

ARAŞTIRMA RESEARCH

Türkiye’de Koruyucu ve Önleyici Ruh Sağlığı Uygulamaları: Sosyal Hizmet Uzmanları ve Hastaların Deneyimlerine Dair Nitel Bir Araştırma

Protective and Preventive Community Mental Health Services in Turkey: A Qualitative Research about Experiences of Social Workers and Patients

Özlem Gözen¹, Sema Buz¹

Öz

Bu araştırmanın amacı, Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde (TRSM) sunulan koruyucu ve önleyici ruh sağlığı hizmetlerinin bu merkezlerde çalışan sosyal hizmet uzmanları ve merkezlerden hizmet alan hastaların deneyimleri üzerinden değerlendirilmesidir. Bu araştırma hizmet veren ve hizmet alanların deneyim ve değerlendirmelerini ortaya koyarak bütüncül bir değerlendirme yapmak amacıyla nitel olarak tasarlanmıştır. Veriler betimsel analize tabi tutulmuştur. Araştırma kapsamında altı sosyal hizmet uzmanı ve on üç hasta ile görüşülmüştür. Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından oluşturulan yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Araştırmanın en önemli bulgusu TRSM’lerin tedavi ve takibin sürekliliğini sağlayarak uzun süreli yataklı tedaviye bir alternatif oluşturduğu, yatış sıklıklarının azaltılmasını sağladığı, hastaların sosyal işlevselliklerinin, iletişim becerilerinin ve buna bağlı olarak da özgüvenlerinin artmasına katkı sağladığıdır. Ayrıca toplumun ruhsal hastalıklar konusunda bilgisiz olduğu, bu bilgisizliğin damgalanma ve ayrımcılığı beraberinde getirdiği ortaya çıkmıştır. Araştırma bulguları sosyal politikaların ihtiyaçlar doğrultusunda yeniden düzenlenmesi gerektiğini göstermektedir.

Anahtar sözcükler: Ruh sağlığı, toplum ruh sağlığı, önleyici ruh sağlığı, sosyal hizmet

Abstract

The aim of this research is to evaluate protective and preventive mental health services with a holistic perspective through the experiences of social workers working in Community Mental Health Centers (CMHC) and the patients receiving services from these centers. This research has designed as a qualitative research to expose the participants' experiences and evaluations about the protective and preventive dimension of community based mental health services. Descriptive analysis of the data has made. Six social workers and thirteen patients were interviewed. Semi-structured interview form, created by the researchers, has used. The most important finding of the research is that CMHCs provide an alternative to long-term inpatient treatment by providing continuity of treatment and follow-up, decreases the frequency of hospitalization, and contributes to the increase of social functionality, communication skills and self-confidence of patients. It is also that the society hasn't adequate information of mental illness, and this ignorance brings stigma and discrimination. Based on the research findings, it has been proposed to reorganize the social policies in line with the needs.

Keywords: Mental health, community mental health, preventive mental health, social work

¹ Hacettepe Üniversitesi, Ankara

✉ Özlem Gözen, Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü, Ankara, Turkey
gzozlem@gmail.com

Geliş tarihi/Received: 21.12.2019 | Kabul tarihi/Accepted: 03.03.2020 | Çevrimiçi yayın/Published online: 25.12.2020

DÜNYA genelinde yapılan araştırmalar hem genetik hem de biyolojik bileşenlerin ruh sağlığı ile ilişkili olduğunu ortaya koymakla birlikte sosyal çevre, ekonomik istikrar, eğitim, fiziksel sağlık, düşük gelir, barınma, göç, sık okul değiştirme, kaliteli sağlık hizmetlerine sınırlı erişim, güvensiz ve stresli çevre ve yetersiz beslenmenin de bilişsel, duygusal ve davranışsal sağlığı etkilediğini göstermektedir (APHSa 2013). Bu araştırmalardan hareketle günümüzde ruh sağlığı hizmetleri yalnızca hastalığı tedavi etmeyi değil; hastaların sosyal işlevselliğini artırarak yaşam kalitelerini yükseltmeyi, üretken bir birey olarak topluma uyum içerisinde yaşamalarını sağlamayı amaçlamaktadır. Bu da hastanelerde uygulanan tedavilerin aile, toplum ve kurumlar tarafından desteklenmesi ile mümkün olacaktır. WHO’nun “yaşam boyu ruh sağlığı” temasıyla oluşturduğu ve 2004 yılında yayınladığı raporda “ruh sağlığını geliştirmeyi ve ruh hastalığı riskini azaltmayı amaçlayan politikalar “hamilelik sürecinde yapılan müdahaleler”, “ebeveynlik müdahaleleri”, “çocuk ve adölesanlara yönelik müdahaleler”, “iş yaşamındaki müdahaleler”, “emeklilik ve yaşlılıkla ilgili müdahaleler” başlıkları altında ele alınmıştır (Jané-Llopis ve Anderson 2007). Bu politikalarla toplum temelli ruh sağlığı uygulamaları kapsamında koruyucu ve önleyici hizmetlerin sunulması, böylelikle ruh sağlığının iyileştirilerek geliştirilmesi ve ruh sağlığı hizmetlerine ayrılan tedavi yükünün azaltılması amaçlanmaktadır. Dünya üzerinde ruh sağlığı alanında yaşanan son gelişmelerin raporlandığı başka bir WHO (2011) belgesinde de toplum temelli ruh sağlığına, bakımın sürekliliğine, nüfusun farklı ihtiyaçlarına cevap veren geniş çaplı hizmetlerin ulaşılabilir olmasına, hizmetlerin birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesine, koruyucu ve önleyici hizmetlerin geliştirilmesine vurgu yapılmaktadır.

Türkiye’de de bu bağlamda toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçilmektedir (TC. Sağlık Bakanlığı 2011). Koruyucu ve önleyici ruh sağlığı hizmetleri birincil basamak sağlık kuruluşları olarak tasarlanan TRSM’ler üzerinden verilmeye başlanmıştır. Ruh sağlığı alanında başarılı uygulamalar için kanıta dayalı uygulamalar yapmaya ve bölgelere göre farklı kültürel özellikleri göz önünde bulundurarak uygulamaları standartlaştırmaya ihtiyaç vardır. Literatür incelendiğinde Türkiye örneğinde TRSM’ler tarafından verilen koruyucu ve önleyici hizmetleri, hizmet verenler ve hizmet alanlar açısından değerlendiren niteliksel bir çalışma olmadığı görülmüştür. Buradan hareketle bu araştırmanın amacı; TRSM’lerde sunulan koruyucu ve önleyici hizmetleri, bu merkezlerde çalışan sosyal hizmet uzmanları ve bu merkezlerden hizmet alan hastaların deneyimleri bağlamında bütüncül bir bakış açısıyla ele alarak bilgi, uygulama ve politika arasındaki boşlukların doldurulmasına katkı sağlamaktır. Bu amaç kapsamında sırasıyla koruyucu ve önleyici ruh sağlığı hizmetlerinin neler olduğuna, toplum ruh sağlığı geçiş sürecine, TRSM’lerde sunulan hizmetlere değinilecek; bu bilgiler ışığında katılımcıların deneyim ve değerlendirmeleri tartışılacaktır.

