesini sağlamaktadır. Bu durum, hastaların toplumsal entegrasyonunu kolaylaştırmaktadır.

Bağımsız hareket etme ve özgüven artışı da katılımcıların önemli bir kısmı tarafından dile getirilmiştir. TRSM’deki destekleyici ortam ve kazanılan beceriler, hastaların tek başına dışarı çıkma, toplu taşıma araçlarını kullanma ve günlük işlerini yapma konusunda kendilerine olan güvenlerini artırmaktadır. Bu özgüven artışı da onların özerkliklerini ve yaşam kalitelerini yükseltmektedir.

Hastalık yönetimi ve tedaviye uyum konusundaki iyileşmeler de bazı katılımcılar tarafından vurgulanmıştır. TRSM’de verilen psikoeğitim ve destekleyici hizmetler, hastaların hastalıklarını daha iyi anlamalarını, ilaçlarını düzenli kullanmalarını ve tedaviye uyum sağlamalarını kolaylaştırmakta ve hastaların klinik iyileşmesine ve yaşam kalitesine olumlu katkıda bulunmaktadır.

Üretkenlik ve beceri gelişimi de katılımcıların TRSM’ye katılımı ile birlikte elde ettiği kazanımlar arasındadır. El sanatları, yemek yapma, bahçe bakımı, müzikle uğraşma gibi alanlarda edinilen yeni beceriler, hastaların kendilerini daha üretken ve başarılı hissetmelerini sağlamaktadır. Bu gelişim onların özgüvenlerini ve motivasyonlarını artırmaktadır.

Eğitim ve istihdam hedeflerinde ilerleme kaydeden katılımcılar da bulunmaktadır. TRSM'deki destekleyici ortam ve yönlendirmeler, bazı hastaların eğitimlerine devam etme, sınavlara hazırlanma ve iş arama konusunda adımlar atmasını sağlamıştır. Bu gelişmeler, hastaların geleceğe dair umutlarını ve hedeflerini artırmaktadır.

Son olarak, aile ilişkilerindeki iyileşmeler de bazı katılımcılar tarafından dile getirilmiştir. TRSM'nin aileyi de sürece dahil eden yaklaşımı, hasta ve aile arasındaki iletişimin ve işbirliğinin güçlenmesine katkıda bulunmaktadır. Bu katkı hastaların aile desteğini artırarak iyileşme sürecini olumlu etkilemektedir. Bulguyla ilgili doğrudan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

K4: "Artık evden yalnız çıkabiliyorum, insanlarla iletişimim daha iyi, kendimi daha bağımsız hissediyorum, çekinmiyorum eskisi kadar, özgüvenim geldi kendime."

K7Y: "Mutfakta çok daha aktif, mutfak terapide öğrendiklerini evde yapıyor. Benim hastam TRSM'ye katılımından bu yana kendini idare etmeye, kendi kendine yetebilmeye, mesela kıyafetinin bir yere söküldüğünde dikmeyi, basit yemekleri yapabilmeyi öğrendi. Markete gidip alışveriş yapabiliyor, onlarla iletişim kuruyor, tek başına dışarı çıkıp otobüse binmeyi öğrendi, kendi ayakları üzerinde duruyor, topluma kazandırıldığını düşünüyorum."

K9Y: "İletişim becerileri gelişti, tek başına geziyor, sosyalleşti ve çalışmak istiyor, hayata dair hedefleri olmaya başladı. TRSM'den bu yana birçok davranışı düzeldi. Orada verilen eğitimler sayesinde, hastalıkla baş etme durumu arttı, özgüveni oluştu ve sorumluluklarını yerine getirmeye başladı diyebilirim."

K10: "Kendi başıma TRSM'ye gitmeye başladım, hayata daha pozitif bakıyorum. Hocalarımız bir müzik aleti çalmayı öğrenmemizi söylemişti, hatta birlikte koro bile oluştururuz demişlerdi. Şimdi onu yapmaya çalışıyoruz ben bağlama aldım, derslere başlayacağız. Bir arkadaşım da ney almış. Müzik ruhumuza iyi geliyor."

K13: "Eskiden hastalığımı çok iyi bilmiyordum. İlaçlarımı düzenli kullanmıyordum, ailemle de sorunlar yaşıyordum bu konuda kimi zaman. Sağlık

olarak kendimi daha iyi hissediyorum. Evde canım sıkılırdı, amaçsız bir hayatım vardı. Şimdi sıkılmıyorum, arkadaşlarımla muhabbet ediyorum. Sosyalleştim, rahatladım. Kendime daha çok bakmaya başladım, saçlarıma, kıyafetlerime. Sağlıklı beslenip, sporda yapıyorum."

K15: "Korkularım azaldı, insanlara güveniyorum. Dışarı çıkmam için sebeplerim var. Evde daha az uyuyorum, arkadaşlarım oldu, iletişimim arttı. Evde de daha güzel ilgileniyorum kendime de daha çok özen gösteriyorum."



5. TARTIŞMA

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM), psikiyatrik rahatsızlıkları olan bireylerin tedavi süreçlerinde önemli bir yere sahiptir. Bu merkezler, hastaların sosyal işlevselliğini artırmak ve psikiyatrik hastalıkların getirdiği stigmatizasyonu azaltmak amacıyla multidisipliner bir yaklaşım benimsemektedir. Sosyal işlevsellik, bireyin toplumsal yaşamda üstlendiği rollerini etkin bir şekilde yerine getirme ve temel ihtiyaçlarını karşılama yeteneği olarak tanımlanmaktadır. Bu temel ihtiyaçlar arasında; özbakım, beslenme, barınma, sağlık, kendini koruma, temizlik, sosyal kabul görme, aile ve sosyal çevre ilişkilerini sürdürme, hayatın anlamını ve amacını bulma gibi kritik unsurlar bulunmaktadır. Bireylerin toplumsal yaşamda üstlendikleri roller ise aile üyesi, ebeveyn, çalışan, komşu ve vatandaş olma gibi çeşitli görevleri içermekte ve bu görevleri başarıyla yerine getirme becerisi sosyal işlevselliğin bir göstergesidir (Sheafor ve Horesji, 2015: 23). Psikiyatrik sosyal hizmet, bu multidisipliner yaklaşımın temel taşlarından biri olarak, hastaların sosyal işlevselliği, günlük yaşam becerileri, kendi kendilerine yetebilmeleri, toplumsal hayata adaptasyonları ve tedavi süreçlerinin olumlu seyri açısından kritik bir rol oynamaktadır. Hastaların sosyal işlevselliği hastalar kadar hasta yakınlarını da yakından etkileyen bir durumdur. Hastalarda yaşanan sosyal işlevsellik kaybı ya da sosyal işlevselliğin azalması süreç içerisinde hastanın temel yaşam becerilerini ve toplumsal rollerini yerine getirememesiyle sonuçlanacağından bir bakım verene ihtiyaç duymasını kaçınılmaz hale getirmektedir. Bu noktada TRSM'ler; ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerin sosyal işlevselliğine yönelik sundukları psikiyatrik sosyal hizmet uygulamalarıyla karşılaştıkları zorlukları aşmalarına yardımcı olmakta, sosyal işlevselliklerinin arttırılmasına katkıda bulunmakta ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesini hedeflemektedir.

TRSM'lerin sundukları hizmetlerden hareketle bu çalışmada psikiyatrik sosyal hizmetten yararlanan hastaların sosyal işlevselliğinde toplum ruh sağlığı merkezlerinin rolünü incelemek üzere ağır ruhsal hastalığa sahip 9'u erkek 6'sı kadın olmak üzere 15 hasta ve bu hastaların yakınları ile görüşme gerçekleştirilerek Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden hizmet almalarından itibaren sosyal işlevselliklerinde yaşadıkları değişim, aldıkları hizmetlerin yeterliliği, hizmet memnuniyetleri, geliştirilmesini

istedikleri hizmetler veya ek hizmet talepleri ve önerileri hakkında çeşitli bulgular elde edilmiş ve bu bulgular doğrultusunda çeşitli sonuçlara ulaşılmıştır.

Bireylerin sosyal işlevsellik düzeyinin anlaşılmasında günlük kişisel bakımlarını karşılama becerileri, günlük rutinleri, aileleri ve sosyal çevreleriyle ilişkileri önemli verilerdir. Yapılan görüşme neticesinde 15 hastadan 7'sinin bir yakınından destek alarak kişisel bakımını karşılayabildiği anlaşılmıştır. Ruhsal rahatsızlık yaşayan bireylerin hastalığın ağırlık durumuna göre kişisel bakımlarını karşılamada zorluk çektikleri bilinmektedir (De Hert ve ark., 2011). Bu bulgu, hastaların önemli bir kısmının kişisel bakımlarını bağımsız olarak yapabilse de, destek ihtiyacının yaygın olduğunu göstermektedir. Ayrıca, TRSM'lerin kişisel bakım becerilerini geliştirmede ve farkındalığı artırmada olumlu bir etkisi olduğu görülmektedir.

Hastaların günlük rutinleri ise ev içi ve ev dışı aktiviteler olmak üzere iki kategori altında toplanmıştır. Hastaların ev içi aktiviteler içerisinde evi toplamak ve ev işlerine yardımcı olmak, yemek yapmak ya da yardımcı olmak, TV izlemek, bilgisayar ve telefonda oyun oynamak, evcil hayvanlarla ilgilenmek, bahçe bakımı, istirahatle vakit geçirmek, kitap okumak, müzik dinlemek ve resim yapmak, internette vakit geçirmek gibi aktivitelerin bulunduğu anlaşılmıştır. 11 hastanın ev içi rutinleri arasında evi toplamak ve ev işlerine yardım etmek bulunmaktadır. Sosyal işlevsellik açısından bu maddenin önemli olduğu ve görüşülen hastalardan yarısından fazlasının günlük yaşam becerileri arasında ön sırada yer alan bir işlevi yerine getirdiğini ortaya koymaktadır. Literatürde ruhsal rahatsızlığı olan bireylerin günlük yaşam becerilerini yerine getirmede zorlandıkları belirtilmektedir (Semkovska ve ark., 2004). Bu duruma rağmen; 15 katılımcının 11'inin günlük yaşam becerilerini yerine getiriyor olması, sosyal işlevsellik ve günlük yaşam becerilerinin ruh sağlığı üzerindeki olumlu etkilerini gösteren literatürle uyumludur (Burns ve ark., 2009). Çam ve Bilge (2013) çalışmalarında TRSM'lere başvuran hastaların büyük bir kısmının günlük yaşam aktivitelerinde ciddi zorluklar yaşadığını belirtilmişlerdir. Araştırma, hastaların kişisel bakım, ev işleri ve sosyal etkinliklere katılım konularında sıkıntılar yaşadığını ortaya koymuştur. Çalışmanın bulguları, hastaların sosyal işlevselliklerini artırmak için TRSM'lerin sunduğu destek hizmetlerinin önemine dikkat çekmiştir. Söz konusu araştırmalardaki hastaların, bu çalışmadaki hastalara göre hastalıklarının daha ağır olduğu ve dolayısıyla sosyal işlevselliklerinin daha düşük olduğu düşünülmektedir. Öte

yandan bu çalışmada TRSM'ye devam süresi fazla olan hastaların da olmasının sosyal işlevselliklerini artırmada katkı sağladığı düşünülmektedir.

Hastaların günlük rutinlerinde ev dışı aktiviteleri içerisinde ise arkadaşlarla/yakınlarla sosyalleşmek, yürüyüş yapmak, TRSM'ye gitmek olduğu tespit edilmiştir. Tiyatro/sinema/konser gibi etkinliklere katılmak, piknik yapmak, AVM'ye gitmek, alışveriş yapmak, derneğe gitmek, kafeye gitmek, spor yapmak gibi etkinliklerin ise daha az sayıda hasta tarafından tercih edildiği anlaşılmıştır. İki hastanın ise ev dışı aktivitelerde pek bulunmadığı tespit edilmiştir. Ruhsal rahatsızlığı olan bireylerin sosyal aktivitelere katılımının sınırlı olduğu bilinmekle birlikte (Goldberg ve ark., 2002), hastaların sosyal işlevselliği açısından normal bireylerin hayatın akışı içerisinde gerçekleştirdikleri çeşitli rutinleri ya da eylemleri yerine getirebilmeleri beklenmektedir. Böylece hastalar, sosyal katılımın ruh sağlığı üzerindeki olumlu etkilerinden fayda görebilecektir (Davidson ve ark., 2001). Bu maddelerden hastaların genel olarak günlük hayatın rutini içerisindeki şeyleri yaparak tedavi süreçlerine devam ettikleri sonucuna ulaşılmıştır. Sadece iki hastanın ev dışı rutinleri konusunda daha fazla destek alması gerektiği anlaşılmıştır. Dolayısıyla hastaların hangi aktivitelerde daha fazla veya daha az katılım gösterdiğini görerek sosyal işlevsellik düzeyleri hakkında edinilen bilgilerle tedavi planlarının ve destek programlarının düzenlenebileceği düşünülmektedir. Bu yaklaşım, bireyselleştirilmiş tedavi planlarının önemini vurgulayan literatürle de uyumludur (Corrigan ve ark., 2002).

