

**T.C.**  
**GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**SOSYAL HİZMET YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

**SOSYAL HİZMET LİSANS ÖĞRENCİLERİNİN RUHSAL HASTALIĞA  
YÖNELİK TUTUMLARININ İNCELENMESİ:GÜMÜŞHANE İLİ ÖRNEĞİ**

**YÜKSEK LİSANS**

**Cansel KURT**

**TEMMUZ-2023**  
**GÜMÜŞHANE**



**T.C.**

**GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**SOSYAL HİZMET YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

**SOSYAL HİZMET LİSANS ÖĞRENCİLERİNİN RUHSAL HASTALIĞA  
YÖNELİK TUTUMLARININ İNCELENMESİ: GÜMÜŞHANE İLİ ÖRNEĞİ**

**EXAMINATION OF SOCIAL WORKS UNDERGRADUATE STUDENTS'  
ATTITUDES TOWARDS MENTAL DISEASE: THE CASE OF GÜMÜŞHANE**

**YÜKSEK LİSANS**

**Cansel KURT**

**TEMMUZ-2023  
GÜMÜŞHANE**



**T.C.  
GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**SOSYAL HİZMET YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

**SOSYAL HİZMET LİSANS ÖĞRENCİLERİNİN RUHSAL HASTALIĞA  
YÖNELİK TUTUMLARININ İNCELENMESİ:GÜMÜŞHANE İLİ ÖRNEĞİ**

**EXAMINATION OF SOCIAL WORKS UNDERGRADUATE STUDENTS'  
ATTITUDES TOWARDS MENTAL DISEASE: THE CASE OF GÜMÜŞHANE**

**YÜKSEK LİSANS**

**Cansel KURT**

**Danışman: Prof. Dr. Müge YILMAZ**

**TEMMUZ-2023  
GÜMÜŞHANE**



## **BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI**

**Yüksek Lisans Tezi** olarak hazırlamış olduğum “**Sosyal Hizmet Lisans Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik Tutumlarının İncelenmesi: Gümüşhane İli Örneği**” isimli bu tezimin, tamamen kendi çalışmam olduğunu, her alıntıya kaynak gösterdiğimi, alıntı yaptığım tüm çalışmaları kaynakçada belirttiğimi ve Gümüşhane Üniversitesi’nin lisanslı kullanıcısı olduğu intihal yazılım programı ile Lisansüstü Eğitim Enstitüsü’nün belirlediği kıstaslara uygun olarak raporladığımı taahhüt ederim. Tezimin kâğıt ve elektronik kopyalarının Gümüşhane Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü arşivinde saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği’nin ilgili maddeleri uyarınca gereğinin yapılmasını arz ederim.

**04/07/2023**

.....

**Cansel KURT**

## **TEŞEKKÜR**

Tez çalışmamın her sürecinde bana rehberlik ederek yol gösteren, değerli bilgi ve deneyimleriyle bana yardımcı olan danışmanım, kıymetli hocam Prof. Dr. Müge YILMAZ'a,

Tez çalışmama katılmayı kabul edip bana destek veren sevgili Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümü öğrencilerine,

Hayatım boyunca benden sonsuz sevgi, ilgi ve desteklerini esirgemeyen, hayatımın en büyük şansı olan canımdan çok sevdiğim annem Tülay KURT ve babam Osman KURT'a minnet, sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

**Cansel KURT**

**GÜMÜŞHANE-2023**

## ÖZET

Bu çalışmada sosyal hizmet lisans öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik tutumları incelenmiştir. Araştırmanın çalışma grubunu Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümü'nde öğrenim gören 174(131 kadın/43 erkek) lisans öğrencisi oluşturmaktadır. Araştırmada veriler, araştırmacı tarafından geliştirilmiş olan sosyodemografik bilgi formu ve ruhsal hastalığa yönelik tutumlar ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Veri toplama araçları araştırmacı tarafından hem basılı formlar hem de online olarak yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ve t testi kullanılmıştır. Tutumlar; cinsiyet, yaş, anne ve baba genel bilgileri, ruhsal hastalık geçmişi, ruhsal hastalıkla karşılaşma durumuna göre bağımsız yaşam alt ölçeklerine göre değerlendirilmiştir. Araştırma sonucunda elde edilen bilgiler doğrultusunda sosyal hizmet lisans öğrencilerinin tutumlarıyla ilgili değerlendirmeler yapılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Ruhsal hastalık, Öğrenci, Sosyal hizmet, Tutum.

## SUMMARY

In this study, the attitudes of social work undergraduate students towards mental illness were examined. The study group of the research consists of 174 (131 female/43 male) undergraduate students studying at the Social Work Department of Gümüşhane University. In the study, data were collected using the sociodemographic information form developed by the researcher and the scale of attitudes towards mental illness. Data collection tools were made by the researcher both in printed forms and online. One-Way Analysis of Variance (ANOVA) and t test were used to evaluate the data. Attitudes; gender, age, maternal and paternal general information, mental illness history, and independent living subscales were evaluated according to the presence of mental illness. In line with the information obtained as a result of the research, evaluations were made about the attitudes of social work undergraduate students.

**Keywords:** Attitude, Mental illness, Social work, Student.

## İÇİNDEKİLER

|                                                                                                                    |      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| KABUL VE ONAY .....                                                                                                | III  |
| BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI.....                                                                                | IV   |
| TEŞEKKÜR.....                                                                                                      | V    |
| ÖZET.....                                                                                                          | VI   |
| SUMMARY .....                                                                                                      | VII  |
| İÇİNDEKİLER .....                                                                                                  | VIII |
| TABLolar DİZİNİ .....                                                                                              | X    |
| EKLER DİZİNİ.....                                                                                                  | XII  |
| SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ .....                                                                               | XIII |
| 1.GİRİŞ .....                                                                                                      | 1    |
| 2. PSİKİYATRİK SOSYAL HİZMET AÇISINDAN RUH SAĞLIĞI VE RUHSAL<br>HASTALIĞA YÖNELİK GENEL BİR BAKIŞ .....            | 3    |
| 2.1.Ruh Sağlığı Kuramsal Temeli ve Psikiyatrik Sosyal Hizmet .....                                                 | 3    |
| 2.1.1.Kapsamı, İlgi ve Uygulama Alanı.....                                                                         | 4    |
| 2.1.2.Ruh Sağlığında Sosyal Hizmetin Yeri .....                                                                    | 7    |
| 2.1.3.Dünyada ve Türkiye’de Ruh Sağlığı Hizmetlerinin ve Ruh Sağlığında Sosyal<br>Hizmetin Tarihsel Gelişimi ..... | 10   |
| 2.1.4.Psikiyatrik Sosyal Hizmette Ruhsal Hastalık ve Tutum .....                                                   | 17   |
| 2.1.4.1.Ruhsal Hastalık ve Tutum.....                                                                              | 17   |
| 2.1.4.2.Psikiyatrik Sosyal Hizmette Ruhsal Hastalık.....                                                           | 18   |
| 2.2.Ruh Sağlığı Kavramı ve Kapsamı.....                                                                            | 20   |
| 2.3.Koruyucu Ruh Sağlığı Hizmeti.....                                                                              | 21   |
| 2.4.Ruhsal Hastalıklarda Stigma.....                                                                               | 22   |
| 2.5 Toplumsal Kültüre Göre Ruh Sağlığı ve Ruhsal Hastalığa İlişkin Tutumlar .....                                  | 25   |
| 2.5.1.Tarihsel Süreçte Toplumun Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Karşı Tutumu .....                                 | 26   |

|                                                                                                                                                    |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.6. Ruh Sağlığının Güçlendirilmesi İçin Bölgesel ve Mikro Müdahaleler.....                                                                        | 29 |
| 2.7. Ruhsal Hastalığa ve Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Olumsuz Tutumları<br>Önlemede Sosyal Hizmet Uzmanının Rol ve Sorumlulukları ..... | 30 |
| 3 ARAŞTIRMANIN METADOLOJİSİ .....                                                                                                                  | 36 |
| 3.1. Araştırmanın Problemi .....                                                                                                                   | 36 |
| 3.2. Araştırmanın Amacı ve Kapsamı .....                                                                                                           | 36 |
| 3.3 Araştırmanın Yöntemi.....                                                                                                                      | 37 |
| 3.4. Araştırmanın Şekli ve Evreni .....                                                                                                            | 37 |
| 3.5. Araştırmanın Değişkenleri .....                                                                                                               | 37 |
| 3.6. Verilerin Toplanması .....                                                                                                                    | 38 |
| 3.6.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması .....                                                                                                 | 38 |
| 3.6.1.1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....                                                                                                          | 38 |
| 3.6.1.2. Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği (RSTTÖ).....                                                              | 38 |
| 3.7. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması ve Değerlendirilmesi .....                                                                               | 39 |
| 3.8. Araştırmanın Hipotezleri.....                                                                                                                 | 39 |
| 3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları .....                                                                                                             | 39 |
| 4.ARAŞTIRMANIN BULGULARI VE YORUMLANMASI .....                                                                                                     | 41 |
| 4.1. Sosyal Hizmet Lisans Öğrencilerinin Sosyo-Demografik Özellikleri .....                                                                        | 41 |
| 4.2. Öğrencilerin Travma Durumuna Göre Edinilen Bulgular .....                                                                                     | 51 |
| 4.3. Öğrencilerin Hastalık Durumuna Göre Edinilen Bulgular.....                                                                                    | 54 |
| 4.4. Öğrencilerin Hastalıkla Karşılaşma Durumuna Göre Edinilen Bulgular.....                                                                       | 56 |
| 5. SONUÇ VE ÖNERİLER .....                                                                                                                         | 60 |
| 5.1. SONUÇLAR .....                                                                                                                                | 60 |
| 5.2. ÖNERİLER.....                                                                                                                                 | 62 |
| KAYNAKÇA.....                                                                                                                                      | 64 |
| EKLER.....                                                                                                                                         | 72 |
| ETİK KURUL KARARI .....                                                                                                                            | 80 |
| ÖZGEÇMİŞ .....                                                                                                                                     | 87 |

## TABLÖLAR DİZİNİ

|                                                                                                                              |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tablo 1.Katılımcıların demografik özelliklere göre dağılımı .....                                                            | 41 |
| Tablo 2.Yaş faktörüne göre puan ortalamaları, standart sapmaları ve ANOVA sonuçları .....                                    | 43 |
| Tablo 3.Cinsiyete göre puan ortalamaları, standart sapmaları ve bağımsız t testi sonuçları.....                              | 43 |
| Tablo 4.Sınıf faktörüne göre puan ortalamaları, standart sapmaları ve ANOVA sonuçları .....                                  | 44 |
| Tablo 5.Öğretim durumuna göre puan ortalamaları, standart sapmaları ve bağımsız t testi sonuçları .....                      | 44 |
| Tablo 6.Aile ile Yaşayıp Yaşamadığına göre puan ortalamaları, standart sapmaları ve bağımsız t testi sonuçları .....         | 45 |
| Tablo 7.Öğrencilerin gelir düzeyine göre puan ortalamaları, standart sapmaları ve ANOVA sonuçları .....                      | 45 |
| Tablo 8.Annesinin Yaşayıp Yaşamadığı durumuna göre puan ortalamaları, standart sapmaları ve bağımsız t testi sonuçları ..... | 46 |
| Tablo 9.Annesinin öz/üveylik durumuna göre puan ortalamaları, standart sapmaları ve bağımsız t testi sonuçları .....         | 47 |
| Tablo 10.Annesinin Yaşına göre göre puan ortalamaları, standart sapmaları ve ANOVA sonuçları.....                            | 47 |
| Tablo 11.Annenin öğrenim düzeyine göre puan ortalamaları, standart sapmaları ve ANOVA sonuçları .....                        | 48 |
| Tablo 12.Babanın yaşayıp yaşamadığı durumuna göre puan ortalamaları, standart sapmaları ve bağımsız t testi sonuçları .....  | 48 |

|                                                                                                                                                        |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tablo 13.Babanın öz/üveylik durumuna göre puan ortalamaları, standart sapmaları ve bağımsız t testi sonuçları .....                                    | 49 |
| Tablo 14.Babanın yaşına göre puan ortalamaları, standart sapmaları ve ANOVA sonuçları.....                                                             | 49 |
| Tablo 15.Babasının öğrenim durumuna göre puan ortalamaları, standart sapmaları ve ANOVA sonuçları .....                                                | 50 |
| Tablo 16.Katılımcıların travma durumuna ilişkin genel tablo .....                                                                                      | 51 |
| Tablo 17.Öğrencilerin travma durumuna göre puan ortalamaları, standart sapmaları ve bağımsız t testi sonuçları .....                                   | 52 |
| Tablo 18.Öğrencilerin travma türüne göre puan ortalamaları, standart sapmaları ve ANOVA sonuçları .....                                                | 53 |
| Tablo 19.Öğrencilerin hastalık durumuna göre puan ortalamaları, standart sapmaları ve bağımsız t testi sonuçları .....                                 | 54 |
| Tablo 20.Öğrencilerin hastalık teşhisine göre puan ortalamaları, standart sapmaları ve ANOVA sonuçları .....                                           | 54 |
| Tablo 21.Öğrencilerin ruhsal hastalığı olan biriyle karşılaşma durumuna göre puan ortalamaları, standart sapmaları ve bağımsız t testi sonuçları ..... | 56 |
| Tablo 22.Öğrencilerin Karşılaşma Durumuna Göre Yakınlık Derecesine göre puan ortalamaları, standart sapmaları ve ANOVA sonuçları.....                  | 56 |
| Tablo 23.Öğrencilerin yakınlığı olan bireye hangi hastalık teşhisine göre puan ortalamaları, standart sapmaları ve ANOVA sonuçları.....                | 57 |

## EKLER DİZİNİ

|                                             |    |
|---------------------------------------------|----|
| Ek 1. Tezde Kullanılan Anket Soruları ..... | 72 |
| Ek 2. Sosyodemografik Bilgi Formu .....     | 75 |
| Ek 3. Araştırma izni .....                  | 78 |
| Ek 4. Ölçek Kullanım İzni .....             | 79 |



## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

akt. : Aktaran

ark. : Arkadaşları

ASHB : Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı

Bk. : Bakınız

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

M.Ö. : Milattan önce

RSTTÖ : Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği

TRSM : Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

vb. : Ve benzeri

vd. : Ve diğerleri

# **SOSYAL HİZMET LİSANS ÖĞRENCİLERİNİN RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK TUTUMLARININ İNCELENMESİ; GÜMÜŞHANE İLİ ÖRNEĞİ**

## **1.GİRİŞ**

Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık tanımlaması; sadece hastalık ve sakatlık durumunun var olmaması değil; fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin sağlanmasıdır. Bu tanım, sağlığın tek boyutlu değil, birçok boyutla ve bütüncül bir yaklaşımla ele almaktadır (Çam, 2014). Toplumla bağdaşık halde olan insan, her zaman birbiriyle eş değer imkâna ve şarta sahip olamamaktadır. Bu açıdan ruhsal hastalığı olup dezavantajlı konuma giren kişiler için toplumsal tutumun derecesi önemli olmaktadır ve bu tutumun pozitif yönde geliştirilmesi gerekmektedir. Var olan tutumların kaynağında aile, yaşantılar, yakın çevre, sosyoekonomik durumlar ve kalıplaşmalar yer almaktadır. Bu kalıplaşmaların ruhsal hastalığa sahip bireyler açısından olumlu özellikler taşıması ve desteklenmesi önemlidir. Ruh sağlığı ve iyiliğinin; kişinin kendi içinde, çevresini oluşturan kişilerle ve toplumla barış içinde olması, sürekli denge, düzen ve uyum sağlayabilmek için çaba göstermesi ve bunu sürdürebilmesidir (Çam, 2014).

Sosyal hizmet eğitiminde disiplinler arası yaklaşımın önemini belirtmek, ruhsal hastalıkları değerlendirirken sosyo-demografik özelliklerin yansımaları ortaya koymak, psikiyatrik sosyal hizmet dersinin önemini vurgulamak ve ruhsal hastalıkların farkındalığı ile yapılan sosyal hizmet mesleğini bu noktada açıklamak gerekmektedir. Özellikle mezun olduktan sonra ruh sağlığı alanında ekip içerisinde çalışacak olan sosyal çalışmacılar tutumların olumlu yönde değişmesinde önemli bir meslek elemanıdır. Ottawa Planı'na göre, ruh sağlığını korumak ve geliştirmesini sağlamaya yönelik, sağlık politikaları oluşturmak ve uygulamak, destek içerisinde olan bir çevre yaratmak, toplumsal birlikteliği güçlendirmek, bireysel açıdan beceriler kazanmak ve sağlık hizmetlerinin yönünü pozitif açıda değiştirecek şekilde beş farklı eylem alanı bulunmaktadır (WHO, 2005).

Daha çok dezavantajlı grup olarak nitelenen müracaatçı kitlesi ile çalışmalar yapan sosyal hizmet mesleği kronikleşmiş birçok durumun çözülmesi için uğraş vermektedir. Sorunun

özümü için problem tespiti ile işe başlayan sosyal çalışmacı, durumun analizini yapmak için hastalık öncesi ve sonrası tüm faktörleri inceleyip, müdahale de bulunmaktadır. Bu noktada sorunlar, akademik alt yapıya dayanan mesleki bilgi vasıtasıyla bütüncül yaklaşımla özölmeye çalışılmaktadır. Uygulamalı bir meslek ve akademik bir disiplin olarak sosyal hizmetin, ruh sağlığı ve ruhsal hastalık ile ilişkisi bu çalışmanın ana çerçevesini meydana getirmektedir. Sosyal hizmetin her alanda uygulamada bulunduğu sosyal hizmet uygulamaları ruh sağlığı alanında da etik ilkeler çerçevesinde yerine getirilmektedir (Özbesler ve İçağasıoğlu oban, 2010). Dolayısıyla bu araştırmanın temel amacı, sosyal hizmet lisans öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik tutumlarını değerlendirmek, inançlarını ve bakış açılarını “Ekolojik Sistem Yaklaşımı” ile analiz etmektir.

Sosyal hizmet alanında eğitim alan lisans öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik tutumlarının belirlenmesi, dört yıllık lisans hayatında temel eğitimden geçen sosyal hizmet bölümü lisans öğrencileri, müfredatta yer alan dersler çerçevesinde akademik anlamda bilgi birikimi edinmektedirler. Öğrenciler, eğitim süreci bittikten sonra sosyal çalışmacı unvanı ile bir grup müracaatçı ile sosyal hizmet mesleğini uygulamaya başlamaktadır. Bu bakımdan mesleğin uygulama boyutu akademik kazanımlar ile şekillenmekte ve desteklenmektedir. Bu araştırmada sosyal çalışmacı olarak ruh sağlığı alanında hizmet verecek olan öğrencilerin, meslek hayatlarında çalışacakları müracaatçı gruplarından birisi olarak ruhsal hastalığa yönelik tutumları incelenmiştir.

## **2. PSİKİYATRİK SOSYAL HİZMET AÇISINDAN RUH SAĞLIĞI VE RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK GENEL BİR BAKIŞ**

### **2.1.Ruh Sağlığı Kuramsal Temeli ve Psikiyatrik Sosyal Hizmet**

Sağlık, birbirini devimsel olarak etkileyen ruhsal, fiziksel, kültürel ve toplumsal yönleri olan çok boyutlu bir kavramdır. Günümüzde dünyada sağlık politikalarında etkin olan Dünya Sağlık Örgütü de bütünde sağlığı, özelde de ruh sağlığını bütüncül ve olumlu yaklaşımın paralelinde tanımlamaktadır. Olumlu yaklaşımda akıl hastalığı tanımı yerine ruh sağlığı tanımı ön plana çıkarılmaktadır. Böylece ruh sağlığı bütüncül bir bakış açısı ile tanımlanır. Ruhsal hastalıklar, davranışlarda medikal açıdan belirgin rahatsızlıklar olması ile devam eden hastalıklardır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

WHO, ruh sağlığını şu şekilde tanımlamaktadır: “Ruh sağlığı ve iyiliği her bir bireyin biricikliğini ve var olan potansiyelini gerçekleştirdiği, üretken ve verim alacak biçimde çalışabildiği, yaşamın normal stresleriyle başa çıkabildiği ve ait olduğu topluma fayda ve katkıda bulunabildiği bir iyi olma hali” (WHO, 2005) olarak nitelendirmektedir.

Psikiyatrik sosyal hizmet ise ruh sağlığının korunması, ruhi yönden zorluk yaşayan kişilerin zorluklarının tespit edilmesi ve toplum içinde kendilerini gerçekleştirmelerinde, sağlıklı olmalarında ve işlevlerini daha etkili bir şekilde yerine getiren bireyler haline dönüşmelerinde yardımcı meslek dalı olmaktadır (Bulut, 1993).

Bu tanım genelde ruh sağlığı alanında eski yaklaşımlardan uzaklaşmakta, sadece uygulanmakta olan tıbbi modelden vazgeçtiğinin, olumlu ve bütüncül bir yaklaşımı benimsediğinin göstergesi olmaktadır. Tek açıdan değil bütüncül açıdan incelenmiş, bedensel ve ruhsal sağlık boyutunun yanında var olan ve üçüncü boyut olarak sosyal sağlık kavramı nitelendirilmiştir.

Bu tanımlamalardan yola çıkarak sosyal hizmetin temel amacının zorluklarla karşılaşan tüm dezavantajlı grupların hizmetlerden etkin bir şekilde yararlanmasını sağlamak olduğu görülmektedir. Bireyin sosyal çevresiyle ve ortamıyla olan iletişim kurma haline, kurduğu etkileşimine odaklanmayı gerekliliğini sağlamaktadır. Kişinin yaşam kalitesinin ve sosyal işlevselliğinin daha iyi bir gelişim sağlaması noktasında çalışmalar yapan sosyal hizmet mesleği bu açıdan ruhsal sağlık alanında önemli bir göreve sahip olmaktadır (Duyan, Sayar ve Özbulut, 2008).

Sosyal hizmet mesleği bireylerin normal ya da anormal şekilde damgalanmasına karşı çıkmakta ve bireylerin içinde bulunduğu çevresel ve sosyodemografik ortamların dikkate alınması gerektiğine önem vererek sosyal işlevsellik bakış açısıyla ele almaktadır.

Sosyal hizmet perspektifi, ruhsal bozukluk kavramına “sosyal işlevsellik” ile açıklama getirmektedir. Bundan ötürü sosyal hizmet uzmanları, bireyleri normal, anormal veya bozukluk durumunda olanlar olarak sınıflandırmaya yönelmemektedir. Yönelimini “çevresi içinde birey” bakış açısıyla, sosyal işlevselliğinin sağlanması ve yaşama gayretini kolaylaştıran veya engelleyen bir süreçten geçtiğini görmektedir. Kişinin sosyal işlevsellik kalitesinin varlığı, yaşamındaki birçok faktörlerden bazıları olan fizyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerle ilgili olmasıdır. Sosyal işlevsellikte problem olabilecek üç türde bu durum bulunmaktadır. Bunlar: iş ortamı, yaşam geçişleri esnasında stresli olma, ilişkisel problemlerdir (Tuncay ve Tekin, 2021).

Ruh sağlığı ve ruhsal hastalık kavramları üzerinde ortak bir görüş birliği sağlanamamaktadır. Psikiyatri alanında da kendi içinde tıbbın geri kalanından gerçeklik algısı sorunları nedeniyle ayrılmaktadır. Genellikle tıp kuramlarında hastalık ve bozukluk temelini gerçeklik üzerinden ele almaktadır.

### **2.1.1.Kapsamı, İlgi ve Uygulama Alanı**

Ruhsal hastalığa sahip bireyde hastalık, fiziksel ve gözlemlenebilir bir değişiklik yapar. Bu durum psikiyatri alanında oldukça problem oluşturan bir durumdur. Genel tıpta hastalıklar bedende gözlenebilir ve ölçülebilir ancak ruhsal hastalıklarda bu durumun tespiti güçtür. Kişiyi şekillendiren ise kültürdür. Dolayısıyla ruhsal hastalık ve ruhsal bozukluk kavramı etkileşimsel olarak kültürel bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır (Bahar ve Savaş, 2013).

Bu nedenle ruhsal hastalık kavramı diğer hastalıklara göre üzerinde çok daha fazla belirsizliklerin var olduğu bir kavramdır. Bunun sebebi her toplum ve kültüre uyan bir “normal” kavramının belirlenememiş olmasıdır. Tıp literatüründe düşünce, inanç, tutum ve davranışları normal sınırlar içerisinde olan bireyler ruh sağlığı bozulmamış olarak kabul edilmektedir. Ruh sağlığı bozulan kişi ise, genellikle duygu, düşünce ve davranışlarında değişik derecelerde tutarsızlık, aşırılık, uygunsuzluk ve yetersizlik gibi “anormal” davranışlar sergiler (Candansayar ve Coşar, 2001).

Ruh sağlığı, sağlık kavramının önemli ve ayrılmaz bir parçasıdır. Ruh sağlığı ile ilgili sorunların varlığı ve tüm dünyada örneklerine rastlanması, fiziksel kayıplar ile sonuçlanabilmesi ve ekonomik açıdan da kişilerin hayatını etkileyecek sonuçlar vermesi sebebiyle toplumsal yönden incelenmesi ve ele alınması gereken bir kavram olarak kabul edilmektedir. Ruhsal hastalıklar ve ruh sağlığı ile ilgili konuşmalar, günlük konuşmaların bir parçası haline gelmektedir. Her problem kendine özgüdür de doğal sonuçlar içermektedir. Bu sonuçlarda tutumları inançları etkilemektedir. Bireylerin günlük yaşamlarında alışılmış olmayan bir davranışın veya duygularını ifade ederken bir kanıda bulunması bile ruhsal hastalık sahibi olduğuna yönelik damgalamalar yaşamasına neden olmaktadır. Bu etkileşim içerisinde bir bulunmak yanlış olmaktadır çünkü ruhsal hastalıkların tanımlaması net bir şekilde mümkün olmamaktadır.

Net bir tanımın olmaması tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının geçmişinin de oldukça eski dönemlere dayanmasına araştırmaların 19. yüzyıl 20. yüzyıl ilk zamanlarında yapılmasına neden olmuştur. Organize olmamış hizmetler, taburcu olan hastaların izlenmesi gibi nedenler Tıbbi Sosyal Hizmet Yönergesinin oluşumuna itmiştir (Artan, 2013). Tıbbi sosyal hizmet uygulamaları açısından ruhsal hastalıkların tanımlanması ve sınıflara ayrılması tıpta hastalığın etiyolojisi, belirtileri ve hastalığın devam ettiği süreç hakkında ve tedavisi konusunda tutarlı sonuçların var olduğ u süreçtir. Örneğ in diyabet belirtileri ve tedavisi süreciyle tıbbi bir hastalıktır. Psikiyatrik sosyal hizmette tanımlamalara bilgilerin bulunmayış ı hastalık yerine “bozukluk” kavramının kullanılmasını gerektirmiştir ve bozukluğun tanımlanmasında onun betimleyici özellikleri, kısaca belirtiler ana değ er olarak ele alınmıştır (Artan, 2013).

Ruh sağlığı, sağlığı büt ünleyici parçası halinde olup, ruh sağlığı yerinde olmayan bir bireyin fiziksel sağlığında bir problem olmasa dahi sağlıklı olduğ u söylenemez. Ruh sağlığı fiziksel ve sosyal sağlıkla birlikte ele alınır, fiziksel sağlıkta meydana gelen herhangi bir problem ruhsal sağlığı da etkileyecektir. Ayrıca ruh sağlığı, fiziksel ve sosyal sağlıkla bağlantılı olduğ undan ruhsal hastalığın olmayış ından daha fazla anlamları ifade etmektedir (Artan, 2013).

Ruhsal anlamda yakalanamayan iyilik hali yaşam ın her anına etki edecektir. Yaşam ın her anında birçok faktörden oluş an fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik ve mesleki alanlardır. Bu açıdan ele alınınca ruh sağlığı tam bir iyilik halinin sağlanması ve yaşam kalitesinin arttırılması için önemli olan temel içerikler arasında yer almaktadır (WHO, 2005). Ruhsal bozuklukların nedenlerinin henüz bilinmiyor oluş u bu türdeki

bozuklukların tanılanması ve sınıflandırılması ihtiyacını da beraberinde getirmiştir. Tanımlama ve sınıflandırma tüm disiplinlerde olduğu gibi ruh sağlığı alanında çalışmalar yapan sosyal hizmet mesleği açısından da önemli olmaktadır.