Yakın geçmişte dünya genelinde ruh sağlığına yönelik hizmetleri (1) asylum (depo tipi akıl hastaneleri) ve geleneksel hastane bakımının artışı, (2) asyulumların azalması ve (3) toplum-hastane denge modelinin ortaya çıkışı olmak üzere üç dönemde incelemek mümkündür (Thornicroft ve Tansella 2003). Toplum-hastane denge modeli toplum temelli ruh sağlığı uygulamalarına geçişi amaçlayan bir ara modeldir. Toplum temelli ruh sağlığı; ruh sağlığının korunmasını, ruhsal hastalıkların önlenmesini, tedavisini ve ruhsal hastalığa sahip bireylerin toplum içinde rehabilitasyonunu içermektedir (WHO 2007). Toplum temelli ruh sağlığının amaçları (Thornicroft ve Tansella 2003, Jané-Llopis ve Anderson 2007, Knapp ve ark. 2007, TC Sağlık Bakanlığı 2012): (1) Ruhsal hastalıkların oluşmasını önlemek, (2) Tedavide toplumun sorumluluk almasını ve katılımını sağ-

lamak, (3) Müracaatçı merkezli yaklaşımla hastaları daha yakından takip etmek ve bakımın sürekliliğini sağlamak, (4) Gereksiz yatışları önlemek, (5) Damgalanma ile mücadele etmek, (6) Toplum temelli ruh sağlığı konusunda araştırmalar yoluyla veri üretmektir. Toplum temelli ruh sağlığı modeli ile kurumsuzlaştırmanın sağlanması amaçlanmaktadır. Bu çalışmada toplum temelli ruh sağlığı politikalarının koruyucu ve önleyici boyutu üzerinde durulmaktadır.

Koruyucu ruh sağlığı bireyin psikososyal iyi oluş halini (well-being), yeterliliğini (competence) ve dayanıklılığını (resilience) arttırmayı ve toplumda ruh sağlığı bilincini geliştirerek ruhsal hastalığa sahip bireyler için destekleyici bir çevre ile destekleyici yaşam koşulları sağlamayı amaçlar (O'Brian 2007). Koruyucu ruh sağlığı ruhsal hastalıkların biyolojik, psikolojik ve sosyal olmak üzere tüm boyutlarını kapsayan ve ruhsal hastalıkların önlenmesi, erken teşhisi ve tedavisi, ruhsal hastalığı olan bireylerin desteklenmesi, toplumda ruh sağlığı bilincinin geliştirilmesi amacıyla oluşturulmuş çaba ve hizmetler bütünü olarak tanımlanabilir (Attepe Özden 2015). Ruhsal hastalıkları önleme ise ruhsal hastalığa etki eden risk faktörlerini azaltmayı, hastalıkların tekrarlamasını önlemeyi ya da geciktirmeyi, ruhsal hastalıkların sıklık ve yaygınlığını azaltmayı ve hastalığın bireyler, aileler ve toplum üzerindeki etkilerini hafifletmeyi amaçlar (Mrazek ve Haggerty 1994). Koruyucu ve önleyici ruh sağlığı hizmetleri hastalığın başlaması, seyri ve kronikleşmesine yönelik önleme çalışmalarını ifade eder ve bir bütün halinde yürütülmelidir. Koruyucu ve önleyici ruh sağlığı çalışmalarında risk faktörlerinin ve koruyucu etkenlerin belirlenmesi son derece önemlidir. İzleme, değerlendirme, tedavinin hızlı başlangıcı ve sosyal destek ruhsal hastalık tehdidi altındaki bireylerin hastalık riskini azaltır. Risklerin farkında olmak, koruyucu faktörleri bilmek ve proaktif tedavi yaklaşımı çerçevesinde bunları tedavi ekibiyle paylaşmak tedavinin her bir aşamasında ruh sağlığı personelinin başarı olanağını artırır (Thomas ve ark. 2016). Risk faktörleri kişiden kişiye değişkenlik göstermekle birlikte biyolojik, psikolojik, çevresel ve sosyal etmenler risk oluşturmaktadır denilebilir. Rutter (1985)'a göre bireyin yaşam deneyimleri, aile ve sosyal çevreden sağladığı sosyal destek, strese yol açan etkenlerin birey için anlamı, kendi kendine yetebilme duygusunun düzeyi, öz saygının gelişmişlik düzeyi gibi bireyin stresle baş etmesinde rol alan etkenler de koruyucu faktörler olarak değerlendirilebilir (Aksaray ve ark. 1999).

Koruyucu ruh sağlığı düzeyleri

Koruyucu ve önleyici ruh sağlığı hizmetlerini üç düzeyde ele almak mümkündür (Aksaray ve ark. 1999, NSW Health Department 2001, WHO 2001, Doğan 2002, Doğan ve ark. 2002, WHO 2004, Gültekin 2010, T.C. Milli Eğitim Bakanlığı 2012, Attepe Özden 2015, Davidson ve Campbell 2016):

Birincil koruma

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

1. Toplumsal düzeyde ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyen stres yapıcı faktörler belirlenerek bunlara yönelik önleme ve azaltma politikaları geliştirilmesi,
2. Yerel düzeyden başlayıp toplumsal düzeye yayılacak eğitimlerle toplumun ruhsal

- hastalıklar konusunda bilinçlendirilmesi ve böylece damgalanmanın önlenmesine yönelik çalışmalar yapılması,
3. Toplumun fiziksel ve ruhsal sağlık düzeyini yükseltmeye yönelik çalışmalar yapılması,
 4. Risk gruplarının belirlenmesi ve bunlara yönelik önlem alınması,
 5. Psikiyatrik bozuklukların genetik olarak geçişini önlemeye yönelik çalışmalar yapılması,
 6. Alkol ve madde bağımlılığının fiziksel ve ruhsal etkileri hakkında bilgilendirme programları yapılması,
 7. İstihdam, barınma gibi sosyal hizmetlerin geliştirilmesi,
 8. Anne-baba adaylarına çocuk gelişimine yönelik bilgilendirmeler yapılarak ebeveynlik becerilerinin artırılması,
 9. Bireyin ve ailenin sorun çözme becerilerini geliştirmeye yönelik çalışmalar yapılması,
 10. Birey ve ailenin stres düzeyini azaltmak ya da ortadan kaldırmak amacıyla sosyal destek programları geliştirilmesi,
 11. Emeklilik, boşanma gibi geçiş dönemleri yaşayan bireylere yönelik destek ve eğitim programları yapılması.