Hastaların aile içi iletişim ve destekleriyle ilgili yapılan görüşme sonucunda üç hasta dışında tamamının aile içi iletişim ve etkileşimlerinin iyi olduğu ve ailesinden hastalığı konusunda destek aldığı anlaşılmıştır. Ailenin ruhsal rahatsızlığı olan bireylerin tedavi sürecindeki rolü son derece önemlidir (Pitschel-Walz ve ark., 2001; Dixon ve ark., 2000). Bekiroğlu ve Demiröz (2020)'e göre de hastaların ailelerinden aldıkları destek, yaşadıkları zorlu olayları değerlendirme ve anlama süreçlerinde streslerini azaltarak değişime yönelik motivasyonlarını artırabilmekte ve böylece sosyal işlevselliklerini geliştirmelerine yardımcı olabilmektedir. TRSM'lerin aile görüşmeleri hizmetleri sunması, hastaların sosyal işlevselliklerini artırmak ve ailelerin de bu süreçte aktif rol oynamasını sağlamak açısından önemlidir. Solomon ve Draine (2001), aile desteğinin hastaların tedaviye uyumunu artırdığını ve sosyal becerilerinin gelişmesine katkıda bulunduğunu vurgulamıştır.

Hastaların sosyal çevreyle ilişkilerine bakıldığında ise hastaların genellikle, akrabaları, komşuları ya da arkadaşlarıyla görüştükleri anlaşılmıştır. Hiç arkadaşı olmaması sebebiyle sadece ailesiyle görüşen iki hasta ve TRSM sayesinde sosyalleşme imkanı bulan hastaların olduğu da belirlenmiştir. Bu durumun hastaların sosyal kabul ve destek ihtiyaçları açısından olumlu olduğu söylenebilir. Ruhsal rahatsızlığı olan bireylerin sosyal ilişkilerinin sınırlı olabileceği bilinmektedir (Davidson ve ark., 2004). Çölgeçen (2018) de çalışmasında hastaların herhangi bir etkinlik dışında TRSM'ye gidip gelmelerinin bile sosyal işlevselliklerini artırdığını belirtmiştir. Hastaların kendileri gibi hastalarla bir araya gelmelerinin, sosyalleşmelerini sağladığını, birbirlerini anlayabildiklerini ifade etmiştir. Saruç ve Kaya Kılıç (2015) tarafından yapılan araştırmada ise Antalya'da TRSM'den hizmet alan hastaların yarısından çoğunun bir arkadaş çevresine sahip olmadıkları ve komşularıyla görüşmedikleri tespit edilmiştir.

Özetle, TRSM katılım ve verilen hizmetlerle birlikte ulaşılan sonuçlara göre; hastaların genel olarak kendi kendilerine yaşam becerilerinin olduğu, ev içi ve ev dışı rutinlerinde anormallik olmadığı, aile içi ilişkilerinin olumlu olduğu ve sosyal çevreyle iletişimlerinin olduğu, bunların TRSM hizmetleri sonrasında daha da geliştiği söylenebilir. Sosyal işlevsellik anlamında sıkıntı yaşadığı düşünülen birkaç hastanın ise uygun eğitimler, destek ve yönlendirmelerle bu konuda gelişme kaydedeceği düşünülmektedir. Bu bulgular, TRSM'lerin hastaların sosyal işlevselliğini artırmada ve toplumsal hayata katılımlarını desteklemede önemli bir rol oynadığını göstermektedir.

Diğer taraftan, hastaların genel olarak ortalama 1 ile 5 arası düzenli olarak görüştükleri arkadaşına sahip oldukları anlaşılmıştır. Ancak, iki hastanın hiç arkadaşının olmadığı tespit edilmiştir. Hastaların zamanlarını nasıl geçirdiklerine bakıldığında ise, birçok hastanın TRSM etkinliklerine katıldığı ve burada arkadaş çevresi edinip onlarla vakit geçirdiği görülmüştür. Dolayısıyla TRSM'nin hastaların arkadaş çevresi edinmelerinde etkili olduğu söylenebilir. Çölgeçen (2018)'in araştırmasında da TRSM'nin hastaların sosyalleşmelerini sağlayarak arkadaş sayılarını artırdığı belirlenmiştir. Bunun yanı sıra, bazı hastaların aileleriyle vakit geçirdiği, diğerlerinin ise yalnız ve evde vakit geçirdiği anlaşılmıştır. Attepe Özden (2015)'e göre sürekli bakım ihtiyacı tanı almış bireyin genellikle aileye bağımlı ve izole bir yaşam sürmesine neden olabilir. Bakım veren aileler, tanı almış bireyi yaşamlarının odak noktası haline getirdikleri için, bu bireyler genellikle günlerinin tamamını bakım verenlerle birlikte

geçirmektedirler. Bu bulgular, sosyal izolasyonun bazı psikiyatrik hastalar için hala bir sorun olduğunu ortaya koymaktadır. Literatürde, sosyal izolasyonun depresyon, anksiyete ve diğer psikiyatrik bozukluklarla ilişkili olduğuna dair birçok çalışma bulunmaktadır (Cacioppo ve ark., 2010; Hawkey ve Cacioppo, 2010). Ayrıca, sosyal desteğin eksikliğinin ruh sağlığını olumsuz etkilediği ve bireylerin iyileşme süreçlerini zorlaştırdığı bilinmektedir (Kawachi ve Berkman, 2001).

Ulaşılan sonuçların, TRSM'ye devam eden hastaların sosyal ve duygusal ihtiyaçlarını daha iyi anlamak açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Hastaların son 3 ay boyunca katıldıkları etkinlikler arasında TRSM etkinlikleri, doğum günü, tiyatro, sinema gibi etkinlikler ve resim sergisi bulunmaktadır. Son üç ayda TRSM etkinliklerine katıldığını belirten hasta sayısı oldukça fazladır. TRSM tarafından düzenlenen bu etkinliklerin hastaların kişilerarası ilişkileri sürdürülebilir, sosyalleşme imkanlarını artırmak dolayısıyla sosyal işlevselliklerini geliştirmede önemli katkı sağladığı düşünülmektedir. Karaman (2018) tarafından gerçekleştirilen araştırmada TRSM'de günlük etkinliklere katılan şizofreni hastalarının sosyal işlevselliklerini incelemiş ve TRSM'ye devam eden hastaların sosyal işlevsellik puanlarında artışın olduğunu belirlemiştir. Bozan (2019) ise farklı bir bakış açısı getirerek TRSM'ye daha sık katılan bireylerin sosyal aktivitelerde (sinema, tiyatro, kafeye gitme, ilgi duyulan yerleri gezme gibi) TRSM'ye bağımlılık geliştirdikleri ve kendi başlarına oldukları zaman bu aktivitelere ilgi göstermedikleri veya zaman ve para ayırmak istemedikleri yorumunun da yapılabileceğini belirtmiştir. Çalışmamızda son üç ayda hiçbir etkinliğe katılmayan hastaların olduğu da belirlenmiştir. Bu hastaların sosyalleşme imkanlarının sınırlı olduğu veya hastalıklarından dolayı bir etkinliğe katılma motivasyonlarının olmadığı söylenebilir.

Literatürde, toplum ruh sağlığı merkezlerinin (TRSM) sosyal işlevselliği artırmada önemli bir rol oynadığına dair bulgular mevcuttur. Örneğin, Uğuz (2018) çalışmasında; TRSM'lere düzenli devam edildikçe, bireylerin genel sağlık durum memnuniyeti ve TRSM'lerden alınan hizmet memnuniyeti arttığı ve psikososyal uyumun olumlu düzeyde etkilendiğini belirtmektedir. Corrigan ve ark. (2002) ise, toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin hastaların sosyal becerilerini geliştirdiğini ve topluma entegrasyonlarını kolaylaştırdığını belirtmiştir. Ayrıca, Mueser ve ark. (2006), bu tür merkezlerin hastaların sosyal ağlarını genişletmelerine ve sosyal destek almalarına yardımcı olduğunu ifade etmektedir. Sosyal etkinliklere katılımın artırılması,

hastaların sosyal işlevselliklerini ve genel iyilik hallerini olumlu yönde etkileyebilir (Davidson ve ark., 2001).

Bu bulgular ışığında, TRSM'lerin hastaların sosyal işlevselliğini ve yaşam kalitesini artırmada kritik bir rol oynadığı sonucuna varılabilir. TRSM'lerin sunduğu sosyal ve mesleki beceri eğitimleri, kişisel bakım eğitimleri ve çeşitli sosyal etkinlikler, hastaların daha bağımsız ve özgüvenli olmalarını sağlamaktadır. Bu nedenle, TRSM'lerin yaygınlaştırılması ve bu merkezlerde sunulan hizmetlerin çeşitlendirilmesi, psikiyatrik hastaların toplumla bütünleşmelerine ve yaşam kalitelerinin artırılmasına önemli katkılar sağlayacaktır.

Hastaların çalışma durumları ve deneyimlerine ilişkin ulaşılan sonuçlara göre, şu anda iki hasta dışında hiçbir hastanın çalışmadığı, söz konusu iki hastanın ise düzenli işlere sahip olmadığı tespit edilmiştir. İki hasta dışında hastaların tamamının geçmişte çalışma deneyimlerinin olduğu ve sadece üç hastanın bu deneyimden iyi hissetmediği anlaşılmıştır. Bu bulgu, hastaların işgücüne katılımında belirgin zorluklar yaşadığını göstermektedir. Literatürde psikiyatrik hastaların işgücüne katılımının düşük olmasının yaygın bir sorun olduğu belirtilmektedir. Örneğin, Marwaha ve Johnson (2004) tarafından yapılan bir meta-analizde, şizofreni gibi ciddi mental hastalıklara sahip bireylerin işsizlik oranlarının genel nüfusa göre çok daha yüksek olduğu bulunmuştur. Aynı şekilde, Waghorn ve Lloyd (2005), ruh sağlığı bozuklukları olan bireylerin iş bulma ve işte kalma konusunda önemli engellerle karşılaştıklarını belirtmiştir.

Bireylerin sosyal işlevselliklerini değerlendirirken, çalışma hayatlarına dair bilgiler oldukça önemlidir. Günlük hayatın bir parçası olarak değerlendirilebilecek bir işte çalışmak, bireylerin toplum içerisindeki başlıca rolleri arasındadır. Araştırmada 2 hasta dışındaki hastaların hiçbirinin düzenli bir işte çalışmadığı belirlenmiştir. Bu iki hastanın gelir elde etmeleri, sosyal işlevsellik açısından önemli olan "çalışan birey olma" kavramının olumlu bir yansımasıdır. Bu hastalardan birisine düzenli olmasa da evde yapabileceği bir iş ayarlanmıştır. Dolayısıyla TRSM'nin hastaların sosyal işlevselliğini artırmaya yönelik çalışmalarla destek olduğu söylenebilir. Sonuç olarak, 15 hastanın sürekli bir işleri olmadığı belirlenmiştir. Ancak, düzenli olmasa da çalışan iki hastanın olduğu ve bunlardan birine TRSM tarafından basit bir iş sağlandığı belirlenmiştir. Bu tür işlerin, gelir elde eden ve çalışan bireyler olarak kendilerini daha iyi hissetmelerine yardımcı olabileceği ve sosyal işlevselliklerine katkı sağlayabileceği

düşünülmektedir. Bekiroğlu ve Demiröz (2020)'e göre ağır ruhsal rahatsızlığa sahip bireylerin mesleki işlevselliğinin düşük olmasının önemli bir nedeni, toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin kilit bileşenlerinden biri olan destekli istihdam modellerinin (korumalı iş yerleri) ülkemizde hala yaygınlaşmamış olmasıdır. Hem Türkiye'de hem de dünyada yıllar geçmesine ve yeni tedavi yöntemlerinin gelişmesine rağmen, hastaların iş hayatına katılımında ciddi sorunlar devam etmektedir. Bu durum değişmediği sürece, mesleki işlevselliklerinin artmasını beklemek gerçekçi olmayacaktır.

Geçmişte çalışma deneyimi olan ve kendini iyi hisseden hasta sayısının fazla olması, hastaların işgücüne katılımında bazı zorluklar olduğunu göstermektedir. Bu zorluklar, hastalığın kendisinden, tedaviden veya hastanın bireysel özelliklerinden kaynaklanıyor olabilir. Geçmişte iş deneyimi olan ve iş hayatına tekrar dönmeye istekli olan hastalara yönelik özel programlar ve destekleyici hizmetler sunulabilir. Bu bağlamda, destekli istihdam programları önemli bir rol oynayabilir. Bond ve ark. (2001), destekli istihdam programlarının, ciddi mental hastalıklara sahip bireylerin iş bulma ve işte kalma oranlarını artırmada etkili olduğunu göstermiştir. Ayrıca, Crowther ve ark. (2001), bu tür programların sadece iş bulma oranlarını artırmakla kalmayıp, aynı zamanda bireylerin genel yaşam kalitesini de iyileştirdiğini belirtmiştir.