Ruhsal hastalıklar kişide öznel olarak rahatsızlık hissi yaratan ya da tüm yaşam işlevlerinde olumsuz etkilenme ve sonuçlara neden olan bir hastalıktır. Günümüzde rahatsızlıklar ve ruhsal incinme, stres etkenleriyle ilgili durumların dışında psikiyatrik bozukluklar belirli bir etkenle ruhsal hastalıkla ilişkilendirilmektedir. Psikiyatride ruhsal hastalıkların neden kısmının henüz aşılammış olması bu nedenle psikiyatrik hastalık yerine bozukluğun tanımsal kategorisi içinde benimsenmesinde etkili olmuştur (Şar, 2014).

Ruh sağlığının istatistiksel açıdan tanımında, toplumda davranışları yönüyle çoğunluğa uyum sağlayan kişiler için normal olarak tanımlanmıştır. İstatistiksel yöntem, tıp alanında oldukça kullanılmaktadır ve ruh sağlığı açısından çoğunluğa uyumun ölçüt olarak belirlenmesinin sağlıklı olup olmadığı ise tartışılmaktadır. Örneğin, köydeki tüm erkekler vaktinin tamamından çoğunu kahvehanede geçirmektedir. Diğer yarısı ise evde ev işlerinde eşlerine yardım etmektedir. Buna göre vaktinin çoğunu kahvehanede geçiren erkekler mi yoksa azınlıkta olan ve vaktini ev işlerine yardımcı olmakta kullanan erkekler mi normal olmaktadır? Dolayısıyla istatistiksel tanımın çoğu kez kişiden kişiye değişebilir bazen de geçersiz olduğu görülmektedir (Öztürk, 1997).

Ruh sağlığının tıbbi tanımlaması da değişik ölçütler içermektedir. Çevreye uyum sağlayabilme ölçütü, toplumun değer yargıları ve anlayışını ele alır. Ancak toplumun değer yargılarını normallliği tanımlamak için kullanmanın da doğruluğu tartışılır. Çünkü değerler de tüm her şeyin değiştiği gibi toplumdan topluma çağdan çağa değişmektedir (Öztürk, 1997).

Tıbbi tanımlama açısından ruhsal sorun bireyin içinde “aşırı anksiyete olmaması” halidir. Ruhsal sağlığı anksiyetenin olmaması olarak ele almaktadır. Ancak anksiyete, telaşçılık hali, acıların dışavurumu hatta mutsuzluk bazılarında bir ruhsal bozukluğun belirtisi olurken, bazılarında ise doğal tepkiler olmaktadır (Arıkan ve Dilek, 1996).

Sonuç itibarıyla normallüğün ve anormallüğün kesin sınırları bulunmamaktadır. Normallüğün ölçütleri kişiden, toplumdan, kültürden kültüre değişmektedir. Bu da kime göre normal? Kime göre anormal? Şeklinde karşımıza çıkmaktadır. İstatistiksel tanımda da

tıbbi tanımlamadaki fikirlerde de az ya da çok gerçeklik payı söz konusu olsa da bireyden bireye toplumdan topluma değişebilmektedir (Öztürk, 1997).

### **2.1.2.Ruh Sağlığında Sosyal Hizmetin Yeri**

Sosyal hizmet, profesyonel şekilde ilgilendiği, kuralları bilgi, beceri ve değerler sistemi olan bir meslektir. Aslında önceliği, birey ve sosyal çevresi arasındaki etkileşim düzeyine ve etkileşime, psikososyal ve ekonomik nedenlerden kaynaklı sorunların çözümüne odaklanmaktadır (Kaya Kılıç, 2020).

Sosyal hizmet mesleği tarihi tıp dalı olan psikiyatri tarihi ile paralel şekilde gelişmiştir ve her iki meslek dalında da epey zamandan fazladır varlığını sürdürmektedir. 1970’li yıllarda Dünya Sağlık Örgütünün de mesleklerin birlikte hastalıklarla çalışmasını öngören çalışmaları psikiyatrik hizmetlerde, sosyal hizmet mesleği ve sosyal hizmet uzmanlarının da önemli bir yer edinmesine katkı sağlamıştır (Bahar ve Savaş, 2013).

Tıp bilimi insanı fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden bir bütün olarak kabul etmektedir. Bu çerçeveden ele alındığında bireyin çevresiyle ciddi bir etkileşim ve birliktelik içinde olduğu ve bu etkileşimin de bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığını etkilemektedir bu da sosyal hizmet mesleğiyle birlikte tedavi sürecine girmesinde önemlidir. Bu süreçte denge ve uyumun olduğu durumların sağlıklılığı, bireysel bir doyumla birleşirse bireyin ruhsal yönden sağlıklı olduğu aksi durumda ise sağlıklı olmadığı kabul edilmektedir (Başer Kırhoğlu ve Mavili Aktaş, 2013).

Sosyal hizmet mesleği öncelikle ruh sağlığı alanında koruyucu, önleyici ve tedavi edici boyuttaki rol ve fonksiyonları ile ruh sağlığı alanında etkin olarak yer almaktadır. Literatür incelenmesi yapıldığında tedavi sürecinde sosyal hizmetin psikiyatrik kurumlarda birey, grup ve toplum ölçeğinde işlevsellik artırıcı uygulamalarda aktif rol almaktadır (Arıkan ve Dilek, 1996).

Ruhsal bozukluk DSM-V tanımında, ruhsal iyilik halinin altında yatan ruhsal, fiziksel durumlarla ilgili ya da gelişimsel süreç aşamalarında işlevsellikte bir bozulma olduğuna dair, bireyin bilişsel, duygusal, tıbbi açıdan belirgin bir bozukluk olmasıyla ilgili bir belirtidir (Köroğlu, 2014). Bu belirtilerin psikiyatrik tedavisi ekip işidir ve danışma içeren tedavi programıyla çözümlenmesi aynı zamanda doktorlarla birlikte ekip içerisinde

yer alan meslek profesyonellerinden birisi de sosyal hizmet uzmanlarıdır (Oral ve Tuncay, 2012).

Toplum ruh sağlığının korunması, tanı ve tedavi süreçlerine kadar genişleyen bu tabloda sosyal hizmet uzmanlarının da çeşitli rolleri bulunmaktadır ve bu rollerde meslek elemanlarının sorumlulukları da yer almaktadır. Ruhsal bozuklukların nedenleri ve sonuçları sadece hastalık belirtilerine odaklanan tek yönlü tıbbi bakış açısıyla ele alınmamaktadır. Birçok faktörden etkilenen ve bu faktörlerin kişinin fiziksel, sosyal, ekonomik, iş çevresi, okul çevresiyle bağlantılı olduğu görülmektedir ve sosyal hizmet mesleğinin uygulamalı bir bilim dalı olması sebebiyle bu durumun önemi gösterilmektedir. Tıbbi tedavi ile sosyal tedavinin de sağlanması, psikiyatrik sosyal hizmet mesleğinde önemi göstermektedir (Kahramanoğlu, 1973).

20. Yüzyıl sonrasında psikiyatri alanında ve ruh sağlığında meydana gelen önemli gelişmelerden bir tanesi de biyopsikososyal modeldir. Hastalıkların daha iyi anlaşılması ve çözümlenmesi için diğer ruh sağlığı teorileri ile ele alınması ve katkısının anlaşılacak biyopsikososyal yaklaşım önem kazanmıştır. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nda unsurların en başında vurgulanan hastaların, çevresinin ve ailelerin biyopsiko-sosyal yönden destek sağlanması ile mesleki açıdan sosyal işlevselliklerin sağlanması da gelmektedir. Bu unsurların vurgulanmasının temel nedeni hasta, ailesinin ve çevresinin bilinçsiz olması nedeniyle taburculuk sonrası hastalığın nüksetme oranlarının artış göstermiş olması ve bundan dolayı ruh sağlığında tedavi sürecinin çetrefilli bir hal almasıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Bireylerin var olan tüm değişken faktörleriyle birlikte bütüncül olarak biyolojik, sosyolojik ve psikolojik incelenmesi gerektiği, sadece hastalık ve hastalığın getirdiği duruma odaklanmak değil kişinin içinde bulunduğu hastalık aşamasına yönelik yaklaşım türünün benimsenmesi ve bakış açısının geniş açıdan değerlendirmesi gerekmektedir (Arkan ve Dilek, 1996).

Ruh sağlığı meslek elemanı olan sosyal hizmet uzmanlarının uygulamaları oldukça etkili olmaktadır. Sosyal hizmet mesleği meslek aşamaları olan koruyucu-önleyici-tedavi-rehabilite edici boyuttaki görev ve sorumluluklarıyla ruh sağlığı alanında aktif olarak yer almaktadır (WHO, 2005).

Sosyal hizmet mesleği son zamanlarda büyük ilerleme kaydetmiş, hayırseverlik boyutundan çıkıp bir sistem haline gelmiştir. Tıbbi tedaviyi tamamlayan psikiyatristlerin

hastayı birlikte çalıştığı iş arkadaşlarından psikiyatrik sosyal hizmet uzmanına yönlendirmiş olması, psikoterapi hizmeti almasının ve tedavinin kalıcı olmasının önünü açmaktadır (Artan, 2013).

Psikiyatrik sosyal hizmet, ruh sağlığı çalışmalarından sonra talep edilen ve edindiği meslek rolleri ile savunucu, arabulucu, vaka yöneticisi çalışmalarından ötürü bireyi zorlayan aile, çevre ve iş etkili stres faktörlerini ele alır. Psikolojik tedavinin yanı sıra çift terapisi ile aile danışmanlığı gibi metotları kullanmaktadırlar. Toplumsal düzeyde de çalışmaları olan sosyal hizmette makro boyutta damgalamayı önlemek için çalışmaları olan, toplum eğitimi ve var olan politikaların geliştirmesi gibi hizmetler sağlanmaktadır (Kahramanoğlu, 1973).

Günümüzde hastalıklarda psikiyatrik tedavi sürecini ruh sağlığı bozulan kişinin, bütüncül bir şekilde ailesini, çevresinin ve ait olduğu toplumu kapsayacak şekilde ele alacak anlayışa ihtiyaç vardır (Saruç & Duyan, 2009). Sosyal hizmet uzmanları, mesleki becerileri kullanma noktasında ve hastalığın ilk epistemolojik evrelerinde koruyucu önleyici çalışmaları gerçekleştirmesi, bilgi/beceri ve değerlerini hastalığın başlangıcından tedavi sürecinde hastanın süreci en iyi şekilde yönetmesini sağlayıcı farklı birimlerde olma zorunluluğu bulunmaktadır (Artan, 2013).

Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde çalışmakta olan meslek elemanları; psikiyatri doktorları, psikologlar, sosyal hizmet uzmanları, psikiyatri hemşireleri, sosyologlardan oluşabilir. Bu meslek elemanları, hastalara iş ile ilgili değerlendirme, bireysel danışmanlık, kariyer danışmanlığı, aile ve grup terapisi, çocuk ve yetişkin danışmanlığı, krize müdahale, toplumsal eğitimler vermektedirler (Zastrow, 2015).

Psikiyatrik sosyal hizmet, toplumsal birçok alanda mikro, mezzo, makro grup çalışması, sosyal hareketlilik, sosyal planlama ve sosyal politika gibi çalışma metotlarını kullanarak mesleki çalışmasını devam ettirmektedir. Sosyal hizmet lisans eğitiminde müfredat dersleri, öğrencilerin mezun olunca görev alacakları çeşitli alanlarda çalışma yapmaya hazırlamakta ayrıca mesleğin müdahale odaklarının geniş açıdan ele alması noktasında, ruh sağlığı alanında uzmanları avantajlı konuma getirmektedir (Oral ve Tuncay, 2012).

Sosyal hizmet uzmanları gelişmiş ülkelerde psikiyatrik sosyal hizmet alanında çalışan, tıbbi sosyal hizmet uzmanı olarak da ruh sağlığı çalışmalarını sürdürmektedir. 1970'li yılların sonunda ülkemizde başlayan psikiyatrik sosyal hizmet hastanelerde artış

göstermiş ve yıllar geçtikçe sadece hasta hakları ile ilgili çalışmalar yapmanın yanısıra tıbbi sosyal hizmet ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri gibi farklı kurum ve kuruluşlarda önemli bir yer edinmiştir (Oral ve Tuncay, 2012).

Ülkemizde ruh sağlığı alanında çalışan meslek elemanı sayısı Avrupa ülkelerinin oldukça gerisindedir. Avrupa’da psikiyatri hizmetlerinin planlanması ülke nüfusu oranına göre yapılmaktadır ve bu nedenle meslek elemanı sayısı nüfus artışına göre güncellenmektedir. Ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve psikiyatri hemşiresinin sayısının artırılması toplum ruh sağlığı hizmetlerinin niteliğinin artırılması açısından oldukça önemlidir (Bilge, ve diğerleri, 2016).

Toplum temelli gerçekleştirilen ruh sağlığı alanında sosyal hizmet uzmanlarının yeri ve önemi 2011 yılı Ruh Sağlığı Eylem Planı’nda vurgulanmıştır. Ruh Sağlığı Eylem Planı’nda Avrupa’da var olan toplum temelli ruh sağlığı sisteminin meslek elemanı olan sosyal hizmet uzmanlarının üzerine kurulduğu belirtilerek ülkemizde sağlık alanında halen 613 sosyal hizmet uzmanının çalıştığı ve bu sayının hızla artırılmasının gerektiği üzerinde durulmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı, Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı, 2011).

Dünya Sağlık Örgütü sağlık verilerine göre 2005 yılında Almanya’da 100.000 kişiye düşen sosyal hizmet uzmanı sayısı 477 ve bu rakama rağmen sosyal hizmet uzmanı sayısının yeterli olmadığına dikkat çekilmektedir (Ulaş, 2008). Bu sonuca dayanarak Türkiye’deki sosyal hizmet uzmanı sayısının toplumun psikolojik ve sosyal sorunlarına çözüm kazandırmak için yetersiz kaldığı söylenebilir. Buna rağmen sosyal hizmet uzmanlarının ruh sağlığı alanındaki işlevleri ile alana olan katkıları oldukça değerlidir.

### **2.1.3.Dünyada ve Türkiye’de Ruh Sağlığı Hizmetlerinin ve Ruh Sağlığında Sosyal Hizmetin Tarihsel Gelişimi**

Sosyal hizmetin ruh sağlığı alanında gelişimini açıklamadan önce neden bilinmeli ve öncelenmelidir. Dünyada ve Türkiye’de ruh sağlığı hizmetlerinin tarihsel gelişimine bakılmalıdır. Geçmişten günümüze toplumların ruhsal bozukluğa ve bozukluğu olan bireylere yaklaşımı, uygulanan tedavi ve bakım hizmetleri ile sosyal hizmet mesleği gelişim süreci önem taşımaktadır.

Geçmişten günümüze ruhsal bozukluğa sahip bireylere sunulan sosyal hizmetler, değişen ihtiyaçlar doğrultusunda değişmiştir. Uzun yıllar önce ruhsal bozukluğu olan

kişileri önce sokaklarda, sonra düşkün evlerinde, ardından akıl hastanelerine kapatan yaklaşım ve sistemler, değişen toplumsal yapı içinde daha insani şekilde yaşamalarını sağlamaları yönünde hizmet sunmaya çalışmaktadır (Tuncay ve Tekin, 2021).

Günümüz toplumsal düzende, ruhsal bozukluğu olan kişilerin toplumun sistemin bir parçası olarak hayatlarına devam etmeleri konusunda insancıl hizmetlerde bulunmaları, projeler ve programlar oluşturulması yönünde çaba sarf edilmektedir. Değişen ve gün geçtikçe gelişen ruh sağlığı çalışmalarında, sosyal hizmet mesleği daha aktif bir rol alarak ruhsal bozukluk yaşayan kişilerin tedavi sürecine katkı sağlamakta, aileyi desteklemekte ve toplumun kişiyi kabul etmesinde önemli bir amaca hizmet etmektedir (Oral, 2020).

M.Ö. 5.yy. ilk kez Hipokrat, Eflatun ve Aristo hastalıkların olağanüstü güçlere ve büyüsel düşünceye bağlı değil, doğal etkenlere bağlı olduğunu belirtmiştir. Yani bu dönemde Hipokrat ve diğerlerinin “psişik” ve “depresyon” terimlerini kullandığı ve tapınaklarda bu rahatsızlıklara sahip olduğunu düşündükleri hastaların uyutulduklarını, rüya analizi yorumlarının ve eleştirilerin yapıldığı görülmektedir. Hipokrat ruhsal bozukluk yaşayan kişilerden korkmak yerine, onlara şefkatlice ve iyilikle davranılması gerektiğini savunmuş, bu yönde girişimlerde bulunmuştur (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Ruhsal bozukluklar, önemli toplumsal, sosyal ve ekonomik sonuçları olan, sosyal işlevselliği ciddi ölçüde azaltan ve giderek yaygınlaşan sağlık sorunlarının başında gelmektedir. Ruhsal bozukluklar hem dünyada hem de Türkiye’de sıklıkla görülmektedir (Steel Z ve diğerleri, 2014).

Türkiye’de hastalık fazlalığının temel hastalık gruplarına göre dağılımı yapıldığında psikiyatrik yüklerinin temel hastalık gruplarına göre dağılımı yapıldığında psikiyatrik hastalık grubu kalp kaynaklı hastalıklardan sonra ikinci sırada yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı, 2011).

Toplumların ruhsal bozukluk ile ilgili düşünceleri ve ruhsal bozukluğa sahip bireylere yaklaşımları, tarihin en eski dönemlerinden günümüze kadar her dönem farklılık göstermektedir. Tarih öncesi dönemlerde insanlar yaşadıkları tüm hastalıkların doğaüstü güçlerden kaynaklandığını düşünmüşlerdir. İnanan insanların kutsal varlıkla bağ kurarak çözümler aramışlardır. Çözüm bulamadıklarında ise hastalığın nedeninin kötü ruhlardan kaynaklandığını düşünmüşlerdir (Şar, 2014).

Tarih öncesi dönemlerdeki insanlar tüm hastalıklarla anlamlandırılmayan ve çözüm getirilemeyen benzer şekilde ruhsal bozuklukların da doğaüstü güçlerden geldiği, kötü ruhların bireyi ele geçirdiği düşündüğü olmuştur. Bu nedenle büyüye ve Şamanizm uygulamalarına başvurulmuştur (Çetin, 2005). Şamanizm inanç sisteminde, doğanın iyi ve kötü ruhların etkisinde olduğu düşüncesine dayanmaktadır. Ruhsal bozuklukların kötü ruhların ele geçirdiğini düşündüklerinden kişileri iyileştirmede kendi yöntemleriyle büyüye başvurmuşlardır (İzgi, 2012).

Hipokrat M.Ö. yüzyılda, tıp tarihi açısından önemli bir açıklamada bulunmuş, ruhsal bozuklukların sebebinin doğaüstü güçlerden gelmediğini, o zamanlarda hormonal yerine beden sıvılarındaki dengesizlik nedeniyle olduğunu belirtmiştir (Çetin, 2005).

Orta Çağ'da ruhsal bozukluklara yönelik düşünceler Hipokrat ve Galen 'in tıbbı kazandığı tüm çaba ve bilgiye rağmen İlk Çağ'dakine benzer bir yaklaşım göstermiştir. Ruhsal bozukluğun nedeninin cadı büyüünden kaynaklandığı, kişinin şeytanla birlikte iş birliği yaptığı düşüncesi oluşturmuştur (Yüksel, 2014). Bu sebeple ruhsal bozukluğu olan kişiler, ağır işkencelere ve davranışlara maruz bırakılmışlar, içlerindeki şeytandan uzaklaştırılmaları için yakılmışlardır (Çetin, 2005) ve toplumdan uzak yerlerde olmaları için hastanelere ve hapisanelere kapatılmışlardır (Zastrow, 2015).

16. Ve 17. Yüzyılda Avrupa'da yaşanan bilimsel gelişmeler çağdaş tıbbın başlangıcı olarak kabul edilmiştir, tıbbın bir dalı olarak modern psikiyatrinin yerini almasına zemin hazırlayan unsurdur. Bu sebeple yaklaşımlar ve beklentiler değişmeye başlamıştır. Amerika'da 1751 yılında ruhsal bozukluğu olan kişilerin tedavi ve bakımlarının yapılması amacıyla açılan "Pennsylvania Akıl Hastanesi" ilk genel hastane olarak kurulmuştur. Benjamin Rush, hastanenin kurucusu ve Amerikan psikiyatrisinin babası olarak kabul edilen ruhsal kişilere uyguladığı "Moral Tedavi" ile ismini duyurmuştur (Çetin, 2005).

Yusuf Has Hacıp'in 11.yüzyılda yazdığı "Kutadgu Bilig" adlı eserinde Türkiye'de ruh sağlığı hizmetlerinin tarihsel gelişimi eserinde ruhsal bozukluğu tedavi eden doktorlara yer verilmektedir. Aynı zamanda Kutadgu Bilig eserde ruhsal bozukluğu olan kişileri tedavi etmede gök tanrı ile bağlantılı ve kötü ruhları kovan, büyü, efsun yapan Kahin'den bahsedilmektedir. Sigmund Freud, 20. yüzyılın ilk çeyreğinde çağdaş psikiyatrinin gelişiminde önemli isimlerden biridir. Geliştirdiği teoride, kişilerin daha önceki yaşamlarında yaşadıkları ve bilinçaltına attıkları anıların özel yöntemlerle hatırlanabileceği

ve bu bilgilerinde tedavide kullanabileceğini belirtmiştir ve bu kuram halen kullanılmaktadır (Yüksel, 2014).

Orta Çağ'da, Avrupa'da ruhsal bozukluğu olan kişilere ağır işkenceler ve davranışlarda bulunulması, şeytandan uzaklaştırılmaları için yakılma ve hastanelere kapatılma, toplumdan uzaklaştırılma uygulamaları İslam topluluklarında ve Türklerde pek rastlanılmamıştır. Osmanlılar Dönemi'nin sağlık kurumları Selçuklu Dönemi'nin devamı şeklinde olmuştur ve ruhsal hastalıklara yaklaşım ve tedavi yöntemlerinde İslami kültür ve gelenekleri rol oynamıştır. İbadet merkezlerinin yanına şifahaneler kurulmuş ve bu şifahanelerin büyük bir bölümü ruhsal hastalık yaşayan kişilere hizmet vermişlerdir (Yüksel, 2014).

Gerçek anlamda ilk akıl hastanesinin Fatih tarafından açılmış olduğu, sonrasında Beyazıt'ın Edirne'de, Yavuz Sultan Selim'in Manisa'da, Kanuni Sultan Süleyman'ın İstanbul'da Darüşşifa denen Süleyman Bimarhanesini yaptırmıştır. Topbaşı tımarhanesini ve valide camii yanında bir tımarhane daha ikinci Selim'in eşi Nur Banu Sultan tarafından yaptırılmış; birincisi erkekler, ikincisi kadınlar için kullanılması planlanmıştır (Gölgeçen, 2021). Toptaşı Bimarhane'si ülkenin tek akıl hastalıkları kuruluşu olarak, çok uzun yıllar kullanılmıştır ve Cumhuriyetin ilk yıllarında da bugünkü Bakırköy'deki yerine taşınmıştır. Manisa ve Elazığ'da cumhuriyetin ilk yıllarında önemli ve büyük bir kısmı ruhsal hastalara ayrılmış birer akıl hastanesi açılmıştır (Çölgeçen, 2021).

İstanbul'daki azınlık halk da ruh sağlığı hastanelerinin psikiyatri servislerinde topluma yararlı hizmetler yapmışlardır. 1960 yılından sonra genel ruh sağlığı programı içinde Samsun'da, Ankara Gölbaşı'nda ruh sağlığı merkezleri kurulmuş ve Marmara ruh sağlığı merkezi eski adı Bakırköy akıl hastanesinin adı olarak o yıllarda değiştirilmiştir. Sonra tekrar Bakırköy akıl hastanesi kendi adını almıştır. Ruh sağlığı merkezlerinin kurulması ve geliştirilmesindeki hedeflerden biri giderek artan düzensiz oluşumları ortadan kaldırmak ve tüm vatandaşlara hizmet ilkesini benimsemiş, uğraşını da tedavi olmak isteyen ve akıl hastalarına daha insancıl bir yaklaşımla tedaviyi amaçlayan kurumlarının başlatılması ve çoğaltılması idi (Çölgeçen, 2021).

Osmanlı Dönemi'nde ruhsal hastalara tekke geleneği, Şifahaneler dışında uygulanan tedavi yöntemlerinde de olmuştur. Osmanlı Devleti'nde ruhsal bozukluğu olan kişilere hizmet veren en büyük akıl hastanesi Toptaş'ı Bimarhane'siydi. Bimarhane'nin fiziksel koşulların yetersiz olduğu, sokakta gezen ve kimsesi olmayan ruhsal bozukluğu olan

kişilerin toplandığı, ardından hapishaneye götürüldüğü sonra cinnet geçirenlerin Toptaş'ına götürüldüğü ve bu nedenle de hapishaneye benzer bir kuruma dönüştüğü belirtilmektedir (Sarı ve Akgün, 2008).

19. Yüzyıl'da Türkiye'de çağdaş eğitim görmüş ilk ruh hastalıkları doktoru, 1898 de Gülhane Askeri tıp okulunda Psikiyatri derslerini başlatan Raşit Tahsin'dir. Kendisi yanında çalıştığı hocanın etkisinde bir eğitim yaptığı söylenebilir. Gülhane hastanesinde Raşit Tahsin'i Prof. Dr. Mazhar Osman Uzman takip etmiştir ve modern psikiyatri kurucusu olarak geçmektedir (Çölgeçen, 2021).

Prof. Dr. Uzman 20. Yüzyılın ilk yarısında Türk psikiyatrisinin tartışılmaz temsilcisi ve Türkiye'deki reformcu hareketin öncüsü olarak anılmaktadır. Vefatına kadar psikiyatri kürsüsünü yöneten Dr. Uzman yazıları, kitapları, dersleri ve konferansları, Toptaş tımarhanesini 1927 de Bakırköy'e nakledip, daha çağdaş düzeye getirmesi, Bakırköy Ruh Hastalıkları Hastanesi'ni kurması, Krapelin okuluna bağlı olmasına karşın nöroloji ve psikiyatri eğitimin ayrılmasında öncü olarak meslek hayatında başarılı olması bazı örneklerdir (Çölgeçen, 2021).

Psikiyatrik sosyal hizmetin Türkiye'deki gelişiminde ilk uygulamalar İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi tarafından başlamıştır ve çalışmada görevli olan meslek elemanı sosyal hizmet uzmanı olmamakla birlikte sosyal hemşireler aracılığıyla gerçekleşmiştir. Bu çalışmaların da günümüzde sosyal incelemelerle paralel olduğu bildirilmektedir (Cebiroğlu, 1961).

2006 yılında T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından "Ulusal Ruh Sağlığı Politikası" metni yayımlanmıştır. Ruh sağlığı politikalarında değişiklik yapılması, dünyada uygulanan standartların yakalanması noktasında ruhsal bozukluğu olanlar için yatak sayısı hizmetinin artırılması, hastane temelli modelle birlikte kronik ruhsal bozukluğu olan kişiler için toplum temelli modelin uygulanmasının gerekli olduğu belirtilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Cumhuriyeti Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı, 2011). Türkiye'de Sosyal Hizmet Kanunu'nun 4. Maddesi ile bakıma muhtaç engellinin tespit edilmesi, koruma altına alınması, bakımlarının sağlanması ile ilgili çalışmaların yürütülmesi, bu çalışmalar için gerekli sosyal hizmet kuruluşlarının kurulması ve işletilmesi ile ilgili görevleri yerine getirme görevi Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığına (ASHB) verilmiştir (Resmi Gazete, 1983).

Geçmişten günümüze hızlı sayılabilecek bir gelişmeyle, merkezleri, Sağlık ve Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'na bağlı hastane ve klinikler, ruh sağlığı iyileştirme merkezleri ve özel tedavi kurumları açılmış ve sayıları gün geçtikçe artmıştır. Fakat bu kurumlar, özellikle yatak ve personel sayısı bakımından, tüm ülke nüfusunun gereksinimlerini karşılayacak bir düzeye ulaşamamıştır (Artan, 2013).

Ruh ve Sinir Hastaneleri bünyesinde ruhsal bozukluğu olan kişilerin uzun süreli bakım ihtiyacı bakımı hastanelere ayrılan yatak kapasitesiyle giderilmeye çalışılmıştır. Tedavi edilmek için ruh sağlığı merkezlerinde tedavi gören hastalar sonrasında aileleri tarafından terk edilmiş örnekleriyle, sahipsiz ya da kimsesi olmayan hastalar yıllarca hastane koşullarında, bahçelerde yaşamak zorunda kalmıştır. Hastanelerdeki sosyal hizmet birimleri günümüzde var olan ve refakatçisi, kimsesi olmayan hastalar için çalışmalar yapmakta ve yer edindirmektedirler (Artan, 2013).