İkincil koruma

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

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

Üçüncül koruma

Hastalık sonucu oluşan bozukluk ve yeti kayıplarının azaltılmasına yönelik çalışmaları ve tedavi sonrası topluma uyum çalışmalarını ifade eder. Schoenbaum ve arkadaşları 1995 yılında yayınladıkları ve 580 kişi ile yaptıkları bir araştırmada taburcu olan hastaların yaklaşık üçte birinin yeniden hastaneye yatırıldıkları, evde ziyaret edilen hastaların yeniden hastaneye yatırılma oranlarının düşük olduğu bulgularına ulaşmışlardır (Schoenbaum, Cookson ve Stelovich 1995). Bu araştırma sonuçlarına paralel olarak Nelson ve arkadaşları (2000) ise yaptıkları bir araştırmada taburcu olduktan sonra izlenmeyen hastaların izlenenlere oranla iki kat daha fazla hastaneye yatırıldıklarını bulmuşlardır. Üçün-

cül koruma çalışmaları özellikle hastalığın tekrarının önlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Üçüncül koruma kapsamında yürütülen çalışmalar ise;

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

Toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri ruhsal hastalık yaşayan birey ve ailesine iyileşme, toplum içinde yaşamını sürdürme, ruhsal hastalıklardan korunma ve hastalığın tekrarını önleme noktasında yerel düzeyde tedavi ve destek sağlar. Koruyucu ve önleyici ruh sağlığı hizmetleri ise sosyoekonomik duruma ve barınmaya ilişkin risk oluşturan koşulları iyileştirmeyi, eğitim ve istihdama aktif katılım sağlamayı, toplumla ilişkilerin ve toplumsal ağların güçlendirilmesini kapsar (WHO 2004). Dünya genelinde olduğu gibi Türkiye’de de bu hizmetler TRSM’ler üzerinden yürütülmektedir. TRSM’lerde psikiyatri, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, ergoterapist ve psikiyatri hemşirelerinden oluşan bir ekip hizmet vermektedir. Bu multidisipliner hizmet alanında sosyal hizmet, sosyal adalet ve müracaatçı haklarına vurgu yapması ve hastalığın klinik semptomlarından çok bireyin kendisine odaklanması yönleriyle önemli bir yere sahiptir (Bland ve ark. 2009, akt: Courtney ve Moulding 2014). Ruh sağlığı alanında sosyal hizmet mesleğinin yer alması 19. yüzyıl sonları, 20. yüzyıl başlarına dayanmaktadır (Cabot 1909, Cannon 1952, akt: Aviram 2002). Sağlığın biyolojik, psikolojik ve sosyal yönlerinin bir bütün halinde ele alınmasına paralel olarak ruh sağlığı alanında çalışan bir sosyal hizmet uzmanı psikiyatrin koruma, iyileştirme ve geliştirmeye ilişkin rollerine “birey- çevre ilişkileri perspektifi” bağlamında birey, aile ve grup düzeyinde destek sağlar (Simpson ve ark. 2007, Tuncay 2018).

Ruh sağlığı alanında hizmet veren kurumlardan biri olan TRSM’lerde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının rol ve sorumlulukları; psikiyatrik yardıma ihtiyacı olan hastaları tespit etmek, hastalar ya da yakınları ile iletişime geçerek kuruma davet etmek ve merkezin hastalarla iletişimini sağlamak, hastaların kuruma ve tedaviye uyumunu sağlamak, hastaları çevresi içinde ele alarak müdahale planı oluşturmak, hastaların ve ailelerinin tedaviye aktif katılımını ve tedavinin devamlılığını sağlamak, hastaları ve ailelerini hakları konusunda bilgilendirmek, multidisipliner çalışmalar yürüterek hasta ile ailelerine psiko-eğitim vermek ve gezici ekiplerle ev ziyaretlerine bulunmak, tedavi sonrasında ortaya çıkan psiko-sosyal ve ekonomik sorunların çözümlenmesine yönelik kurumlar arası işbirliğine dayanan çalışmalar yürütmek, hastanın ailesi ve sosyal çevresiyle olan ilişkilerini düzenlemesini ve sürdürmesini sağlamak, hasta ve ailesini taburculuk sürecine hazırlamak, taburculuk sonrası uyum sürecini takip etmek, damgalanmayla mücadele için kurumlar arası işbirliği sağlamak, sosyal değişim için politika planlamaktır (Aviram 2002, Oral ve Tuncay 2012, Charles ve Bentley 2016).

Bireyi çevresi içinde ele almak toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin koruyucu ve önleyici boyutunda sosyal politikaların şekillendirilmesi için bir çerçeve sunmaktadır. İlgili politikaların kanıta dayalı olarak geliştirilebilmesi için hem hizmet sunan hem de hizmet alanlar gözünden uygulamanın (deneyimin) bilgisine ihtiyaç vardır. Buradan hareketle bu çalışmada TRSM’lerde çalışan sosyal hizmet uzmanları ve hizmet alan hastaların deneyimleri birlikte ele alınarak sunulan hizmetlerin bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirilmesi ve hizmetlerin geliştirilmesi hususunda nelere ihtiyaç duyulduğunun tespit edilmesi amaçlanmaktadır. Kanıta dayalı ve iyi temellendirilmiş bir değerlendirme yapabilmek için öncelikle Türkiye’de ruh sağlığı politikalarının gelişimine değinilecektir.