Hastaların geçmişte en son ne zaman çalıştıklarına ve bunun nasıl bir deneyim olduğuna dair bulgularına göre ise 3 hastanın geçmişte herhangi bir çalışma deneyimlerinin olmadığı öğrenilmiştir. Geçmişte çalışma deneyimi bulunan hastalar ise çalışma deneyimlerinin olumlu olduğunu ve iyi hissettiklerini belirtmişlerdir. Bu katılımcıların geçmişteki çalışma deneyimlerini olumlu hatırlamaları, şu anda çalışmaya istekli oldukları şeklinde yorumlanabilir. Ancak, iki hastanın geçmişteki çalışma deneyimlerinin olumsuz olduğu öğrenilmiştir. Bu hastaların geçmişte meslek edinme yoluna girmiş olsalar da hastalıklarının engel teşkil etmesinden ötürü bıraktıkları düşünülmektedir. Saruç ve Kaya Kılıç (2015) tarafından Antalya'daki bir TRSM'den hizmet alan hastalar üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada, hastaların önemli bir kısmının (%62,9) hastalık öncesinde çalıştığı, ancak tamamına yakınının (%91,5) hastalık sonrasında çalışmadığı tespit edilmiştir. Bireylerin hastalık öncesinde sahip oldukları işlerini hastalık nedeniyle kaybetmeleri, damgalanmanın bir sonucu olarak değerlendirilmektedir. Bu durum, ruhsal hastalığa sahip kişilerin iş hayatından dışlandıkları şeklinde yorumlanabilir (Saruç ve Kaya Kılıç, 2015). Ağır ruhsal hastalığı olan bireylerin, çalışabilecek durumda olsalar bile, iş yaşamına katılma konusunda

büyük ölçüde "dışarıda bırakıldığı" ve çoğunlukla çalışmadıkları belirtilmektedir (Bozan, 2019). TRSM'ye devam eden hastaların işgücüne katılımında bazı zorluklar yaşadığı söylenebilir. Bu zorluklar, hastalığın kendisinden, tedaviden veya hastanın bireysel özelliklerinden, toplumsal nedenlerden kaynaklanıyor olabilir. Ancak geçmişte iş deneyimi olan ve iş hayatına tekrar dönmeye istekli olan hastalara yönelik özel programlar ve destekleyici hizmetler sunulabilir. Şirin (2008) tarafından gerçekleştirilen araştırmada çalışan hastaların çalışmayanlara göre sosyal işlevsellik durumlarının daha iyi olduğu belirtilmiştir. Benzer şekilde Kaya (2013), Erol ve ark. (2009) tarafından gerçekleştirilen araştırmalarda da bu yönde bulgular elde edilmiştir. Attepe Özden ve İçağasıoğlu Çoban (2018)'ın araştırmasında da hastaların istihdamı için olanaklar sağlanması ve korumalı işyerlerinin açılması konusunda acil adımlar atılması gerektiği belirtilmiştir.

Bu bulgular doğrultusunda, psikiyatrik hastaların işgücü piyasasına entegrasyonunun artırılması için çeşitli stratejiler geliştirilebilir. İşe yerleştirme ve işte kalma süreçlerinde hastalara yönelik özel destek programları, işverenlerin bilinçlendirilmesi ve iş ortamlarının hastaların ihtiyaçlarına uygun hale getirilmesi gibi önlemler alınabilir. Ayrıca, TRSM'lerin sağladığı sosyal ve mesleki beceri eğitimleri, hastaların işgücüne katılımını destekleyici nitelikte olabilir.

Yapılan görüşmelerde hastaların sosyal işlevsellik durumuna dair ulaşılan sonuçların yanı sıra TRSM'ye ilişkin görüşlerine dair sonuçlara da ulaşılmıştır. Bu kapsamda hastaların sosyal işlevselliğine TRSM'nin katkıları ve verilen hizmetlerin etkililiğine dair çeşitli sonuçlar elde edilmiştir. Bulgular, TRSM'nin hastaların çeşitli alanlarda gelişim göstermesine ve yaşam kalitelerinin artmasına katkı sağladığını göstermektedir.

En çok vurgulanan fayda, psikososyal işlevselliğin artması olmuştur. Hastalar, TRSM'nin sunduğu psikoeğitimler, bireysel ve grup terapileri, grup aktiviteleri, sosyal etkinlikler ve beceri eğitimleri sayesinde kişisel ve sosyal becerilerinin geliştiğini, günlük yaşam aktivitelerine katılımlarının arttığını ve toplumsal entegrasyonlarının sağlandığını belirtmişlerdir. Bunun yanında, tıbbi tedavi ve takibin iyileşmesi de önemli bir fayda olarak öne çıkmıştır. TRSM'ler, hastaların düzenli doktor kontrollerine gitmelerini, ilaçlarını düzenli kullanmalarını ve genel sağlık durumlarının yakından izlenmesini sağlayarak tedaviye uyumlarını artırmaktadır.

Özbakım ve kişisel gelişim becerilerinin artması da hastalar için önemli bir fayda olarak belirtilmiştir. TRSM'lerde sunulan eğitimler (özbakım,temizlik, beslenme, sağlıklı yaşam vb) ve atölye çalışmaları, hastaların bağımsız yaşam becerilerini geliştirmelerine ve özgüvenlerini artırmalarına yardımcı olmaktadır. Hastalık ve tedavi sürecine uyumun artması ise hastaların hastalıklarını daha iyi anlamalarına, semptomlarını yönetmelerine ve tedaviye aktif olarak katılmalarına katkı sağlamaktadır. TRSM'ler, psikoeğitim programları ve bireysel danışmanlık ve bireysel bakım hizmetleri aracılığıyla hastaların bu konularda bilinçlenmesini sağlamaktadır.

Aile ve sosyal destek sistemlerinin güçlenmesi, hastaların iyileşme sürecinde kritik bir öneme sahiptir. TRSM'ler, aile görüşmeleri ve psikoeğitim programları aracılığıyla ailelerin hastalık hakkında bilgi sahibi olmalarını ve hastalarına daha iyi destek olmalarını sağlamaktadır. Sosyal haklar ve ekonomik desteklere erişimin artması, hastaların toplumsal entegrasyonunu ve bağımsız yaşamalarını desteklemektedir. TRSM'lerdeki sosyal hizmet uzmanları hastaları bu konularda bilgilendirerek ve ilgili kurumlara yönlendirerek, onların sosyal ve ekonomik haklarından faydalanmalarını sağlamaktadır.

Son olarak, tüm bu faydaların bir araya gelmesi ile hastaların sosyal işlevsellik düzeyi ve yaşam kalitesinde artış olduğu görülmektedir. TRSM'ler, hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik halini bütüncül bir şekilde ele alarak, onların yaşamlarının her alanında gelişim göstermelerine yardımcı olmaktadır. Bu sonuçlar TRSM'nin hastalara sunduğu destek ve hizmetlerin önemli olduğunu ve bu tür merkezlerin sosyal işlevselliklerini artırabileceğini göstermektedir.

Söz konusu bulgu literatürle uyum göstermektedir. Örneğin, Uğuz (2018) çalışmasında; TRSM'lere düzenli devam edildikçe, bireylerin genel sağlık durum memnuniyeti ve TRSM'lerden alınan hizmet memnuniyeti arttığı ve psikososyal uyumun olumlu düzeyde etkilendiğini belirtmektedir. Ayrıca, bu tür hizmetlerin hastaların tedaviye uyumlarını ve genel sağlık durumlarını iyileştirdiği de literatürde yer almaktadır (Tsemberis ve ark., 2004).

TRSM çalışanlarının hastalara sağladıkları desteğe ilişkin olarak etkili iletişim ve olumlu terapötik ilişki, bütüncül ve kapsamlı destek sağlama, psikoeğitim ve bilgilendirme, hak savunuculuğu ve kaynaklara erişim, güçlendirme ve yetkinlik kazandırma ile aile katılımı ve iş birliği alanlarında katkı sağladıkları sonucuna

ulaşılmıştır. Bu kapsamda TRSM çalışanlarının hastaların duygusal ihtiyaçlarını karşılamada ve yalnızlık duygularını hafifletmede, kendilerine günlük yaşamda pratik konularda destek vermede, hastaların günlük yaşamlarını kolaylaştırmada ve bağımsızlığı kazanmalarında, hastalık yönetimleriyle ilgili bilgilenmelerinde, sosyal haklarını kullanmalarında ve ihtiyaç duydukları hizmetlere ulaşmalarında rehberlik ettikleri anlaşılmıştır. Ayrıca, katılımcıların öz-yeterliliklerini artırmaya ve bağımsız yaşam becerilerini geliştirmeye yönelik çalışmalarda bulundukları, ailelerini sürece dahil ederek iş birliği yaptıkları görülmüştür.

Literatürde de belirtildiği gibi, TRSM'lerin sağladığı kapsamlı destekler, hastaların sosyal izolasyonunu azaltmakta ve bağımsız yaşam becerilerini artırmaktadır (Corrigan ve ark., 2002; Davidson ve ark., 2001; Mueser ve ark., 2002). Bu bulgular, TRSM çalışanlarının sundukları hizmetlerde bütüncül bir yaklaşım benimsediklerini ve katılımcıların iyileşme sürecini desteklemek için çok boyutlu bir destek sağladıklarını ortaya koymaktadır. Etkili iletişim ve güvene dayalı terapötik ilişki, bu desteğin temelini oluşturmaktadır. Sosyal hizmet uzmanları, katılımcıların bireysel ihtiyaçlarını dikkate alarak, onları bilgilendirmekte, güçlendirmekte ve toplumsal kaynaklara erişimlerini sağlamaktadır. Aile katılımının sağlanması da, hastaların iyileşme sürecine olumlu katkı sunmaktadır.

Hastaların TRSM'ye devam etme kararlarında etkili olan faktörler incelendiğinde, beş ana kategori belirlenmiştir: sosyal çevre ve psikolojik destek, TRSM hizmetlerinin kalitesi ve ekip yaklaşımı, tedavi ve rehabilitasyon süreci, aile ve sosyal ilişkiler, toplumsal katılım ve aidiyet duygusu. Katılımcılar, TRSM'de edindikleri arkadaşlıklar, sosyal etkileşim ve destek sayesinde kendilerini daha iyi hissettiklerini ve bu nedenle TRSM'ye devam etmek istediklerini belirtmişlerdir. TRSM çalışanlarının güler yüzlü, samimi ve ilgili yaklaşımları, katılımcıların kendilerini değerli ve önemli hissetmelerini sağlamaktadır. Katılımcılar, TRSM'de aldıkları hizmetlerin hastalıklarının iyileşmesine katkı sağladığını, düzenli tedavi ve takip sayesinde kendilerini daha iyi hissettiklerini ifade etmişlerdir. Bu bulgu, tedavi ve rehabilitasyon sürecinin etkinliğinin hastaların TRSM'ye devam etme motivasyonunu artırdığını göstermektedir. Aile ve sosyal ilişkilerdeki iyileşme, bazı katılımcıların TRSM'ye devam etme kararında etkili olan bir faktör olarak belirlenmiştir. TRSM'nin aile ilişkilerini güçlendirmeye yönelik çalışmaları, katılımcıların motivasyonunu artırmaktadır. TRSM'nin sunduğu toplumsal katılım fırsatları ve aidiyet hissi,

katılımcıların kuruma bağlılığını artırmaktadır. Bu durum, toplumsal katılım ve aidiyet duygusunun hastaların devam kararlarını olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Bu bulgular, TRSM'lerin bireylerin iyileşme sürecine çok boyutlu katkılar sağladığını ve bu katkılarının katılımcıların devam kararını olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Sosyal çevre ve psikolojik destek, hizmet kalitesi, tedavi ve rehabilitasyon sürecinin etkinliği, aile ve sosyal ilişkilerin güçlendirilmesi ve toplumsal katılım fırsatları gibi faktörler, TRSM'lerin başarısında kilit rol oynamaktadır. Çalışmanın bulguları literatürle uyum göstermektedir. Örneğin, Svedberg ve ark. (2018) çalışması, toplum ruh sağlığı merkezlerinde kurulan sosyal bağların hastaların iyileşme sürecine olumlu katkıda bulunduğunu ortaya koymuştur. Benzer şekilde, Tew ve ark. (2012) da merkez çalışanlarının destekleyici tutumlarının hastaların güçlenmesine yardımcı olduğunu belirtmiştir. Borg ve Kristiansen (2004) tarafından yapılan nitel bir çalışmada, toplum ruh sağlığı merkezlerindeki sosyal etkinliklerin hastaların iyilik halini artırdığı ve yaşam kalitelerini iyileştirdiği belirtilmiştir.

TRSM hizmetlerinin bizzat hastaların gözünden etkililiğini öğrenmek üzere hastaların TRSM'den aldıkları hizmetlerin dışında ihtiyaç duydukları veya geliştirilmesini istedikleri hizmetler hakkında edinilen görüşler sonucunda, müzik derslerinin olması, spor ve kitap okuma etkinliklerinin düzenlenmesi, sosyal etkinliklerin çeşitlendirilmesi, toplumun bilinçlendirilmesi ve ev ziyaretlerinin artırılması yönündedir. Bu sonuçlar, TRSM'nin sunduğu hizmetlerin çeşitlendirilmesi ve hastaların farklı ihtiyaçlarına daha etkin bir şekilde yanıt verilmesi gerektiğini göstermektedir. Bu kapsamda hastaların çeşitli ilgi alanlarına ve ihtiyaçlarına göre hizmetlerin genişletilmesi, merkezin etkinliğini artırabileceği ve hastaların memnuniyetini artırabileceği düşünülmektedir.