Engelli kişilerin resmi ve özel yatılı bakım merkezlerine yerleştirilme işlemleri ve kabul şartları 03.09.2010 tarihli ve 27691 sayılı Engellilerin Bakımı, Rehabilitasyonunu ve Aile Danışmanlığı Hizmetlerine Dair Yönetmelik kapsamında yapılmaktadır (Resmî Gazete, 2010).

Yönetmeliğin getirilerinde, on sekiz yaşını tamamlamış, akıl hastalığı veya kendi kişisel tüm ihtiyaçlarını karşılayamayacak durumda olan, başkalarının bakımına ve yardımına ihtiyaç duyan, güvenliği konusunda tehlike oluşturan kişilerin yatılı bakım merkezlerine kabulünün gerçekleştirilmesini içerir. Aynı zamanda mahkeme kararıyla vesayet altına alınmak ve vasi ataması hazırlama şartları bulunmaktadır (Resmî Gazete, 2010).

Sosyal hizmet mesleği, ruh sağlığı alanında çalışma günlerinin en başından bugüne rol oynamaktadır. Avrupa'da yaşanan aydınlanma çağı toplumdaki dezavantajlı durumdaki çocuklar, engelliler, kadınlar ve ruh sağlığı sorunu yaşamış kişilere yönelik bakış açısında değişiklikler yaşamasına neden olmuştur. Ruh sağlığında sosyal hizmetin ortaya çıkmasına etki eden en önemli gelişme 20. yüzyılın başlarında, psikiyatri doktorlarının toplumda ruhsal hastalıkların kontrol edilmesi ve sosyal-demografik sorunlar yaşayan kişiler noktasında sorun yaşayan bireyin çevresini tanıma ve anlamının gerekli olduğu görüşünü benimsemeleridir. 1906 yılında New York Manhattan Devlet Hastanesi Nöroloji Kliniği'nde Ruh sağlığı alanında ilk sosyal hizmet uygulamaları başlamıştır (Zastrow, 2015).

Amerika’da önemli bir psikiyatri doktoru olan Adolf Meyer, ruhsal bozukluklara bilimsel ve biyolojik yaklaşımı ile birçok meslek elemanına eğitimler vermiştir ve sosyal hizmet uzmanlarının sürece dâhil olmasını sağlamıştır. Ruh sağlığında başarılı sonuç elde eden sosyal hizmet mesleği etmesini hastanın çevresine uyum göstermesi şeklinde tanımlamışlardır. 1. Dünya Savaşı’nda da birçok toplumsal sorunun yanında ruhsal sağlığı sorunlarının artmış olması ile sosyal hizmet uzmanlarına ilgi artmıştır ve böylece orduda da görev almışlardır (Zastrow, 2015).

Ruh sağlığı alanında görevli sosyal hizmet uzmanları 1920 yılından sonra, ruhsal hastalığı olan kişilere verilen mesleki hizmetlerde, iş bulma gibi olanaklar ile psikiyatri doktorlarının tavsiyelerinin ruhsal hastalığa sahip kişilerin ailelerine açıklık getirme şeklinde olmuştur. 2. Dünya Savaşı sonrasında ise süreç genişlemiş ve sosyal hizmet uygulaması büyük ölçüde kuramsal fikirlerle değişmiş, genişlemiş ve şekil almıştır (Zastrow, 2015).

Kuramsal yaklaşımın etkisinde kalan sosyal hizmet uzmanları ruhsal bozukluk yaşayan insan davranışının anlaşılmasında medikal model yaklaşımını benimsemişlerdir ve müracaatçılarına hasta gözüyle yaklaşmışlardır (Zastrow, 2015). Sonraki süreçte medikal model sorgulanmış ve insan davranışı ile süreçte çevresinin de etkisinin olduğu anlaşılmıştır.

Tarihsel gelişim incelendiğinde, bireysel ve toplumsal değişim yoluyla dezavantajlı gruba yardım etme amacıyla başlayan sosyal hizmet mesleğinin ruh sağlığı alanına katkısı vardır. Günümüzde tıbbi sosyal hizmet uzmanları, ruh sağlığı hizmeti sunan meslek elemanı olarak birçok ruhsal bozukluk yaşayan kişi ve çevresiyle profesyonel olarak çalışmakta, ruhsal bozuklukların yol açtığı ekonomik ve sosyal problemlerle baş etmede ruhsal bozukluğu olan kişi ve çevresine yardım edip desteklemektedirler (Özdemir, 2000).

Çok eski çağlardan günümüze kadar tüm uygarlıklar problemlerini anlamaya ve çözümlemeye çalışmıştır. Çoğu zaman bir topluluk içinde rahatlayabilmiş ve grup içinde var olmanın kişide yarattığı bu etkilerin farkında olan tüm meslek disiplinlerinde kişide değiştirmeyi hedeflediği davranışlar gerçekleşmiştir (Kaya Kılıç, 2019).

Türkiye’de 1960 yılının sonlarına doğru ruh sağlığı alanında sosyal hizmetin gelişimi gerçekleşebilmiştir. Böylece 1965 yılında sosyal hizmet mesleğinin mezun vermesiyle de ilk psikiyatrik sosyal hizmet uzmanları, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi’nde meslek yaşamlarına başlamışlardır (<http://psikiyatriksosyalhizmet.com/>, 2023).

Türkiye’de ruh sağlığı alanında 2006 yılından sonra özel yatılı bakım merkezlerinin açılması, sosyal hizmet uzmanlarının istihdamını artıran diğer önemli gelişmedir. Engelli Bireylere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği’nde 2016 yılında yayınlanmıştır ve yatılı bakım merkezinde sosyal hizmet uzmanı diğer meslek personeli arasında yer almıştır. İlgili Yönetmelik’te ruhsal veya zihinsel engelli bireylerin kaldığı özel yatılı bakım merkezlerinde psikolog ya da sosyal hizmet uzmanı çalıştırma zorunluluğu getirilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

#### **2.1.4.Psikiyatrik Sosyal Hizmette Ruhsal Hastalık ve Tutum**

##### **2.1.4.1.Ruhsal Hastalık ve Tutum**

Ruhsal bozukluklarda tanılama, kişiden kişiye değişen belirtiler, davranışlardaki durum ve kişideki hayat düzeyi derecesine bakılarak konulmaktadır. Birçok ruhsal hastalık kişilerin aile, iş ve sosyal hayatında ciddi sorunlara neden olabilmektedir.

1970’lere kadar, özellikle şizofreni, psikoz, şiddetli duygu durum sorunları ve kişilik bozukluğu gibi kronik ruhsal bozuklukları olan kişiler yaşamlarının büyük bir bölümünü kurumsal bakım altında geçirmekteydi. Dünyanın birçok ülkesinde günümüzde ruh sağlığı sorunu olan kişilerin problemlerine toplumdan izole olmadan çeşitli müdahalelerde bulunabilmektedir. Bireyle sosyal hizmet mesleği, mikro sosyal hizmet uygulaması ve vaka yönetimi gibi çeşitli isimlerle de ifade edilebilmektedir ve müdahalelerdendir (Arıkan ve Dilek, 1996).

1992 yılında yaptığı tanımlamaya göre Ulusal Sosyal Hizmet Derneği’nin sosyal hizmet vaka yönetimi profesyonel olan sosyal hizmet uzmanlarının müracaatçısının ve ailesinin ihtiyaç değerlendirmesi yaptığı karmaşık ihtiyaçlarını karşılamak için birden çok hizmeti düzenlediği ve koordine ettiği, izlediği, değerlendirdiği ve savunduğu hizmetleri sağlamak metodudur (Zastrow, 2015).

Sosyal hizmet vaka yönetimi mikro, mezzo ve makro niteliktedir. Müdahale hem müracaatçı hem kurumsal hem de sistem düzeyinde gerçekleşmektedir. Sosyal hizmet uzmanın müracaatçı ile terapötik bir ilişki geliştirmesini ve sürdürmesini gerekmektedir. Sosyal hizmet vaka yönetimi uygulaması başlığı altında sağlanan hizmetler tek veya çok sayıda kurum veya kuruluştan alınabilmektedir (Öner, 2020).

Klinik sosyal hizmet gerekçelerini ve geleneksel sosyal hizmet vaka yönetimi uygulamalarının birleşmesinde hizmet sunan klinik vaka yönetimi kronik ruhsal bozuklukları olan müracaatçılar için kullanılmaktadır (Oral, 2020).

Klinik vaka yönetiminde amaç, kişilerde ruhsal bozukluğun ortaya çıkmasına sebep olan ve bozukluğun şiddetinin etkileyen biyopsikososyal ilişkilerin net bir şekilde anlaşılıp çözüm sağlanmasıdır. Klinik vaka yönetimi ile kişilerin tedaviye uyumunun sağlanması ve hastaneye yatış sıklıklarının, hastalık belirtilerinin azaltılarak çevresiyle birlikte sosyal işlevselliklerinin artırılması amaçlanmaktadır (Çam, Küliğ ve Kaçmaz, 2019). Sosyal hizmet uzmanının yaklaşımının tüm bu süreç içerisinde pozitif yönde olması, ailelerin çözüme ve hastalık tedavisinin olumlu olması odaklanmaları yönünde ve kişilerin değişiminin mümkün olduğuna yönelik tutum ve yaklaşımlar önemli olmaktadır.

Günümüzde genel manada ruhsal hastalıklara yönelik inançlar olumsuz yöndedir. Bu sebeple kişi sahip olduğu hastalığını saklamak çabası içerisinde. Ruhsal hastalıklar nörolojik hastalıklar gibi gerçek hastalık olarak görülmemektedir, ruhsal hastalıkları olanları kurumlarda kilitli tutmak ve normal yaşamına dönememesi, hastaların tehlikeli olduğu gibi toplumda ruhsal hastalıklara yönelik yaygın olumsuz inanış, düşünce ve tutumlar bulunmaktadır (Çam ve Bilge, 2007).

Toplum temelli hizmetler çerçevesinde günümüzde hizmet veren ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik hizmetler, dünya genelinde olduğu gibi Türkiye’de de giderek daha fazla benimsenmektedir. Ruh sağlığı hizmetlerindeki sosyal hizmet uygulamalarının sunulmasındaki mesleki çalışmalarda temel amaç, ruhsal bozukluğu olan kişilerin sosyal çevreleriyle iletişimden kopmadan, uyum içinde yaşamalarını sağlayacak mesleki müdahalelerin uygulanmasında tutum ve yaklaşımlar önemli olmaktadır.

#### **2.1.4.2. Psikiyatrik Sosyal Hizmette Ruhsal Hastalık**

Psikiyatri; kişinin zihinsel, duygusal yetilerinde, davranışlarında, çevreye uyumunda görülen bozuklukların incelenmesi, tanımlanması, sınıflandırılması, tedavi ve korunmasıyla uğraşan bir tıp dalıdır. Psikiyatrinin bu uğraş alanı içerisinde psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve hemşire başta olmak üzere pek çok meslek dalı bu amaca hizmet etmektedir. Bu roller zaman zaman mesleki açıdan kaymalar yaşatsa da rol açısından karmaşıklık yaratmaktadır. Dikkat edilmesi gereken noktanın o alanda çalışan

mesleklerin alandaki rol ve sorumluluklar ile mesleklerinin ana rol ve sorumluluklar arasındaki dengesindedir (Abay ve Çölgeçen, 2018).

Psikiyatrik sosyal hizmet tıbbi sosyal hizmetin bir dalı olmuş ve ruh sağlığı sorunlarıyla mücadele eden hastalar ile yakınlarına yönelik tıbbi düzeyde çalışmaların yapıldığı bir alandır. Temel olarak sorumlu olan doktordur fakat tek başına tüm sorumluluğu elinde bulundurması mümkün değildir. Çünkü psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkışında birçok biyopsikososyal faktörler etkili olmaktadır. Bu sebeple tedavi sosyal modelinde gereken ruhsal hastalığa sahip bireylerin psikososyal ihtiyaçlarının karşılanması ve tedavi süreçlerinin planlanması, hızlandırılması için psikiyatrik sosyal hizmete ihtiyaç duyulmaktadır (Tuncay ve Tekin, 2021).

Psikiyatrik sosyal hizmet açısından bozukluk kavramı sosyal işlevselliğin karşılanmamış olması ve dezavantajlı kişileri olduğu gibi ruhsal hastalığa sahip bireyleri de anormal veya bozukluğu olanlar olarak sınıflandırmaya yönelmemektedir. Ruh sağlığı ve ruhsal hastalık kavramları üzerinde ortak bir görüş birliği sağlanamamaktadır. Psikiyatri alanı da kendi içinde tıbbın geri kalanından epistemolojik ve ontolojik sorunlar nedeniyle ayrılmaktadır. Genellikle tıp kuramlarında hastalığın gerçekliği temel olarak kabul edilir (Çölgeçen, 2021).

Temelde hastalık gerçek ve gözlenebilir bir değişiklik yapar ve bu durum psikiyatri alanında oldukça sorunludur. Dolayısıyla psikiyatrik sosyal hizmette de aynı durum geçerli olmaktadır. Tıp biliminde hastalık beden hakkında epistemolojik belirtileri olan bir yorumdur ancak psikiyatrik bozukluklarda hastalık ile kişi neredeyse aynı kişi olmaktadır. Kültürel faktörlerin etkisiyle de ruhsal hastalık kavramı kültürel bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır (Çölgeçen, 2021).

Ruhsal hastalıklar arasında yaygın olarak kişilik bozuklukları, nevrotik bozukluklar, psikoaktif madde kullanımına bağlı bozukluklar, uyku-uyanıklık bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları, yaygın anksiyete bozukluğu, cinsel kimliğinden yakınma, incinme sonrası stres bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, bipolar bozukluk, depresyon, madde bağımlılığı, ilaçların yol açtığı devinim bozuklukları, sosyal fobi, panik bozukluk, özgül fobiler, yeme bozuklukları gibi işlev bozuklukları bulunmaktadır (Tuncay ve Tekin, 2021).

Ortaya çıkan bu bozuklukların çözüme ulaştırılması ve olumsuz çevre etkilerinin en az seviyeye indirilmesi için psikiyatrik sosyal hizmet uygulamalarına ihtiyaç duyulmaktadır. Psikiyatrik sosyal hizmet uzmanları bu kapsamda sosyal inceleme, kişisel

ve çevre risk değerlendirmeleri, hasta ve ailesinin tedavi süreci hakkında bilgilendirilmesi, birey ve grupla çalışma, psikoterapi, krize müdahale, bakım koordinasyon ve iyileştirme hizmetleri, taburculuğun planlanması ile hastane sonrası takip çalışmalarını gerçekleştirmektedirler (Artan, 2013).

Psikiyatrik sosyal hizmet akıl ve ruh sağlığını ele alan, ruh sağlığı alanında zorluklarla karşılaşan kişilerin bu zorlukların ortaya çıkartılması ve toplum içine karıştırılmasında etkili olarak görevini yerine getirmeleri üzerine yardımcı olan bir alan olmaktadır (Bulut, 1993). Psikiyatrik sosyal hizmet, ruhsal hastalığı olan, hastanede ayaktan tedavi gören, tedavi çalışmalarına katılımı destekleyen, tedavisiyle birlikte koordinasyonu sağlayan, bireyi çevresin içinde bir bütün olarak değerlendiren ve danışanların yaşam kalitesini artırmayı amaçlayan özel bir uzmanlık alanıdır.

Psikiyatrik sosyal hizmet çalışanları ise genel olarak psikososyal risk değerlendirmeleri, bireyle ve grupla çalışma, psikoterapi, psiko eğitim, krize müdahale, bakım koordinasyonu ve iyileştirme hizmetleri dâhil ancak bunlarla sınırlı olmamak üzere hizmet sağlamaktadırlar (Tuncay ve Tekin, 2021).

Mesleki olarak birlikte çalışan ve hizmet sağlayıcılar arasında psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı psikiyatri hemşiresi ve diğer bakım elemanlarından oluşan psikiyatri ekip üyeleri olmaktadır. Psikiyatrik sosyal hizmette sosyal hizmet uzmanlarının rollerini açıklarken, tek bir faktör değil birçok faktörün etkili olması; ekonomik durum, aile yapısı, sağlık, eğitim, istihdam ve diğer sosyal sorunların ayrıca kişisel faktörlerin de hastalıkların oluşumunda etkin olduğu görüşündedirler (Bulut, 1998).

## **2.2.Ruh Sağlığı Kavramı ve Kapsamı**

Tanımlanan sağlık kavramında; kişinin biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali olarak iyilik hali ile sağlıklı olmak, aynı kavramlara denk gelmemektedir. İnsanı oluşturan olguların hepsinde meydana gelen değişimler diğer alanı da etkilemektedir ve insan, hepsinin ortak gücüdür (Abay ve Gölgeçen, 2018).

Tüm hastalıklarda olduğu gibi ruh sağlığı alanındaki sorunların varlığı görülmesi toplumsal ve ekonomik sonuçlar doğurmaktadır. Sonuçların getirdiği problemlerin olarak incelenmesi ve ele alınması gereklidir. Hastalığın görünebilir gerçek sorunlar yaratması göz önüne alınırsa ruh sağlığı yerinde olan bir kişinin, duyuş, düşünüş, inanç, tutum ve davranışları normaldir (Tuncay ve Tekin, 2021).

Sosyal hizmet uzmanının hasta taburcu olduktan kuracağı ilişkilerde karşılıklı iletişim niteliğinin yüksek olması gereklidir. Mesleki çalışmada müracaatçının isteği ve inancı, sosyal çalışmacının da mesleki becerisi, kararlılığı istenen sonuca ulaşmada önemlidir. Sosyal hizmet uzmanının yapacağı görüşmede mutlaka bir amacı olmalıdır ve katılım planlı ve belirli bir düzende ilerlemelidir. Görüşmenin başlatılması ve devam ettirilmesi de soru sorma, ilgilenme, dinleme, kabullenme, duygudaşlık, yansıtma ve görüşmenin sonlandırılması şeklinde gerçekleştirilmektedir (Öner, 2020).

Tedavide süreçlerinin çok taraflı, verilen hizmetin de kişinin çok yönlü özelliğini temel alan sorunlarına bütüncül açıdan bakmasını gerekmektedir (Abay ve Gölgeçen, 2018).

### **2.3.Koruyucu Ruh Sağlığı Hizmeti**

Sağlık sistemi ve ekonomik dengelerin sağlanması da koruyucu ve önleyici ruh çalışmaları adına ve sosyal hizmetin temelleri açısından önem taşımaktadır (Başer, Kırlioğlu ve Mavili Aktaş, 2013). Toplum temelli model, geleneksel tedavi yerine hastanın kendi çevresinde rehabilitesinin sağlandığı modellerdir. Koruyucu ve önleyici ruh sağlığı hizmetinde hastaneye yatışın önlenmesi ve en az düzeyde başkalarına ihtiyaç duymadan yaşayabilecekleri seviyeye gelmesini sağlamak amaçlanmaktadır (Yanık, 2007).

Koruyucu sağlık hizmetleri ruhsal sağlık noktasında da üç ana basamakta olmak üzere, birincil koruma, ikincil koruma ve üçüncül koruma şeklindedir. Birincil korumada, bireylerin ruhsal hastalıklara yakalanması önlenmeye çalışılır. Kısaca birincil koruma, ruhsal hastalıklardan korunmayı amaçlayan uygulamalardır. İkincil koruma hizmetleri, ruhsal sağlığın etkilendiği ve birincil koruma hizmetlerinin yetersiz kalması durumlarında uygulanmaktadır. İkincil koruma, bireylerin hastalık göstergelerinin meydana gelmeden veya belirtilerin yeni meydana geldiği durumlarda teşhis ve tedavisinin yapılması uygulamalarının hepsini kapsamaktadır (Attepe Özden ve Tuncay, 2018).

Koruyucu sağlık hizmetleri, ruhsal hastalıkların önlenmesinden ruh sağlığı politikalarının planlanmasının sağlanması noktasına kadar uzanan geniş açıdan ele alınan bir süreçtir. Koruyucu önleyici aşamaların çoğunluğu ilk olarak önleme, sonrasında bilgilendirme ve daha sonrasında ise takibini içeren temel amacın hastalıklara bağlı kaybını önlemek ve engellemeyi kapsamaktadır (Attepe Özden, 2015).

Aile sistemi içerisinde bakıma ihtiyaç duyan bir üyeye sahip olmak, çok yönlü ihtiyaçların ve problemlerin olmasına neden olmaktadır. Hastalığın çeşidi, şiddeti ve etkisi, ailedeki rolü gibi değişkenler ailenin hastaya yüklediği anlamı farklılaştırmaktadır. Türkiye’de toplum temelli ruh sağlığı hizmetine geçilmesi, kişilerin ve ailelerin medikal tedavi yanında psikososyal hizmetlerden de faydalanması anlamına gelmektedir. Bu yönüyle kişilere ve ailelerine yönelik uygulanan müdahaleleri ele alan çalışmalarda çoğalmaktadır (Bademli ve Çetinkaya Duman, 2011).

Ruhsal hastalığa sahip kişilerin toplumla bağdaşık hareket etmesi amacıyla Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri kurulmuştur. Koruyucu ve önleyici ruh sağlığı çalışmaları açısından önemli bir gelişme olmakla birlikte, belirli bir nüfusa ve çevreye ikamet üzerinden çalışma yapıldığından tespit aşamasında kolaylıklar bulunmaktadır. Ayrıca Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri’nde sosyal destek sağlanması da mümkün olduğundan ailelerin yükü de hafiflemektedir. Hasta olan kişilerinde çalışmalarla birlikte desteklenmesiyle topluma kazanımları mümkün olmaktadır (Attepe Özden, 2015).

## **2.4.Ruhsal Hastalıklarda Stigma**

Stigma, sosyal bilimlerin farklı çalışmaları açısından araştırma konusu olsa da net bir şekilde tanımlaması zor ve çalışma grupları tarafından ilgi odağı olduğu için de anlamca zengin bir kavram olmaktadır. Stigma, insanlık tarihinin eski dönemlerinde kişilerin topluma belli edilmesini sağlamak amacıyla kişinin kesik ya da yanıkla damgalanması olayıdır (Arkan, Bademli ve Duman, 2011).

Stigma, kişinin toplum içerisinde kabul olan sınırlar dışında kalmasıyla kusuru olan ve bu sonuçta ekonomik, sosyal ve kültürel alanlarda da dışlanmış olacaktır. Sahip olunan ruhsal hastalığın da toplumda fark edilirliliği ne kadar artarsa damgalanma oranı da o ölçüde artmaktadır (Karagöl, Çalışan ve Beyazyüz, 2013).

Ruhsal hastalığı bulunan kişilerin kendi hastalıkları dışında yaşadıkları dışlanma ve damgalanmaya maruz kalmaları onlarla ilgilenecek meslek gruplarının da yaklaşımlarının daha duygudaşlık içermesi ve anlayışlı olması gerekmektedir. Damgalanma, genel anlamda ifade edilmek gerekirse basmakalıp düşünceler, ön yargı ve ayrımcılık, bilgi sorunları, tutum ve davranış sorunları, duygusal tepkiler, statü kaybı ve ayrımcılığın birlikte oluşumu şekline alt başlıklarla da açıklanabilmektedir (Akgün, 2018).

İşaretin toplumsal karşılığı dışlanacak bir harekete karışması ve bilinçli olarak dışlanıp toplumdan ayrıştırılması gerekliliği olarak geçmektedir. Ruhsal hastalığa sahip olan kişiler, hayatlarının her döneminde yoğun olarak damgalanmaktadır ve bu kişilerin damgalanma biçimleri tüm dünyada benzerdir. Birçok durum olduğu gibi kişilerin hayatında da olumsuz etkileri bulunmaktadır. Olumsuz tutum ve davranışlar, kişilerin ailelerinde, sosyal çevrelerinde ve meslek çalışanları dâhil toplum genelinde bulunmaktadır (Arkan, Bademli ve Duman, 2011).

Ruhsal hastalığı olan kişilere yönelik damgalama ile mücadelede sosyal hizmet uzmanlarının amacı, damgalanmaya neden olan faktörleri ve damgalanmanın kişi üzerindeki etkilerinin azaltılması ve ortadan kaldırılmasını amaçlamaktadır. Bireylerin toplumsal uyumunu sağlamak amaçtır (Bahar ve Savaş, 2013).

Damgalama tüm dünyada kişileri insanların gözünde itibarsızlaştıran ve değersizleştiren bir durumdur. Kişilerin bu sürecin oluşmasında farklılıkları en temel sebeptir. Farklılıkların kişileri değersizleştirilmesi ve ayıplanarak öteki tarafta hissettirilmesine neden olmuştur. Ayrıca hastalığa sahip kişilerin özellikle anneleri çocukları üzülmessin diye de hastalığı çevrelerinden gizleme taraftarıdır (Attepe Özden, 2018). Ruhsal hastalığın durumu fark etmeksizin tutumun hasta ve yakınının tedaviden uzaklaşmasına, tedavi olmak istememesine sebep olmaktadır. Ruhsal bozukluğa sahip hastaların sosyal iyileşmesinin sağlanması için tedavi olup iyileşmesi ve topluma kazandırılması gerekmektedir.

Ruh sağlığı problemi yaşayan kişilere karşı damgalama, toplumun her kesiminde var olması ve bu damgalanmanın içselleştirilmesi kişileri olumsuz düşünceler, toplumdaki olumsuz algılar ve söylemler de damgalamanın en yaygın sonuçlarından olmaktadır (Çam ve Çuhadar 2011).

Dışlanmanın olduğu toplumda ayrımcı tutumların olması ikisi arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir. İçselleştirilmiş damgalama da kişinin içselleştirerek ayrıcalığa sebep olması sonucu damgalamanın kişileri belirli nedenlerle hedefe almak, ayrımcılık da hedef alanlar tarafından hedef alınanlara yönelik olumsuz davranışlar ve tutumları ifade etmektedir (Nişancı, 2019). Ayrıca ruhsal hastalığa sahip birçok insan ruhsal hastalıklarını gizleyerek damgalanmanın ve ayrımcılığın olumsuz etkilerinden uzaklaşmak için hastalığı gizli tutup tedavi arayışına dahi girmeden kaçmaktadırlar (Karagöl, Çalışan ve Beyazyüz, 2013).

Dışlanmanın olduğu toplumda ayrımcı tutumların olması ikisi arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir. Kısaca damgalama, kişileri belirli nedenlerle hedefe almak, ayrımcılık da hedef alanlar tarafından hedef alınanlara yönelik olumsuz davranışlar ve tutumları ifade etmektedir.

Ruhsal hastalığa sahip olan kişilerin yakın çevresi de bu bireylere yönelik olumsuz tutum ve davranışlara sahiptir. Çalışmalar, ruhsal bozukluğu olan bireylerin yakın çevrelerinin kişileri saldırgan olarak tanımladığını ve bireyin varlığından utandığını, kendi yaşamları üzerine doğru karar alamayacaklarını düşündükleri ve bu hastalığa sahip biriyle evlenmek istemeyeceklerini göstermektedir (Bekiroğlu ve Demiröz, 2020a).

Damgalanma, ruhsal hastalıkların olumsuz tutumlardan kaynaklanan, kalıp yargılarla hastalığın gerçekte nasıl bir durum olduğunun diğerleri tarafından anlaşılmasını zorlaştırmaktadır (Baysal Doğanavşargil, 2013). Ruhsal sağlık ve ruhsal hastalık gibi tam anlamıyla açıklanması zor olan disiplinlerde olumsuz tutumların olması sonucunda damgalama olması kaçınılmazdır. İşte böylece biyopsikososyal model uygulanarak tıbbi destek yanında sosyal desteğinde olmasıyla ortak çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır (Baysal Doğanavşargil, 2013).

Yapılan çalışmalarda, toplumda ruhsal hastalıklar içinde bulunan şizofreninin ruhsal ve bu hastalığa sahip kişilerin saldırgan olduğuna inandığı ve dolaşmasına izin verilmemesini düşündüğü, komşusu olmak, iş arkadaşı olmak ve evlenmek istemediği sonuçlarını ortaya koymuştur (Taşkın, Şen, Aydemir ve Özmen, 2006).

Yine ülkemizde ruhsal hastalığa sahip kişilere yönelik inanç, tutum ve damgalama sürecinin incelendiği derlemede, ruhsal hastalığı olan kişilerin tehlikeli olduğu ve kişilerde iletişimi bozduğu düşüncesiyle sosyal yaşamlarında problemler olacağı yönünde inançların olduğu ortaya konmuştur. Halkın ruhsal bozukluğu olan bireylere ilişkin inanç, tutum ve davranışlarını inceleyen çalışmalar, genel olarak halkın ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik olumsuz inanç, tutum ve davranışlara sahip olduğunu göstermektedir (Açıkgöz ve Akkuş, 2013).