Türkiye’de ruh sağlığı sistemi

Türkiye’de psikiyatri hastalarına yönelik hizmetler ilk olarak Osmanlı İmparatorluğu döneminde tumarhane ve bimarhane adı verilen depo tipi yataklı kurumlarda verilmiştir. 1924’te Mazhar Osmanı’nın teklifi ile ilk depo tipi kurum olan İstanbul Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi kurulmuştur ve Bakırköy’ü takiben Türkiye’nin farklı bölgelerinde açılan depo hastanelerle bu süreç devam etmiştir (Erkoç, Kardeş ve Artvinli 2010). Bu hastanelerin işleyişindeki sorunlar, kapasite yetersizliği ve döner kapı olgusu sonrasında yaşanan gelişmeler ile birlikte dünya genelinde asyulmaların artışı, asyulmaların azaltılması ve sonrasında da toplum temelli hizmet modeline geçiş sürecinin bir benzerinin de Türkiye’de yaşandığı söylenebilir.

1945-1975 yılları arasında WHO tarafından “herkes için sağlık” yaklaşımı öne çıkarılarak hakkaniyetli ve eşit sağlık politikaları konularına odaklanılmıştır. WHO tarafından düzenlenen 48. Avrupa Bölge Komitesi Konferansında “Sağlık 21” ana başlığı doğrultusunda “Herkes için Sağlık, Türkiye’nin Hedef ve Stratejileri” başlıklı çalışma ile toplum ruh sağlığının geliştirilmesine ilişkin hedefler 1998-2020 arası ulusal sağlık stratejilerine eklenmiştir. 2005 yılında Helsinki’de gerçekleştirilen Avrupa Bölgesi Bakanlar Toplantısı’nda üye olan tüm devletlerin kendi ruh sağlığı eylem planlarını tamamlamaları üzerinde durulmuştur. Bunu takiben 2006 yılında açıklanan “Ulusal Ruh Sağlığı Politikası” kapsamında ulusal eylem planı oluşturmak üzere çalışmalara başlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2011, Yılmaz 2012). Sağlık Bakan’ının direktifi ile 2007 yılında kurulan, ruh sağlığı profesyonelleri ve bu alanda çalışan dernek temsilcilerinden oluşan Ruh Sağlığı Yürütme Kurulunun oluşturduğu eylem planı içerisinde koruyucu ruh sağlığının geliştirilmesi acil olarak yapılması gerekenler arasında ele alınmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2011).

Türkiye’nin Ruh Sağlığı Profili Raporuna göre (1998) Türkiye’de nüfusun yaklaşık %18’i yaşamı boyunca en az bir ruhsal hastalık geçirmiştir. Hâlihazırda ruh sağlığı hastalarına yönelik en yaygın hizmet modeli hastane temelli hizmet modelidir. Türkiye’de var olan hastane temelli hizmet modelini poliklinik hizmetleri, alevlenme/atak sırasında hastaneye yatırılma, kimsesi olmayan ya da kimsesi olduğu halde bakıl(a) mayan hastaların hastanelerde yataklı bakımının sağlanması olarak tanımlamak mümkündür (T.C. Sağlık Bakanlığı 2011). Bu model daha çok ağır ruhsal hastalara yönelik hizmet sunmakta ve “alevlenme/atak” dönemlerine odaklanmaktadır. Medikal boyutun ön planda olduğu, psikososyal boyutun ihmal edildiği bu modelde hastalığın tekrarını önleyen, sosyal işlevselliği arttıran ya da toplumu ruhsal hastalıklar hakkında bilgilendiren herhangi bir psikososyal çalışma yoktur. Bu da döner kapı olgusu (Taburculuk sonrası ilaçların doktor denetiminde olmaksızın bırakılması, takip yetersizliği vb. nedenlerle sık sık alevlenme

yaşanarak yeniden yataklı tedaviye dönülmesi.) ile toplumda ruhsal hastalığa sahip bireylere yönelik damgalama ve ayrımcılık davranışlarının pekişerek devam etmesine yol açmaktadır. Bu durumun en önemli nedenlerinden biri de ruh sağlığı alanındaki profesyonel sayısının yetersizliğidir. 2005 yılı WHO verilerine göre Türkiye’de yüz bin kişiye bir ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı, bir psikolog ve bir sosyal hizmet uzmanı düşmektedir (Oral ve Tuncay 2012). Geçmiş yıllarda yapılan çalışmalara bakıldığında herhangi bir ruhsal hastalığı bulunduğu dair teşhis almış bireylere yönelik tedavinin çoğunlukla ilaç tedavisi ve/veya psikiyatri ya da klinik psikolog tarafından yürütülen terapi uygulaması olduğu görülmektedir (Yılmaz 2012). Bu da Türkiye’nin ruhsal hastalıklarda medikal tedavinin ön planda olduğu ve psiko-sosyal boyutun ihmal edildiği bir ülke olduğunu göstermektedir. Ancak güncel çalışmalar ruhsal hastalıkların yalnızca tıbbi boyutla sınırlı kalmayıp beraberinde farklı toplumsal sorunları da meydana getirdiğini ortaya koymuştur. Çünkü toplumsal sorunlar ruhsal sorunlara kaynak oluşturabildiği gibi, ruh hastalıklarına bağlı olarak da toplumsal sorunlar ortaya çıkmaktadır. Prilleltensky (2001) akıl sağlığını toplum bazında açıklarken; özellikle yoksulluk ve sosyal adalet olmak üzere toplumsal sorunların da üzerinde durmaktadır. TC Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011)’na göre de ruh sağlığı sosyal, ekonomik, hukuki ve tıbbi boyutları olan bir halk sağlığı sorunudur.