Yapılan görüşmeler kapsamında hastaların TRSM hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik getirdikleri önerilerin de önemli olduğu belirtilmiştir. Hastaların hizmetlerin iyileştirilmesine dair önerilerinin, sosyal, kültürel ve sanatsal etkinliklerin geliştirilmesi, mesleki eğitim, istihdam olanakları ve gelir getirici faaliyetlerin artırılması, toplumsal farkındalık, aile katılımı ve sosyal desteğin sağlanması, fiziksel koşulların ve kurumsal kaynakların iyileştirilmesi, sağlık hizmetlerine erişim ve bütüncül yaklaşımın benimsenmesi ile kurumlararası iş birliği, sivil toplum desteğinin artırılması, damgalanma karşıtı eğitim ve toplumun bilinçlendirilmesi şeklinde olduğu tespit edilmiştir.

Özellikle sosyal, kültürel ve sanatsal etkinliklerin geliştirilmesi önerisi, katılımcılar tarafından en çok dile getirilen ihtiyaç olarak öne çıkmıştır. Katılımcılar, TRSM bünyesinde düzenlenen gezi, piknik, sinema, tiyatro, konser gibi etkinliklerin yanı sıra müzik, fotoğraf, el sanatları, spor ve fiziksel aktivite gibi kursların ve atölyelerin çeşitlendirilmesini ve artırılmasını önermektedir. Bu tür etkinliklerin, hastaların sosyal becerilerini geliştirmelerine, toplumsal katılımlarını artırmalarına ve yaşam kalitelerini yükseltmelerine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Mesleki eğitim, istihdam olanakları ve gelir getirici faaliyetler de katılımcıların önemli bir bölümü tarafından dile getirilmiştir. Katılımcılar, TRSM'lerde verilen mesleki eğitimlerin artırılmasını, hastaların yeteneklerine ve ilgi alanlarına uygun iş imkanlarının sağlanmasını (korumalı iş yerleri) ve üretilen ürünlerin satışı yoluyla gelir elde edilmesini önermektedir. Bu öneriler, hastaların ekonomik bağımsızlıklarını kazanmalarına, toplumsal entegrasyonlarını artırmalarına ve özgüvenlerini geliştirmelerine yardımcı olabilir.

Toplumsal farkındalığın artırılması, damgalanma ve ayrımcılıkla mücadele, aile katılımı ve desteğinin sağlanması da katılımcıların üzerinde durduğu konular arasındadır. Katılımcılar, toplumun ruhsal hastalıklar konusunda bilgilendirilmesini, hastaların sosyal hayata katılımını kolaylaştıracak farkındalık çalışmalarının yapılmasını ve ailelerin tedavi sürecine daha fazla dahil edilmesini önermektedir. Bu öneriler, hastaların toplumsal damgalanma ve ayrımcılığa maruz kalmadan, ailelerinin desteğini alarak iyileşme süreçlerine devam etmelerini sağlayabilir.

Fiziksel koşulların iyileştirilmesi, personel sayısının artırılması ve ulaşım desteği gibi kurumsal kaynakların geliştirilmesine yönelik öneriler de katılımcılar tarafından dile getirilmiştir. Ayrıca, sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması ve bütüncül bir yaklaşımın benimsenmesi de öneriler arasında yer almaktadır. Son olarak, TRSM'lerin diğer kurumlarla iş birliğini artırması ve sivil toplum kuruluşlarının desteğini alması da hizmetlerin geliştirilmesi açısından önemli görülmektedir.

Slade ve ark. (2014) da çalışmasında, TRSM'lerin sadece tıbbi bakım değil, aynı zamanda kişilerin ilgi alanlarına ve yeteneklerine göre fırsatlar sunması gerektiğini ifade etmektedir. Benzer şekilde, Thornicroft ve Tansella (2004), TRSM'lerin hastaların toplumla bütünleşmesini kolaylaştırması gerektiğini belirtmektedir. Bu bağlamda, çalışmamızda elde edilen bulgular, literatürdeki bu görüşlerle uyumlu olarak TRSM

hizmetlerinin daha geniş ve çeşitli bir yelpazede sunulmasının önemini vurgulamaktadır.

Özetlemek gerekirse; TRSM'nin hastaların sosyal işlevselliğindeki değişimin anlaşılması açısından yaşam becerilerinde ve üretkenliklerinde artışın anlaşılması amacıyla da yapılan görüşmede olumlu sonuçlar elde edilmiştir. Bu kapsamda TRSM'ye devam eden hastaların TRSM'ye katıldıklarından bu yana iletişim becerilerinde iyileşme olduğu, el becerilerinde gelişme olduğu, motivasyon düzeyinde artış ve daha fazla aktivitede bulunma olanağı yakaladıkları, sıkılma ve huzursuzluk düzeylerinde azalma olduğu, kendi başlarına aktivitelere katılabilme yetilerinde gelişme olduğu ve kişisel yaşam becerilerinde artış olduğu tespit edilmiştir. Hastaların TRSM'de geliştirilmesini istedikleri hizmetler ise müzik derslerinin olması, spor ve kitap okuma etkinliklerine yer verilmesi, sosyal etkinliklerin çeşitlendirilmesi, ev ziyaretlerinin artırılması, iş imkânı sağlanması ve toplumun bilinçlendirilmesi yönünde olduğu tespit edilmiştir. Bilhassa görüşülen hastaların neredeyse tamamının çalışmıyor olması, çalışanların ise düzenli ve sürekli bir işe sahip olmaması iş imkanı sağlanması yönündeki isteğin önemli olduğunu düşündürmektedir. Ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerin hastalıkları nedeniyle çalışma hayatına çok fazla dahil olamadıkları, olsa bile bunun uzun süreli olmadığı bilinmektedir. Dolayısıyla hastaların sosyal işlevselliklerinin artırılması açısından bu konunun üzerinde durulması gerektiği söylenebilir. Toplumun bilinçlendirilmesi noktasında da hizmet talebinin olduğu görülmektedir. Nitekim çalışma hayatının dışında olan birey tam olarak topluma entegre olamamakta, bunun yanında hastalığın verildiği güçlükler nedeniyle toplumsal damgalama ya da dışlanmaya maruz kalabilmektedirler. Merkezlerin İŞKUR gibi kurumlarla koordineli çalışmaları sağlanarak bu bireylere uygun iş imkanları sunulabilir. Toplumsal anlamda yetkili mercilere sunulacak önerilerle kamu spotları, broşürler ve eğitimler vasıtasıyla bu hastalara karşı toplumsal farkındalık oluşturulabilir. Böylece hastaların kendilerini sosyal çevrede daha rahat hareket etmeleri sağlanarak tedavilerine destek olunabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM), psikiyatrik rahatsızlıkları olan bireylerin tedavi süreçlerinde önemli bir yere sahiptir. Bu merkezler, hastaların sosyal işlevselliğini artırmak ve psikiyatrik rahatsızlıkların getirdiği stigmatizasyonu azaltmak amacıyla multidisipliner bir yaklaşım benimsemektedir. Psikiyatrik sosyal hizmet, bu multidisipliner yaklaşımın temel taşlarından biri olarak, hastaların sosyal işlevselliği, günlük yaşam becerileri, kendi kendilerine yetebilmeleri, toplumsal hayata adaptasyonları ve tedavi süreçlerinin olumlu seyri açısından kritik bir rol oynamaktadır. Özellikle hastaların sosyal işlevselliği hastalar kadar hasta yakınlarını da yakından etkileyen bir durumdur. Hastalarda yaşanan sosyal işlevsellik kaybı ya da sosyal işlevselliğin azalması süreç içerisinde hastanın temel yaşam becerilerini ve toplumsal rollerini yerine getirememesiyle sonuçlanacağından bir bakım verene ihtiyaç duymasını kaçınılmaz hale getirmektedir. Bu noktada TRSM'ler ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerin sosyal işlevselliği yönünde sundukları psikiyatrik sosyal hizmet uygulamalarıyla karşılaştıkları zorlukları aşmalarına yardımcı olmakta ve sosyal işlevselliklerinin arttırılmasına katkıda bulunmaktadır. Mümkün olduğunca bu bireylerin yaşam becerilerini geliştirerek kendi kendilerine yetebilmeleri ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi hedeflenmektedir. Bu çalışmada, Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin önemi ve işlevleri üzerinde durularak, katılımcıların TRSM'den aldıkları hizmetler doğrultusunda sosyal işlevselliklerinde meydana gelen değişimlerin, hizmet memnuniyetlerinin ve ek hizmet taleplerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Nitel araştırma yöntemiyle gerçekleştirilen bu çalışmada Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne devam eden 15 hasta ve yakını ile görüşme gerçekleştirilmiştir. Görüşme verileri MAXQDA 2018 programıyla analiz edilmiş ve kategoriler oluşturularak yorumlanmıştır.

Bu çalışmada ulaşılan sonuçlar aşağıda maddeler halinde özetlenmiştir:

- Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM), psikiyatrik sosyal hizmet uygulamalarıyla hastaların kişisel bakım ve günlük yaşam becerilerini, aile ve sosyal çevre iletişimlerini, toplumsal rollerini yerine getirebilme yetilerini geliştirerek, sosyal işlevselliğini ve yaşam kalitelerini artırmaktadır.

- TRSM'lere devam eden hastaların önemli bir kısmı, bir yakınının desteğiyle kişisel bakımını yapabilmektedir. TRSM'ler, düzenli olarak devam edilmesi halinde, kurumda verilen eğitimler ve rehabilitasyon hizmetleri ile hastaların kişisel bakım becerilerini geliştirmede olumlu bir rol oynamaktadır.
- TRSM'lerde hastaların çoğunluğu ev içi rutinlerinde evi toplamak ve ev işlerine yardım etmek gibi günlük yaşam becerilerini yerine getirebilmektedir. TRSM'lerde verilen, iş-uğraş terapileri ve atölye çalışmaları ile hastaların günlük yaşam ve el becerileri gelişerek, yeteneklerini daha da güçlendirip sosyal işlevselliklerini olumlu katkılar sağlamaktadır.
- Hastaların ev dışı aktiviteleri arasında arkadaşlarla/yakınlarla sosyalleşmek, yürüyüş yapmak ve TRSM'ye gitmek öne çıkmaktadır. TRSM'ler hastaların sosyal becerilerini ve etkinliklere katılımını destekleyerek sosyal işlevselliklerine olumlu katkı sağlamaktadır.
- Hastaların büyük çoğunluğunun aile içi iletişim ve etkileşimi iyi düzeydedir ve ailelerinden hastalıklarıyla ilgili destek almaktadırlar. TRSM'lerin sunduğu danışmanlık, aile görüşmeleri, etkileşimli grup toplantıları hizmetleri ile ailelerin sürece katılımı sağlanarak aile destek sistemlerini daha da güçlendirmektedir. Bu katkı ile hastaların sosyal işlevselliği artırılmaktadır.
- Hastaların sosyal çevreyle ilişkileri genel olarak olumludur. TRSM'de hastaların sosyalleşme imkanları artırılarak sosyal destek sistemleri güçlendirilmektedir. Merkezlerin hastaların sosyal becerilerini geliştirmelerine ve yeni ilişkiler kurmalarına olanak sağlayan ortamlar olduğu görülmektedir. TRSM'lerde edinilen arkadaşlıklar, katılımcıların benzer deneyimlere sahip kişilerle etkileşim kurup duygudaşlık yapmalarına ve birbirlerine destek olmalarını sağlamaktadır. Hastaların kendilerini kabul görmüş ve değerli hissetmelerine yardımcı olmaktadır.
- TRSM'ye kayıtlı sosyal izolasyon yaşayan veya sınırlı bir sosyal çevreye sahip olan katılımcıların da olduğu görülmektedir. Bu katılımcıların, sosyal becerilerini geliştirmeye ve sosyal etkileşimlerini artırmaya yönelik bireysel müdahalelere ve psikoterapilere ihtiyaç duyabileceği düşünülmektedir. TRSM'ler, bu katılımcıların sosyalleşmesinde ve yeni ilişkiler kurmalarına yardımcı olmakta ve topluma yeniden entegre olmalarına katkıda bulunmaktadır.