Toplumun olumsuz düşünce, tutum ve davranışların ruhsal hastalığa sahip olan kişilerin davranışlarından çoğu zaman bağımsız olarak, kültürel yönden de etkilendiği, kişilerin hiçbir deneyimi olmadan da olumsuz tutumlara sahip olabildikleri görülmektedir.

Ruhsal hastalığı olan kişilere yönelik damgalanma, DSÖ ve uluslararası gelişmelerle paralel şekilde Türkiye’de de Ulusal Ruh Sağlığı Politikası ve Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı ile mücadele edilmesi gereken önemli konulardan biri olmuştur. Toplum ruh sağlığı merkezlerinin en önemli hizmet hizmetleri arasında, ruhsal bozukluğu olan kişilere yönelik damgalama ve ayrımcılığı ortadan kaldırmaya yönelik faaliyetlerin gerçekleştirilmesi yer almıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı, 2011).

Damgalanmaya sebep olan etkenleri ve damgalamanın kişiler üzerindeki etkilerinin ortadan kaldırılması ve kişilerin toplumsal uyumunun sağlanması gerekmektedir. Kişilerin yaşadığı toplumsal çevreyi de kapsayacak şekilde mikro, mezzo ve toplum düzeyinde gerçekleştireceği damga karşıtı uygulama ile sosyal hizmet mesleği, damgalamayı önleyecek çalışmalarda gerekse ruhsal hastalığa sahip kişilerin savunuculuğu konusunda çoğu zaman ön planda ve tedavi ekibinde bulunmaktadır (Bekiroğlu, 2018). Damgalamayı etkileyen faktörler kişi üzerindeki etkileri, sosyal hizmetin ekolojik sistem yaklaşımında vurgulandığı üzere damgalanma ile mücadelede, meslek elemanları problemlerin çözümünde çok boyutlu mücadele gerçekleştirmesi gerekmektedir.

## **2.5 Toplumsal Kültüre Göre Ruh Sağlığı ve Ruhsal Hastalığa İlişkin Tutumlar**

Ruh sağlığı kavramında herkesin ifadeleri farklılaşmaktadır. Ruh sağlığının güçlendirilmesi için topluluğun ruh sağlığı kavramını anlaması ve meslek elemanlarının faaliyet gösterdikleri ve değerlendirme yaptıkları bir alan değildir. Toplumsal kültür, insanların ruh sağlığı ve sosyal ilişkilerle ilgili kavramları anlama durumlarını etkilemektedir. Toplumsal kültürde bireysel farklılıkların yok sayıldığı yaklaşımların ruh sağlığının işlevsiz olduğu gerçektir (Açıkgöz ve Akkuş, 2013).

Ruhsal hastalığı olan kişiler, hayatlarının hemen her alanında kültür ile bağlantılı bir şekilde yoğun damgalama problemleri yaşamaktadırlar. Ruhsal hastalığı olan bireylere karşı bu tutum birçok olumsuz etkiye sahiptir ve sosyal çevreyi şekillendiren kültürde bu tutum ve davranışların olumsuzlukta olması Dünya Sağlık Örgütünün önemle üzerinde durduğu konu haline gelmektedir. Ruhsal bozukluğu olan kişilere yönelik damgalama ile mücadelede toplumsal düzeyde ve ruh sağlığı hizmetleri kapsamında tutumun olumlu yöne çevrilmesi noktasında önemlidir (Duyan, 2003).

Bunun yanında, kişiler yaşadıkları kültürden bağımsız olarak anlaşılamayacağı için kültürel gerçeklik de düşünülerek duygudaşlık kurulması gerekmektedir. Ayrıca duygudaşlık tek başına terapötik bir araç olmamakla birlikte sorun çözme sürecinde destekleyici olabilmenin de bir ön koşuludur (İl ve Tuncay, 2009).

Toplumsal çevrelemede, kültür şekillenmesiyle çalışanlar ve hasta yakınları tarafından yoğun damgalamaya maruz kalmaktadır. Toplumsal tutumların ve bunun getirdiği davranış ve uygulamaların kişiler tarafından içselleştirilmesi ruhsal bozukluğu olan kişilerde kendi kendilerini damgalamaktadırlar. Yapılan çalışmalar, içselleştirilmiş damgalamanın kişilerde oldukça yüksek olduğunu göstermektedir (Bilge ve Çam, 2010).

### **2.5.1.Tarihsel Süreçte Toplumun Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Karşı Tutumu**

Toplumda bir hastalığa sahip olunması ve ruhsal hastalığa sahip olunması arasında tutumlar değişebilmektedir. Hastalığa sahip olmak, kişisel olarak bir kayıp ve yetersiz olarak görülürken, ruhsal hastalığa sahip olan bireyler de şiddet içerikli ve tahmin edilmeyen davranışlara sahip kişiler olarak görülmektedir. Bu tür olumsuz tutumların bireylerin kendi ailelerinde, sosyal çevrelerinde olmak üzere toplum genelinde bulunmaktadır. Aynı zamanda ailelerde ruhsal hastalığı olan kişilerin varlığından ötürü toplum tarafından damgalanmaktadırlar (Özbaş, Küçük ve Buzlu, 2008).

Yapılan başka çalışmada ruhsal hastalığı olan kişilere yönelik tutumlar; korku ve dışlanma, ruhsal hastalığa sahip insanlardan korkmak ve uzak durmak anlayışı vardır. Ruhsal hastalığı olan kişilere yönelik olarak sorumsuz oldukları ve hayat planlarını başkalarının yapmalarına dair tutumlar, çocuksu ve bakıma muhtaçlık etiketi yapıştırılması şeklinde ilerlemektedir. Düzenli ve etkili tedavi sağlanması, ruhsal hastalığı olan kişiler için oldukça önemli olmasına rağmen ne yazık ki sağlık tedavi sisteminde de bu bireyler olumsuz inanç, tutum ve davranışa maruz kalmaktadırlar (Arkan, Bademli ve Duman, 2011).

Arkan ve arkadaşları, sağlık lisansiyerlerinin bu kişilere yönelik olumsuz tutum ve davranışlarını ele alan çalışmalarında sağlık çalışanlarının da ruhsal hastalıklara ve bu hastalıklara sahip kişilere yönelik tutumunun reddedici, dışlayıcı, ayrımcı ve kısıtlayıcı olduğunu ve geçen zamana karşın bu durumun değişiklik göstermediğini vurgulamışlardır. Sağlık çalışanlarının bu olumsuz tutumlara sahip olması, düzenli tedavi hizmeti alması

gereken bu bireylerin tedavi süreçlerini zor duruma sokma gücüne sahip olduğundan üzerinde önemle durulması gereken konulardan biridir (Arkan, Bademli ve Duman, 2011).

Toplum ve sağlık çalışanlarının yanı sıra ruhsal hastalığı olan kişilerin yakınları da bu kişilere yönelik olumsuz tutum ve davranışlara sahiptir. Ruhsal hastalığı olan kişilerin yakın çevrelerinin bu kişileri saldırgan olarak tanımladığı ve ailede ruhsal bozukluğu olan hasta kişilerin varlığından utandığını, kendi hayatları hakkında doğru karar alamayacaklarını düşündükleri ve ilişki kurmak istememektedirler (Bekiroğlu ve Demiröz, 2020a).

Bu yönüyle ailelerin kendilerini bir taraftan ruhsal hastalığın varlığından kendilerini sorumlu tutarak suçladığı, diğer taraftan toplum diğer kesimlerinin ise aileleri yüz kızartıcı bir suç işlemiş gibi suçladığı ve dışladığı söylenebilir. Aileler çevrenin gözündeki de “bir delinin çocuğu, annesi ya da babası” olmanın getirdiklerine göğüs germektedirler (Bilge ve Çam, 2010).

Çalışmalar, toplumun her kesiminde var olan bu olumsuz düşünce, tutum ve davranışların ruhsal hastalığı olan kişilerin davranışlarından çoğu zaman bağımsız olarak oluştuğunu göstermektedir (Baysal Doğanavşargil, 2013). Diğer bir deyişle kişilere dair herhangi bir deneyime sahip olmadan da olumsuz düşünce, tutum ve davranışlara sahip olabilmektedir. Bu yönüyle ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik damgalamaya etki eden faktörleri ele almak ve çözümlemek gerekmektedir. Damgalanmaya maruz kalan ruhsal hastalığa sahip kişiler, bu hastalıklara sahip kişilerin özellikleri ve yaşadıkları damgalamanın boyutları her kültürde, zamanda ve yerde farklı olmaktadır. Bu açıdan damgalamanın olumsuz durumuyla baş etmek için gerçekleştirilen ve çoğunlukla toplumda bu kişilere olan olumlu olmayan tutumları en düşük seviyeye indirmeye yönelik çabalardan oluşmaktadır.

Kronik ruhsal hastalıklarda tanı, kişinin yaşadığı belirtiler, davranış bozukluğu ve kişideki görünüm derecesine bakılarak koyulmaktadır. Şizofreni ve psikoz, şiddetli duyu durum sorunları ve kişilik bozukluğu gibi kronik ruhsal hastalıklar, kişinin aile ve sosyal hayatında ciddi sıkıntılara neden olmaktadır. 1970'lere kadar bu rahatsızlıkları olan kişiler yaşamlarının büyük bir bölümünü kurumsal bakım altındaydı ancak günümüzde dünyanın ruh sağlığı sorunu olan kişilerin sorunlarına toplumdan izole edilmeden çok çeşitli müdahalelerde bulunabilmektedir. Ruh sağlığı problemi yaşayan hastaların ayakta tedavi

hizmetlerinin geliştirilmesi ve hastanede yatış sürelerinin nitelikli hale getirilmesi toplum içinde tedavi edilmeye yönelmeleri genel amaç olmaktadır (Bahar ve Savaş, 2013).

Terapötik iletişim becerileri, insan sağlığına hizmet eden tüm mesleklerde önemli olmakla birlikte, ruhsal sağlık sorunu yaşayan kişilerde iyileşmeyi amaçlayan bakım müdahaleleri için sahip olunması gereken becerilerdir (Özeren, 2020).

Sosyal hizmet uzmanı, kişinin sağlık durumu ile ilgili açık ya da örtülü duygularını ve düşüncelerini ifade etmesine, kendini açmasına yardım eder. Belli bir nokta üzerinde odaklanmakla birlikte yansıtma ile müracaatçının kendi duygu ve düşüncelerine odaklanarak farkındalık yaşamasına hizmet etmektedir (Bahar ve Savaş, 2013).

Hastalık belirtilerinin devam etmesi ve engellere rağmen umut ve doyum veren bir yaşamı gösteren kişisel iyileşmenin değerlendirilmesidir. Ruhsal hastalığı olan kişilerin kendi değerlendirmelerini kapsamadığı ve iyileşme sürecine yönelik anlamlı sonuçları vardır. Bu nedenle ruhsal hastalığı olan kişilerin iyileşme süreçlerinin değerlendirilmesine dâhil edilmesi önemlidir. Bu da terapötik becerilerle iletişim süreci yapılandırılmaktadır ve birlikte karşılıklı katılım ve belli bir düzen içinde yer almalıdır. Müracaatçının daha aktif, uzmanın ise anahtar sözcüklerle çalışmayı tamamladığı bir iletişim sürecidir. Görüşmeye hazırlık, görüşmenin başlatılması ve sürdürülmesi önemli olmaktadır (Özeren, 2020).

Sosyal hizmet uzmanlarının ılımlı ve olumlu iletişim ile grupta her şeyi bilen bir lider olarak değil, bilmeyen ancak onların katılım ve anlatımıyla çalışmayı yürüten, onları dinleyen onlarla birlikteliğin yöneticisi olarak birlikte oluşturmalarına yönelik bir tutum benimsemeye çalışan yaklaşım içinde hareket edeceklerdir (Bahar ve Savaş, 2013).

Ruh sağlığında iyileşme, ruhsal hastalığın neden olduğu problemlere ve kısıtlamalara rağmen kişinin hayatına yeni anlamlar katması, amaçlar edinmesi, umut dolu bir hayat sürmesini içermektedir. Ruh sağlığında iyileşme hedeften çok süreçtir. İyileşme odaklı yaklaşım, bütüncül bir yaklaşıma doğru bir hareketi temsil etmektedir. Bu süreç bireyin beklentilerinden, hastalığa bakış açılarından ve tutumlarından etkilenmektedir. Bu nedenle iyileşme, birey tarafından yönetilen son derece kişiselleştirilmiş bir yolculuktur ve bu nedenle standart haline gelmemektedir. Yardım sürecini de oluşturmak ve sunulan hizmetin sağlıklı ve kontrol edilebilir devam etmesini ve ilerlemesini sağlamak amacıyla sürecin çözümlenmesinde değerli olmaktadır (Özabacı ve diğerleri, 2020).

Ruh sağığı hizmetlerinde iyileşme odaklı uygulamalar ile kişilerin sağığını etkileyen tüm faktörleri ele alan bütüncül bakış açısı gerekmektedir. Kişinin kendi geleceğini belirlemesi için cesaretlendiren, yaşadığı çevrenin koşullarını, ihtiyaçlarını ve tercihlerini göz önünde bulunduran güçlü yönler odaklanılmalıdır (Zastrow, 2015).

Farklılıkların, toplumsal faktörler ve öz geçmişlerinin biricikliğine olan saygıyla, bir keşfetme olarak kendini, ötekini tanıma ve bilme yolculuğunda olduğuna yönelik bilinç geliştirmeleri aynı zamanda hasta ve yakınlarının umut kapasitesinin güçlendirilmesi son derece önemli olmaktadır. Çünkü umut kapasitesi güçlenmiş ve dezavantajlı durumlara karşı daha dayanıklı hale gelmeleri tedavi açısından önemlidir (Bahar ve Savaş, 2013).

## **2.6. Ruh Sağığının Güçlendirilmesi İçin Bölgesel ve Mikro Müdahaleler**

Toplum düzeyinde damgalanma ile mücadelede sosyal hizmet uzmanları; savunuculuk, toplumu bilinçlendirme, ruh sağığı politikalarını planlama, etkilendirme ve yönlendirme gibi makro sosyal hizmet uygulamaları çalışmaları gerçekleştirmektedir (Tuncay ve Tuncay, 2012).

Toplumu bilinçlendirme çalışmaları kapsamında, ruhsal hastalıkların sebep ve sonuçları gibi konularda eğitim programları gerçekleştirilmeli ve artırılmalı. Eğitim programlarında, ruhsal hastalıklar hakkındaki sözel anlatımların yanı sıra yazılı olacak şekilde broşür ve görsel hazırlanabilecek film, video gösterimi, kamu spotu materyallerinden de yararlanılmalıdır. Toplumsal birliktelik ve eğitim çalışmaları ile toplumda bu kişilere yönelik var olan olumsuz imajının yıkılarak kişilerin sosyal rolleri ile öne çıkmaları sağlanmalıdır (Bekiroğlu ve Demiröz, 2020a).

Hastalıklar hakkındaki bilgiler yeterli olmadığından sonuçla sosyal hizmet uzmanları kişilerin toplumla temasını artıran etkinlikler gerçekleştirerek, toplumda bu kişilere yönelik var olan olumsuz deneyimlerin yerini olumlu deneyimlerin almasını sağlamaya çalışmalıdır. Sosyal hizmet mesleği, toplumsal değişim ve insan hakları ilkelerini temel alan, insanların iyilik halinin geliştirilmesi ve güçlendirilmesini amaçlayan, insanların toplumla etkileşimlerinin artırılmasına müdahale eden bir meslek dalıdır (Duyan, 2003).

Toplumu bilinçlendirme çalışmalarının özellikle toplumda ruh sağığı alanında meslek elemanları ile gerçekleştirilmeli ayrıca sosyal hizmet uzmanlarının gerçekleştireceği bilinçlendirme çalışmalarında sağık çalışanları, polisler, öğretmenler,

din adamları, muhtarlar, gazeteciler gibi toplumda liderlik özelliği taşıyan meslek elemanlarına öncelik vermelidir (Tuncay ve Tekin, 2021).

Sosyal hizmet uzmanları; ruhsal hastalığı olan kişilerin etkileşim içerisinde olduğu ekosistemine yönelik müdahaleler gerçekleştirmelidir. Ruhsal hastalığı olan kişilerin etkileşim içerisinde olduğu bu grupların var olan damgalayıcı iletişim çeşitlerinin ve etkileşimlerinin farkına varması ve değiştirmesi sağlanmaya çalışılmalıdır. Bu gruplarla çalışmalara yönelik eğitim, ruhsal hastalığı olan kişilerin hayatlarını ele alan filmlerin izlenmesini sağlama gibi yapılacak bilgilendirme, grup çalışmaları veya temas gibi etkinliklerle bu bireylere yönelik farkındalık kazanmaları ve önyargılarını değiştirmeleri sağlanmaya çalışılmalıdır (Bekiroğlu ve Demiröz, 2020b).

Aynı zamanda ruhsal bozukluğu olan kişilere yönelik olumsuz tutumların en çok kırsalda ve eğitim seviyesi düşük insanlarda daha fazla olduğu görülmüştür. Bilinçlendirme çalışmalarının hitap edilen kesime uygun, anlayabilecekleri şekilde eğitim materyali olarak kamu spotu, film ve video gösterimi gibi her kesimin anlayabileceği eğitim materyalleri kullanılmasının tercih edilmesi gerektiğini söylemiştir (Bekiroğlu ve Demiröz, 2020b). Sosyal hizmet uzmanları, eğitim çalışmalarının tüm kişilere ulaşması ve anlaşılabilir olmasında sosyal engelleri kaldırmaya yönelik savunuculuk faaliyetleri yürütmelidir. Savunuculuk faaliyetleri kapsamında; ruhsal hastalığı olan kişilerin sosyal, iş ve eğitim hayatından ötekileştirilmesini önleyici çalışmalar ve sağlık hizmetlerine ulaşma noktasında politikaların üretilmesi gibi kişilerin çevre ve toplum uyumlarını arttırmaya yönelik müdahalelerde bulunmasıdır (Teater, 2015).

Bu sebeple sosyal hizmet mesleği ruh sağlığı alanındaki politikaların belirlenmesi ve kararların alınmasında önemli bir ortak olarak kabul gören ve ruhsal hastalığı olan kişilerin de katılımının sağlanmasında önemli birlikte çalışma alanı olarak kabul görmüştür.

## **2.7. Ruhsal Hastalığa ve Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Olumsuz Tutumları Önlemede Sosyal Hizmet Uzmanının Rol ve Sorumlulukları**

Rol, bir durumdan beklenen davranış olduğundan; davranıştaki farklılıklar, durumdaki farklılıklarla birlikte gitme eğilimindedir. Mesleki rol ise, bir meslek elemanının o mesleğin uygulanmasında mesleğin kendisine verdiği bilgi, becerinin ve deneyimin yapılan işin amacına yönelik kullanılması olarak ifade edilmektedir (Bulut,1998). Meslek elemanının rolünün iki etken tarafından oluşturulduğu

görülmektedir. Birincisi kişiye, mesleğinin kazandırdığı bilgi, beceri ve görgü; ikincisi ise bu bilgi, beceri ve deneyimin o alanın ihtiyaçları doğrultusunda uygun amaçlarla kullanmasıdır. Sorumluluk ise üzerine alınan görevi yerine getirme sorumluluğu olarak tanımlanmaktadır. Sosyal hizmet uzmanlarının psikiyatrik görevlerde yer alması, hastanın sosyal çevresine ve yeniden sosyalleşmesine, yani iyileştirmeye verilen önemin artmasını da getirmektedir (Bulut, 1998).

Psikiyatri alanındaki psikiyatrik sosyal hizmetin rolü, genel manada sosyal hizmetin mesleki rolünden bağımsız değildir. Psikiyatrik sosyal hizmetin psikiyatri alanındaki rolü sosyal hizmet mesleğinin psikiyatri alanında birlikte çalışması sonucu ortaya çıkan bir uzmanlaşmadır. Sosyal hizmet mesleği uygulamasında hastalığı olan kişiler sosyal toplumun en savunmasız kesimlerine öncelik vermektedir. Bununla birlikte ruhsal hastalığı olan kişilere yönelik sosyal hizmet müdahaleleri, sosyal hizmetin alt bir uygulama alanı olan psikiyatrik sosyal hizmet alanı çerçevesinde şekil almaktadır (Abay ve Gölgeçen, 2018).

Müracaatçılara uygun tedavi çeşidinin belirlenmesi, sosyal öykülerini almak ve değerlendirme yapmak, müracaatçının kendi kaderini tayin hakkı göz önünde bulundurularak, uygun tedavi planlarının uygulanması, ruh sağlığı problemleri için birey, aile ve grup tedavi uygulamasının sağlanması, tedavi ekibinin bir parçası olmak ve bununla sınırlı kalmayan görevleri içeren roller gerçekleşmektedir (Tekin, 2020).

Sosyal hizmet uzmanları ruhsal hastalığa yönelik damgalama ile mücadelede; kişilerin yaşadığı sosyal çevreyi de kapsayacak şekilde mikro, mezzo ve toplum düzeyde gerçekleştireceği damga karşıtı uygulamalarla diğer mesleklerden ayrılmakta ve kişilerin savunuculuğu konusunda çoğu zaman ekip lideri konumundadır. Sosyal hizmet uzmanları ruhsal hastalıkları olan kişilerle çok sık karşılaşmakta ve ruh sağlığı alanında, bozukluğa yol açan psikososyal faktörlerin saptanmasının yanı sıra hastalığın toplumsal bağlam ve sonuçlarına odaklanmaktadır (Abay ve Gölgeçen, 2018).

Sosyal hizmet uzmanlarının; mesleki bilgi/beceri ve değerlerini kullanarak ruh sağlığı hizmeti görmeye ilk başladığı belirti evrelerinde koruyucu önleyici çalışmalar gerçekleştirmekten, hastaneye yatış sürecine ve sonrası süreçte iyileştirme dönemine kadar farklı birimlerdeki alana özgü birçok görev tanımlanmaktadır (Tekin, 2020).

Psikiyatrik rahatsızlık belirtileri ortaya çıkmadan koruyucu önleyici çalışmalar, hastaneye yatış sürecinde hastanın ve ailesinin bir arada değerlendirildiği hizmetlerin

sağlanması ve sonrasında hastaların tüm takiplerinin yapılması ve tedavilerinin sağlanması, iyileştirme çalışmalarının gerçekleştirilmesi ve ailenin süreci en iyi şekilde yönetmesini sağlayıcı eğitimler sağlanması rolleri de bulunmaktadır (Abay ve Gölgeçen, 2018).

Kişiler stresli yaşam olayları, ilişki problemleri gibi nedenlerden dolayı psikososyal işlevsellikleriyle ilgili sorunlar yaşayabilmektedir. Kişinin içinde bulunduğu çevreyi ve diğer sistemlerini anlamadan herhangi bir durumu iyi hale getirecek sihirli bir değnek bulunmamaktadır. Dolayısıyla “çevresi içinde birey” algısı, uzun zamandan beri sosyal hizmet uzmanının temel taşı olmuştur. Sosyal hizmet uygulamasının amacı, birey ve ailesine yönelik psikososyal iyileştirme, refah düzeyini yükseltme, bireylerin hayatları üzerindeki gücü, kontrolü artırmaktır (Oral ve Tuncay, 2012). Kişilerin sorunlarının kişilerin yaşadığı ortamda desteklenmesi gerekmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Psikiyatrik Sosyal Hizmet Departmanının, psikiyatrik sosyal hizmet uzmanının psikiyatri alanındaki rolü üzerine yorumu, hastalığın türü ve derecesi, çevredeki baskı, kurumun görev çerçevesi ve gerek hasta gerek ailesi ve toplumun imkânları ile sınırlıdır. Psikiyatrik sosyal hizmet uzmanı, gördüğü eğitim ve kazandığı bilgilere, ruh sağlığı alanındaki eğitimine dayanarak hastanın sosyal yaşama adaptasyonu konusunda katkılarda bulunmaktadır. Bu da onun rolünü oluşturmaktadır (National Association Of Social Workers, 1960).

Psikiyatrik sosyal hizmet uzmanı tedavi ekibinin bir parçası ve aynı zamanda bütünleşmesini sağlayan meslek elemanıdır ayrıca ekip toplantılarında, karar aşamasında, planlamada katılımda bulunur, rol almaktadır. Fakat tüm bunların dışında uzmanın kendi ilgi ve yeteneklerine göre, hastanenin vereceği görevleri yapma noktasında görevleri bulunmaktadır. Bunların dışında bazı özel fonksiyonları da olabilir. Genel olarak sosyal hizmet uzmanları, gerginliklerini hafifletmeye, kişilere veya ailelere çevreleri ile daha iyi ilişki kurmalarında yardım etmeye çalışmaktadır. Kişinin streslerini ortadan kaldırılmasını ve çevresi ile iyi ilişkiler kurmasını sağlar (Tekin, 2020).

Yapılan tanımlar ve açıklamaların ortaya koyduğu bir noktada, psikiyatri alanında sosyal hizmetin rol ve sorumluluklarının; sosyal hizmet yaklaşımlarının koruyucu-önleyici, geliştirici, değiştirici, tedavi edici fonksiyonlarının yerine getirilmesini içermektedir. Bu açıklamalar ışığında psikiyatri alanında sosyal hizmet mesleğinin rol ve sorumlulukları dokuz madde içinde değerlendirilmektedir (Abay ve Gölgeçen, 2018).

Sosyal hizmet mesleği, kişi yi çevresi içinde değ erlendirmektedir. Hastalı ğın etki düzeyine göre kaynakları ihtiyaca göre harekete geçirebilme sorumluluğ undadır. Kişinin toplumsallaşmasında ve kaybolan işlevselliğ inin kazandırılmasında aracıdır. İ çinde bulunulan tedavi durumunu değ erlendirme, harekete geçirme ve danışmanlık yapmaktadır. Hastalı ğın nüksetmesini engelleyici yönde ve iyi yönde değ iş tirilmesi konusunda da sorumluluk almaktadır. Kişinin çevresiyle etkileş im içinde yaş amını devam ettirmesi de önemlidir. Bu aş amada etkileş im sağ lanması için değ erlendirilme, mesleki müdahale yapması, içinde bulundukları koş ullardan ortaya çıkan hakların korunması ve ihmal edilmesine yönelik savunuculuk rolü bulunmaktadır (Tekin, 2020).

Psikiyatri alanında sosyal hizmet mesleğ inin var olmasının temel nedenleri sayılabilecek bu maddeler sosyal hizmet mesleğ i ve uygulaması olan sosyal uzmanlarının psikiyatri alanındaki rolleridir. Sosyal hizmet uzmanı, kişilerin sosyal ve hukuki hakları konusunda gerekli bilgiye sahip olmalı ve karşılaştıkları zorlukların çözümlenmesinde destek hizmeti verme sorumluluğ u bulunmaktadır (Oral ve Tuncay, 2012).

Psikiyatrik sosyal hizmet uzmanları koruyucu ruh sağı ğı hizmetlerinde ekip çalışması içerisinde rol alır ve koruyucu çalışmalar çoğ unlukla eğ itimler sağ lanarak gerçekleştirilmektedir. Erken çocukluk dönemine ait çalışmaları kapsamakla birlikte okullarda eğ itimler vermek ve okul sosyal hizmeti gerçekleştirmek koruyucu çalışmalara örneklerden bir tanesidir (Abay ve Gölgeç en, 2018).

Sosyal hizmetin psikiyatrik ortamlarda temel amacı, hastanın tedaviyi kabul etmesi ve bakımının etkili bir şekilde sağ lanması, hastalı ğın getirdiğ i hasta ve ailesinin yaşad ığ ı stresi azaltmak ve hastanın içinde bulunduğ u durumun ortaya çıkan sorunlarını çözümlenmektedir. Böylece sosyal hizmet, ruh sağı ğ ı problemi yaşayan kişileri tedavi ederek işlevlerini daha etkili bir şekilde yerine getiren kişiler olarak topluma kazandırılmalarında önemli işleve sahip bir meslek dalıdır (Bulut, 1998).