Tüm bu bilgiler ışığında hastane temelli modelin hastanın yalnızca tedavi ihtiyacına cevap verirken diğer sorun alanlarına ilişkin müdahale geliştirilemediği söylenebilir. Avrupa Birliği 2009 Türkiye İlerleme Raporu’nda ruh sağlığı konusundaki ilerlemenin sınırlı olduğundan söz edilerek kurumsallaşmaya alternatif olarak toplum temelli hizmetlerin oluşturulması ile çocuk ve gençlerin sağlıklarının korunması yönünde özel çaba gösterilmesi gerektiği konuları üzerinde durulmuştur (Avrupa Toplulukları Komisyonu 2009). Avrupa Birliği gibi uluslararası kurumlarla birlikte Türk Psikiyatri Derneği ve Türk Psikologlar Derneği gibi meslek kuruluşları ve Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi Derneği gibi hak temelli sivil toplum örgütleri de Türkiye’deki ruh sağlığı politikalarında değişikliğe gidilmesi yönünde fikir beyanında bulunmuştur. Bu fikirler ve ihtiyaçlar doğrultusunda 2006 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan T.C. Ulusal Ruh Sağlığı Politikası metninde; toplum temelli ruh sağlığı sistemine geçilmesi, bu sistemin genel ruh sağlığı sistemine ve birincil basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesi, toplum temelli rehabilitasyon çalışmalarının yapılması, ruh sağlığı hizmetlerinin kalitesinin artırılması, ruh sağlığı alanına ilişkin yasaların çıkarılması, damgalanmaya karşı hasta haklarının savunulması, ruh sağlığı alanında eğitim, araştırma ve insan gücünün artırılması gibi konulara yer verilmiştir. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011-2023’de yer aldığı üzere Türkiye ağır ruhsal bozukluğu olan bireylerin tüm ihtiyaçlarını karşılayan bütüncül bir ruh sağlığı sistemi kurmak amacıyla toplum temelli ruh sağlığı sistemine geçmeyi hedeflemiştir. Ancak insan gücünün yetersiz olması nedeniyle kısa vadede toplum temelli ruh sağlığı modeline tamamen geçilmeden önce “toplum-hastane denge modeli” nin uygulanacağı da ifade edilmiştir. Sağlık Bakanlığı 2009 yılı Nisan ayında toplum-hastane denge modeli kapsamında TRSM açma kararı almıştır. TRSM projesi oluşturulurken Finlandiya, İtalya, İngiltere, Almanya ve Hollanda’ya gidilerek bu ülkelerin sistemleri yerinde incelenmiştir (Alataş ve ark. 2009). Bu merkezlerle yapılan pilot çalışmalar sonucunda 2011 yılı Şubat ayında TRSM’lerin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge yayınlanmıştır. Sağlık Bakanlığı’ndan alınan bilgiye göre 2019 yılı Kasım ayı itibariye Türkiye’de 175 TRSM bulunmaktadır ve sayılarının 236’ya çıkarılması planlanmaktadır.

2011 tarihli Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı’na göre TRSM’ler; ilgili coğrafi bölgede bulunan ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin ve ailelerinin bilgilendirildiği, ayaktan tedavi ve takip hizmetlerinin verildiği, rehabilitasyon, psikoeğitim, uğraş terapisi yoluyla birey ve gruplarda beceri arttırmaya yönelik çalışmaların yürütüldüğü, psikiyatri klinikleri ile işbirliği içerisinde çalışan, gerektiğinde mobil ekiplerle hastanın yaşadığı yerde takibini yapan sağlık birimleridir.

TRSM’lerin öncelikli amacı ağır ruh sağlığı sorunlarına sahip bireylerin; hastaneye yatırılmalarını önlemek, olası yeti yitimlerini minimum düzeye indirmek, yitirilen işlevlerin yeniden kazandırılmasını veya iyileştirilmesini sağlamak amacıyla biyopsikososyal müdahaleler sunmaktır. Bu çok yönlü müdahaleler psikiyatrlar, sosyal hizmet uzmanları, hemşireler, psikologlar ve ergoterapistlerden oluşan bir ekip tarafından multidisipliner değerlendirme ve bakım için tek bir noktadan yönlendirme yoluyla yapılmaktadır. TRSM sisteminde İngiltere’de psikiyatri hemşireleri, Almanya’da görev ve sayı bakımından sosyal hizmet uzmanları ön plandayken; Türkiye’de sistem daha çok psikiyatrlar üzerine kuruludur. TRSM ekibi, hasta ve ailesi ile işbirliği yaparak hastanın semptomlarını, eğitim, gelir, iş ve barınma durumunu, aile ve sosyal çevresi ile ilişkilerini ve biyopsikososyal durumunu göz önünde bulundurarak bakım planlaması yapar. Bakım planı TRSM ekibi, hasta ve ailesinin ortak çalışmasıyla oluşturulur. Bakım planı yaparken hastanın güçlü, zayıf ve savunmasız yönleri, motivasyonu ve baş etme stratejileri göz önünde bulundurulur.

TRSM’lerde hastalara, ailelerine ve hasta yakınlarına tanı, hastalığın seyri, ilaç kullanımını ve yan etkileri, alevlenme ve alevlenmeyi tetikleyen faktörler, alevlenmenin yaygın nedenleri, işaretleri ve alevlenme durumunda çeşitli hizmetlere erişim gibi bilgileri içeren psikoeğitimler verilir. Hastane birimleri ve birincil basamak sağlık kurumları, belediyeler, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı İl Müdürlükleri (AÇSHİM), Türkiye İş Kurumu (İŞKUR) gibi birey ve aileleri ile topluma yönelik destek hizmeti sunan kurum ve kuruluşlarla koordinasyon kurarak hastaların sosyal işlevlerini istikrarlı hale getirip, toplumsal hayata (eğitim, istihdam vb.) katılımlarını arttırmaya yönelik çalışmalar yapılır. Ailelerin bakım verdikleri/destek sağladıkları hasta ya da hastalık kaynaklı ihtiyaçları tespit edilerek gerekli çalışmalar yapılır. Bu çalışmalara ek olarak TRSM’ler makro boyutta da ayrımcılık ve damgalanmayla mücadele kapsamında hizmet alanlar adına savunuculuk rolü üstlenirler (TC. Sağlık Bakanlığı 2012).

Bu araştırmanın amacı koruyucu ve önleyici ruh sağlığı alanında hizmet veren TRSM’lerde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının ve bu merkezlerden hizmet alan hastaların deneyim ve değerlendirmeleri bağlamında toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin işlevselliğini bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirmektir. Ayrıca hem hastaların hem de sosyal hizmet uzmanlarının ihtiyaçlarına yönelik politikaların geliştirilmesine ve hizmetlerin üretilmesine katkı sağlamak amaçlanmaktadır. Bu temel amaçlar kapsamında; “(1) TRSM’lerde koruyucu ve önleyici ruh sağlığı bağlamında mikro, mezzo ve makro boyutta ne gibi hizmetler sunulmaktadır? (2) TRSM’lerde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının deneyimleri bağlamında koruyucu ve önleyici hizmetlerin sunumuna ilişkin değerlendirme, beklenti ve önerileri nelerdir? (3) TRSM’lerden hizmet alan hastalar koruyucu ve önleyici boyutta hangi hizmetlerden faydalanmaktadır? (4) TRSM’lerden hizmet alan hastaların deneyimleri bağlamında koruyucu ve önleyici ruh sağlığı hizmetlerine ilişkin değerlendirme, beklenti ve önerileri nelerdir?” sorularına cevap aranacaktır.