- Hastaların sosyalleştikleri zaman vakit geçirdikleri kimselere ve son 3 ayda katıldığı etkinliklere bakıldığı zaman çoğunluğunun sosyalleşme alışkanlıklarının büyük ölçüde arkadaş grupları ve TRSM aracılığıyla gerçekleştiğini göstermektedir. Arkadaşlarla geçirilen zamanın çeşitli aktivitelerle zenginleştirilmesi, hastaların sosyal becerilerini geliştirmelerine ve toplumla bütünleşmelerine katkı sağlamaktadır. TRSM'lerin sunduğu etkinlikler de hastaların sosyal hayata katılımını desteklemekte ve onlara bir aidiyet duygusu kazandırmakta ve sosyal işlevselliğine önemli katkılar sağlamaktadır
- TRSM'lerde kayıtlı hastaların büyük çoğunluğu düzenli bir işte çalışmamakta, geçmişte çalışma deneyimi olanların önemli bir kısmı ise bu deneyimi olumlu olarak değerlendirmektedir. Kurumda verilen mesleki eğitimler ile hastaların özgüvenlerini artırarak ve meslek edinme konusunda teşvik edilmesi sağlanmaktadır. Aynı zamanda hastaların istihdamını destekleyici programlar geliştirerek sosyal işlevselliklerine katkı sağlanmaktadır.
- TRSM'lerde çalışan sağlık profesyonelleri ekip anlayışıyla hastalara bütüncül bir yaklaşımla çok boyutlu destek sağlamakta; etkili iletişim, psikoeğitim, psikoterapi, iş-uğraşı terapileri ve rehabilitasyon hizmetleri ile bireyleri güçlendirme ve aile iş birliği yoluyla sosyal işlevselliklerini artırma süreçlerine önemli katkıda bulunmaktadır. TRSM'ye devam eden hastaların; sıkılma ve huzursuzluk düzeylerinde azalma, iletişim becerilerinde iyileşme, motivasyon düzeylerinde artış ve kendi başlarına aktivitelere katılabilme yetilerinde gelişme olduğu görülmektedir.
- Hastalık yönetimi, iç görü kazanma, hastalıkla başetme becerileri ve tedaviye uyum konusundaki iyileşmeler de bazı katılımcılar tarafından vurgulanmıştır. TRSM'de verilen psikoeğitim ve destekleyici hizmetler ile, hastaların bilinçlendirilip hastalıklarını daha iyi anlamalarını, ilaçlarını düzenli kullanmalarını ve tedavinin etkinliğini artırarak hastaların klinik iyileşmesine katkıda sağlamaktadır. Bireysel bakım planları ve psikoterapi ile davranış değişikliği sağlanan hastaların; hastalığının seyrinde düzelme, şiddetinde azalma, hastaneye yatışların seyredildiği gözlenmiştir. Genel iyilik hali artan hastaların sosyal işlevselliği ve yaşam kalitesi artmaktadır.
- Bağımsız hareket etme ve özgüven artışı da katılımcıların önemli bir kısmı tarafından dile getirilmiştir. TRSM'deki destekleyici ortam ve kazanılan

beceriler, hastaların tek başına dışarı çıkma, toplu taşıma araçlarını kullanma ve günlük işlerini yapma konusunda kendilerine olan özgüvenlerini artırmaktadır. Böylelikle hastalar bağımsız yaşam ve kendi kendine yetebilme konusunda gelişim göstererek sosyal işlevsellikleri artmaktadır.

- TRSM'ye katılımı ile birlikte üretkenlik ve beceri gelişimi de katılımcıların elde ettiği kazanımlar arasındadır. El sanatları, yemek yapma, bahçe bakımı, müzikle uğraşma gibi alanlarda edinilen yeni beceriler, hastaların kendilerini daha üretken ve başarılı hissetmelerini sağlamaktadır. Bu gelişim onların motive olmalarını, geleceğe dair umutla bakmalarını sağlamakta ve sosyal işlevselliklerini artırmaktadır.
- TRSM'deki destekleyici ortam ve yönlendirmeler, bazı hastaların eğitimlerine devam etme, sınavlara hazırlanma ve iş arama konusunda adımlar atmasını sağlamıştır. Bu gelişmeler, hastaların amaç edinmelerini sağlamakta, geleceğe dair plan yaparak, olumlu beklentilerini artırmaktadır. Eğitim ve istihdam hedeflerinde ilerleme kaydeden katılımcıların sosyal işlevselliği artmaktadır.
- Hastaların TRSM'ye devam etme kararlarında sosyal çevre, psikolojik destek, hizmet kalitesi, tedavi etkinliği, aile sosyal çevre ilişkileri ve toplumsal aidiyet duygusu gibi faktörler etkili olmaktadır. Katılımcıların, TRSM'de sevdikleri arkadaşlarının olması, çalışanları sevmeleri, burada düzenlenen etkinlikler ile kişisel ilişkilerini güçlendirip sosyal becerilerini geliştirmeleri, düzenli katılımlarını sağlayarak sosyal işlevselliklerinin artırmaktadır.
- Hastaların TRSM hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik önerileri arasında sosyal, kültürel ve sanatsal etkinliklerin artırılması, mesleki eğitim ve istihdam olanaklarının geliştirilmesi, toplumsal farkındalık çalışmaları ve fiziksel koşulların iyileştirilmesi öne çıkmaktadır. Hastalar, TRSM'de müzik dersleri, spor ve kitap okuma etkinlikleri, sosyal etkinliklerin çeşitlendirilmesi, ev ziyaretlerinin artırılması, iş imkânı sağlanması ve toplumun bilinçlendirilmesi gibi hizmetlerin geliştirilmesini talep etmektedirler.

Çalışmada elde edilen sonuçlarla Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'nde verilen hizmetlerin (günaydın toplantıları, psikoeğitimler, psikoterapiler, iş-uğraş terapileri, bireysel danışmanlık, bireysel bakım planları, psikososyal müdahaleler ve etkinlikler) hastaların beceri ve yeteneklerini geliştirerek kendilerine olan güvenlerini arttırıp ve topluma uyumlarını kolaylaştırarak sosyal işlevselliklerini artırdığı görülmüştür.

TRSM’de sosyal işlevselliğin güçlendirilmesine yönelik faaliyetlerin dışında hastaların TRSM’ye gidip gelmeleri bile sosyal işlevselliklerine olumlu katkı sağlamaktadır. Hastaların kendileri gibi hastalarla bir araya gelmesi sosyalleşmelerini sağlamaktadır, çünkü birbirlerini anlayabilmekte ve duygudaşlık yapmaktadır. Daha önceleri sosyal izolasyon yaşayan ve sınırlı sosyal çevresi olan hastaların TRSM’ye devam etmesi ile birlikte daha fazla sosyalleştikleri ve insanlarla daha kolay iletişim kurdukları sosyal çevrelerinin arttığı görülmektedir. Bu doğrultuda katılım sonucu hastaların bağımsız yaşam becerilerinde ve kendi kendilerine yetebilme düzeylerinde iyileşme olduğu, birseysel bakım ve sosyal ihtiyaçlarını karşılayabildikleri, aile ve sosyal çevre iletişim ve etkileşim yeteneklerinde gelişme olduğu ve tedavilerinin seyri açısından olumlu katkılar sağladığı tespit edilmiştir. Hastalar tarafından sunulan hizmetlerin etkinliği ve geliştirilmesine yönelik önerilerin bulguları ise TRSM’lerin geliştirilmesi ve istenilen noktalara dikkat çekmesi bakımından önem taşımaktadır.

Bu çalışmanın bulguları ışığında, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'nin (TRSM) hastaların sosyal işlevselliğini artırmada önemli bir rol oynadığı görülmektedir. Ancak, hizmetlerin daha da iyileştirilmesi ve hastaların ihtiyaçlarına daha iyi cevap verebilmesi için aşağıdaki öneriler sunulabilir:

- TRSM'lerde sunulan hizmetlerin çeşitlendirilmesi: Hastaların farklı ilgi alanlarına ve ihtiyaçlarına hitap edecek şekilde, müzik dersleri, spor etkinlikleri, kitap okuma grupları gibi faaliyetlerin düzenlenmesi faydalı olabilir. Bu tür etkinlikler, hastaların sosyal becerilerini geliştirmelerine ve kendilerini ifade etmelerine yardımcı olabilir.
- Mesleki rehabilitasyon hizmetlerinin güçlendirilmesi: Hastaların büyük çoğunluğunun işsiz olduğu göz önüne alındığında, TRSM'lerin İŞKUR gibi kurumlarla işbirliği yaparak, hastalara uygun iş imkanları sağlaması ve korumalı iş yerlerinin oluşturulması önemlidir. Destekli istihdam programları, hastaların iş bulma ve işte kalma oranlarını artırmada etkili olabilir.
- Toplumsal farkındalığın artırılması: Hastaların toplumsal damgalanma ve dışlanmaya maruz kalmamaları için, TRSM'ler yetkili mercilerle işbirliği yaparak, kamu spotları, broşürler ve eğitimler aracılığıyla toplumsal farkındalığı artırabilir. Bu, hastaların kendilerini toplumda daha rahat hissetmelerine, sosyal katılımlarının gelişmesine ve sosyal işlevselliklerinin artmasına katkıda bulunabilir.

- Ev ziyaretlerinin artırılması: Hastaların yaşadıkları ortamda ziyaret edilmesi, onların ihtiyaçlarının daha iyi anlaşılmasına ve ev ortamında karşılaştıkları zorlukların tespit edilmesine yardımcı olabilir. Bu ziyaretler aynı zamanda, hastaların ailelerine de destek sağlayabilir.
- Hastaların geri bildirimlerinin dikkate alınması: TRSM'lerin hizmetlerini geliştirirken, hastaların görüş ve önerilerini dikkate almaları önemlidir. Düzenli aralıklarla hasta memnuniyeti anketleri yapılabilir ve hastaların ihtiyaçları doğrultusunda hizmetler şekillendirilebilir. İhtiyaçlarına yönelik hizmetler geliştirilen hastaların sosyal işlevselliğine katkı sağlanabilir.
- Katılımcıların arasında ebeveynlerinin vefatı nedeniyle yalnız yaşayan ve bakımevine yerleştirilme planı yapılan bir hastanın olduğu tespit edilmiştir. Kendi bakımını karşılama becerisine sahip olmamasına rağmen yalnız yaşamak durumunda olan veya ailesiyle beraber yaşamak istemeyen hastaların bakımevine yerleştirilmesine alternatif olması yönünden, ülke çapında korumalı evler-umut evlerinin yaygınlaştırılması önerilebilir.
- TRSM'ler arası işbirliğinin güçlendirilmesi: Farklı TRSM'lerin deneyimlerini ve iyi uygulama örneklerini paylaşmaları, hizmet kalitesinin artırılmasına katkıda bulunabilir. Ortak projeler, eğitimler ve toplantılar düzenlenerek, TRSM'ler arası işbirliği güçlendirilebilir. Dolayısıyla kaliteli hizmet sunumu hastaların düzenli katılımını sağlayarak sosyal işlevselliğinin artırır.

Konuyla ilgili gelecekte yapılacak çalışmalar için aşağıdaki öneriler sunulabilir:

- Daha geniş örneklemle çalışmak: Bu çalışma, 15 hasta ve yakınlarıyla yapılan görüşmelere dayanmaktadır. Gelecekteki çalışmalar, daha geniş ve temsili örneklemle yapılabilir. Böylece, bulguların genellenebilirliği artırılabilir ve TRSM'lerin etkinliği ve hastaların sosyal işlevselliklerine katkıları hakkında daha kapsamlı sonuçlar elde edilebilir.
- Uzunlamasına çalışmalar yapmak: Bu çalışma, belirli bir zaman dilimindeki durumu yansıtmaktadır. Gelecekteki çalışmalar, hastaları belirli aralıklarla takip ederek, TRSM'lerin uzun vadeli etkilerini inceleyebilir. Böylece, hastaların sosyal işlevselliklerindeki değişimler zaman içinde gözlemlenebilir.
- Kontrol gruplu çalışmalar tasarlamak: Bu çalışmada kontrol grubu bulunmamaktadır. Gelecekteki çalışmalar, TRSM'ye devam eden hastalarla, bu

hizmeti almayan hastaları karşılaştırabilir. Böylece, TRSM'lerin hastaların sosyal işlevselliğindeki etkinliği daha net bir şekilde ortaya konulabilir.

- Nitel ve nicel yöntemleri birleştirmek: Bu çalışmada, nitel yöntemler kullanılmıştır. Gelecekteki çalışmalar, nitel ve nicel yöntemleri birleştirerek, daha kapsamlı ve derinlemesine bulgular elde edebilir. Bu çerçevede, hastaların sosyal işlevselliğini ölçen güvenilir ölçekler kullanılabilir ve bu veriler, görüşmelerden elde edilen nitel verilerle birleştirilebilir.
- Farklı hasta gruplarını incelemek: Bu çalışma, genel olarak ağır ruhsal hastalığı olan bireylere odaklanmıştır. Gelecekteki çalışmalar, belirli tanı gruplarına (örn. şizofreni, bipolar bozukluk) odaklanarak, TRSM'lerin farklı hasta grupları üzerindeki etkisini inceleyerek sosyal işlevselliği artırıcı bireysel güçlü bakım planları oluşturmalarına katkı sağlayabilir.