Psikiyatrik sosyal hizmet, ruh ve akıl sağı ğ ının korunmasında, güçlükleri olan kişilerin, güçlüklerinin belirlenmesi ve onların toplum içinde daha sağı ğ lık lı, daha yeterli ve sosyal fonksiyonlarını daha etkili biçimde yerine getirmesine yardımcı olmaktadır. Sosyal hizmet diğ er mesleklerle iş birliğ i içindedir. Bu nedenle psikiyatrik sosyal hizmet uzmanı, psikiyatrist, psikolog gibi diğ er mesleklerle, hastaların zorluklarının giderilmesi ve tedavilerinde bir ekip çalışması gerçekleştirilir. Bu disiplinlerle iş birliğ i hastanın gerek

tedavisi süresince gerekse toplum içinde korunmasında, hedefe giden yolu kısaltmaktadır (Bahar ve Savaş, 2013).

Psikiyatrik sosyal hizmet uzmanı görevini yaparken sosyal hizmetin her yöntemini yerine göre kullanmaktadır. Toplumu organize etme, idare etme de psikiyatrik sosyal hizmet uzmanının sık sık başvurduğu yöntemleridir. Özellikle, topluma yönelik, toplum sağlığı hizmetlerinde toplum organizasyonu yönteminin önemli olmaktadır (Kahramanoğlu, 1973).

Sosyal hizmet uzmanları, ruhsal hastalığa sahip olan kişilerin saptanması ve bu kişilerin sağlık sistemine kaydının gerçekleştirilmesi için ilgili kurum ve kişilerle iş birliği sağlamaktadır. Hasta ve ailesi ile görüşülerek sistem ve merkez hakkında bilgi vermektedir. Hizmet alanların bakım planları kapsamında, ekonomik, sosyal, barınma ve istihdam gibi ihtiyaçlarını gidermek için ilgili kurum ve kuruluşlarla temas sağlar (T.C. Sağlık Bakanlığı, Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulaması Yönergesi, 2023).

Sağlık merkezinden hizmet alan kişi ve ailesine mevcut yasal haklarıyla ihtiyaç duydukları diğer konularda bilgi vermek; karşılaşılabilecekleri problemlerin çözümünde destek ve diğer hizmetlere ulaşmalarını kolaylaştırmaktadır. Yapılan iş ve işlemler ile ilgili kayıtları tutmaktadır (Artan, 2013).Ruhsal hastalığa sahip olan kişilerin toplumda karşılaştığı bir problem olan damgalamanın, meslek elemanının var olan rolleriyle planlama yapıp mücadele etmesi amacıyla iş birliği sağlamaktır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012).

Sosyal hizmet uzmanları müracaatçıların problem çözme kapasitelerini artırmak, ihtiyaç duydukları kaynaklarla buluşturmak ve sevk etmek, hastalığın tedavi ve iyileştirme süreci hakkında bilgi vermek, aile içi ilişkilerde danışmanlık yapmak için hasta ve ailesine eğitimler düzenlemek, rehabilite sürecine hazırlamak, uzmanın temel sorumluluklarıdır (Bahar ve Savaş,2013).

Sivil toplum kuruluşları ve diğer kurum kuruluşlarla koordinasyonu sağlamak ve aynı zamanda ailelerin güçlenmesi adına danışmanlık sağlamak ve hasta ile nasıl iletişim kuracağı, davranış şekilleriyle ilgili bilgi vermek, aileleri güçlendirmek amaçlanmaktadır. Sosyal hizmet uzmanlarının bu noktada destekleyici, savunucu, eğitici, aracı, güçlendirici, koordinatör rolleriyle ilişkili olmaktadır (Zastrow, 2015).

Sosyal hizmet genel olarak koruyucu önleyici, ruh sağlığı alanında bilgilendirme, ruh sağlığı sorunu olan kişilerin ve çevresinin güçlendirilmesine yönelik çalışmalar, damgalama ile mücadeleye yönelik çalışmalar yürütmektedirler. Klasik psikiyatri ruhsal bozukluğu olan kişileri klinik koşullarda tedavi etmeyi savunurken koruyucu ve önleyici hizmetler kişinin yaşadığı ev, okul ve iş yeri gibi toplum temelli merkezleri tedavi sürecinin bir parçası olarak kabul eder ve özellikle Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri odaklı müdahaleyi odaklamaktadır (Gültekin, 2010).

Ruhsal hastalıkların önlenmesi noktasında hastalıkların ortaya çıkmasına sebep olabilecek sosyal refahla ilişkili problemlerle mücadele amacıyla çalışmalar yürütmektedirler. Bu çalışmalar kapsamında Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığına bağlı kuruluşlar olmak üzere farklı kurum ve kuruluşlarla iş birliği yapmaktadırlar. İkinci basamakta ise daha çok eğitim faaliyetlerini gerçekleştirmektedirler. Sosyal hizmet uzmanları ruh sağlığı problemi yaşayan kişiler ve yakınlarının yanı sıra toplumun tüm kesimine ruh sağlığına yönelik eğitim, seminer ve konferans türünde faaliyetler düzenlemektedirler (Abay ve Gölgeçen, 2018).

Sosyal hizmet uzmanları ruhsal hastalığı olan kişilerin iyileşme süreçlerinin daha başarılı olabilmesi için gerekli olan takipleri kapsamında sosyal incelemeler yaparlar ve bu inceleme süreçlerinde bireylere danışmanlık ve psikolojik destek sağlamaktadırlar (Kaya Kılıç,2019). Ruhsal hastalıklara bağlı psikososyal kayıpların engellenmesi ve iyileştirilmesine yönelik ise hastalar öncelikli olmak üzere ihtiyaç halinde yakınlarının da dâhil edildiği birey ve grup odaklı çalışmalarda bulunmaktadır (Başer, Kırlioğlu ve Mavili Aktaş, 2013).

Ruh sağlığı alanında görev yapan sosyal hizmet uzmanları koruyucu ve önleyici hizmetler kapsamında hastaların ve yakınlarının yüksek yararını hedefleyen birey, grup ve toplum düzeyinde çalışmalar yürütmektedirler. Bu çalışmaların Türkiye’de psikiyatrik çalışan sosyal hizmet uzmanları, bu çalışmaların yanı sıra çalıştıkları hastanelerin hizmet türleri ve eğitim programlarına göre, çalıştıkları ünitelerin vaka toplantılarına katılmakta, vaka toplantılarında sunulan vakalarla ilgili çalışmalarını, gözlemlerini aktarmaktadırlar.

### **3 ARAŞTIRMANIN METADOLOJİSİ**

#### **3.1. Araştırmanın Problemi**

Toplumu etkileyen herhangi bir sorunun çözüme kavuşması için ilk olarak problemin nedenlerinin araştırılması, anlaşılması ve tahlil edilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda toplumun ruhsal hastalık yaşayan bireylere yönelik hassasiyetlerini artırmak için öncelikle nasıl algıladıklarını da araştırmak gerekmektedir. Psikiyatrik sosyal hizmet alanında meslek hayatına başlayacak olan öğrenciler için, ruhsal hastalığı olan bireyleri nasıl algıladıklarının araştırılması, ruhsal hastalığa sahip bireylerle ilgili bilgi ve birikimin artırılması, ruhsal hastalığa sahip kişilerle ilgili olumsuz tutum ve davranışın değiştirilmesi, ruhsal hastalığa sahip kişilerin toplumla tam anlamıyla bağdaşmasını mümkün kılacak önemli konulardan biridir.

Sosyal çalışmacılar ruhsal hastalığa sahip bireylerle görüşürken planlama sonrası tüm mesleki müdahaleleri gerçekleştirmektedirler. Sistem sosyal çevreyi içerisine alan bir bütün olduğundan birbirini etkilemektedir. Bu sebeple sosyal çalışmacının alması gereken roller ve sorumluluklar bulunmaktadır. Özellikle hassas gruplarla çalışmalarda bulunan sosyal çalışmacılar meslek hayatlarında karşılaştıkları gruplara karşı tutumları önemli olacaktır. Bu araştırma ile sosyal hizmet bölümü öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarının belirlenmesi amaçlanmış olup elde edilen bulgular kapsamında ruhsal hastalıklarla ilgili tutumları etkileyen sebepler saptanmaya çalışılmıştır. Araştırmadan elde edilen bulguların niteliği doğrultusunda sosyal hizmet bölümü öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik tutumları belirlenerek, ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarını olumlu yönde değiştirecek önerilerde bulunulmasına imkân tanımıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Amacı ve Kapsamı**

Sosyal hizmet, toplumsal açıdan tüm dezavantajlı kişilerle çalışmada bulunan, bireylerin iyilik halinin sağlanması ve güçlendirilmesini hedefleyen, hayatını devam ettirmekte uyumlarını sağlamakta kolaylıklar getiren bir meslektir. Ruh sağlığı alanında çalışma yapacak sosyal hizmet bölümü öğrencilerinin, her problem yaşayan bireylerin sosyoekonomik ve kültürel işlevselliğini yüksek düzeyde gerçekleştirmesi gerekmektedir. Araştırmanın temel amacı; sosyal hizmet alanında eğitim alan lisans öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik tutumlarının belirlenmesi ve lisans hayatında temel eğitimden geçen

sosyal hizmet bölümü lisans öğrencileri, müfredatta yer alan dersler çerçevesinde akademik anlamda bilgi birikimi kazanmaktadır. Öğrenciler, eğitim süreci bittikten sonra sosyal çalışmacı unvanı ile sosyal hizmet mesleğini uygulamaya çalışmaktadır. Bu bağlamda mesleğin uygulama boyutu akademik kazanımlar ile şekillenmekte ve desteklenmektedir.

### **3.3 Araştırmanın Yöntemi**

Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Hizmet Lisans öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik tutumlarının incelendiği araştırmada gerekli verilere ulaşabilmek için araştırma yöntem ve teknikleri içinden nicel yöntem, bu çalışmanın çıkış noktasını oluşturmuştur. Araştırmada, ruhsal hastalığa yönelik tutumlar ölçeği ile hazırlanmış sosyodemografik bilgi formu kullanılacaktır. Sosyodemografik bilgi formu gerçekleşmesinde, demografik verilere ulaşmak adına katılımcılara birtakım sorular yöneltilmiştir. Sosyal hizmet lisans öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik tutumlarının incelenmesinde Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği (RSTTÖ) kullanılmıştır. Tutumlar; demografik veriler, kişisel özellikler ve incinme geçmişi gibi alt ölçeklerle değerlendirilmiştir. Anketler sonucu elde edilen veriler sorulara verilen cevapların frekans değerlerini göstererek oluşturulmuştur. Anket sonuçlarının getirdiği veriler genelinde öğrencilerin ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarıyla ilgili değerlendirmeler yapılmıştır.

### **3.4. Araştırmanın Şekli ve Evreni**

Betimsel tipte bir araştırma olmaktadır.

Araştırmanın evreni; Gümüşhane Üniversitesi 2021-2022 eğitim öğretim yılı bahar döneminde Sosyal Hizmet alanında örgün eğitim gören, tüm lisans öğrencilerinden oluşmaktadır. Çalışma gurubunu ise evrenden random yöntemiyle seçilen 174 öğrenci oluşturmaktadır.

### **3.5. Araştırmanın Değişkenleri**

**Bağımsız Değişkenler:** Lisans öğrencilerinin cinsiyet, yaş, eğitim gördüğü fakülte ve bölüm, yaşadığı yer, gelir durumu, medeni durumu.

**Bağımlı Değişkenler:** Sosyal hizmet lisans öğrencilerinin ruhsal hastalığa ilişkin tutumları.

### **3.6. Verilerin Toplanması**

#### **3.6.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması**

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından “Sosyodemografik Bilgi Formu” ve “Ruhsal Hastalığa Yönelik Tutum Ölçeği” kullanılarak oluşturulmuştur.

##### **3.6.1.1. Sosyodemografik Bilgi Formu**

Kişisel bilgi formu araştırmacı tarafından geliştirilen lisans öğrencilerinin sosyo demografik özelliklerini içeren 14 sorudan oluşmaktadır. Sosyodemografik bilgi formunda öğrencilerin yaşı, cinsiyet, sınıf, aile durumu, incinme yaşayıp yaşamadığı, yaşadıysa türü, ruhsal hastalığı olup olmadığı, evet ise ne olduğu, daha önce ruhsal hastalığa sahip bireyle karşılaşmış mı, karşılaşmamış mı, karşılaşmışsa yakınlığı ve teşhisini içeren sorular yer almaktadır. (Bkz. EK1).

##### **3.6.1.2. Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği (RSTTÖ)**

Taylor ve Dear tarafından 1979 yılında geliştirilmiş Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği (RSTTÖ) geçerliliği ve güvenirliliği Bağ ve Ekinci tarafından 2006 yılında yapılmıştır. Ölçekte, ruhsal sorunu olan bireylere yönelik toplum tutumlarını ifade eden cümleler yer almaktadır. Her bir cümle ruhsal sorun yaşayan bireylere yönelik tutumları anlatmaktadır. Bu maddelerde tutumun derecesini belirleyen beş seçenek vardır. Toplam 21 madde içeren bu ölçek; 6’lı likert tipindedir, “Tamamen Katılmıyorum: 0”, “Çoğunlukla Katılmıyorum: 1”, “Kısmen Katılmıyorum: 2”, “Kısmen Katılıyorum: 3”, “Çoğunlukla Katılıyorum: 4”, “Tamamen Katılıyorum:5” şeklinde puanlanmaktadır. RSTTÖ ölçeğinin 21 maddelik Türkçe Formu’nun Cronbach alpha değeri: 0.72; madde toplam puan korelasyonu  $r=0.21$  ile  $0.42$  arasında bulunmuştur (Bağ ve Ekinci,2006).

### **3.7. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması ve Değerlendirilmesi**

Veriler 2021-2022 Eğitim Öğretim Yılı Bahar Döneminde 30.05.2022-10.06.2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Sosyal Hizmet Lisans Öğrencisi kapsamına alınan öğrencilere araştırmanın amacı ve yöntemi anlatılarak onayları alınmıştır. Veri toplama araçları öğrencinin uygun olduğu zaman yüz yüze görüşülerek yapılmıştır ve uygulama süresi ortalama 30 dk sürmüştür.

Toplanan 174 veri Excel 2023 programına girilmiştir. Verilerin değerlendirilmesi ve süresince profesyonel destek alınmıştır. Verilerin analizi SPSS 21 programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

### **3.8. Araştırmanın Hipotezleri**

Bu çalışma “Sosyal Hizmet Lisans Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik Tutumları olumludur” temel hipotezine dayanmaktadır. Araştırmanın alt hipotez başlıkları ise şunlardır;

H1: Öğrencilerin, psikiyatrik sosyal hizmet eğitimiyle ilgili tutumları olumludur.

H2: Öğrencilerin ruhsal hastalık yaşayan bireylerle ilişkin tutumları olumludur.

H3: Öğrencilerin ruhsal hastalık yaşayan bireylerin çalışma hayatıyla ilgili tutumları olumludur.

H4: Öğrencilerin ruhsal hastalık yaşayan bireylerin aile yaşamlarına ilişkin hayatıyla ilgili tutumları olumludur.

H5: Öğrencilerin, ruhsal hastalık yaşayan bireylerin kişisel özellikleriyle ilgili tutumları olumludur.

### **3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Sosyal hizmet lisans öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik tutumlarının incelenmesi: Gümüşhane İli Örneği ile ilgili olan araştırmamız, yalnızca Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü Lisans öğrencilerine

yönelik olmasıyla sınırlılıklara sebebiyet vermiştir. Araştırmada ölçek uygulanan öğrencilerin ruhsal hastalıklara olan tutumları, aile, iş, arkadaş ilişkileriyle, ekonomik nedenler ve kişisel sebeplerle ilgili düşünceler değişmekte ve bu sebeple sınırlı olmaktadır.



#### 4.ARAŞTIRMANIN BULGULARI VE YORUMLANMASI

##### 4.1. Sosyal Hizmet Lisans Öğrencilerinin Sosyo-Demografik Özellikleri

Çalışmanın bu bölümünde öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bilgiler bulunmaktadır. Çalışmaya 174 sosyal hizmet lisans öğrencisi katılmıştır. Çalışma analizinde Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ve t testi kullanılmıştır. Sosyo-demografik bulgular kapsamında; çalışmaya katılan öğrencilerin yaşları, cinsiyetleri, sınıfları, öğretim durumları, gelir düzeyleri, anne-baba demografik bilgileri, herhangi bir ruhsal hastalığa sahip olup olmadıkları ve yakın çevrelerinde ruhsal hastalık sahibi kişilerle karşılaşma durumu hakkında bilgiler içermektedir.

Tablo 1.Katılımcıların demografik özelliklere göre dağılımı

| Sosyodemografik Özellikler               | Sayı | %     |
|------------------------------------------|------|-------|
| <b><u>Yaş Grubu</u></b>                  |      |       |
| 17-19                                    | 15   | 8.6   |
| 20-22                                    | 104  | 59.77 |
| 23-25                                    | 36   | 20.68 |
| 25 ve üzeri                              | 19   | 10.95 |
| <b><u>Cinsiyet</u></b>                   |      |       |
| Kadın                                    | 131  | 75.43 |
| Erkek                                    | 43   | 24.71 |
| <b><u>Sınıf</u></b>                      |      |       |
| 1.Sınıf                                  | 46   | 26.43 |
| 2.Sınıf                                  | 31   | 17.81 |
| 3.Sınıf                                  | 68   | 39.08 |
| 4.Sınıf                                  | 29   | 16.66 |
| <b><u>Öğretim Türü</u></b>               |      |       |
| Normal Öğretim                           | 106  | 61.62 |
| İkinci Öğretim                           | 66   | 38.37 |
| <b><u>Ailenizle mi yaşıyorsunuz?</u></b> |      |       |
| Evet                                     | 113  | 66.47 |
| Hayır                                    | 53   | 38.37 |
| <b><u>Ailenizin aylık geliri</u></b>     |      |       |
| 0-2500                                   | 31   | 17.81 |
| 2500-5000                                | 67   | 38.50 |
| 5000-8500                                | 55   | 31.60 |
| 8500 ve üzeri                            | 21   | 14.06 |

Tablo 1. (Devamı)

| Sosyodemografik Özellikler            | Sayı | %     |
|---------------------------------------|------|-------|
| <b><u>Anneniz:</u></b>                |      |       |
| Yaşıyor                               | 166  | 95.41 |
| Vefat Etti                            | 8    | 4.59  |
| <b><u>Anneniz:</u></b>                |      |       |
| Öz                                    | 165  | 96.45 |
| Üvey                                  | 6    | 3.55  |
| <b><u>Annenin Yaşı:</u></b>           |      |       |
| 35-49                                 | 110  | 63.21 |
| 50-59                                 | 52   | 29.88 |
| 60-69                                 | 11   | 6.32  |
| 70 ve üstü                            | 1    | 0.57  |
| <b><u>Annenin Öğrenim Düzeyi:</u></b> |      |       |
| İlköğretim                            | 106  | 60.91 |
| Lise                                  | 44   | 25.28 |
| Ön lisans                             | 4    | 2.29  |
| Lisans                                | 6    | 3.44  |
| Okula Gitmedi                         | 14   | 8.04  |
| <b><u>Babanız:</u></b>                |      |       |
| Yaşıyor                               | 165  | 94.82 |
| Vefat Etti                            | 9    | 5.17  |
| <b><u>Babanız:</u></b>                |      |       |
| Öz                                    | 161  | 93.06 |
| Üvey                                  | 12   | 6.93  |
| <b><u>Babanın Yaşı:</u></b>           |      |       |
| 35-49                                 | 77   | 44.25 |
| 50-59                                 | 76   | 43.67 |
| 60-69                                 | 18   | 10.34 |
| 70 ve üstü                            | 3    | 1.72  |
| <b><u>Babanın Öğrenim Düzeyi:</u></b> |      |       |
| İlköğretim                            | 96   | 55.17 |
| Lise                                  | 56   | 32.18 |
| Ön lisans                             | 6    | 3.44  |
| Lisans                                | 10   | 5.74  |
| Lisansüstü                            | 2    | 1.14  |
| Okula Gitmedi                         | 4    | 2.29  |

Tablo 2.Yaş faktörüne göre puan ortalamaları, standart sapmaları ve ANOVA sonuçları

|       | N   | X       | S       | f     | p    |
|-------|-----|---------|---------|-------|------|
| 17-19 | 15  | 65.0000 | 5.64421 |       |      |
| 20-22 | 104 | 63.9327 | 8.18270 |       |      |
| 23-25 | 36  | 64.8056 | 9.23911 | 2.375 | .072 |
| 25+   | 19  | 69.5263 | 9.65153 |       |      |
| Total | 174 | 64.8161 | 8.50369 |       |      |

Araştırma sonucu elde edilen verilere göre Tablo 2 incelendiğinde, 17-19 yaş aralığında 15 kişi, 20-22 yaş aralığında 104 kişi, 23-25 yaş aralığında 36 kişi, 25 ve üstü kişilerde 19 kişi bulunmaktadır. Çoğunluğun 20-22 yaş aralığında olduğu görülmekle birlikte, yaş faktörüne göre sosyal hizmet lisans öğrencilerinin tutumlarında anlamlı fark taşımadığı görülmektedir. ( $p>0.05$ ).

Tablo 3.Cinsiyete göre puan ortalamaları, standart sapmaları ve bağımsız t testi sonuçları

|             | N   | X       | S       | t     | P    |
|-------------|-----|---------|---------|-------|------|
| Tutum Kadın | 131 | 65.3206 | 8.28647 |       |      |
| Erkek       | 43  | 63.2791 | 9.06150 | 1.369 | .173 |

Tablo 3 incelendiğinde, araştırmaya katılan kadınların sayısının 131, erkeklerin sayısının 43 olduğu görülmektedir. Çoğunluğun kadın olduğu görülmekle birlikte cinsiyet faktörüne göre sosyal hizmet lisans öğrencilerinin tutumlarında farklılık görülmemektedir. ( $p>0.05$ ).

Tablo 4.Sınıf faktörüne göre puan ortalamaları, standart sapmaları ve ANOVA sonuçları

|          | N   | X       | S        | f     | p    |
|----------|-----|---------|----------|-------|------|
| 1. sınıf | 46  | 64.9348 | 6.94551  |       |      |
| 2. sınıf | 31  | 61.5806 | 10.51277 |       |      |
| 3.Sınıf  | 68  | 65.2059 | 7.98797  | 2.342 | .075 |
| 4.Sınıf  | 29  | 67.1724 | 8.96847  |       |      |
| Total    | 174 | 64.8161 | 8.50369  |       |      |

Tablo 4 incelendiğinde, araştırmaya katılan öğrencilerden; 1.sınıf öğrencilerinin 46, 2. Sınıf öğrencilerinin 31, 3. Sınıf öğrencilerinin 68, 4. Sınıf öğrencilerinin 29 kişi oldukları ve çoğunluğun 3. Sınıf öğrencilerinden oluştuğu görülmektedir. Bu analize göre sosyal hizmet lisans öğrencilerinin sınıf faktörüne göre tutumlarında farklılık görülmemektedir. ( $p>0.05$ ).

Tablo 5.Öğretim durumuna göre puan ortalamaları, standart sapmaları ve bağımsız t testi sonuçları

|       | Öğretim        | N   | X       | S       | t     | p    |
|-------|----------------|-----|---------|---------|-------|------|
| Tutum | Normal Öğretim | 106 | 65.5377 | 7.49117 | 1.493 | .137 |
|       | İkinci Öğretim | 66  | 63.5455 | 9.94165 |       |      |

Tablo 5 incelendiğinde, araştırmaya katılan öğrencilerden; normal öğretimde 107 öğrencinin, ikinci öğretimde 66 öğrencinin olduğu görülmektedir ve tabloya göre sosyal hizmet lisans öğrencilerinin öğretim durumlarına göre tutumlarında farklılık görülmemektedir. ( $p>0.05$ ).

Tablo 6.Aile ile Yaşayıp Yaşamadığına göre puan ortalamaları, standart sapmaları ve bağımsız t testi sonuçları

|       | Aile  | N   | X       | S       | t     | p    |
|-------|-------|-----|---------|---------|-------|------|
| Tutum | Evet  | 113 | 64.6991 | 8.96211 | -.140 | .889 |
|       | Hayır | 57  | 64.8947 | 7.83692 |       |      |

Tablo 6 incelendiğinde, araştırmaya katılan öğrencilerden; sosyal hizmet lisans öğrencilerinin, 113'ünün aileleriyle yaşadığı, 57 öğrencinin de ayrı yaşadığı belirlenmiştir. Tabloya göre aile ile yaşayıp yaşama faktörüne göre tutumlarında farklılık görülmemektedir. ( $p>0.05$ ).

Tablo 7.Öğrencilerin gelir düzeyine göre puan ortalamaları, standart sapmaları ve ANOVA sonuçları

|           | N  | X       | S       | f     | p    |
|-----------|----|---------|---------|-------|------|
| 0-2500    | 31 | 62.9677 | 9.13777 | 1.769 | .155 |
| 2500-5000 | 67 | 66.4328 | 7.92431 |       |      |
| 5000-8500 | 55 | 64.7091 | 9.02399 |       |      |

Tablo 7. (Devamı)

|           | N   | X       | S       | f     | P    |
|-----------|-----|---------|---------|-------|------|
| 5000-8500 | 21  | 62.6667 | .       |       |      |
|           |     |         |         | 1.769 | .155 |
| Total     | 174 | 64.8161 | 8.50369 |       |      |

Tablo 7 incelendiğinde, araştırmaya katılan öğrencilerin; 2021-2022 eğitim öğretim yılında geliri 0-2500 aralığında olan 31 öğrenci, 2500-5000 aralığında olan 67 öğrenci, 5000-8500 aralığında olan 55 öğrenci bulunmaktadır ve bu gelir düzeyinin sosyal hizmet lisans öğrencilerinin tutumlarında farklılık gerçekleştirilmemiştir. ( $p>0.05$ ).

Tablo 8. Annesinin Yaşayıp Yaşamadığı durumuna göre puan ortalamaları, standart sapmaları ve bağımsız t testi sonuçları

|            | N   | X       | S       | t     | P    |
|------------|-----|---------|---------|-------|------|
| Yaşıyor    | 166 | 64.7169 | 8.61348 |       |      |
| Tutum      |     |         |         | -.700 | .485 |
| Vefat Etti | 8   | 66.8750 | 5.76783 |       |      |

Tablo 8 incelendiğinde araştırmaya katılan öğrencilerin anne durumlarının yaşıyor olduğu gösterge 166, vefat ediyor olduğu kısmı ise 8'dir. Annenin hayatta olma durumu da sosyal hizmet lisans öğrencilerinin tutumlarında farklılığa yol açmamıştır. ( $p>0.05$ ).

Tablo 9. Annesinin öz/üveylik durumuna göre puan ortalamaları, standart sapmaları ve bağımsız t testi sonuçları

|       |      | N   | X       | S       | t      | p    |
|-------|------|-----|---------|---------|--------|------|
| Tutum | Öz   | 165 | 64.6121 | 8.59920 | -1.237 | .218 |
|       | Üvey | 6   | 69.0000 | 5.89915 |        |      |

Tablo 9 incelendiğinde araştırmaya katılan öğrencilerin annelerinin özlük durumu 165, üveylik durumu ise 6'dır. Annenin öz/üvey olma durumu da sosyal hizmet lisans öğrencilerinin tutumlarında farklılığa yol açmamıştır. ( $p>0.05$ ).

Tablo 10. Annesinin Yaşına göre göre puan ortalamaları, standart sapmaları ve ANOVA sonuçları

|       | N   | X       | S       | t    | p    |
|-------|-----|---------|---------|------|------|
| 35-49 | 110 | 64.4818 | 8.39695 | .608 | .611 |
| 50-59 | 52  | 65.5385 | 8.59882 |      |      |
| 60-69 | 11  | 63.9091 | 9.59640 |      |      |
| 70+   | 1   | 74.0000 | .       |      |      |
| Total | 174 | 64.8161 | 8.50369 |      |      |

Tablo 10 incelendiğinde araştırmaya katılan öğrencilerin annesinin; 35-49 yaş aralığında 110, 50-59 yaş aralığında 52, 60-69 yaş aralığında 11, 70 ve üstünde ise 1 kişi bulunmaktadır. Tabloya göre sosyal hizmet lisans öğrencilerinin anne yaş faktörüne göre tutumlarında farklılık görülmemektedir. ( $p>0.05$ ).