Yöntem

Bu araştırma Türkiye’de koruyucu ve önleyici ruh sağlığı hizmetlerinin sunulduğu temel kurum olan TRSM’lerde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının ve bu merkezlerden hizmet alan hastaların deneyimleri üzerinden değerlendirme yapmak amacıyla nitel bir araştırma olarak tasarlanmıştır. Bu çalışma; kendilerini ifade etmeleri, deneyimlerini paylaşmaları ve hizmetlere ilişkin değerlendirmelerinin alınması yoluyla koruyucu ve önleyici boyutta hizmet sunan sosyal hizmet uzmanlarının ve hizmet alan hastaların hizmetlere ilişkin farkındalıklarını tanımayı, deneyim ve değerlendirmelerinin görünür kılmayı ve böylelikle koruyucu ve önleyici ruh sağlığı hizmetlerinin değerlendirilmesinde bütüncül bir bakış açısı sağlamayı amaçlamaktadır.

Katılımcılar

Bu çalışmada nitel yöntem ve amaçsal örneklem tekniği kullanılmıştır. Amaçsal örneklem yöntemi; araştırmanın amacı doğrultusunda belirlenen kriter ya da özelliklere bağlı olarak araştırmacının amaçlarına en uygun cevapları verebilecek birey ya da gruplardan örneklem seçmesidir (Dattalo 2008). Bu bağlamda bu araştırmanın amaçları göz önünde bulundurularak araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanları araştırmanın yapıldığı ilde bulunan TRSM’lerden birinde en az bir yıldır çalışanlar olarak belirlenmiştir. Hastaların seçiminde ise bu merkezlerden hizmet alıyor olmaları ve bilişsel yıkım düzeylerinin araştırmanın sorularına anlamlı yanıtlar vermelerini engellemeyecek düzeyde olması (psikiyatri ve sosyal hizmet uzmanı tarafından değerlendirilmiş olma) ölçütleri kullanılmıştır. Bu kapsamda on üç hasta ile derinlemesine görüşmeler yapıldıktan sonra katılımcıların benzer yanıtlar vermeleri nedeniyle veri doygunluğuna ulaşılmış ve veri toplama süreci sonlandırılmıştır. Araştırmanın gerçekleştirildiği ilde sekiz TRSM bulunması, bu TRSM’lerden altısının çalışmada yer almasının hastane kurulları tarafından uygun bulunması ve uygun bulunan her merkezde yalnızca bir sosyal hizmet uzmanının aktif olarak çalışıyor olması nedeniyle altı sosyal hizmet uzmanı ile görüşülmüştür. Gizliliğin sağlanması amacıyla araştırmanın gerçekleştirildiği il ve katılımcıların kimlik bilgilerine yer verilmemiştir. Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanları SHU1, SHU2; hastalar ise K1, K2 şeklinde adlandırılmıştır.

Tablo-1: Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarına ilişkin sosyodemografik bilgiler

Rumuz	Cinsiyet	Yaş	Eğitim Durumu	Çalışma Süresi	TRSM’de Çalışma Süresi (yıl)
SHU1	Erkek	45	Lisans-Sosyal hizmet, Yüksek Lisans-Kamu Yönetimi-devam ediyor.	8	6
SHU2	Kadın	34	Lisans- Sosyal hizmet	10	2,5
SHU3	Kadın	27	Lisans- Sosyal hizmet	4	2,5
SHU4	Kadın	49	Lisans- Sosyal hizmet, Yüksek Lisans- İş Güvenliği ve Sağlığı	25	2,5
SHU5	Kadın	41	Lisans- Sosyal hizmet	18	2
SHU6	Kadın	46	Lisans- Sosyal hizmet	21	2,5

Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanları 1 erkek, 5 kadın olmak üzere toplam 6 kişidir. Sosyal hizmet uzmanlarının yaşları 27 ile 49 arasında değişmekte olup yaş ortalamaları 40,33’tür. Katılımcıların tamamı sosyal hizmet lisans eğitimi almış olup, iki katılımcı farklı alanlarda yüksek lisans derecesi de almıştır. Sosyal hizmet uzmanı olarak

çalışma süreleri ortalama 14,33 yıl; TRSM’ de çalışma süreleri ise ortalama 3 yıl olarak hesaplanmıştır.

Görüşme yapılan sosyal hizmet uzmanlarının cinsiyet, yaş, eğitim durumu, çalışma süreleri ve TRSM’ de çalışma sürelerine ilişkin bilgiler Tablo 1’de sunulmuştur. Araştırmaya katılan hastalar 6’sı kadın, 7’si erkek olmak üzere toplam 13 kişidir. Hastaların en küçüğü 24, en büyüğü ise 58 yaşında olup, yaş ortalaması 42,07’dir. Hastaların tamamına yakını şizofreni tanısı almıştır, yalnızca bir hasta psikoz tanılıdır. Hastaların tanı alma yaşları ortalama 22,84 (zorunlu askerlik yaşı 20, askerlik süresi dönüşü 21, üniversiteye başlangıç yılı 18 yaş olarak baz alınmıştır)’tür. Hastalardan 5’i TRSM öncesi yataklı tedavi görmüş, 5’i yataklı tedavi görmemiştir ve 3 hasta da bu soruyu yanıtlamamıştır. Katılımcı hastaların TRSM’den hizmet alma süreleri ortalama 19,84 aydır. Katılımcıların tamamı TRSM’den hizmet aldığından bu yana yataklı tedavi görmemiştir.

Görüşme yapılan hastaların cinsiyet, yaş, tanı, tanı aldıkları yaş, kaç yıldır tedavi gördükleri, TRSM öncesi yataklı tedavi görme durumları, TRSM’den hizmet aldıkları süre ve bu sürede yataklı tedavi görme durumlarına ilişkin bilgiler Tablo 2’de sunulmuştur.