KAYNAKLAR

- Abay, A. R. ve Çölgeçen, Y. (2018). Psikiyatrik sosyal hizmet- koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici ruh sağlığı alanında sosyal çalışmacıların rolü. *OPUS-Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 9(16), 2147-2185.
- Akkaya, C. Altın, M., Kora, K. Karamustafalıoğlu, N., Yaşan, A., Tomruk N. ve Kurt, E. (2012). Türkiye’de Bipolar I Bozukluğu Hastalarının, Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri-HOME Çalışması. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 22(1). (31-42).
- Akgün, M. (2019). Toplum ruh sağlığı merkezinde çalışan sağlık profesyonellerinin bilgi, beceri, deneyim ve görüşlerinin değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Burdur.
- Akman Dömbekci, H. ve Erişen, M.A. (2022). Nitel araştırmalarda görüşme tekniği. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 22(Özel Sayı 2), 141-160.
- Aksaray, G., Kaptanoğlu, C. ve Ofly, S. (1999). Koruyucu Ruh Sağlığı. *Yeni Symposium*. 37(3). (55-59).
- Alataş, G., Karaoğlu, A., Arslan, M. ve Yanık, M. (2009). Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli ve Türkiye’de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Projesi. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 46(Özel Sayı). (25-9).
- Albayrak, H. (2020). Toplum ruh sağlığında sosyal hizmet uygulamaları. *Toplum ve hekim Dergisi*, 35(4), 282-292.
- American Psychiatric Association (APA) (2014), *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-5) (Beşinci Baskı)*. (Çev. Köroğlu E.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Amering, M. ve Schmolke, M. (2017). *Ruh sağlığında iyileşme: Bilimsel ve Klinik Sorumlulukların Yeniden Şekillendirilmesi*. (H. Soygür, Çev.). Ankara: İmaj Yayınevi.
- Arıkan, M. K. (1998). *Şizofreni anlamak şizofrenler ve yakınları için el kitabı*. Ankara: İmge Kitabevi Yayıncılık.
- Arieti, S. (2008). *Bir şizofreni anlamak: aile ve arkadaşlar için rehber*. Aylin Eti (Çev.). İstanbul: Doruk Yayıncılık.
- Arslan, M., Yazıcı, A., Yılmaz, T., Coşkun, S. ve Kurt, E. (2015). Rehabilitasyon Programının Şizofreni Hastalarının Kliniği, Sosyal İşlevselliği ve Yaşam Kalitesi Üzerindeki Uzun Dönem Etkileri: İzleme Çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* , 16, 238-246.
- Arslan Delice, M. (2017). *Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri İçin Kılavuz*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Arslantaş, H., Sevinçok, L., Uygur, B., Balcı, V. ve Adana, F. (2009). Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerine Yapılan Psikoeğitimin Hastalardaki Klinik Gidişe ve Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumu Düzeylerine Olan Etkisi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 10(2). (3-10).
- Aslantürk, H. (2016). Community Integration and Social Rights in Mental Health Area. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(4), 259-270.
- Artan, T. (2013). Hastane Sosyal Hizmeti. Sosyal Politika ve Kamu Yönetimi Bileşenleriyle Sosyal Hizmet Temelleri ve Uygulama Alanları içinde (ss. 235–248). Ankara: Maya Akademi
- Artukoğlu, P. (2019). *Türkiye’de toplum ruh sağlığı hizmetlerinin durumu: kalitatif bir çalışma*. Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Attepe Özden, S. (2015). Şizofreni tanısı almış bireylerin ailelerinin bakımverme deneyimleri ve sosyal destek ilişkilerinin psikiyatrik sosyal hizmet temelinde incelenmesi. Doktora Tezi, Ankara.

- Attepe Özden, S. ve İçağasıoğlu Çoban, A. (2018). Toplum ruh sağlığı merkezlerinde çalışan profesyonellerin gözünden toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 9 (3), 186–194.
- Auliffe, C. M. (2009). Experiences of Social Workers within an Interdisciplinary Team in The Intellectual Disability Sector. *Critical Social Thinking: Policy and Practice*. 1. (125-143).
- Avrupa Komisyonu (2009). Türkiye 2009 İlerleme Raporu. https://www.ab.gov.tr/files/AB_Iliskileri/AdaylikSureci/IlerlemeRaporlari/turkiye_ilerleme_rap_2009.pdf Erişim: 28.04.2024.
- Aydın, E., Tabo, A., Karamustafalıoğlu, K. O., Alataş, G., Yiğit, S., Aydın, E. ve Erkuş, G. E. (2014). Döner Kapı Olgusu: Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmet Modeline Geçişin Psikiyatri Servisine Yatış Üzerine Etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 15. (185-191).
- Bağ, B. (2012). Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Hemşirenin Rolü: İngiltere Örneği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4 (4), 465-485.
- Bahar, G. ve Savaş, H.A. (2013). Ruh sağlığı çalışmalarında sosyal hizmet mesleğinin rolü. *Yeni Symposium Dergisi*, 51(2), 83-90.
- Baltacı, A. (2019). Nitel araştırma süreci: Nitel bir araştırma nasıl yapılır? *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5(2), 368-388.
- Baltacı, A. (2018). Nitel araştırmalarda örnekleme yöntemleri ve örnek hacmi sorunsalı üzerine kavramsal bir inceleme. *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 231-274.
- Barker, R. L. (2003). *The Social Work Dictionary (4th ed.)*. Washington: NASW Press.
- Bassuk E.L, Gerson S.(1978). Deinstitutionalization and mental health services. *Sci-entific American*, 238 (2): 46-53.
- Başer, D., Kırlioğlu, M. ve Aktaş, A. M. (2013). Sosyal Hizmet Mesleğinin Bir Uygulama Alanı Olarak Toplum Temelli Ruh Sağlığı Sistemi ve Güncel Değişimler. *Toplum ve Sosyal Hizmet*. 24(2). (179-192).
- Bauer, M., Kunze, H., Von Cranach, M., Fritze, J. ve Becker, T. (2002). Psychiatric reform in Germany. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104 (Suppl. 410), 27-34.
- Bayülken, F. (1998). *Türkiye’de Nöroloji Nöroşirurji ve Psikiyatri’nin Tarihi Gelişmesi*. İstanbul: Ruh Hastalarını Readaptasyon Derneği Yayınları.
- Beatty, W. W., Jovic, Z., Monson, N., & Staton, R. D. (1993). Memory and frontal lobe dysfunction in schizophrenia and schizoaffective disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(7), 448-453.
- Bekiroğlu, S. ve Demiröz, F. (2020). Toplum ruh sağlığı merkezlerinden hizmet alan ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerin sosyal işlevselliğinin incelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(3), 1053-1079.
- Bilge A, Mermer G, Çam O, Çetinkaya A, Erdoğan E Ve Üçkuyu N (2016). Türkiye’deki Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin 2013-2015 Yıllarının Profili. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2 (2), 1–5.
- Bland, R., & Renouf, N. (2001). Social work and the mental health team. *Australasian Psychiatry*, 9(3), 238-241.
- Bond, G. R., Resnick, S. G., Drake, R. E., Xie, H., McHugo, G. J., & Bebout, R. R. (2001). Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness?. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69(3), 489.

- Borg, M., & Kristiansen, K. (2004). Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health*, 13(5), 493-505.
- Bozan, M. (2019). Toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alanların içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellik durumlarının incelenmesi: Eskişehir örneği. Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Bulut, I. (1993). Ruh Sağlığının Aile İşlevlerine Etkisi. Başbakanlık Kadın ve Sosyal Hizmetler Müsteşarlığı Yayınları. Yayın No: 74. Ankara: Kılıçarslan Matbaası.
- Burns, T., Catty, J., Becker, T., Drake, R. E., Fioritti, A., Knapp, M., ... & Wiersma, D. (2009). The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 374(9690), 1146-1152.
- Cacioppo, J. T., & Cacioppo, S. (2010). Loneliness and health: Potential mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, 72(3), 227-234.
- Candansayar, S. ve B. Coşar. (2001). Kùltürlerarası Psikiyatri Açısından Ruh Hastalığı Kavramı. *Tùrkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*. 2(1). (21-30).
- Cebiroğlu, R. (1961). Psikiyatri ve Çocuk Rehberliğinde Sosyal Yardımcılık. *Sosyal Hizmetler Dergisi*. 1(4).
- Compton, M. T., Koplan, C., Oleskey, C., Powers, R. A., Pruitt, D. and Wissow, L. (2010). Prevention in Mental Health. Michael T. Compton (Ed.). Clinical Manual of Prevention in Mental Health. American Psychiatric Publishing
- Corcoran, J. and Walsh, J. (2006). Clinical Assessment and Diagnosis in Social Work Practice. New York: Oxford University Press.
- Corrigan, P. W., Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., & Solomon, P. (2002). *Principles and practice of psychiatric rehabilitation: An empirical approach*. Guilford Press.
- Crowther, R. E., Marshall, M., Bond, G. R., & Huxley, P. (2001). Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. *Bmj*, 322(7280), 204-208.
- Cùcelođlu D (2013). *İnsan ve Davranışı: Psikolojinin Temel Kavramları*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Çalık Var, E. (2018). Ruh sağlığında temel kavramlar ve psikiyatrik sosyal hizmetin tarihçesi. Psikiyatrik Sosyal Hizmet. Erzurum: Atatùrk Üniversitesi Açıköğretim Fakùltesi Yayını.
- Çamur, G. ve Ayata Kùçùkbùkùcù (2021). Psikiyatrik sosyal hizmet amaçları-rolleri-sorumlulukları. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 463-476.
- Çam, O., & Bilge, A. (2013). Tùrkiye’de ruhsal hastalığa/hastaya yönelik inanç, tutum ve damgalama süreci: Sistematik derleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(2), 91-101.
- Çıraklı, Ü., Çelik, Y. ve Beylik, U. (2015). Etkili Ekip Çalışmasının Sağlıktaki Önemi Ve Faydaları: Bir Literatür Çalışması. *Sağlık Akademisi Dergisi*. 2(3). (140-146).
- Çiçekoğlu, P. & Duran, S. (2018). Dùnyada ve Tùrkiye’de toplum temelli koruyucu ruh sağlığı hizmetleri. İçinde Ünsal Barlas G.(Ed.) *Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği, Tùrkiye Klinikleri*, Ankara, 8-18.
- Çifçi EG, Gök FA, Arslan E. Kurum bakımından toplum temelli bakıma geçiş: toplum ruh sağlığı merkezlerinde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının rolù. *Toplum ve Sosyal Hizmet* 2015;26:163–75.
- Çoban, A. (2009). *Şizofreni bin parça akıl (2. Baskı)*. İstanbul: Timaş Yayınları.

- Çölgeçen, Y. (2018). *Psikiyatrik sosyal hizmet ve hastane – toplum ruh sağlığı merkezi uygulamaları (Manisa ili örneği)*. Doktora Tezi, İstanbul. Yalova.
- Çölgeçen, Y., ve Abay, A. R. (2018). Psikiyatrik sosyal hizmet-koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici ruh sağlığı alanında sosyal çalışmacıların rolü. *OPUS International Journal of Society Researches*, 9(16), 2147-2185.
- Dağ, İ. (2003). Türkiye'de ulusal ruh sağlığı politikaları konusunda yapılmış sistematik çalışmalar. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 11(1), 59-67.
- Davidson, L., Shahar, G., Stayner, D. A., Chinman, M. J., Rakfeldt, J., & Tebes, J. K. (2004). Supported socialization for people with psychiatric disabilities: Lessons from a randomized controlled trial. *Journal of Community Psychology*, 32(4), 453-477.
- Davidson, L., Stayner, D. A., Nickou, C., Styron, T., Rowe, M., & Chinman, M. J. (2001). Simply to be let in: Inclusion as a basis for recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(4), 375-388.
- De Hert, M., Cohen, D. A. N., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Leucht, S., Ndeti, D. M., ... & Correll, C. U. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World psychiatry*, 10(2), 138.
- Demir, L. (2012). *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri*. Ankara: Matsa Basımevi.
- Dhavaleshwar, C.U. (2016). The role of social worker in community development. *International research journal of social sciences*, 5(10), 61-63.
- Dixon, L., McFarlane, W. R., Lefley, H., Lucksted, A., Cohen, M., Falloon, I., ... & Sondheimer, D. (2000). Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services*, 51(7), 903-910.
- Doğan, O. (2001). Şizofreni hastalarının evde bakımı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 2: 41-46.
- Doğan, O. (2002) Anksiyete bozukluklarını koruma ve önleme. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 3:174-182.
- Doğan, O. ve Kocacık, F (2006). Ruh Sağlığı ve Bozukluklarının Sosyolojisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7, 109-120.
- Doğan, O. (2008). Psikiyatrik rehabilitasyonun toplum içinde uygulama örneği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9 (3 (1)), 33.
- Duman, Z.Ç., Aştı, N., Üçok, A., Kuşçu, M.K.(2007). Şizofreni hastalarına ve ailelerine 'bağımsız ve sosyal yaşam becerileri topluma yeniden katılım programı' uygulanması, izlemesi. *Anadolu Psikiyatri*, 8(2): 91-101.
- Drake, R. E. & Latimer, E. (2012). Lessons Learned in Developing Community Mental Health Care in North America. *World Psychiatry*. 11. (47-51).
- Duyan, V. (1996). *Sağlıkta Psiko-Sosyal Boyut (Tıbbi Sosyal Hizmet)*. Ankara: 72 TDFO.
- Duyan, V. (2010). *Sosyal Hizmet: Temelleri Yaklaşımları Müdahale Yöntemleri. Ekolojik Yaklaşım*. (ss. 154-169). Ankara: Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Yayını.
- Ensari, H. (2008). Türkiye'de Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Mevcut Durum. T. B. Müdürlüğü 5. Aile Şurası "Aile Destek Hizmetleri" Bildirileri içinde (s. 88-92). Ankara: T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü.
- Ensari, H. (2011). Koruyucu psikiyatri açısından Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi rehabilitasyon çalışmaları. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Sayısı*, 4(4), 86-93.