Tablo 11. Annenin öğrenim düzeyine göre puan ortalamaları, standart sapmaları ve ANOVA sonuçları

|               | N   | X       | S        | f     | p    |
|---------------|-----|---------|----------|-------|------|
| İlköğretim    | 106 | 64.8585 | 9.24939  | 2.255 | .065 |
| Lise          | 44  | 65.1818 | 6.39503  |       |      |
| Ön lisans     | 4   | 58.5000 | 11.21011 |       |      |
| Lisans        | 6   | 57.6667 | 4.58984  |       |      |
| Okula Gitmedi | 14  | 68.2143 | 7.08388  |       |      |
| Total         | 174 | 64.8161 | 8.50369  |       |      |

Tablo 11 incelendiğinde, araştırmaya katılan öğrencilerin annesinin öğrenim düzeyinin; ilköğretim düzeyinde 106, lise düzeyinde 44, önlisans düzeyinde 4, lisans düzeyinde 6, okula gitmeyen ise 14 kişi bulunmaktadır ve sosyal hizmet lisans öğrencilerinin annenin öğrenim düzeyi faktörüne göre tutumlarında farklılık görülmemektedir. ( $p>0.05$ ).

Tablo 12. Babanın yaşayıp yaşamadığı durumuna göre puan ortalamaları, standart sapmaları ve bağımsız t testi sonuçları

|               | N   | X       | S       | t     | p    |
|---------------|-----|---------|---------|-------|------|
| Tutum Yaşıyor | 165 | 64.9758 | 8.48309 | 1.061 | .290 |
| Vefat Etti    | 9   | 61.8889 | 8.85218 |       |      |

Tablo 12 incelendiğinde, araştırmaya katılan öğrencilerin babasının yaşayıp yaşamadığı; Yaşıyor 165, vefat etti 9 şeklinde gerçekleşmiştir. Buna göre sosyal hizmet

lisans öğrencilerinin babanın yaşama faktörüne göre tutumlarında farklılık görülmemektedir. ( $p>0.05$ ).

Tablo 13.Babanın öz/üveylik durumuna göre puan ortalamaları, standart sapmaları ve bağımsız t testi sonuçları

|       | N   | X       | S       | t     | p    |
|-------|-----|---------|---------|-------|------|
| Öz    | 161 | 64.7019 | 8.63846 |       |      |
| Tutum |     |         |         | -.346 | .730 |
| Üvey  | 12  | 65.5833 | 6.58453 |       |      |

Tablo 13 incelendiğinde, araştırmaya katılan öğrencilerin babasının özlük ve üveylik durumuna göre; öğrencilerin babasının özlük durumu 161, üveylik durumu 12 şeklinde tespit edilmiştir. Buna göre sosyal hizmet lisans öğrencilerinin babanın öz/üvey faktörüne göre tutumlarında farklılık görülmemektedir. ( $p>0.05$ ).

Tablo 14.Babanın yaşına göre puan ortalamaları, standart sapmaları ve ANOVA sonuçları

|       | N  | X       | S       | f    | p    |
|-------|----|---------|---------|------|------|
| 35-49 | 77 | 64.6623 | 9.00820 |      |      |
| 50-59 | 76 | 65.4474 | 8.25008 | .636 | .593 |
| 60-69 | 18 | 62.5000 | 7.89080 |      |      |

Tablo14. (Devamı)

|       | N   | X       | S       | f    | p    |
|-------|-----|---------|---------|------|------|
| 70+   | 3   | 66.6667 | 4.50925 | .636 | .593 |
| Total | 174 | 64.8161 | 8.50369 |      |      |

Tablo 14 incelendiğinde, araştırmaya katılan öğrencilerin babasının yaş durumuna göre; 35-49 yaş aralığında 77 kişi, 50-59 yaş aralığında 76 kişi, 60-69 yaş aralığında 18 kişi, 70 ve üstünde ise 3 kişi bulunmaktadır. Çoğunluğun 35-59 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Sosyal hizmet lisans öğrencilerinin babanın yaşı faktörüne göre tutumlarında farklılık görülmemektedir. ( $p>0.05$ ).

Tablo 15.Babasının öğrenim durumuna göre puan ortalamaları, standart sapmaları ve ANOVA sonuçları

|               | N   | X       | S        | f    | p    |
|---------------|-----|---------|----------|------|------|
| İlköğretim    | 96  | 64.9271 | 8.58180  | .950 | .450 |
| Lise          | 56  | 65.3929 | 8.40709  |      |      |
| Ön lisans     | 6   | 66.5000 | 10.42593 |      |      |
| Lisans        | 10  | 62.3000 | 6.21915  |      |      |
| Lisansüstü    | 2   | 54.0000 | 16.97056 |      |      |
| Okula Gitmedi | 4   | 63.2500 | 5.85235  |      |      |
| Total         | 174 | 64.8161 | 8.50369  |      |      |

Tablo 15 incelendiğinde, araştırmaya katılan öğrencilerin babasının öğrenim düzeyinin; ilköğretim düzeyinde 96, lise düzeyinde 56, lisansüstü düzeyinde 2, okula gitmeyen ise 4 kişi bulunmaktadır. Buna göre sosyal hizmet lisans öğrencilerinin babanın öğrenim faktörüne göre tutumlarında farklılık görülmemektedir. ( $p>0.05$ ).

#### 4.2. Öğrencilerin Travma Durumuna Göre Edinilen Bulgular

Tablo 16. Katılımcıların travma durumuna ilişkin genel tablo

| <b>Travma Durumuna İlişkin Bilgiler</b>              | <b>Sayı</b> | <b>%</b> |
|------------------------------------------------------|-------------|----------|
| <b><u>Travma yaşadınız mı?</u></b>                   |             |          |
| Evet                                                 | 56          | 32.18    |
| Hayır                                                | 118         | 67.81    |
| <b><u>Travma yaşadıysanız, türü?</u></b>             |             |          |
| Deprem                                               | 13          | 7.10     |
| Sel                                                  | 2           | 1.09     |
| Yangın                                               | 2           | 1.09     |
| İstismar                                             | 11          | 6.01     |
| Göç                                                  | 12          | 6.55     |
| Savaş                                                | 0           | 0        |
| Trafik Kazası                                        | 12          | 6.55     |
| Ölüm                                                 | 13          | 7.10     |
| Ailenin dağılması ve parçalanması                    | 4           | 2.18     |
| Travma yok                                           | 114         | 62.29    |
| <b><u>Ruhsal hastalığınız var mı?</u></b>            |             |          |
| Evet                                                 | 20          | 11.36    |
| Hayır                                                | 153         | 88.43    |
| <b><u>Karşılaşılan kişiye yakınlık derecesi?</u></b> |             |          |
| Anne                                                 |             |          |
| Baba                                                 | 5           | 8.19     |
| Kız Kardeş                                           | 3           | 4.91     |
| Erkek kardeş                                         | 2           | 3.27     |
| Akraba                                               | 14          | 22.55    |
| Komşu                                                | 11          | 18.03    |
|                                                      | 26          | 42.62    |
| <b><u>Karşılaşılan kişiye yakınlık derecesi?</u></b> |             |          |
| Arkadaş                                              |             |          |
| Partner                                              | 2           | 15.38    |
|                                                      | 11          | 84.61    |

Tablo 16.(Devamı)

| <b>Travma Durumuna İlişkin Bilgiler</b>                             | <b>Sayı</b> | <b>%</b> |
|---------------------------------------------------------------------|-------------|----------|
| <b><u>Yakınlığı olan bireye konulan ruhsal hastalık teşhisi</u></b> |             |          |
| Uyku-uyanıklık bozuklukları                                         | 6           | 3.48     |
| Cinsel işlev bozuklukları                                           | 1           | 0.58     |
| Yaygın anksiyete bozuklukları                                       | 7           | 4.06     |
| Cinsel kimliğinden yakınma                                          | 0           | 0        |
| Travma sonrası stres bozukluğu                                      | 9           | 5.23     |
| Obsesif kompulsif bozukluk                                          | 3           | 1.74     |
| Bipolar bozukluk                                                    | 12          | 6.97     |
| Depresyon                                                           | 12          | 6.97     |
| Madde bağımlılığı                                                   | 3           | 1.74     |
| İlaçların yol açtığı devinim bozuklukları                           | 2           | 1.16     |
| Sosyal fobi                                                         | 5           | 0.58     |
| Panik bozukluk                                                      | 2           | 1.16     |
| Özgül fobiler                                                       | 0           | 0        |
| Yeme bozuklukları                                                   | 1           | 0.58     |
| Hastalık yok                                                        | 111         | 64.53    |

Tablo 17.Öğrencilerin travma durumuna göre puan ortalamaları, standart sapmaları ve bağımsız t testi sonuçları

|       |       | N   | X       | S       | t     | p    |
|-------|-------|-----|---------|---------|-------|------|
| Tutum | Evet  | 56  | 64,5536 | 7,31852 | -.280 | .780 |
|       | Hayır | 118 | 64,9407 | 9,03866 |       |      |

Tablo 17 incelendiğinde, araştırmaya katılan öğrencilerin travma yaşıyıp yaşamadığı durumu; evet olarak 56, hayır olarak 118 cevaplanmıştır. Buna göre sosyal hizmet lisans öğrencilerinin travma yaşıyıp yaşamadığı durum faktörüne göre tutumlarında farklılık görülmemektedir. ( $p>0.05$ ).

Tablo 18.Öğrencilerin travma türüne göre puan ortalamaları, standart sapmaları ve ANOVA sonuçları

|                                   | N   | S       | S        | f     | p    |
|-----------------------------------|-----|---------|----------|-------|------|
| Deprem                            | 13  | 64.5385 | 6.48865  |       |      |
| Sel                               | 2   | 75.5000 | 14.84924 |       |      |
| Yangın                            | 2   | 57.5000 | 2.12132  |       |      |
| İstismar                          | 10  | 68.2727 | 4.56269  | 1.164 | .326 |
| Trafik Kazası                     | 12  | 63.0000 | 7.85088  |       |      |
| Ölüm                              | 13  | 62.6923 | 7.80368  |       |      |
| Ailenin Dağılması ve Parçalanması | 4   | 62.7500 | 2.75379  |       |      |
| Travma Yok                        | 118 | 64.9573 | 9.07573  |       |      |
| Total                             | 174 | 64.8161 | 8.50369  |       |      |

Tablo 18 incelendiğinde göre, araştırmaya katılan öğrencilerin Tablo15'e göre evet cevabı verenlerden; deprem yaşayan 13, sel yaşayan 2, yangın yaşayan 2, istismar yaşayan 10, trafik kazası 12, ölüm yaşayan 13, ailenin dağılması ve parçalanması yaşayan 4. Tablo 15'e göre hayır cevabı verenlerin sayısı 118'dir. Bu tabloya göre sosyal hizmet lisans öğrencilerinin yaşadığı travma türü faktörüne göre tutumlarında farklılık görülmemektedir. ( $p>0.05$ ).

#### 4.3. Öğrencilerin Hastalık Durumuna Göre Edinilen Bulgular

Tablo 19.Öğrencilerin hastalık durumuna göre puan ortalamaları, standart sapmaları ve bağımsız t testi sonuçları

|       | Hastalık | N   | X       | S       | t    | p    |
|-------|----------|-----|---------|---------|------|------|
| Tutum | Evet     | 30  | 65.1500 | 9.97510 | .183 | .855 |
|       | Hayır    | 144 | 64.7778 | 8.35733 |      |      |

Tablo 19 incelendiğinde araştırmaya katılan öğrencilerin daha önce ruhsal hastalık teşhisleri olup olmadığı test edilmiştir. Buna göre evet cevabı veren öğrencilerin 30, hayır cevabı verenlerin 144 olduğu görülmektedir. Sosyal hizmet lisans öğrencilerinin yaşadığı hastalık türü faktörüne göre tutumlarında farklılık görülmemektedir. ( $p>0.05$ ).

Tablo 20.Öğrencilerin hastalık teşhisine göre puan ortalamaları, standart sapmaları ve ANOVA sonuçları

|                                | N | X       | S       | f    | p    |
|--------------------------------|---|---------|---------|------|------|
| Uyku-Uyanıklık Bozuklukları    | 9 | 65.4444 | 4.55826 |      |      |
| Cinsel İşlev Bozuklukları      | 1 | 71.0000 | .       |      |      |
| Yaygın Anksiyete Bozukluğu     | 5 | 63.8000 | 8.70057 | .686 | .736 |
| Travma Sonrası Stres Bozukluğu | 2 | 54.0000 | 2.82843 |      |      |
| Obsesif Kompulsif Bozukluk     | 2 | 66.5000 | 7.77817 |      |      |

Tablo 20. (Devamı)

|                   | N   | X       | S        | f    | p    |
|-------------------|-----|---------|----------|------|------|
| Depresyon         | 3   | 70.0000 | 21.28380 |      |      |
| Sosyal Fobi       | 2   | 64.0000 | .00000   |      |      |
| Özgül Fobiler     | 3   | 59.6667 | 15.69501 |      |      |
| Yeme Bozuklukları | 2   | 66.5000 | 2.12132  | .686 | .736 |
| Bipolar Bozukluk  | 1   | 72.000  | .        |      |      |
| Hastalık Yok      | 144 | 64.8333 | 8.38914  |      |      |
| Total             | 174 | 64.8161 | 8.50369  |      |      |

Tablo 20 incelendiğinde, araştırmaya katılan öğrencilerin ruhsal hastalığa sahipse; uyku-uyanıklık bozuklukları yaşayan öğrencilerin 9, cinsel işlev bozuklukları yaşayan öğrenci sayısı 1, yaygın anksiyete bozukluğu yaşayan öğrenciler 5, travma sonrası stres bozukluğu yaşayan 2 öğrenci, obsesif kompulsif bozukluk yaşayan 2 öğrenci, bipolar bozukluk yaşayan 1 öğrenci, depresyon yaşayan 3 öğrenci, sosyal fobi yaşayan 2 öğrenci, özgül fobilere sahip olan 3 öğrenci, yeme bozukluğu olan 2 öğrenci olduğu görülmektedir. Hastalığı olmadığını belirten 144 öğrenci bulunmaktadır. Bu tabloya göre sosyal hizmet lisans öğrencilerinin yaşadığı ruhsal hastalığın teşhisi ile ilgili faktöre göre tutumlarında farklılık görülmemektedir. ( $p>0.05$ ).

#### 4.4. Öğrencilerin Hastalıkla Karşılaşma Durumuna Göre Edinilen Bulgular

Tablo 21.Öğrencilerin ruhsal hastalığı olan biriyle karşılaşma durumuna göre puan ortalamaları, standart sapmaları ve bağımsız t testi sonuçları

|       | N   | X       | S       | t     | p    |
|-------|-----|---------|---------|-------|------|
| Evet  | 63  | 65.8571 | 6.92787 | 1.218 | .225 |
| Tutum |     |         |         |       |      |
| Hayır | 111 | 64.2252 | 9.25761 |       |      |

Tablo 21 incelendiğinde, araştırmaya katılan sosyal hizmet lisans öğrencilerinin, ruhsal hastalığı olan bireylerle karşılaşma durumu evet olan 63 öğrenci, hayır olan 111 öğrenci bulunmaktadır. Ruhsal hastalığı olan bireylerle karşılaşp karşılaşmadığı faktörüne göre tutumlarında farklılık görülmemektedir. ( $p>0.05$ ).

Tablo 22.Öğrencilerin Karşılaşma Durumuna Göre Yakınlık Derecesine göre puan ortalamaları, standart sapmaları ve ANOVA sonuçları

|              | N  | X       | S       | f    | p    |
|--------------|----|---------|---------|------|------|
| Baba         | 5  | 66.0000 | 4.24264 |      |      |
| Kız Kardeş   | 3  | 62.6667 | 4.72582 |      |      |
| Erkek Kardeş | 2  | 70.0000 | 5.65685 | .409 | .896 |
| Akraba       | 14 | 65.8571 | 5.60024 |      |      |
| Komşu        | 11 | 67.1818 | 7.19470 |      |      |

Tablo 22.(Devamı)

|              | N   | X       | S       | f    | P    |
|--------------|-----|---------|---------|------|------|
| Arkadaş      | 26  | 65.2692 | 8.43591 |      |      |
| Partner      | 2   | 67.5000 | 3.53553 |      |      |
| Yakınlık yok | 111 | 64.2072 | 9.26000 | .409 | .896 |
| Total        | 174 | 64.8161 | 8.50369 |      |      |

Tablo 22 incelendiğinde, sosyal hizmet lisans öğrencilerinin ruhsal hastalığı olan bireylerle karşılaşma durumunda; baba cevabı veren öğrenciler 5, kız kardeş cevabı veren öğrenciler 3, erkek kardeş cevabı veren öğrenciler 2, akraba cevabı veren öğrenciler 14, komşu cevabı veren öğrenciler 11, arkadaş cevabı veren öğrenciler 26, partner cevabı veren öğrenciler 2. Herhangi bir karşılaşma durumu olmayan öğrencilerin sayısı ise 111'dir. Sosyal hizmet lisans öğrencilerinin yakınlık derecesi faktörüne göre tutumlarında farklılık görülmemektedir. ( $p>0.05$ ).

Tablo 23.Öğrencilerin yakınlığı olan bireye hangi hastalık teşhisine göre puan ortalamaları, standart sapmaları ve ANOVA sonuçları

|                             | N | X       | S        | F     | p     |
|-----------------------------|---|---------|----------|-------|-------|
| Uyku-Uyanıklık Bozuklukları | 6 | 61.3333 | 13.57449 | 0.450 | 0.940 |
| Cinsel İşlev Bozuklukları   | 1 | 65.0000 | .        |       |       |

Tablo23. (Devamı)

|                                              | N   | X       | S        | f    | p    |
|----------------------------------------------|-----|---------|----------|------|------|
| Yaygın Anksiyete<br>Bozuklukları             | 7   | 64.7143 | 4.30946  |      |      |
| Travma Sonrası Stres<br>Bozukluğu            | 9   | 65.6667 | 6.06218  |      |      |
| Obsesif Kompulsif<br>Bozukluk                | 3   | 62.3333 | 14.22439 |      |      |
| Bipolar Bozukluk                             | 12  | 67.5000 | 5.88527  |      |      |
| Depresyon                                    | 12  | 65.0833 | 6.22982  |      |      |
| Madde Bağımlılığı                            | 3   | 69.0000 | 5.00000  | .450 | .940 |
| İlaçların Yol Açtığı<br>Devinim Bozuklukları | 2   | 67.0000 | 1.41421  |      |      |
| Sosyal Fobi                                  | 2   | 65.5000 | 3.53553  |      |      |
| Panik Bozukluk                               | 5   | 69.0000 | 3.16228  |      |      |
| Yeme Bozuklukları                            | 1   | 71.0000 | .        |      |      |
| Hastalık Yok                                 | 111 | 64.2793 | 9.27379  |      |      |
| Total                                        | 174 | 64.8161 | 8.50369  |      |      |

Tablo 23 incelendiğinde, ruhsal hastalığa sahip kişilerle karşılaşma durumunda karşılaştıkları kişilerin sahip oldukları ruhsal hastalıklara göre cevaplandırmaları bulunmaktadır. Uyku-uyanıklık bozukluğu yaşayan 6 kişi, cinsel işlev bozukluğu yaşayan 1 kişi, yaygın anksiyete bozukluğu yaşayan 7 kişi, travma sonrası stres bozukluğu yaşayan 9 kişi, obsesif kompulsif bozukluk yaşayan 3 kişi, bipolar bozukluk yaşayan 12 kişi, depresyon yaşayan 12 kişi, madde bağımlılığı yaşayan 3 kişi, ilaçların yol açtığı devinim bozuklukları 2, sosyal fobi 2 kişi, panik bozukluklar 5 kişi, yeme bozukluğu yaşayan 1 kişi bulunmaktadır. Hastalığa sahip olmayan ise 111 kişi bulunmaktadır.

Bu tabloya göre sosyal hizmet lisans öğrencilerinin ruhsal hastalığı olan bireylerle karşılaşma durumunda tespit edilen ruhsal rahatsızlığın faktörüne göre tutumlarında anlamlı farklılık görülmemektedir. ( $p>0.05$ ).

Kara (2015)'nin sosyal hizmet bölümü öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarını ölçtüğü çalışmada ruhsal hastalıklara yönelik eğitim verilmesinin inanç ölçeğini olumlu yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Öğrencilerin en uzun yaşadığı yere göre de inançları yönünde anlamlı bir farklılığa ulaşılamamıştır. Psikiyatrik hastalık geçmişine sahip öğrenciler de çalışmada diğer öğrencilere göre kendini daha tehlikeli olarak görmüştür. Şahin Tarım (2017), sağlık alanında öğrenim gören yaptığı çalışmada ise ruhsal hastalığı olmayan öğrencilerin ruhsal hastalığı olan kişileri daha tehlikeli, çaresiz ve bu hasta grubuna karşı olumsuz inançlara sahip olduğu görülmektedir.

## 5. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 5.1. SONUÇLAR

Sosyal hizmet lisans öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik tutumlarının belirlenmek üzere incelendiği bu çalışma, ruhsal hastalığın günümüzde normal hastalıklardan algılanışı farklı olarak sosyal ve ekonomik sorunları da beraberinde getirmektedir. Bu problemlerin sosyal dışlanma ve ayrımcılıkla beraber olumsuz tutum ve davranışları da beraberinde getirmektedir. Her ne kadar sosyal eşitliğin sağlanması noktasında planlamalar ve politikalar oluşturulsa dahi toplumsal normların değiştirilmesi çok yönlü olduğundan eksikleri bulunmaktadır. Sosyal yönden eşitlik ve uyumun sağlanması noktasında ruh sağlığı problemi yaşayan kişilere yönelik tutumun pozitif yönde olması gerekmektedir. Tutumun pozitif yönde algılanmasına yönelik çalışmalarda öncelikle ruh sağlığı alanında ekip halinde çalışan meslek gruplarına yönelik çalışmalar gerçekleştirilmelidir. Bu meslek gruplarında ekip içerisinde sosyal hizmet uzmanları da eklenmiştir. Bu çerçevede sosyal hizmet bölümü öğrencileri yapılan bu çalışma grubu dâhil edilmiştir.

Sosyal hizmet öğrencileri, fakültenin fakülteye değişiklik göstermekle birlikte okul müfredatında seçilecek ders noktasında psikiyatrik sosyal hizmet dersini almamış veya bu uzmanlık alanında öğretim elemanı bulunmadığından dersi seçemeyebilir. Meslek hayatında tercihte bulunacağı bakanlık durumuna göre de çalışma alanı belirleneceğinden, ruh sağlığı merkezlerinde meslek hayatına başlayacak öğrenciler için tutumlarının pozitif yönde olması önemli olmaktadır. Daha önce herhangi bir ders ya da staj uygulaması kapsamında ruh sağlığı ile ilgili fikri ve bilgi sahibi olmayan meslek elemanları sahada çalışırken zorluklar yaşayabilirler. Henüz meslek hayatında olmayan sosyal hizmet öğrencilerinin, ruh sağlığı alanıyla ilgili öncelikle bilgi sahibi olması ve sonrasında tutumunun olumlu bir şekilde yönelimi olması, ruh sağlığı alanında çalışma hayatına başladığında hem meslek elemanına hem de çalışacağı grup üzerinde avantaj sağlayacaktır. Psikiyatrik sosyal hizmet ile ilgili mesleki anlamda bilgi sahibi olmaları ve bu kapsamda edinecekleri bilgileri kullanırken müracaatçılara yönelik hizmet modellerini gerçekleştirebilmeleri noktasında önemli olmaktadır.

Ruh sağlığı konusu tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Ruh sağlığı, sosyalleşme ile içinde yaşanılan çevre ve ekonomik

değişmelere karşı istikrarlı ve tutarlı olmalıdır. Ruh sağlığına sahip toplum oluşturmak için bireyin ruh sağlığını koruyacak çalışmalar yapılmaktadır. Kişilerin ruh sağlığının iyi olması aynı zamanda toplumda ruh sağlığı ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi anlamına gelmektedir. Bütüncül çerçevede psikolojik, sosyal, biyolojik ve çevresel faktörler insanların ruh sağlığı üzerinde risk oluşturmaktadır. Bu sebeple stresli faktörlerin düzenlenmesi, kişilerin baş etme kapasitelerinin artırılması gerekmektedir.

-Elde edilen veriler ışığında sosyal hizmet bölümü öğrencilerinin ruh sağlığı ve ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarında bir farklılık olmadığı sonucu elde edilmiştir. Verilerin kendi içerisinde yaş oranına göre kendi içerisinde farklılıklar olsa dahi genel anlamda öğrencilerin ruhsal hastalığa dair herhangi bir farkındalığı olmadığı görülmektedir.

-Sosyal hizmet lisans öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik tutumlarının incelendiği bu araştırmada şu sonuçlar elde edilmiştir:

-Araştırmaya katılan öğrencilerin çoğunluğu 20-22 yaş aralığındadır. Öğrencilerin yarısından fazlasının kadın, çoğunluğun 3. Sınıfta öğrenim sağladığı ve yarıdan fazlasının normal öğretim olduğu belirlenmiştir.

-Sosyal hizmet öğrencilerinin dörtte üçünün ailesiyle yaşadığı, gelir düzeyinin çoğunluğunun 2500-5000 arasında olduğu ve ailesiyle birlikte yaşayan öğrenciler tüm örnekleme de çoğunluktadır.

-Anne ve babanın öz/üvey durumu, yaşayıp yaşamadığı, yaş durumları gibi etkenlerinde ruhsal hastalığa yönelik tutumunda değişikliğe yol açmadığı saptanmıştır.

-Öğrencilerin kendilerinin yarısından fazlasının ruhsal hastalığa sahip olmadıkları ve çevresinde de ruhsal hastalığı olan biriyle karşılaşmama durumları daha fazla olduğu belirlenmiştir.

-Bu verilere göre de ruhsal hastalığa yönelik tutumlarında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

## 5.2. ÖNERİLER

Literatüre Gümüşhane Üniversitesi Sosyal hizmet Bölümü öğrencilerinden elde edilen veriler doğrultusunda katkı sağlanmaya çalışılmıştır. Bu doğrultuda gelecek araştırmalar ve öğrenciler için bazı öneriler sunulabilir:

-Türkiye Cumhuriyeti'nde diğer üniversitelerde de sosyal hizmet lisans öğrencileriyle tutum çalışması yapılarak sonuçların karşılaştırılması,

-Araştırmaya farklı sosyo-demografik değişkenler eklenebilir ve aynı araştırma farklı örneklemeler için uygulanabilir.

-Olumlu tutumların tüm öğrenciler tarafından benimsenmesi amacıyla sosyal hizmet bölümünde psikiyatrik sosyal hizmete dair müfredata dersler eklenmelidir.

-Öğrencilerin farkındalıklarını artırmak amacıyla mutlaka staj süreçlerinde toplum ruh sağlığı merkezleri, devlet hastaneleri, ruh sağlığına hizmet veren hastaneler ve çocuk istismar merkezlerinde müracaatçılar ve aileleriyle birlikte çalışmaları sağlanmalıdır.

-Ruh sağlığı ile ilgili etkileşim sağlanması amacıyla üniversite olarak çeşitli etkinliklerde bulunulması,

-Sahada çalışan sosyal hizmet uzmanlarının ruhsal sağlıkla ilgili sosyal aktivitelerle birlikte, çeşitlendirilebilecek etkinliklerle farkındalık sağlanması,

-Ruhsal hastalığı olan kişilerin yaşadığı sorunların çözümüne yönelik ihtiyaç duyduğu hizmetlerin görünürlüğünün artırılması,

-Sosyal hizmet lisans öğrencilerine psikiyatrik sosyal hizmet dersi adı altında ders verilmesi,

-Sosyal hizmet lisans öğrencilerinin ders müfredatına damgalama ile ilgili ders eklenmesi,

-Sayısı hızla artan sosyal hizmet bölümünde akademisyen sayısının çoğaltılması ve ruh sağlığı alanında uzmanlaşmış akademisyen istihdamı,

-Ruhsal hastalığa yönelik olumsuz tutumların vaka örnekleri üzerinden konuşulması ve grup çalışmalarının yapılması önerilmesi,

-Sosyal hizmet uzmanlarına klinik sosyal hizmet unvanı verebilecek lisansüstü eğitim programlarının oluşturulması, bu doğrultuda üniversitelerin sosyal hizmet bölümleriyle Sağlık Bakanlığının hazırlanacak protokoller üzerinden iş birliği yapması, sağlık hizmetleri kalitesinin artması açısından önemli olmaktadır.

-Gümüşhane Üniversitesi sosyal hizmet lisans öğrencilerinin ruhsal sağlık ve ruhsal hastalıklarla ilgili farkındalığının sağlanması ve artırılması gerekmektedir.

Bu bilgiler ışığında sosyal hizmet bölümü öğrencilerinin, psikiyatrik sosyal hizmet ile ilgili bilgi ve birikime sahip olması gerekmektedir. Mezun olduktan sonra meslek hayatına ruh sağlığı alanında, devlet hastanelerinde ve toplum ruh sağlığı merkezlerinde göreve başlayacak olmaları durumunda, klinik sosyal hizmet uzmanlarının farkındalıkla, çalışacağı grupla ilgili bilgi, birikime sahip olmaları sağlayacağı hizmeti nitelikli hale getirecektir.