Tablo-2: Araştırmaya katılan hastalara ilişkin sosyo demografik bilgiler

Rumuz	Cinsiyet	Yaş	Tanı	Tanı Aldığı Yaş	TRSM Öncesi Tedavi Süresi	TRSM Öncesi Yataklı Tedavi Alma Durumu	TRSM’den Hizmet Aldığı Süre	TRSM Sürecinde Yataklı Tedavi Alma Durumu
K1	Erkek	44	Şizofreni	17	23 yıl	4 kez	66 ay	-
K2	Erkek	27	Şizofreni	17	10 yıl	-	12 ay	-
K3	Erkek	35	Şizofreni	21	13 yıl	Yanıtlamadı	24 ay	-
K4	Erkek	37	Şizofreni	21	17 yıl	Yataklı tedavi görmüş	5 ay	-
K5	Kadın	44	Şizofreni	16	27 yıl	Yataklı tedavi görmüş	10 ay	-
K6	Kadın	47	Şizofreni	21	15 yıl	-	5 ay	-
K7	Kadın	47	Şizofreni	18	29 yıl	-	12 ay	-
K8	Kadın	36	Şizofreni	18	16,5 yıl	Yanıtlamadı	17 ay	-
K9	Kadın	24	Şizofreni	17	2 yıl	-	24 ay	-
K10	Kadın	52	Şizofreni	26	23 yıl	Yanıtlamadı	36 ay	-
K11	Erkek	58	Şizofreni	46	10 yıl	3 kez	24 ay	-
K12	Kadın	47	Psikoz	24	20 yıl	7 kez	36 ay	-
K13	Erkek	49	Şizofreni	35	11 yıl	-	36 ay	-

Veri toplama süreci

Araştırmada sosyal hizmet uzmanları ve hastalar için araştırmacılar tarafından iki ayrı yarı yapılandırılmış görüşme formu hazırlanmış ve kullanılmıştır. Yarı yapılandırılmış formları hazırlarken araştırmacının amaçlarına uygun olarak alanyazın bilgileri ve alana ilişkin gözlemlerden faydalanılmıştır. Sosyal hizmet uzmanları için oluşturulan yarı yapılandırılmış görüşme formu a) sosyodemografik bilgiler (yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve

ruh sağlığı alanında çalıştıkları süre vb.), b) yürütülen hizmetler ve bu hizmetlere ilişkin düşünce ve değerlendirmeler olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Hastalar için oluşturulan yarı yapılandırılmış görüşme formu ise a) sosyodemografik bilgiler, b) kurumdan alınan hizmetler ile bunlara ilişkin düşünce ve deneyimler ve c) hizmetlere ilişkin öneriler olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. Araştırma verilerinin toplanabilmesi için Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 10.09.2017 tarih ve GO 17/552-17 sayılı yazısı ile etik kurul izni alınmıştır. Buna ek olarak TRSM'lerde çalışma yapmak üzere ilgili ilin İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınmıştır. Veri toplama sürecinde yarı yapılandırılmış görüşme formları üzerinden sosyal hizmet uzmanları ve hastalarla yüz yüze derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Görüşmeler 50- 90 dk. arası sürmüştür.

İstatistiksel analiz

Yarı yapılandırılmış görüşme formları üzerinden katılımcıların onamları doğrultusunda ses kaydı ya da not tutma yoluyla toplanan veriler nitel veri analizine yardımcı programlardan biri olan MAXQDA 12 paket programı kullanılarak betimsel analize tabi tutulmuştur. Betimsel analizde katılımcıların olay ve durumlara ilişkin kendi deneyim ve yorumları okuyucuya aktarılır (Day 1993). Betimsel analizde mümkün olduğunca verilerin orijinaline sadık kalınır ve yer yer katılımcıların söylemlerinden doğrudan alıntılar yapılır (Yıldırım ve Şimşek 2000). Analiz sürecinde veriler kodlanarak metinlerde sıklıkla tekrar edilen konu ve kavramlar üzerinden kodlar ve temalar belirlenmiştir. Koruyucu ve önleyici ruh sağlığı bağlamında toplum temelli ruh sağlığı uygulamalarını Türkiye özelinde hizmet verenler ve hizmet alanların deneyimleri üzerinden değerlendirmeyi amaçlayan bu araştırma sonucunda hasta ve hastalık sürecine yönelik çalışmalar; hastanın ailesi ve sosyal çevresine yönelik çalışmalar; topluma yönelik çalışmalar ve sosyal politikaya yönelik çalışmalar temaları ortaya çıkmıştır.

Bulgular

Araştırmanın sosyo-demografik bulguları daha çok genç ve orta yaş grubu erkek hastaların TRSM'lerden hizmet aldıklarını göstermektedir.

“Şizofreni zaten orta yaş döneminde görülen bir hastalık olduğu için çoğunlukla yaş gruplarımız da 30 ile 55 arası. ...Bizim çok az bir fark da olsa kadınlara göre erkek şizofreni hastamız biraz daha fazla” (SHU5, 41 yaş, Kadın, 18 yıllık deneyim sahibi).

“Bizim bölgemizde kadınlar daha çekinceli buraya gelmekte. Eğitim seviyesi düşük olduğu için ailelerin kadınlara karşı koruyucu ve kapalı tutumu var. Burada erkeklerin onlara zarar verebileceğini düşünüyorlar ya da bazı aileler kadınların gözü açılır orada ben ona artık sözümü geçiremem diyor. ...bu bölgede eğitim seviyesinin düşük olmasına bağlı olarak kadınlarda çok fazla dini cemaatlere katılım var” (SHU2, 34 yaş, Kadın, 10 yıllık deneyim sahibi).

Derinlemesine görüşmeler sonucunda ortaya çıkan en önemli bulgulardan biri hastaların ve sosyal çevrelerinin ruh sağlığına ilişkin bilgi düzeylerinin düşük olduğu, dinsel mitler (Muska yapılmış, cinler musallat olmuş vb.) nedeniyle TRSM öncesi tedavi için cin/şeytan çıkarma yaptığını iddia eden hocalara/din adamlarına yönlendirildikleri ve buralardan herhangi bir olumlu sonuç alamadıkları yönündedir. Buldukları bölgede eğitim düzeyinin çoğunlukla ilköğretim ve altı olduğunu ifade eden sosyal hizmet uzmanları (sosyal hizmet uzmanlarının yarısı) TRSM öncesi hastalarının tedavi için gittik-

leri hocalarda karşılaştıkları suçlama ve olumsuz söylemlerin alevlenme gibi olumsuz etkilere yol açtığını ve toplum genelinde ruh sağlığına ilişkin bilgi düzeyinin düşük olması nedeniyle bunun sıkça başvurulan bir yol olduğunu dile getirmişlerdir.

“... bu işin hocalık olduğunu düşünüyorlar. ... Diyoruz ki bu tedavi, hastalık bu biliyor musunuz, daha önce nerelere gittiniz? Hepsi üfürükçüye işte hacıya, hocaya mutlaka gitmiş oluyorlar. Bilmiyorlar çünkü konu ruh sağlığı olunca buna bir muska, büyü oldu deniyor hemen”(SHU1, 45 yaş, Erkek, 8 yıllık deneyim sahibi).