- Ensari, H., Gültekin, B.K., Karaman, D., Koç, A. ve Beşkardeş, A.F. (2013). Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi, yeti yitimi, genel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi: Bir yıllık izleme sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14(2).
- Erdeniz, E. (2021). *Toplum ruh sağlığı merkezine devam eden hastaların covid-19 pandemi sürecinden etkilenme durumları*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Eren, İ., Şimşek, D. ve Çalışkan, A. M. (2007). Şizofreni Hastalarında Yeti yitimi ve Belirti Şiddetinin Yaşam Kalitesine Etkisi. *Düşünen Adam*, 20 (2), 68-78.
- Erol, A., Keleş Unal, E., Tunc Aydın, E., ve Mete, L. (2009). Şizofrenide Sosyal İşlevsellik Yordayan Etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(4).
- Esen-Danacı, A., Böke, Ö., Saka, M.C., Erol, A. ve Ulusoy Kaymak, S. (2018). Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar. (2.baskı). Ankara: Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti.
- Eryıldız, D. (2008). Gündüz hastanesi ve rehabilitasyon merkezine devam eden kronik şizofreni hastaları ile bir rehabilitasyon programına katılmayan kronik şizofreni hastalarının işlevsellik ve yaşam kalitesi açısından karşılaştırılması. Yayınlanmamış tıpta uzmanlık tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Eyüboğlu, A.A. (2017). Şizofreni hastalarına bakım verenlerin evlilik ilişkisi ve sosyal hizmet gereksinimleri üzerine bir araştırma. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Foucault, M. (2017). *Deliliğin Tarihi (7. bs.)*. (M. A. Kılıçbay, Çev.) Ankara: İmge Kitabevi Yayınları
- Gençtan, E. (2015). *Psikodinamik Psikiyatri ve Normal Dışı Davranışlar*. İstanbul: Metis Yayıncılık.
- Goldberg, B., Brintnell, E. S., & Goldberg, J. (2002). The relationship between engagement in meaningful activities and quality of life in persons disabled by mental illness. *Occupational Therapy in Mental Health*, 18(2), 17-44.
- Gözen, Ö. ve 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.
- Gülseren L, Çam B, Karakoç B, Yiğit T, Danacı AE, Çubukçuoğlu Z, et al. Şizofrenide Ailenin Yükünü Etkileyen Etmenler. *Türk Psikiyatri Derg* 2010;21:203–12.
- Hannigan B (1999). Specialist practice in community mental health nursing. *Nurse education today*, 19 (6), 509–516.
- Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(2), 218-227.
- Heinrichs, R. W., Miles, A. A., Smith, D., Zargarian, T., Vaz, S. M., Goldberg, J. O., & Ammari, N. (2008). Cognitive, clinical, and functional characteristics of verbally superior schizophrenia patients. *Neuropsychology*, 22(3), 321.
- Karaman, İ. G. (2018). Toplum ruh sağlığı merkezinde günlük etkinliklere katılan şizofreni hastalarında ilave psikososyal beceri eğitimi almanın öznel ve nesnel sosyal işlevsellik üzerine etkisinin araştırılması: Kontrollü klinik izlem çalışması.
- Karataş, Z (2015). Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri. *Manevi temelli sosyal hizmet araştırmaları dergisi*, 1 (1), 62–80.
- Karataş, S. ve Çalışkan, B.B. (2020). Toplum Ruh Sağlığı Modelleri: Dünyada ve Türkiye’deki Mevcut Durum. *Türkiye Klinikleri J Intern Med*, 5(1), 34-41.

- Kawachi, I., & Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health*, 78(3), 458-467.
- Kaya, Y. (2013). Şizofreni hastalarının sosyal işlevsellikleri ve hastalara bakım veren yakınlarının bakım yükü. Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Kaya Kılıç, A. (2019). Toplum Ruh Sağlığı Merkezi gezici ekip çalışmalarında ruhsal bozukluğu olan birey ve ailenin belirlenen sorunlarına yönelik yapılan müdahalelerin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 10(3), 190-196.
- Kesebir, S., İnanç, L., Bezgin, Ç. H., & Cengiz, F. (2013). Kadınlarda bipolar bozukluk. *Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar*, 5(2).
- Kılıç, S. (2013). Örneklem Yöntemleri. *Journal of Mood Disorders*, 3(1).
- Köroğlu E (2013). *Psikiyatri Başvuru El Kitabı*. Ankara: HYB Yayınları.
- Kuşgözoğlu, T. & Akbıyık, D.I. (2007) Development of social services and psychiatric social work in Turkey. *International Journal of Mental Health*, 36 (3), 29–37.
- Lotfi, S. (2018). Ruhsal Hastalıklara Yaklaşımlar. Psikiyatrik Sosyal Hizmet. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayını
- Lucca, A. M. (2000). "A Clubhouse fidelity index: Preliminary reliability and validity results". *Mental Health Services Research*, 2(2): 89-94.
- Malhi, G. S., Green, M., Fagiolini, A., Peselow, E. D. and Kumari, V. (2008). Schizoaffective Disorder: Diagnostic Issues and Future Recommendations. *Bipolar Disorders*. 10. (215-230).
- Marneros, A. (2003). Schizoaffective Disorder: Clinical Aspects, Differential Diagnosis and Treatment. *Current Psychiatry Reports*. 5. (202-205).
- Marwaha, S., & Johnson, S. (2004). Schizophrenia and employment: A review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(5), 337-349.
- Mental Health Commission (2006). *Multidisciplinary Team Working: From Theory to Practice Discussion Paper*. Dublin: Mental Health Commission.
- Mueser, K. T., Becker, D. R., Torrey, W. C., Xie, H., Bond, G. R., Drake, R. E., & Dain, B. J. (2002). Work and nonvocational domains of functioning in persons with severe mental illness: A longitudinal analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(7), 419-426.
- Mueser, K. T., Bond, G. R., & Drake, R. E. (2006). Community-based treatment of schizophrenia and other severe mental disorders: Treatment outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 479-490.
- Myerson, A. (1918). The psychiatric social worker. *The Journal of Abnormal Psychology*, 13(4), 225.
- NASW (National Association of Social Worker) (2005), *NASW Standards for Clinical Social Work in Social Work Practice*, Washington, DC: NASW Press.
- NASW (National Association of Social Worker) (2011). *Social Workers in Mental Health Clinics & Outpatient Facilities*. Washington: National Association of Social Worker Press.
- NIHM-National Institute of Mental Health (2009). *Bipolar Disorder*. U.S: NIMH publications
- Nışancı, A. (2019). Ruh Sağlığı Alanında İyileşme Yaklaşımı ve Psikiyatrik Sosyal Hizmet. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 30(1), 231-259.

- Oral, M. & Tuncay, T. (2012). Ruh sağlığı alanında sosyal hizmet uzmanlarının rol ve sorumlulukları *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 23 (2), 93-114
- Özbesler, C. & İçağasıoğlu Çoban, A. (2010). Hastane Ortamında Sosyal Hizmet Uygulamaları: Ankara Örneği. *Toplum ve Sosyal Hizmet* , 21 (2), 31-46.
- 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: İstanbul Üniversitesi AUZEF.
- Özkan, B., Erdem, E., Demirel Özsoy, S. ve Zararsız, G. (2013). Şizofreni Hastalarına Verilen Ruhsal Eğitim ve Telepsikiyatrik İzlemenin Hasta İşlevselliği ve İlaç Uyumuna Etkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry* , 14, 192-9.
- Özpolat, A.O. (2023). Toplum ruh sağlığı hizmetlerinin sosyal hizmet perspektifiyle değerlendirilmesi. *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (32), 40-59.
- Öztürk, O. (2001). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 8th ed. Ankara: Feryal Matbaası.
- Öztürk, M.O. ve Uluşahin, A. (2008). Ruh sağlığı ve bozuklukları. (11.baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitapevi.
- Öztürk, S., Sarıkaya, N.A. ve Öz, S. (2021). Toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan ve almayan hastaların yeti yitimi ve sosyal işlevsellik düzeyleri ile öznel iyileşme algılarının karşılaştırılması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 12(1), 1-8.
- Padhy, S. ve Hedge, A. (2014). Şizoafektif Bozukluk: Kavramın Ortaya Çıkışı ve Güncel Durumu. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 25. (1-7).
- Payne, M. (1991). *Modern Social Work Teory: A Critical Introduction*. Mac Millan, New York.
- Pektaş, İ., Bilge, A., Ersoy, M. A. (2006). Toplum ruh sağlığı hizmetlerinde epidemiyolojik çalışmalar ve toplum ruh sağlığı hemşireliğinin rolü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7, 43-48.
- Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bäuml, J., Kissling, W., & Engel, R. R. (2001). The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia—a meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 27(1), 73-92.
- Revheim N, Medalia A. Verbal Memory, Problem-solving Skills and Community Status in Schizophrenia. *Schizophrenia Research* ,2004, 68: 149-158.
- Rudyard, N. (1997). Stages in realizing the international diffusion of a single way of working: The Clubhouse model. *New direc-tions for Mental Health Services*, 74, Sum-mer: 53-66.
- Saruç, S. ve Duyan, V. (2009). Psikiyatride ekip çalışması ve sosyal hizmet bakış açısı. *Kriz Dergisi*, 17(1), 37-44.
- Saruç, S. ve Kılıç, A. K. (2015). Toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan hastaların sosyal profili ve merkezde verilen hizmetler. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 26(2), 53-72.
- Saunders, J. C. (2003). Families living with severe mental illness: a literature review. *Issues in Mental Health Nursing*, 24(2), 175-198.
- Schulz, M. (2012). Mental Health Services in Germany. *Mental health services in Europe*. (97-120).
- Semkovska, M., Bédard, M. A., Godbout, L., Limoge, F., & Stip, E. (2004). Assessment of executive dysfunction during activities of daily living in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 69(2-3), 289-300.

- Sheafor, B. W. ve Horejsi, C. J. (2015). Sosyal Hizmet Uygulaması Temel Teknikler ve İlkeler. 2. Baskı. (D. B. Çiftci, Edt.). Ankara: Nika Yayınevi
- Singh, V. ve Bowden, C. L. (2006). Bipolar Bozukluk, Karma Dönemlerin Tanı ve Tedavisindeki Gelişmeler. *New/Yeni Symposium Journal*, 44(1), (23-33).
- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., ... & Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: Implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 13(1), 12-20.
- Solomon, P., & Draine, J. (2001). The state of knowledge of the effectiveness of consumer provided services. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(1), 20.
- Songar, A. (1977). *Psikiyatri Modern Psikobiyoloji ve Ruh Hastalıkları (Birinci Baskı)*. İstanbul: Geçit Kitabevi.
- Songur, C., Saylavcı, E. ve Kıran, Ş. (2017). Avrupa'da ve Türkiye'de ruh sağlığı hizmetlerinin karşılaştırmalı olarak incelenmesi. *Social Sciences Studies Journal*, 3(4), 276-289.
- Soygür, H., Özalp, D.E. (2005). Şizofreni ve damgalanma sorunu. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Psikiyatri Dergisi*, 1(12), 74-80.
- Sönmez, M. B. (2007). Şizofreni ve şizoaffektif bozukluk akut alevlenmesi olan hastalarda risperidon ile ziprasidonun kardiyak, ekstrapiramidal ve metabolik yan etkilerinin karşılaştırılması.
- Sözeri Varma, G. S., Özdel, O., Karadağ, F., Tümkeya, S., Kalaycı, D., & Kaya, S. (2011). Şizofreni ve Şizoaffektif Bozuklukta Bilişsel İşlevlerin Karşılaştırılması. *Dusunen Adam: Journal of Psychiatry & Neurological Sciences*, 24(3).
- Stip, E., Chouinard, S., & Boulay, L. J. (2005). On the trail of a cognitive enhancer for the treatment of schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 29(2), 219-232.
- Štrkalj Ivezić, S., Mužinić, L. & Filipac V (2010). Case Management—A pillar of community psychiatry. *Psychiatria Danubina*, 22 (1), 28–33.
- Sundararaman, R. (2009). *U. S. Mental Health Delivery System Infrastructure: A Primer*. Congressional Research Service.
- Sungur, M. Z. ve Yalnız, Ö. (1999). Şizofreni Tedavisinde Bilişsel-Davranışçı Yaklaşımlar. *Klinik Psikiyatri*. 2. (160-166).
- Svedberg, P., Jormfeldt, H., & Arvidsson, B. (2018). Perceptions of social inclusion among young adults with mental health problems in community-based psychiatric care. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 25(5), 343-351.
- Şirin, B. (2008). *Bir sağlık ocağına başvuran ruh sağlığı bozulmuş hastaların yaşam kalitesi ve sosyal işlevsellik durumunun değerlendirilmesi* (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Şahin, Ş. ve Elboğa, G. (2019). Toplum ruh sağlığı merkezinden yararlanan hastaların yaşam kalitesi, tıbbi tedaviye uyumu, içgörü ve işlevsellikleri. *Cukurova Medical Journal*, 44(2), 431-438.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2006). Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2011). *Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023)*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- TC. Sağlık Bakanlığı (2012) Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri İçin Çalışma Rehberi. Ankara, Sağlık Bakanlığı.

- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2014). Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Tel, H. ve Ertekin Pınar, Ş. (2012). Ayaktan İzlenen Psikiyatri Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalama ve Benlik Saygısı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3 (2), 61-66.
- Tew, J., Ramon, S., Slade, M., Bird, V., Melton, J., & Le Boutillier, C. (2012). Social factors and recovery from mental health difficulties: A review of the evidence. *British Journal of Social Work*, 42(3), 443-460.
- Thornicroft, G. & Tansella, M. (2002). Balancing Community-Based and Hospital-Based Mental Health Care. *World Psychiatry*. 1(2). (84-90).
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2004). Components of a modern mental health service: A pragmatic balance of community and hospital care. Overview of systematic evidence. *British Journal of Psychiatry*, 185(4), 283-290.
- Tilbury, D. (2002). *Working with mental illness a community-based approach (2nd ed.)*. Malaysia: Palgrave.
- Tsemberis, S., Gulcur, L., & Nakae, M. (2004). Housing first, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *American Journal of Public Health*, 94(4), 651-656.
- Uğuz, M. (2018). Toplum ruh sağlığı merkezlerine kayıtlı hastalarda hastalığa psikososyal uyum. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Ulaş, H. (2008). Batı Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye'de Psikiyatrik Hizmetler. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 11(2), 2-12.
- Uncu, Y. & Akman, M. (2004). *Sağlığa biyopsikososyal yaklaşım, aile doktorları için kurs notları*. Ankara: Ata Ofset Tanıtım ve Matbaacılık.
- Ünsalan, F. (1967). Psikiyatri ve sosyal çalışma. Bakırköy Akıl ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Mecmuası; 1: 50-57.
- Waghorn, G., & Lloyd, C. (2005). The employment of people with mental illness. *Advances in Mental Health*, 4(2), 129-171.
- WHO (1978). Declaration of Alma-Ata. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/113877/E93944.pdf?ua=1. Erişim: 25.04.2024
- WHO World Health Organization. (2001). The World Health Report 2001 Mental Health: New Understanding, New Hope. Switzerland: World Health Organization.
- WHO (2002). Prevention and promotion in mental health. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2004). *Promoting mental health concepts, emerging evidence, practice*. Switzerland: World Health Organization.
- WHO (2005). Mental health atlas 2005. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2012). Risks to mental health: An overview of vulnerabilities and risk factors. Background paper by WHO secretariat for the development of a comprehensive mental health action plan. Geneva: World Health Organization.
- Yanık, M. (2007), Türkiye Ruh Sağlığı Sistemi Üzerine Değerlendirme ve Öneriler Ruh Sağlığı Eylem Planı Önerisi. RCHP. *Psikiyatrik Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar Dergisi*. (12-16).
- Yapıcı, Ş. ve M. Yapıcı (2004). Ruh Sağlığı Yerinde İnsan. *Üniversite ve Toplum Bilim, Eğitim ve Düşünce Dergisi*. 4(2).

- Yavuz, R. (2008 Mart). Şizofreni. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Türkiye’de Sık Karşılaşılan *Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi*. 62. (49-58)
- Yeloğlu, Ç. H. ve Hoccoğlu, Ç. (2017). Önemli Bir Ruh Sağlığı Sorunu: Bipolar Bozukluk. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi* , 8 (30), 41-54.
- Yıldırım, A ve Şimşek, H. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. Ankara: Seçkin Yayınları.
- Yıldız, M. (2009). Ciddi Ruhsal Hastalıklarda Ruhsal Toplumsal Tedaviler. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* , 2 (2), 52-56.
- Yıldız, M. (2011). Koruyucu Psikiyatri Açısından Psikiyatrik İyileştirim. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*. 4(4). (82-5).
- Yılmaz, V. (2012). *Türkiye’de Ruh Sağlığı Politikaları: Tespitler ve Öneriler*. RUSİHAK Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi Derneği, Kasım.
- Yüksel, N. (2014). *Ruhsal Hastalıklar*. Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Zastrow, C. (2015). *Sosyal hizmete giriş. (3.b.)*. Ankara: Nika Yayınevi.

EKLER

EK-1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ÇALIŞMANIN ADI:

Psikiyatrik Sosyal Hizmetten Yaralanan Hastaların Sosyal İşlevselliğinde Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin Rolü

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. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirsiniz, **Çalışmaya Katılma Onayı** kısmını imzalayınız.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI:

Değerli Katılımcı;

Bu araştırma Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans Tez Çalışması olarak yürütülmekte olup, "Psikiyatrik Sosyal Hizmetten Yaralanan Hastaların Sosyal İşlevselliğinde Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin rolü" konusunu ele almak amacıyla planlanmıştır.

Bu araştırmanın amacı toplum ruh sağlığı merkezi'nden hizmet alan hastaların aldıkları hizmete ilişkin algılarının sosyal işlevsellik bağlamında incelenmesidir. Bu çalışmayla hastalardan elde edilen bilgiler doğrultusunda TRSM'den beklentileri, TRSM'nin katkıları ve eksikliklerine dair bilgilerin elde edileceği düşünülmektedir. Nitelikli ve etkin bir toplum temelli ruh sağlığı hizmetinin verilmesi önemlidir. Araştırmanın sonucunda elde edilecek bulguların; TRSM' de hizmet alan kitlenin ihtiyaçlarının algılarının açığa çıkarılmasına, eksikliklerin belirlenip düzeltilmesine, çözüm önerilerinin sunulması, verilen hizmetlerin niteliğinin artırılmasına katkı sağlayacağı öngörülmektedir.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Çalışmaya katıldığınız taktirde size araştırmacı tarafından 2 başlıktan oluşan sorular sorulacaktır. Birinci bölümde demografik verileriniz ile ilgili sorular bulunmaktadır. İkinci bölümde ise araştırmanın konusu baz alınarak hazırlanan keşfedici sorular sorulacaktır. Edinilen bilgiler birebir yazılı olarak kayıt altına alınacaktır.

Araştırmada, size uygulanacak olan görüşme formunu uygulamadan önce araştırmayı derinlemesine inceleyebilmek için gerektiğinde ses kaydını ses kayıt cihazı ile kaydedilmesi düşünülmektedir. Görüşme anında konuşulanların not alınması zor olduğundan izin verdiğiniz takdirde ses kayıt cihazı kullanılacaktır. Bu bilgilendirilmiş gönüllü formunu imzaladığınız taktirde ses kaydı için izin verdiğiniz beyan etmiş sayılırsınız. Ses kayıtları şifre korumalı bir klasör ile araştırmacının bilgisayarına aktarılacak olup, görüşmelerin gizliliğine önem verilecektir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

EK-2. NİTEL GÖRÜŞME FORMU

A. Hasta Tanıtıcı Bilgiler Formu

Bu bölümde katılımcılara ait demografik bilgilerin elde edilmesi amaçlanmaktadır. Lütfen katılımcılara uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

1. Kaç yaşındasınız?

2. Cinsiyetiniz nedir?
Kadın ☐
Erkek ☐
Diğer ☐
3. Eğitim durumunuz nedir?
İlkokul ☐
Lise ☐
Lisans ☐
Lisansüstü ☐
4. Medeni durumunuz nedir?
Evli ☐
Bekar ☐
5. Kaç kardeşiniz var?
0 ☐
1-3 ☐
3-5 ☐
+5 ☐
6. Çocuk sahibi misiniz?
Evet (sayısı....) ☐
Hayır ☐
7. Mesleğiniz nedir?
Sağlık ve Sosyal Hizmetler ☐
Mühendislik ve Teknoloji ☐
İş ve Yönetim ☐
Sanat, Tasarım ve Eğitim ☐
Bilim ve Çevre ☐
Hizmet ve Satış ☐
Tarım Ormancılık ve Su Ürünleri ☐
Diğer ☐
8. Çalışma durumunuz nedir?
Evet ☐
Hayır ☐
9. Sosyal güvenceye sahip misiniz?
Evet ☐
Hayır ☐
10. Hangi sosyoekonomik düzeyde olduğunuzu düşünüyorsunuz?
Alt ☐
Orta ☐
Üst ☐
11. Psikiyatrik tanınız nedir?

- | | |
|--|--------------------------|
| Şizofreni (F20) | ☐ |
| Şizotipal Bozukluklar (F21) | ☐ |
| Persistan Deluzyonel Bozukluklar (F22) | ☐ |
| Başka Etkenlerle Ortaya Çıkan Deluzyonel Bozukluklar (F24) | ☐ |
| Şizoafektif Bozukluklar (F25) | ☐ |
| Organik Olmayan Psikotik Bozukluklar (F28) | ☐ |
| Organik Olmayan Psikoz (F29) | ☐ |
| Bipolar Duygulanım Bozukluğu (F31) | ☐ |
| Diğer Hastalıklar | ☐ |
12. Genel sağlık durumunuza ait ek tanımlar hakkında bilgi verebilir misiniz?

13. Hastalık öykünüzü anlatabilir misiniz?

14. Ailenizde hastalık geçmişi var mı?

15. Hastalığınız ne zaman başladı? (yıl)

16. Ne kadar süredir tedavi görüyorsunuz? (yıl)

17. İlaç kullanım süreniz nedir? (yıl)

18. Toplamda kaç kez hastaneye yatırıldınız?

19. TRSM'ye ne zamandan beri devam ediyorsunuz? (yıl)

20. TRSM'ye ne sıklıkla (günlük, haftalık, aylık) gidiyorsunuz?

B. Hastanın Sosyal İşlevsellik Durumu ve TRSM'ye İlişkin Görüşleri

Bu bölüm, hastanın günlük yaşamı, sosyal etkileşim ve sosyal işlevselliği, TRSM'nin hastanın yaşamındaki rolü hakkında bilgi edinmeyi amaçlamaktadır.

1. TRSM'ye başvuru nedenleriniz nelerdir?
2. Günlük kişisel bakım (özbakım, temizlik, giyinme, beslenme) ihtiyaçlarınızı karşılama beceriniz hakkında bilgi verebilir misiniz?
3. Bir gününüzü nasıl geçiriyorsunuz? Günlük rutinleriniz, ev içi ve dışı aktiviteleriniz nelerdir?
4. Aile içi iletişim ve etkileşiminiz nasıldır? Birbirinize destek olma şekilleriniz nelerdir?
5. Sosyal çevrenizle (akraba, arkadaş, komşu) ilişkileriniz nasıldır?

6. Düzenli olarak kaç arkadaşınızla görüşüyorsunuz ve birlikte hangi aktivitelerde bulunuyorsunuz?
7. Zamanınızın ne kadarını yalnız, ne kadarını sosyalleşerek geçiriyorsunuz?
8. Sosyalleştiğiniz zamanları kimlerle geçiriyorsunuz ve bu buluşmalarda neler yapıyorsunuz?
9. Son üç ay içinde katıldığınız etkinlikler nelerdir ve bu etkinliklere katılma fikri kimden çıktı?
10. Hobileriniz, ilgi alanlarınız ve uğraşlarınız nelerdir? Bunlara nasıl vakit ayırıyorsunuz?
11. (Eğer çalışıyorsa) İşinizden memnuniyetiniz ve işteki üretkenliğinizi nasıl değerlendirirsiniz?
12. (Eğer çalışmıyorsa) En son ne zaman çalıştınız ve çalışmak sizin için nasıl bir deneyimdi?
13. TRSM'nin sunduğu çözümlere ilişkin memnuniyetiniz nedir? Sizin için ne gibi faydalar sağladı veya sağlayamadı?
14. TRSM çalışanları ile ilişkilerinizi nasıl değerlendirirsiniz? Size nasıl bir destek sağladıklarını düşünüyorsunuz?
15. TRSM'ye devam etme kararınızda etkili olan faktörler nelerdir?
16. TRSM'ye katıldığınızdan bu yana bağımsız yaşam becerilerinizde ve üretkenliğinizde nasıl bir gelişme gördünüz?
17. TRSM hizmetlerinin iyileştirilmesi için önerileriniz nelerdir?
18. TRSM'den aldığınız hizmetlerin dışında hangi hizmetlere ihtiyaç duyuyorsunuz ve bu hizmetlerin geliştirilmesi gerektiğini düşündüğünüz alanlar nelerdir?

C. Hasta Yakını Görüşme Formu

Bu bölüm, hastanın yakınlarının gözünden hastanın sosyal işlevsellik durumu ve TRSM'nin etkileri hakkında bilgi edinmeyi amaçlamaktadır.

1. Hastayla yakınlık dereceniz nedir?
2. Hastanıza kaç yıldır bakım sağlıyorsunuz?
3. Hastanız düzenli olarak tedavi görüyor mu?

4. TRSM'ye başvuru nedenleriniz nelerdir?
5. Hastanızın günlük yaşamı içinde ve dışında neler yapıyor? Bir günü nasıl geçiriyor?
6. Hastanız evde kişisel bakım ihtiyaçlarını (özbakım, temizlik, giyinme, beslenme) karşılayabiliyor mu?
7. Aile içi iletişim ve etkileşiminiz nasıldır?
8. Yakınınızın akraba, arkadaş çevresi ve komşularıyla ilişkileri nasıldır?
9. TRSM'nin sunduğu hizmetler yaşadığınız sorunları nasıl kolaylaştırdı?
10. Yakınınızın TRSM'ye devam etmesinde etkili olan faktörler nelerdir?
11. TRSM çalışanlarıyla ilişkileriniz ve memnuniyet düzeyiniz nedir?
12. Hastanız TRSM'ye katıldığından bu yana bağımsız yaşam becerileri ve üretkenlik açısından bir gelişme gösterdi mi?
13. TRSM'de sunulan hizmetlerin yeterliliğini nasıl değerlendirirsiniz ve hangi ek hizmetlere ihtiyaç duyulduğunu düşünüyorsunuz?
14. TRSM hizmetlerinin daha etkili ve yeterli olması için önerileriniz nelerdir?