## KAYNAKÇA

- Abay, A. ve Çölgeçen, Y. (2018). Psikiyatrik Sosyal Hizmet- Koruyucu, Tedavi Edici ve Rehabilitasyon Edici Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Çalışmacıların Rolü. *OPUS-Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 2147-2185.
- Açıkgöz, F. ve Akkuş, D. (2013). Ruhsal Hastalıklarda Damgalama ile Mücadele: Anahtar Rol Üstlenen Meslekler. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 142-146.
- Akgün, R. (2018, Haziran 28-30). Psikiyatrik sosyal hizmet dersinin ve sosyodemografik özelliklerin sosyal hizmet bölümü öğrencilerinin ruh sağlığına yönelik inançlarına etkisinin belirlenmesi. *ICPESS*, 126-132.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı* (DSM-V b.). (E. Köroğlu, Çev.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Arıkan, Ç. ve Dilek, L. (1996). *Ruh Hastalıklarının Tedavisinde Psikososyal Bir Boyut*. Ankara.
- Arkan, B. B. (2011). Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumları: Son 10 Yılda Türkiye'de Yapılan Çalışmalar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*.
- Arkan, B., Bademli, K. ve Duman, Z. (2011). Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumları: Son 10 Yılda Türkiye'de Yapılan Çalışmalar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*.
- Artan, T. (2013). Hastane Sosyal Hizmeti. H. Acar, N. Cengiz, & E. Akman içinde, *Sosyal Politika ve Kamu Yönetimi Bileşenleriyle Sosyal Hizmet Temelleri ve Uygulama Alanları* (s. 235-248). Ankara: Maya Akademi Yayınları.
- Attepe Özden, S. (2015). Koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinde sosyal hizmetin rolü. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 26(1), 191-204.

- Attepe Özden, S. ve Tuncay, T. (2018). The experiences of Turkish families caring for individuals with Schizophrenia: A qualitative inquiry. *International Journal of Social Psychiatry*, 497-505.
- Bademli, K. ve Çetinkaya Duman, Z. (2011). Şizofreni hastalarının bakım verenlerine uygulanan aileden aileye destek programları: sistematik derleme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(4), 255-265.
- Bağ, B. ve Ekinci, M. (2006). Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeğinin (RSTTÖ) Türk toplumunda geçerlilik ve güvenirliğinin değerlendirilmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 63-83.
- Bahar, G. ve Savaş, H. (2013). Ruh sağlığı çalışmalarında sosyal hizmet mesleğinin rolü. *New/Yeni Symposium Journal*, 83-90.
- Bahar, G. ve Savaş, H. (2013, Mayıs). Ruh sağlığı çalışmalarında sosyal hizmet mesleğinin rolü. *Yeni Symposium Journal*, 51(2), 83-90.
- Başer, D., Kıriloğlu, M. ve Mavili Aktaş, A. (2013). Sosyal hizmet mesleğinin bir uygulama alanı olarak toplum temelli ruh sağlığı sistemi ve güncel değişimler. *Journal of Society & Social Work*.
- Baysal Doğanavşargil, G. (2013). Damgalanma ve Ruh Sağlığı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 239-251.
- Bekiroğlu, S. (2018). *Ekosistem Yaklaşımı Perspektifinden Ağır Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerin Sosyal İşlevselliğinin Karma Yöntem Tasarımı ile İncelenmesi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.
- Bekiroğlu, S. ve Demiröz, F. (2020a). Toplum ruh sağlığı merkezlerinden hizmet alan ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerin algıladıkları sosyal damgalanmanın incelenmesi. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, s. 41-52.
- Bekiroğlu, S. ve Demiröz, F. (2020b). Toplum ruh sağlığı merkezlerinden hizmet alan ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerin sosyal işlevselliğinin incelenmesi. *Türkiye Araştırmalar Dergisi*, 41-52.
- Bilge, A. ve Çam, O. (2010). Ruhsal Hastalığa Yönelik Damgalama ile Mücadele. *TAF Preventive Medicine Bulletin*.

- Bilge, a., Mermer, G., Olcay, Ç., Çetinkaya, A., Erdoğan, E., ve Üçkuyu, N. (2016). Türkiye'deki toplum ruh sağlığı merkezlerinin 2013-2015 yıllarının profili. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1-5.
- Bulut, I. (1993). *Ruh sağlığının aile işlevlerine etkisi*. Başbakanlık Kadın ve Sosyal Hizmetler Müsteşarlığı Yayınları. Ankara: Kılıçarslan Matbaası.
- Bulut, I. (1993). *Ruh Sağlığının Aile İşlevlerine Etkisi*. Ankara: Başbakanlık Kadın ve Sosyal Hizmetler Müsteşarlığı Yayınları.
- Bulut, I. (1998). Psikiyatri Alanı ve Sosyal Hizmet Mesleği. *Psikiyatri Temel Kitabı*, 1329-1332.
- Candansayar, S. ve Coşar, B. (2001). Kültürlerarası Psikiyatri Açısından Ruh Sağlığı Kavramı. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*, 21-30.
- Cebiroğlu, R. (1961). Psikiyatri ve Çocuk Rehberliğinde Sosyal Yardımcılık. *Sosyal Hizmetler Dergisi*, 1(4).
- Çam, O. (2014). *Ruh Sağlığı ve Hastalıklarına Genel Bir Bakış*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
- Çam, O. ve Bilge, A. (2007). Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç ve Tutumlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 215-223.
- Çam, O. ve Çuhadar, D. (2011). Ruhsal hastalığa sahip bireylerde damgalama süreci ve içselleştirilmiş damgalama. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(3), 136-140.
- Çam, O., Küliğ, D. ve Kaçmaz, E. (2019). Psikiyatride vaka yönetimi. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar*, 214-222.
- Çetin, M. (2005). Psikiyatrinin kısa tarihi. E. Ceylan, & M. Çetin (Dü) içinde, *Araştırma ve klinik uygulamada biyolojik psikiyatri şizofreni* (s. 1-67). İstanbul: Yerküre Yayıncılık.
- Çiçekoglu, P. ve Duran , S. (2018). Dünyada ve Türkiye'de toplum temelli koruyucu ruh sağlığı hizmetleri. (Ü. Barlas, Dü.) *Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği*(1. Sayı), 8-14.

- Çölgeçen, Y. (2021). *Koruyucu, Tedavi Edici ve Rehabilitasyon Edici Ruh Sağlığı Alanında Psikiyatrik Sosyal Hizmet*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Doğanavşargil, B. (2013). Damgalanma ve Ruh Sağlığı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 239-251.
- Duyan, V. (2003). Hastaların karşılaştığı sorunlar ve çözümleri odağında tıbbi sosyal hizmet. *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(4), 39-44.
- Duyan, V., Özgür Sayar, Ö. ve Özbulut, M. (2008). *Sosyal Hizmeti Tanımak ve Anlamak, sosyal hizmet uzmanları ve sosyal hizmet alanında çalışanlar için bir rehber* (Birinci b.). Ankara: Öncü Basımevi.
- Gültekin, B. (2010). Ruhsal bozuklukların önlenmesi: Kavramsal çerçeve ve sınıflandırma. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar*, 583-594.
- <http://psikiyatriksosyalhizmet.com/>. (2023, Nisan 26). 26.04.2023 tarihinde <http://psikiyatriksosyalhizmet.com/> adresinden alındı
- İl, S. ve Tuncay, T. (2009). Sosyal hizmet uygulamasında empatiyi yeniden düşünmek. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 39-56.
- İzgi, M. (2012). Şamanizm ve şamanlara genel bakış. *Lokman hekim journal*, 31-38.
- Kahramanoğlu, E. (1973, Kasım-Aralık-Ocak). Psikiyatrik Sosyal Hizmet. *Sosyal Hizmet Dergisi*, 5.
- Kara, N. (2015). Sosyal hizmet bölümü öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançları ve ruhsal hastalıklara yönelik verilen teorik eğitimin etkileri. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi* 2, 69-77.
- Karagöl, A., Çalışan, D., ve Beyazyüz, M. (2013). Halk sağlığı açısından ruhsal bozukluklarda üç boyutlu damgalama. *STED*, 22(3), 96-101.
- Kaya Kılıç, A. (2019). Toplum Ruh Sağlığı Merkezi gezici ekip çalışmalarında ruhsal bozukluğu olan birey ve ailenin belirlenen sorunlarına yönelik yapılan müdahalenin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 190-196.

- Kaya Kılıç, A. (2020). Toplum Temelli Ruh Sağlığında Grupla Sosyal Hizmet Uygulaması II. *Toplum Temelli Ruh Sağlığında Sosyal Hizmet Uygulamaları* (s. 307-319). içinde Ankara: Nobel Kitap Yayınları.
- Köroğlu, E. (2014). *DSM-5 Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*. (A. P. Birliği, Dü.) Ankara: Hekimler Yayınlar Birliği.
- National Association Of Social Workers. (1960). Social Work Year Book.
- Nişancı, A. (2019). Ruh sağlığı alanında iyileşme yaklaşımı ve psikiyatrik sosyal hizmet. *Toplum ve sosyal hizmet*, 30(1), 231-259.
- Oral, M. (2020). Toplum Temelli Ruh Sağlığında Bireylerle Sosyal Hizmet Uygulaması. A. K. Kılıç içinde, *Toplum Temelli Ruh Sağlığında Sosyal Hizmet Uygulamaları* (s. 157-190). Ankara: Nobel Kitap Yayıncılık.
- Oral, M. T. (2012). Ruh sağlığı alanında sosyal hizmet uzmanlarının rol ve sorumlulukları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 93-114.
- Oral, M. ve Tuncay, T. (2012). Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rol ve Sorumlulukları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, s. 90-115.
- Öner, H. (2020). Ruhsal Bozukluğu Olan Bireye Yaklaşım ve İletişim. A. K. Kılıç içinde, *Toplum Temelli Ruh Sağlığında Sosyal Hizmet Uygulamaları* (s. 191-217). Nobel Kitap Yayınları.
- Özabacı N., K. A. (2020). Ruh sağlığı çalışanlarının terapötik sürece ilişkin deneyimlerinin nitel analiz yoluyla incelenmesi. *Eğitim ve Bilim*, 241-262.
- Özabacı, N., Kara, A., Körük, S., Salimoğlu, K. ve Yılmaz Dinç, S. (2020). Ruh sağlığı çalışanlarının terapötik sürece ilişkin deneyimlerinin nitel analiz yoluyla incelenmesi. *Eğitim ve Bilim*, 241-262.
- Özbaş, D., Küçük, L. ve Buzlu, S. (2008). Ruhsal bozukluğa sahip ailelerin hastalığa karşı tutumları. *Düşünen Adam*, 14-23.
- Özbesler, C. ve İçağasıoğlu Çoban, A. (2010, Ekim). Hastane ortamında sosyal hizmet uygulamaları: Ankara Örneği. *Toplum ve Sosyal Hizmet*(2), 31-46.
- Özdemir, U. (2000). *Türkiye'de Psikiyatrik Sosyal Hizmet*. Ankara: Aydınlar Matbaası.

- Özeren, G. (2020). Terapötik etkileşim uygulama deneyimlerinde bütüncül yaklaşım ve öznelerarasılık. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*, 113-125.
- Özeren, G. (2020). Terapötik etkileşim uygulama deneyimlerinde bütüncül yaklaşım ve öznelerarasılık. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*, 113-125.
- Öztürk, M. (1997). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* (7. Baskı b.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Öztürk, M. ve Uluşahin, A. (2015). *Psikiyatrinin Tarihçesi*. Ankara: Noel Kitabevleri.
- RG. (2010). Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü. *Özürlülerin Bakımı, Rehabilitasyonu ve Aile Danışmanlığı* <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/09/20100903-4.htm> adresinden alındı
- Sarı, N. ve Akgün, B. (2008). Türk tarihinde psikiyatriye bakış. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikler Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi*, (s. 1-24).
- Saruç, S. ve Duyan, V. (2009). Psikiyatride ekip çalışması ve sosyal hizmet bakış açısı. *Kriz dergisi*, 34-44.
- Steel, Z. M. (2014). *The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis* (Cilt 43(2)). *International Journal of Epidemiology*.
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J., Patel, V. ve Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980-2013. (M. Oral, Dü.) *International Journal of Epidemiology*, 476-493.
- Şahin Tarım, H. (2017). Sağlık alanında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançları. *Yüksek Lisans Tezi*. Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Şar, V. (2014). *Ruhsal Bozuklukların Sınıflandırılması*. (4. Baskı b.). (Y. N, Dü.) Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi.

- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011). Türkiye Cumhuriyeti Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı. *Türkiye Cumhuriyeti Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı*. Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011). *Türkiye Cumhuriyeti Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı*. Ankara. T.C. Sağlık Bakanlığı: <https://saglik.gov.tr/> adresinden alındı
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011). Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı. 2011-2023. Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011, Nisan 26). Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı. [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/Ruh\\_Sagligi\\_Db/yayinlarimiz/URSEP\\_Baski.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/Ruh_Sagligi_Db/yayinlarimiz/URSEP_Baski.pdf) adresinden alındı
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2023, Nisan 27 ). *Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulaması Yönergesi*. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1349,img071372pdf.pdf?0> adresinden alındı
- Taşkın, E., Seyfe Sen, F., Aydemir, O., Demet, M., Ozmen, E. ve İçelli, İ. (2002). Türkiye'de kırsal bir bölgede yaşayan halkın şizofreniye ilişkin tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 205-214.
- Taşkın, E., Şen, F., Aydemir, Ö. ve Özmen, E. (2006). Kırsal kesimde depresyonlu hastalara yönelik tutumlar: sosyal mesafe ve etkileyen etmenler. *Türkiye'de Psikiyatri*, 11-17.
- Teater, B. (2015). *Sosyal Hizmet Kuram ve Yöntemleri Uygulama İçin Bir Giriş*. (A. Karatay, Dü.) Ankara: Nika Yayınevi.
- Tekin, H. (2020). Toplum Temelli Ruh Sağlığında Sosyal Hizmet Uzmanının Rol ve Sorumlulukları. A. Kaya Kılıç içinde, *Toplum Temelli Ruh Sağlığında Sosyal Hizmet Uygulamaları* (s. 143-155). Ankara: Nobel Akademi Yayınları.
- Tuncay, M. ve Tuncay, T. (2012). Ruh sağlığı alanında sosyal hizmet uzmanlarının rol ve sorumlulukları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 93-114.
- Tuncay, T. (2009). Sosyal hizmet uygulamasında empatiyi yeniden düşünmek. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 39-56.
- Tuncay, T. ve Tekin, H. (2021). *Sosyal Hizmet Mesleğinin ABC'si*. Ankara: Nika Yayınevi.

Ulaş, H. (2008). Batı Avrupa ülkelerinde ve Türkiye'de psikiyatri hizmetleri. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 2-12.

WHO. (2005). *World Health Organization*. Promoting mental health concepts, emerging evidence, practice. adresinden alındı

Yanık, M. (2007). *Türkiye Ruh Sağlığı Sistemi Üzerine Değerlendirmeler ve Öneriler: Ruh Sağlığı Eylem Planı Önerisi, Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar*.

Yüksel, N. (2014). *Ruhsal hastalıklar*. Ankara: Akademisyen Kitapevi.

Zastrow, C. (2015). *Sosyal Hizmete Giriş* (3. b.). Ankara: Nika Yayınevi.

Zastrow, C. (2016). *Sosyal Hizmete Giriş*. Ankara: Nika Yayınevi.

## EKLER

### Ek 1: Tezde Kullanılan Anket Soruları

#### SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

**1.Yaş aralığınızı belirtiniz:**

17-19 ☐ 20-22 ☐ 23-25 ☐ 25 ve üstü ☐

**2.Cinsiyet:**

Kadın ☐ Erkek ☐

**3.Sınıfınız:**

1.sınıf ☐ 2. Sınıf ☐ 3.Sınıf ☐ 4. Sınıf ☐

**4.Öğretim türü:**

Normal Öğretim ☐ İkinci Öğretim ☐

**5.Ailenizle mi yaşıyorsunuz?**

Evet ☐ Hayır ☐

**6.Ailenizin Aylık Geliri?**

0-2500 ☐ 2500-5000 ☐ 5000-8500 TL ☐ 8500 TL ve Üstü ☐

**7. Lütfen tabloda yer alan ebeveynlerinizle ilgili soruları doğru bir şekilde yanıtlayınız.**

|                     |                     |
|---------------------|---------------------|
| <b>A) Annenizin</b> | <b>B) Babanızın</b> |
|---------------------|---------------------|

|                                                                                                                                     |                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. Yaşıyor</b> <input type="checkbox"/> <b>Vefat Etti</b> <input type="checkbox"/>                                               | <b>1. Yaşıyor</b> <input type="checkbox"/> <b>Vefat Etti</b> <input type="checkbox"/>                                               |
| <b>2.Öz</b> <input type="checkbox"/> <b>Üvey</b> <input type="checkbox"/>                                                           | <b>2.Öz</b> <input type="checkbox"/> <b>Üvey</b> <input type="checkbox"/>                                                           |
| <b>3.Yaşı:</b> 35- 49 <input type="checkbox"/> 50-59 <input type="checkbox"/> 60-69 <input type="checkbox"/>                        | <b>3.Yaşı:</b> 35-49 <input type="checkbox"/> 50-59 <input type="checkbox"/> 60-69 <input type="checkbox"/>                         |
| 70 ve üstü <input type="checkbox"/>                                                                                                 | 70 ve üstü <input type="checkbox"/>                                                                                                 |
| <b>4.Öğrenim Düzeyini işaretleyiniz:</b>                                                                                            | <b>4.Öğrenim Düzeyini işaretleyiniz:</b>                                                                                            |
| İlköğretim <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Önlisans <input type="checkbox"/> Lisans <input type="checkbox"/> | İlköğretim <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Önlisans <input type="checkbox"/> Lisans <input type="checkbox"/> |
| Lisansüstü <input type="checkbox"/> Okula gitmedi <input type="checkbox"/>                                                          | Lisansüstü <input type="checkbox"/> Okula gitmedi <input type="checkbox"/>                                                          |

**8.Yaşamınızda travma olarak tanımlayabileceğiniz bir olay var mı? (Cevabınız HAYIR ise lütfen 10. Soruyu Geçiniz.)** Evet ☐ Hayır ☐

**9.Travma yaşadıysanız, türünü işaretleyiniz.**

Deprem ☐ Sel ☐ Yangın ☐ İstismar ☐ Göç ☐ Savaş ☐ Trafik Kazası ☐ Ölüm ☐ Ailenin dağılması ve parçalanması ☐

**10.Herhangi bir ruhsal hastalığınız var mı? (Cevabınız HAYIR ise lütfen 11. Soruyu Geçiniz.)**

Evet ☐ Hayır ☐

**11. Teşhis edilen ruhsal hastalığınızı aşağıda verilen liste içerisinde bulup işaretleyiniz.**

Uyku-Uyanıklık Bozuklukları ☐ Cinsel İşlev Bozuklukları ☐

Yaygın Anksiyete Bozukluğu ☐ Cinsel Kimliğinden Yakınma ☐

Travma Sonrası Stres Bozukluğu ☐ Obsesif Kompulsif Bozukluk ☐

Bipolar Bozukluk ☐ Depresyon ☐ Madde Bağımlılığı ☐

İlaçların Yol Açtığı Devinim Bozuklukları ☐

Sosyal Fobi ☐ Panik Bozukluk ☐

Özgöl Fobiler ☐

Yeme Bozuklukları ☐

**12. Daha önce ruhsal hastalığı olan bir bireyle karşılaştınız mı ya da birlikte yaşadınız mı? (Cevabınız HAYIR ise lütfen 13. ve 14. Soruyu Geçiniz.)**

Evet ☐ Hayır ☐

**13. Karşılaştığınız ya da birlikte yaşadığınız bu bireye yakınlık dereceniz nedir?**

Anne ☐ Baba ☐ Kız Kardeş ☐ Erkek Kardeş ☐ Akraba ☐ Komşu ☐  
Arkadaş ☐ Partner ☐

**14. Yakınlığınız olan bu bireye hangi ruhsal hastalık teşhisinin konduğunu belirtiniz.**

Uyku-Uyanıklık Bozuklukları ☐ Cinsel İşlev Bozuklukları ☐

Yaygın Anksiyete Bozukluğu ☐ Cinsel Kimliğinden Yakınma ☐

Travma Sonrası Stres Bozukluğu ☐ Obsesif Kompulsif Bozukluk ☐

Bipolar Bozukluk ☐ Depresyon ☐ Madde Bağımlılığı ☐

İlaçların Yol Açtığı Devinim Bozuklukları ☐

Sosyal Fobi ☐

Panik Bozukluk ☐

Özgöl Fobiler ☐

Yeme Bozuklukları ☐

## Ek 2: Sosyodemografik Bilgi Formu

### Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği (RSTTÖ)

Aşağıda ruhsal sorunu olan bireylere yönelik toplum tutumlarını ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Her bir madde ruhsal sorun yaşayan bireylere yönelik tutumları anlatmaktadır. Bu maddelerde tutumun derecesini belirleyen beş seçenek vardır. Lütfen her bir maddeyi dikkatlice okuyunuz ve maddelerin yanındaki uygun rakamı aşağıdaki şıkları dikkate alarak işaretleyiniz.

|                       |                |              |                |                           |
|-----------------------|----------------|--------------|----------------|---------------------------|
| 1.Tamamen Katılıyorum | 2. Katılıyorum | 3.Kararsızım | 4.Katılmıyorum | 5.Kesinlikle Katılmıyorum |
|-----------------------|----------------|--------------|----------------|---------------------------|



| <b>Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği</b>                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1.Birisi, bir ruh hastalığı belirtisi gösterdiğinde hemen hastaneye yatırılmalıdır.          |   |   |   |   |   |
| 2.Sağlığa ayrılan bütçeden ruh hastalıklarının Tedavisine daha fazla kaynak ayrılmalıdır.    |   |   |   |   |   |
| 3.Ruhsal bozukluğu olan bireylerin birçoğu için en iyi tedavi toplumun bir parçası olmaktır. |   |   |   |   |   |
| 4.Ruhsal bozukluğu olan bireyler toplum için bir yüküdür.                                    |   |   |   |   |   |
| 5.Bir semtte ruh sağlığı hizmetleri veren bir kurumun açılması o semtin değerini azaltır.    |   |   |   |   |   |

|                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 6.Ruhsal bozuklukları olan bireyler uzun zamandan beri alay konusu olmaktadır.                                                                                       |  |  |  |  |  |
| 7.Ruh sağlığı hizmetleri bugünkünden daha çok topluma yönelmelidir.                                                                                                  |  |  |  |  |  |
| 8.Halkı ruhsal bozuklukları olan bireylerden koruma daha az gündemde tutulmalıdır.                                                                                   |  |  |  |  |  |
| 9.Ruh sağlığı hizmetlerine ayrılan harcamalardaki artış, vergilerin boşa gitmesi anlamına gelir.                                                                     |  |  |  |  |  |
| 10.Ruhsal bozuklukları olan hastaların diğer insanlarla birlikte aynı semtte yaşaması tedavileri için iyi olabilir. Ama orada yaşayanlar için büyük bir risk vardır. |  |  |  |  |  |
| 11.Toplumumuzda ruhsal sorunlu bireylere karşı daha fazla hoşgörölü bir tutuma ihtiyaç vardır.                                                                       |  |  |  |  |  |
| 12.Bir semtte yaşayanlar, gereksinimlerini karşılamak için o semtte ruh sağlığı hizmetlerinin verilmesini kabul etmelidirler.                                        |  |  |  |  |  |
| 13.Ruhsal bozuklukları olan bireylere verilen hizmet yeterlidir.                                                                                                     |  |  |  |  |  |
| 14.İnsanların, semtlerinde ruh sağlığı hizmeti veren kurumların açılmasına karşı direnmelerinde haklı nedenleri vardır.                                              |  |  |  |  |  |
| 15. Bir semtte ruh sağlığı hizmeti veren kurumların açılması orada yaşayan insanlar için herhangi bir tehlike içermez.                                               |  |  |  |  |  |

|                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 16.Ruhsal bozuklukları olan bireyler sempatimize Layık değillerdir                                                                    |  |  |  |  |  |
| 17.Ruh sağlığı kurumları yerleşim yerlerinden uzak tutulmalıdır.                                                                      |  |  |  |  |  |
| 18.Ruhsal bozuklukları olan bireyler için mümkün Olan en iyi bakım sağlamakla yükümlüyüz                                              |  |  |  |  |  |
| 19.Oturdukları semtte ruh sağlığı hizmeti almak için gelmiş olan insanlardan semt sakinlerinin hiçbir şekilde korkmasına gerek yoktur |  |  |  |  |  |
| 20.Ruhsal bozuklukları olan bir bireyden sakınmak en iyi yapılması gereken şeydir.                                                    |  |  |  |  |  |
| 21.Bir yerleşim bölgesinde ruhsal bozuklukları olan bireylerin yaşamakta olduğunu düşünmek ürkütücüdür.                               |  |  |  |  |  |

### Ek 3: Araştırma izni



T.C.  
GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı

**Sayı** : E-66835156-100-95122  
**Konu** : Anket İzni (Cansel KURT)

#### DAĞITIM YERLERİNE

**İlgi** : Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü 18.05.2022 tarihli ve E-77847504-100-94842 sayılı yazısı.

İlgi yazıya istinaden, Enstitünüz Sosyal Hizmet Yönetimi Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı 2009061015 numaralı öğrencisi Cansel KURT'un Sosyal Hizmet Lisans Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik Tutumlarının İncelenmesi; Gümüşhane İli Örneği adlı yüksek lisans tez çalışmasında kullanılmak üzere 30.05.2022-10.06.2022 tarihleri arasında Fakültemiz Sosyal Hizmet Bölümü öğrencilerine anket çalışması uygulaması Dekanlığımızca uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.

**Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Bahadır ŞİMŞEK**  
Dekan V.

**Dağıtım:**

Gereği:

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne

Bilgi:

Sosyal Hizmet Bölüm Başkanlığına

## Ek 4: Ölçek Kullanım İzni



beyhan bag

Kime: Cansel Kurt

[Ayrıntılar](#)

### Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumlar Ölçeği

Sevgili Cansu Kurt,

Türkçe geçerlilik ve güvenirlik analizini yaptığım 'Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumlar Ölçeği (RSTTÖ)'ni çalışmanızda kullanmanız beni mutlu edeceğini bildirmek isterim. Konuyla ilgili ek bilgilere YÖK'te doktora tezimi indirerek ulaşabilirsiniz.

Çalışmalarınızda kolaylıklar dileklerle



Cansel Kurt

Merhabalar hocam ben Cansel Kurt, Gümüşhane Üniversitesi/Sosyal Hizmet Yönetimi ...



Mine Ekinci

Kime: Cansel Kurt

[Ayrıntılar](#)

### Re: RUHSAL SORUNLU BİREYLERE YÖNELİK TOPLUM TUTUMLARI ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ

Canel, RUHSAL SORUNLU BİREYLERE YÖNELİK TOPLUM TUTUMLARI ölçeğini kullanabilirsin..Çalışmalarında kolaylıklar diliyorum.

Dr.Öğr.Üyesi Mine Ekinci..

# ETİK KURUL KARARI



T.C.  
GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU

Sayı: E-95674917-108.99-86712

Konu: Etik Kurul Onay

Sayı : 2022/2

Tarih :23/03/2022

## TOPLANTI TUTANAĞI

### GÜNDEM:

1. Doç. Dr. Ahmet Mutlu AKYÜZ'ün “İŞ YERİNDEKİ KAYIRMACILIK ALGISININ ÇALIŞAN PERFORMANSI ÜZERİNDEKİ ÖRGÜTSEL ADALET VE ÖRGÜTSEL GÜVEN ALGISININ ARACI ROLÜ” konulu başvurusunun görüşülmesi.
2. Öğr. Gör. Emine Büşra AYDIN'ın “SAĞLIKLI BİREYLERDE KASSAL ENDURANS, KAS KUVVETİ,DEPRESYON VE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ” konulu başvurusunun görüşülmesi.
3. Doç. Dr. Sefa ERBAŞ'ın “SOSYAL MEDYADA BEDENİN YENİDEN ÜRETİMİ: GEÇ ERGENLİK DÖNEMİ ÜZERİNE NİTEL BİR ARAŞTIRMA” “BODY REPRODUCTION IN SOCIAL MEDYA A QUALİTATIVE STUDY ON LATE ADOLESCENCE” konulu başvurusunun görüşülmesi.
4. Dr. Öğr. Üyesi Yasemin TATLI'nın “DOĞU KARADENİZ BÖLGESİNDE ÇAY ÜRETİCİLERİNİN GIDA GÜVENLİĞİ YÖNETİM SİSTEMİ UYGULAMALARININ İNCELENMESİ” konulu başvurusunun görüşülmesi.
5. Öğr. Gör. Coşkun YILMAZ'ın “PROFESYONEL KADIN BASKETBOLCULARDA KARAKTERİN, TAKTİKSEL BECERİYE ETKİSİ” konulu başvurusunun görüşülmesi.
6. Öğr. Gör. Nüşen KULAKAÇ'ın “SAĞLIK ÇALIŞANLARININ LGBT BİREYLERE YÖNELİK BİLGİ, TUTUM, HOMOFOBİ VE EMPATİ DÜZEYLERİ: TÜRKİYE ÖRNEĞİ” konulu başvurusunun görüşülmesi.
7. Doç. Dr. Melike DEMİR DOĞAN'ın “KALP YETERSİZLİĞİ OLAN HASTALARIN KARDİOVASKÜLER KISITLILIK, SEMPTOMLAR PROFİLİ VE YAŞAM KALİTESİ” konulu başvurusunun görüşülmesi.
8. Dr. Öğr. Üyesi Aydanur AYDIN'ın “NANDA HEMŞİRELİK TANILARININ NOC VE NIC SINIFLAMA SİSTEMLERİ İLE İLİŞKİLENDİRİLMESİ: HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİ DENEYİMLERİ” konulu başvurusunun görüşülmesi.
9. Arş. Gör. Hacı Ömer YILMAZ'ın “DASH (DİETARY APPROCHES STOP HYPERTENSION) DİYETİNE UYUMUN DEPRESYON, ANKSİYETE, STRES VE YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ” konulu başvurusunun görüşülmesi.
10. Dr. Öğr. Üyesi İbrahim AVCI'nın “ÇEVRESEL VE EKONOMİK ENDİŞELERİN SÜRDÜRÜLEBİLİR SU TÜKETİMİ ÜZERİNE ETKİSİ: SU TASARRUF DAVRANIŞININ ARACILIK ROLÜ” konulu başvurusunun

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : 0NDA-BUUB-08VZ Belge Doğrulama Adresi : <https://ebyssorgu.gumushane.edu.tr>

- gösterilmesi.
11. Dr. Öğr. Üyesi Adem ÖZBEK'in "FİNANSAL RİSK BEKLENTİSİ VE DİJİTAL FİNANSAL TUTUMUN DİJİTAL FİNANSAL DAVRANIŞ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ" konulu başvurusunun görüşülmesi.
  12. Dr. Öğr. Üyesi Nesibe ARSLAN BURNAZ'ın "FONKSİYONEL BESİNLER DERSİNİ ALAN ÖĞRENCİLERDE DERSİN ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ" konulu başvurusunun görüşülmesi.
  13. Prof. Dr. Müge YILMAZ'ın "SOSYAL HİZMET LİSANS ÖĞRENCİLERİNİN RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK TUTUMLARININ İNCELENMESİ: GÜMÜŞHANE İLİ ÖRNEĞİ" konulu başvurusunun görüşülmesi.
  14. Prof. Dr. Müge YILMAZ'ın "5395 SAYILI ÇOCUK KORUMA KANUNU KAPSAMINDA HAKKINDA SAĞLIK TEDBİRİ KARARI VERİLEN ÇOCUKLARIN HAYATA OLUMLU BAKMA EĞİMLERİNİN İNCELENMESİ" konulu başvurusunun görüşülmesi.
  15. Arş. Gör. Muhammed Uğur TÜRKMEN'in "BEDEN EĞİTİMİ VE SPOR YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN SOSYAL MEDYA BAĞIMLILIKLARI İLE YAŞAM DOYUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ" konulu başvurusunun görüşülmesi.
  16. Dr. Öğr. Üyesi Eyyüp YILDIZ'ın "AFETE MÜDAHALE PERSONELİNİN KÜRESEL İKLİM DEĞİŞİKLİĞİ BİLGİ DÜZEYİ VE TUTUMLARI: ERZİNCAN İLİ ÖRNEĞİ" konulu başvurusunun görüşülmesi.
  17. Arş. Gör. Muhammed Uğur TÜRKMEN'in "UMKE PERSONELİNİN AFETE HAZIRLIK BİLİNCİ DÜZEYİNİN ÖLÇÜLMESİ: İSTANBUL ANADOLU YAKASI ÖRNEĞİ" konulu başvurusunun görüşülmesi.
  18. Arş. Gör. Sevdâ UZUN'un "HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN DUYGUSAL ZEKA VE GİRİŞİMCİLİK DÜZEYLERİNİN LİDERLİK YÖNELİMLERİ ÜZERİNE ETKİSİ" konulu başvurusunun görüşülmesi.
  19. Prof. Dr. Halil İbrahim ZEYBEK'in "11 AĞUSTOS 2021 TARİHİNDE BATI KARADENİZ BÖLÜMÜNDE GERÇEKLEŞEN SEL AFETİNDEN ETKİLENEN YAŞILARIN DENEYİMLERİ: FENOMONOLOJİK BİR ARAŞTIRMA" konulu başvurusunun görüşülmesi.
  20. Dr. Öğr. Üyesi Aydanur AYDIN'ın "MEME KANSERİ OLAN ERKEKLERİN BENLİK VE KİMLİKLERİNE İLİŞKİN ALGI VE DENEYİMLERİ" konulu başvurusunun görüşülmesi.
  21. Dr. Öğr. Üyesi Muhammed Ahmet TÜZEN'in "SOSYAL HİZMET ÖĞRENCİLERİ GÖZÜNDEN ETİK VE MÜRACAATÇILARA YÖNELİK ETİK SORUMLULUKLAR" konulu başvurusunun görüşülmesi.
  22. Dr. Öğr. Üyesi Ahmet GÖKÇE'nin "İŞ STRESİ VE MESLEKİ DOYUM ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ: EĞİTİM SEKTÖRÜNDE BİR ARAŞTIRMA" konulu başvurusunun görüşülmesi.
  23. Doç. Dr. Emel YILDIZ'ın "KOZMETİK SEKTÖRÜNDE HİZMET KALİTESİNİN MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ VE SADAKATİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ: GÜMÜŞHANE ÖRNEĞİ" konulu başvurusunun görüşülmesi.
  24. Doç. Dr. Emel YILDIZ'ın "KURUMSAL SOSYAL SORUMLULUĞUN KULAKTAN KULAĞA PAZARLAMA ÜZERİNDEKİ ETKİSİNDE HİZMET KALİTESİNİN ARACILIK ROLÜ: HAVAYOLU MÜŞTERİLERİ ÜZERİNE BİR UYGULAMA" konulu başvurusunun görüşülmesi.
  25. Dr. Öğr. Üyesi Aydanur AYDIN'ın "İNTERNET DESTEKLİ SOSYAL MEDYA HATIRLATMALARININ MEME KANSERİ TARAMA PROGRAMLARINDAKİ BİLGİ DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ" konulu başvurusunun görüşülmesi.
  26. Prof. Dr. Huri İLYASOĞLU'nun "SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN (18-21 YAŞ) HEDONİK AÇLIK VE GIDA VE BESLENME OKURYAZARLIĞI DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ" konulu başvurusunun görüşülmesi.
  27. Prof. Dr. Huri İLYASOĞLU'nun "GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ GÜMÜŞHANEVİ KAMPÜSÜ ÖĞRENCİ YEMEKHANESİ: TABAK ARTIKLARININ NEDENLERİNİN BELİRLENMESİ" konulu başvurusunun görüşülmesi.
  28. Prof. Dr. Huri İLYASOĞLU'nun "GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN BESİN SEÇİMİ İLE ANTROPOMETRİK ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ" konulu başvurusunun görüşülmesi.
  29. Doç. Dr. Emel YILDIZ'ın "İÇSEL PAZARLAMANIN ÖRGÜTSEL VATANDAŞLIK ARACILIĞINDA MÜŞTERİ ODAKLILIĞA ETKİSİ" konulu başvurusunun görüşülmesi.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : ONDA-BUUB-08VZ Belge Doğrulama Adresi : <https://ebyssorgu.gumushane.edu.tr>

2 / 7

30. Doç. Dr. Nilgün ULUTAŞDEMİR'in "GEBE HASTALARDA COVID-19 DENEYİMİ: ORDU ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÖRNEĞİ" konulu başvurusunun görüşülmesi.
31. Dr. Öğr. Üyesi Tuba Eda ARPA ZEMZEMOĞLU'nun "TÜKETİCİLERİN GIDA NEOFOBİ DÜZEYİ İLE YİYECEK SEÇİM FAKTÖRLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ" konulu başvurusunun görüşülmesi.
32. Dr. Öğr. Üyesi Aydın KIVANÇ'ın "SAĞLIK ÇALIŞANLARININ BİYOLOJİK AFET DENEYİMLERİ: FENOMENOLOJİK BİR ARAŞTIRMA" konulu başvurusunun görüşülmesi.
33. Doç. Dr. Nilgün ULUTAŞDEMİR'in "HİPEREMEZİS GRAVİDARUM İLE KOMPLİKE OLMUŞ GEBELİKLERDE ADAMTS-1 DÜZEYİNİN ÖNEMİ" konulu başvurusunun görüşülmesi.
34. Dr. Öğr. Üyesi Tuba Eda ARPA ZEMZEMOĞLU'nun "TÜKETİCİLERİN KAHVE TÜKETİM DURUMLARI VE ALIŞKANLIKLARININ BELİRLENMESİ" konulu başvurusunun görüşülmesi.
35. Arş. Gör. Özge PALANCI AY'ın "VAJİNAL DOĞUM YAPAN ANNELERE MOTİVASYONEL GÖRÜŞME TEKNİĞİ İLE VERİLEN EMZİRME EĞİTİMİNİN EMZİRME MOTİVASYONU, ÖZ YETERLİLİĞİ VE BAĞLANMA ÜZERİNE ETKİSİ" konulu başvurusunun görüşülmesi.
36. Öğr. Gör. Mesut ARSLAN'ın "SAĞLIKLI KİŞİLERE TRANSKÜTANÖZ AURİKÜLER VAGUS SİNİR STİMÜLASYONU UYGULAMALARINDA UNİLATERAL SAĞ, UNİLATERAL SOL VE BİLATERAL UYGULAMALARIN OTONOM SİNİR SİSTEMİ AKTİVİTESİ ÜZERİNE ETKİLERİNİN ARAŞTIRILMASI" konulu başvurusunun görüşülmesi.
37. Doç. Dr. Nilgün ULUTAŞDEMİR'in "HİPEREMEZİS GRAVİDARUM TANISIYLA TAKİP EDİLEN HASTALARIN BULANTI KUSMA ŞİDDETLERİ İLE HASTANIN NÖTROFİL/LENFOSİT, HEMOTOKRİT VE PLATALET DÜZEYLERİ ARASINDA İLİŞKİ VAR MIDIR" konulu başvurusunun görüşülmesi.
38. Doç. Dr. Handan ÇAM'ın "SAĞLIK BİLGİ SİSTEMLERİ KAPSAMINDA BULUNAN E-NABİZ BİLGİ SİSTEMİNİN KULLANICILAR AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ" konulu başvurusunun görüşülmesi.
39. Dr. Öğr. Üyesi Kaan GEZ'in "MARKALARIN DUYULARA SESLENMESİ: ÖRNEK ÇALIŞMA OLARAK HİJYENİK PED ÜRÜNLERİ BAZINDA DOKU DUYUSUNUN TÜKETİCİLER NEZDİNDE İNCELENMESİ" konulu başvurusunun görüşülmesi.

#### **KARAR :**

1. Doç. Dr. Ahmet Mutlu AKYÜZ'ün dosyası kurul üyesi Prof. Dr. Hasan AYAYDIN tarafından öncelikle usul ve esas açısından incelendi vedosyada usul ve esas bakımından bir eksiklik olmadığı belirtilmesi üzerine, dosya kurul üyeleri tarafından ayrı ayrı incelendi ve projenin yürürlükteki mevzuata uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.
2. Öğr. Gör. Emine Büşra AYDIN'ın dosyası kurul üyesi Prof. Dr. Ekrem CENGİZ tarafından öncelikle usul ve esas açısından incelendi vedosyada usul ve esas bakımından bir eksiklik olmadığı belirtilmesi üzerine, dosya kurul üyeleri tarafından ayrı ayrı incelendi ve projenin yürürlükteki mevzuata uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.
3. Doç. Dr. Sefa ERBAŞ'ın dosyası kurul üyesi Prof. Dr. Ekrem CENGİZ tarafından öncelikle usul ve esas açısından incelendi vedosyada usul ve esas bakımından bir eksiklik olmadığı belirtilmesi üzerine, dosya kurul üyeleri tarafından ayrı ayrı incelendi ve projenin yürürlükteki mevzuata uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.
4. Dr. Öğr. Üyesi Yasemin TATLI'nın dosyası kurul üyesi Prof. Dr. Ekrem CENGİZ tarafından öncelikle usul ve esas açısından incelendi vedosyada usul ve esas bakımından bir eksiklik olmadığı belirtilmesi üzerine, dosya kurul üyeleri tarafından ayrı ayrı incelendi ve projenin yürürlükteki mevzuata uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : 0NDA-BUUB-08VZ Belge Doğrulama Adresi : <https://ebysorgu.gumushane.edu.tr>

- verildi.
5. Öğr. Gör. Coşkun YILMAZ'ın dosyası kurul üyesi Prof. Dr. HASAN AYAYDIN tarafından öncelikle usul ve esas açısından incelendi vedosyada usul ve esas bakımından bir eksiklik olmadığı belirtilmesi üzerine, dosya kurul üyeleri tarafından ayrı ayrı incelendi ve projenin yürürlükteki mevzuata uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.
  6. Öğr. Gör. Nurşen KULAKAÇ'ın dosyası kurul üyesi Prof. Dr. Ekrem CENGİZ tarafından öncelikle usul ve esas açısından incelendi vedosyada usul ve esas bakımından bir eksiklik olmadığı belirtilmesi üzerine, dosya kurul üyeleri tarafından ayrı ayrı incelendi ve projenin yürürlükteki mevzuata uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.
  7. Doç. Dr. Melike DEMİR DOĞAN'ın dosyası kurul üyesi Prof. Dr. Ekrem CENGİZ tarafından öncelikle usul ve esas açısından incelendi vedosyada usul ve esas bakımından bir eksiklik olmadığı belirtilmesi üzerine, dosya kurul üyeleri tarafından ayrı ayrı incelendi ve projenin yürürlükteki mevzuata uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.
  8. Dr. Öğr. Üyesi Aydanur AYDIN'ın dosyası kurul üyesi Prof. Dr. Ekrem CENGİZ tarafından öncelikle usul ve esas açısından incelendi vedosyada usul ve esas bakımından bir eksiklik olmadığı belirtilmesi üzerine, dosya kurul üyeleri tarafından ayrı ayrı incelendi ve projenin yürürlükteki mevzuata uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.
  9. Arş. Gör. Hacı Ömer YILMAZ'ın dosyası kurul üyesi Prof. Ekrem CENGİZ tarafından öncelikle usul ve esas açısından incelendi vedosyada usul ve esas bakımından bir eksiklik olmadığı belirtilmesi üzerine, dosya kurul üyeleri tarafından ayrı ayrı incelendi ve projenin yürürlükteki mevzuata uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.
  10. Dr. Öğr. Üyesi İbrahim AVCI'nın dosyası kurul üyesi Prof. Dr. Hasan AYAYDIN tarafından öncelikle usul ve esas açısından incelendi vedosyada usul ve esas bakımından bir eksiklik olmadığı belirtilmesi üzerine, dosya kurul üyeleri tarafından ayrı ayrı incelendi ve projenin yürürlükteki mevzuata uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.
  11. Dr. Öğr. Üyesi Adem ÖZBEK'in dosyası kurul üyesi Prof. Dr. Hasan AYAYDIN tarafından öncelikle usul ve esas açısından incelendi vedosyada usul ve esas bakımından bir eksiklik olmadığı belirtilmesi üzerine, dosya kurul üyeleri tarafından ayrı ayrı incelendi ve projenin yürürlükteki mevzuata uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.
  12. Dr. Öğr. Üyesi Nesibe ARSLAN BURNAZ'ın dosyası kurul üyesi Prof. Dr. Ekrem CENGİZ tarafından öncelikle usul ve esas açısından incelendi vedosyada usul ve esas bakımından bir eksiklik olmadığı belirtilmesi üzerine, dosya kurul üyeleri tarafından ayrı ayrı incelendi ve projenin yürürlükteki mevzuata uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.
  13. Prof. Dr. Müge YILMAZ'ın dosyası kurul üyesi Prof. Dr. Ekrem CENGİZ tarafından öncelikle usul ve esas açısından incelendi vedosyada usul ve esas bakımından bir eksiklik olmadığı belirtilmesi üzerine, dosya kurul üyeleri tarafından ayrı ayrı incelendi ve projenin yürürlükteki mevzuata uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.
  14. Prof. Dr. Müge YILMAZ'ın dosyası kurul üyesi Prof. Dr. Ekrem CENGİZ tarafından öncelikle usul ve esas açısından incelendi vedosyada usul ve esas bakımından bir eksiklik olmadığı belirtilmesi üzerine, dosya kurul üyeleri tarafından ayrı ayrı incelendi ve projenin yürürlükteki mevzuata uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.
  15. Arş. Gör. Muhammed Uhud TÜRKMEN'in dosyası kurul üyesi Prof. Dr. Hasan AYAYDIN tarafından öncelikle usul ve esas açısından incelendi vedosyada usul ve esas bakımından bir eksiklik olmadığı belirtilmesi üzerine, dosya kurul üyeleri tarafından ayrı ayrı incelendi ve projenin yürürlükteki mevzuata uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.
  16. Arş. Gör. Muhammed Uhud TÜRKMEN'in dosyası kurul üyesi Prof. Dr. Ekrem CENGİZ tarafından öncelikle usul ve esas açısından incelendi vedosyada usul ve esas bakımından bir eksiklik olmadığı belirtilmesi üzerine, dosya kurul üyeleri tarafından ayrı ayrı incelendi ve projenin yürürlükteki mevzuata uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

---

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : 0NDA-BUUB-08VZ Belge Doğrulama Adresi : <https://ebysorgu.gumushane.edu.tr>

4 / 7

verildi.

17. Arş. Gör. Muhammed Uhud TÜRKMEN'in dosyası kurul üyesi Prof. Dr. Ekrem CENGİZ tarafından öncelikle usul ve esas açısından incelendi vedosyada usul ve esas bakımından bir eksiklik olmadığı belirtilmesi üzerine, dosya kurul üyeleri tarafından ayrı ayrı incelendi ve projenin yürürlükteki mevzuata uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.
18. Arş. Gör. Sevda UZUN'un dosyası kurul üyesi Prof. Dr. Ekrem CENGİZ tarafından öncelikle usul ve esas açısından incelendi vedosyada usul ve esas bakımından bir eksiklik olmadığı belirtilmesi üzerine, dosya kurul üyeleri tarafından ayrı ayrı incelendi ve projenin yürürlükteki mevzuata uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.
19. Prof. Dr. Halil İbrahim ZEYBEK'in dosyası kurul üyesi Prof. Dr. Hasan AYAYDIN tarafından öncelikle usul ve esas açısından incelendi vedosyada usul ve esas bakımından bir eksiklik olmadığı belirtilmesi üzerine, dosya kurul üyeleri tarafından ayrı ayrı incelendi ve projenin yürürlükteki mevzuata uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.
20. Dr. Öğr. Üyesi Aydanur AYDIN'ın dosyası kurul üyesi Prof. Dr. EKREM CENGİZ tarafından öncelikle usul ve esas açısından incelendi vedosyada usul ve esas bakımından bir eksiklik olmadığı belirtilmesi üzerine, dosya kurul üyeleri tarafından ayrı ayrı incelendi ve projenin yürürlükteki mevzuata uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.
21. Dr. Öğr. Üyesi Muhammed Ahmet TÜZEN'in dosyası kurul üyesi Prof. Dr. Hasan AYAYDIN tarafından öncelikle usul ve esas açısından incelendi vedosyada usul ve esas bakımından bir eksiklik olmadığı belirtilmesi üzerine, dosya kurul üyeleri tarafından ayrı ayrı incelendi ve projenin yürürlükteki mevzuata uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.
22. Dr. Öğr. Üyesi Ahmet GÖKÇE'nin dosyası kurul üyesi Prof. Dr. Hasan AYAYDIN tarafından öncelikle usul ve esas açısından incelendi vedosyada usul ve esas bakımından bir eksiklik olmadığı belirtilmesi üzerine, dosya kurul üyeleri tarafından ayrı ayrı incelendi ve projenin yürürlükteki mevzuata uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.
23. Doç. Dr. Emel YILDIZ'ın dosyası kurul üyesi Prof. Dr. Hasan AYAYDIN tarafından öncelikle usul ve esas açısından incelendi vedosyada usul ve esas bakımından bir eksiklik olmadığı belirtilmesi üzerine, dosya kurul üyeleri tarafından ayrı ayrı incelendi ve projenin yürürlükteki mevzuata uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.
24. Doç. Dr. Emel YILDIZ'ın dosyası kurul üyesi Prof. Dr. Hasan AYAYDIN tarafından öncelikle usul ve esas açısından incelendi vedosyada usul ve esas bakımından bir eksiklik olmadığı belirtilmesi üzerine, dosya kurul üyeleri tarafından ayrı ayrı incelendi ve projenin yürürlükteki mevzuata uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.
25. Dr. Öğr. Üyesi Aydanur AYDIN'ın dosyası kurul üyesi Prof. Dr. Ekrem CENGİZ tarafından öncelikle usul ve esas açısından incelendi vedosyada usul ve esas bakımından bir eksiklik olmadığı belirtilmesi üzerine, dosya kurul üyeleri tarafından ayrı ayrı incelendi ve projenin yürürlükteki mevzuata uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.
26. Prof. Dr. Huri İLYASOĞLU'nun dosyası kurul üyesi Prof. Dr. Ekrem CENGİZ tarafından öncelikle usul ve esas açısından incelendi vedosyada usul ve esas bakımından bir eksiklik olmadığı belirtilmesi üzerine, dosya kurul üyeleri tarafından ayrı ayrı incelendi ve projenin yürürlükteki mevzuata uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.
27. Prof. Dr. Huri İLYASOĞLU'nun dosyası kurul üyesi Prof. Dr. Ekrem CENGİZ tarafından öncelikle usul ve esas açısından incelendi vedosyada usul ve esas bakımından bir eksiklik olmadığı belirtilmesi üzerine, dosya kurul üyeleri tarafından ayrı ayrı incelendi ve projenin yürürlükteki mevzuata uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.
28. Prof. Dr. Huri İLYASOĞLU'nun dosyası kurul üyesi Prof. Dr. Ekrem CENGİZ tarafından öncelikle usul ve esas açısından incelendi vedosyada usul ve esas bakımından bir eksiklik olmadığı belirtilmesi üzerine, dosya kurul üyeleri tarafından ayrı ayrı incelendi ve projenin yürürlükteki mevzuata uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : 0NDA-BUUB-08VZ Belge Doğrulama Adresi : <https://ebysorgu.gumushane.edu.tr>

5 / 7

- verildi.
29. Doç. Dr. Emel YILDIZ'ın dosyası kurul üyesi Prof. Dr. Hasan AYAYDIN tarafından öncelikle usul ve esas açısından incelendi vedosyada usul ve esas bakımından bir eksiklik olmadığı belirtilmesi üzerine, dosya kurul üyeleri tarafından ayrı ayrı incelendi ve projenin yürürlükteki mevzuata uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.
30. Doç. Dr. Nilgün ULUTAŞDEMİR'in dosyası kurul üyesi Prof. Dr. Ekrem CENGİZ tarafından öncelikle usul ve esas açısından incelendi vedosyada usul ve esas bakımından bir eksiklik olmadığı belirtilmesi üzerine, dosya kurul üyeleri tarafından ayrı ayrı incelendi ve projenin yürürlükteki mevzuata uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.
31. Dr. Öğr. Üyesi Tuba Eda ARPA ZEMZEMOĞLU'nun dosyası kurul üyesi Prof. Dr. Ekrem CENGİZ tarafından öncelikle usul ve esas açısından incelendi vedosyada usul ve esas bakımından bir eksiklik olmadığı belirtilmesi üzerine, dosya kurul üyeleri tarafından ayrı ayrı incelendi ve projenin yürürlükteki mevzuata uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.
32. Dr. Öğr. Üyesi Aydın KIVANÇ'ın dosyası kurul üyesi Prof. Dr. Ekrem CENGİZ tarafından öncelikle usul ve esas açısından incelendi vedosyada usul ve esas bakımından bir eksiklik olmadığı belirtilmesi üzerine, dosya kurul üyeleri tarafından ayrı ayrı incelendi ve projenin yürürlükteki mevzuata uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.
33. Doç. Dr. Nilgün ULUTAŞDEMİR'in dosyası kurul üyesi Prof. Dr. Ekrem CENGİZ tarafından öncelikle usul ve esas açısından incelendi vedosyada usul ve esas bakımından bir eksiklik olmadığı belirtilmesi üzerine, dosya kurul üyeleri tarafından ayrı ayrı incelendi ve projenin yürürlükteki mevzuata uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.
34. Dr. Öğr. Üyesi Tuba Eda ARPA ZEMZEMOĞLU'nun dosyası kurul üyesi Prof. Dr. Ekrem CENGİZ tarafından öncelikle usul ve esas açısından incelendi vedosyada usul ve esas bakımından bir eksiklik olmadığı belirtilmesi üzerine, dosya kurul üyeleri tarafından ayrı ayrı incelendi ve projenin yürürlükteki mevzuata uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.
35. Arş. Gör. Özge PALANCI AY'ın dosyası kurul üyesi Prof. Dr. Ekrem CENGİZ tarafından öncelikle usul ve esas açısından incelendi vedosyada usul ve esas bakımından bir eksiklik olmadığı belirtilmesi üzerine, dosya kurul üyeleri tarafından ayrı ayrı incelendi ve projenin yürürlükteki mevzuata uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.
36. Öğr. Gör. Mesut ARSLAN'ın dosyası kurul üyesi Prof. Dr. Ekrem CENGİZ tarafından öncelikle usul ve esas açısından incelendi vedosyada usul ve esas bakımından bir eksiklik olmadığı belirtilmesi üzerine, dosya kurul üyeleri tarafından ayrı ayrı incelendi ve projenin yürürlükteki mevzuata uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.
37. Doç. Dr. Nilgün ULUTAŞDEMİR'in dosyası kurul üyesi Prof. Dr. Ekrem CENGİZ tarafından öncelikle usul ve esas açısından incelendi vedosyada usul ve esas bakımından bir eksiklik olmadığı belirtilmesi üzerine, dosya kurul üyeleri tarafından ayrı ayrı incelendi ve projenin yürürlükteki mevzuata uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.
38. Doç. Dr. Handan ÇAM'ın dosyası kurul üyesi Prof. Dr. Ekrem CENGİZ tarafından öncelikle usul ve esas açısından incelendi vedosyada usul ve esas bakımından bir eksiklik olmadığı belirtilmesi üzerine, dosya kurul üyeleri tarafından ayrı ayrı incelendi ve projenin yürürlükteki mevzuata uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.
39. Dr. Öğr. Üyesi Kaan GEZ'in dosyası kurul üyesi Prof. Dr. Hasan AYAYDIN tarafından öncelikle usul ve esas açısından incelendi vedosyada usul ve esas bakımından bir eksiklik olmadığı belirtilmesi üzerine, dosya kurul üyeleri tarafından ayrı ayrı incelendi ve projenin yürürlükteki mevzuata uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

---

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : 0NDA-BUUB-08VZ Belge Doğrulama Adresi : <https://ebysorgu.gumushane.edu.tr>

6 / 7

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : 0NDA-BUUB-08\Z Belge Doğrulama Adresi : <https://ebyssorgu.gumushane.edu.tr>

7 / 7

## ÖZGEÇMİŞ

Cansel KURT, Gümüşhane Mareşal Çakmak Anadolu Öğretmen Lisesini bitirdikten sonra Yalova Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümünde 2019 yılında lisans eğitimini tamamladı. 2020 yılında Gümüşhane Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sosyal Hizmet Yönetimi Anabilim dalında yüksek lisans eğitimine başladı. 2022 yılında Gümüşhane İl Afet ve Acil Durum İl Müdürlüğü'ne Sosyal Çalışmacı olarak atandı ve halen görevine devam etmektedir.