“...Kız kardeşimin kocası böyle hocalarla fazla haşır neşir onun aracılığıyla gittik ama hiç memnun kalmadım ben. Biz bilmeyince hemen hocaya gidiyoruz”(K6, 47 yaş, Kadın, Şizofreni Tanılı).

Araştırma bulguları kapsamında tedaviye katılımında cinsiyet dağılımı ve hastalar ile çevrelerinin ruh sağlığına ilişkin bilgi düzeyinin düşüklüğüne bağlı dinsel mitlere inanışlarının yanı sıra elde edilen temalar dört başlık altında toplanmış olup Tablo-3’te sunulmuştur.

Tablo.3. Temalar ve alt temalar

Temalar	Alt Temalar
Hasta ve Hastalık Sürecine Yönelik Çalışmalar	Psikoeğitim Uğraş Terapileri EKPSH Hazırlık Kursları Haklar ve Hizmetler Konusunda Bilgilendirme, Savunuculuk
Hastanın Ailesi ve Çevresine Yönelik Çalışmalar	Aile Eğitimleri
Topluma Yönelik Çalışmalar	TRSM’lerin tanıtımı Ayrımcılık ve Damgalamayla Mücadele Risk Taraması
Sosyal Politika Geliştirmeye Yönelik Çalışmalar	İstihdam Politikalarındaki Aksaklıklar

Hasta ve hastalık sürecine yönelik çalışmalar

Toplumda ruhsal hastalıklara ilişkin bilgi düzeyinin düşük olmasına bağlı olarak TRSM’lerde hastalara ve ailelerine yönelik olmak üzere ayrı psikoeğitimler verilmektedir. Sosyal hizmet uzmanları ve hastalar psikoeğitimlerde ruhsal hastalıklar, hastalıklarla baş etme, düzenli ilaç kullanımının önemi ve ruhsal hastalığa sahip bireylerle iletişim gibi konuların anlatıldığını ifade etmişlerdir. Sosyal hizmet uzmanlarının anlatıları bu eğitimlerin amacının hastalara hastalıklarına ilişkin iç görüşü ve farkındalık kazandırma, öz bakım ve iletişim becerilerini geliştirme olduğu yönündedir. Hastaların deneyimleri ise bu eğitimlerin tedavinin psikososyal boyutunu güçlendirdiğini göstermektedir. Nitekim daha önce üç kez yataklı tedavi gören K11, on yıllık hastalığı süresince hastalığına ilişkin hiçbir farkındalığının olmadığını bu eğitimlerde gördüğünü söylemiştir.

“Burada TRSM’de bize ders verdiler, hastalığımla ilgili bilgilendirdiler bizleri. Burada her şeyi öğrendim, hastalığım nedir burada öğrendim. Tedavisi nasıldır, neye dikkat edilmesi lazımdır, ilaçların zamanında kullanılması gerektiğini hepsini burada öğretiler, her şeyi. Yani ben 10 yıldır hastaydım ama her şeyi burada öğrendim” (K11, 58 yaş, Erkek, Şizofreni Tanılı).

“Eskiden şizofreni çok kötü bir şey zannedirdim ama ben burada her şey anlatıldığı için beni bilgilendirdikleri için basit bir hastalıktan başka bir şey değil. Yeter ki tedavini yaptır”(K13, 49 yaş, Erkek, Şizofreni Tanılı).

“... içeriğinde de hastalığı hakkında bilgilendirme, hastalık nedir? ... ilaç tedavileri, tedavi şekilleri nedir, neler olması gerekiyor bunlarla ilgili bilgiler veriliyor. Onun yanında da sorun çözme becerile-

ri, iletişim becerileri ya da günlük yaşam aktiviteleri neler, nasıl olmalı? Bu var içerik olarak” (SHU6 SHU, 46 yaş, Kadın, 21 yıllık deneyim sahibi).

Bireylerle çalışmaya ilişkin ortaya çıkan en yoğun anlatılardan biri de uğraşı terapileri ve EKPSS kursları olmuştur. Araştırma bulguları uğraşı terapilerinin hastaların sosyal işlevselliklerini ve özgüvenlerini arttırdığını ortaya koymaktadır.

“Bunları işte efendim sadece incik boncuk olarak görmemek lazım. Bu aktiviteler onlar için bir araya gelme, işte bir varoluş, işe yaradığını hissetme biçimi” (SHU3, SHU, 27 yaş, Kadın, 4 yıllık deneyim sahibi).

Sosyal hizmet uzmanı ve hasta anlatılarından elde edilen bulgular uğraşı terapileri noktasında merkezlerde çoğunlukla ergoterapist olmadığı bu nedenle bu işleri çalışanların gönüllü olarak üstlendikleri, terapilerin hizmet alan hasta popülasyonuna göre şekillendirilip çeşitlendirilmesi gerektiğini yönündedir.

“Bunlar aslında ergoterapistlerin işi. Ergoterapistlerin alanına çok dâhil oluyoruz biz ama çünkü yok, kadro yok. Her TRSM’de olsun istiyoruz ama bizim TRSM’imizde yok daha çok hemşiremist üstleniyor sağ olsun bazen ben yapıyorum” (SHU3, 27 yaş, Kadın, 4 yıllık deneyim sahibi).

“Bu anlamda bir boşluk var diye düşünüyorum. Aktiviteler biraz daha çeşitlendirilmeli. Bizlere özgün olmalı” (K7, 47 yaş, Kadın, Şizofreni Tanılı).

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

Hasta anlatılarından elde edilen bulgular uğraşı terapilerinin hastaların bireysel farkındalıklarını ve sosyal işlevselliklerini arttırdığını, çevreye uyumlarını, karşılıklı bağımlılık/ aidiyet hissini güçlendirdiğini ve tedavilerine katkı sağladığını göstermektedir.

“Kötü hissettiğimde ilk aklıma gelen yer burası oluyor benim. Burada kendimi çok özgür, bağımsız hissediyorum. Her istediğimi yapabiliyorum. Ben hani düşünlerde ortada durmaya bile korkarken burada dans ederken ekip başı oluyorum. Kendim yönetiyorum, bir şeyler yapıyorum. Mesela resme katılmıştım birkaç defa Van Gogh’un Ayçiçekleri’ni çizmiştim. İlk defa böyle resim çizince içimde bir şey hissettim. Bir eser hani ortaya çıkarıyorsun ya o yüzden insan böyle şey hissediyor bir konuda bir şeyler yapabiliyor. Aslında hani boş ya da ne bileyim insan kendini şey görüyor ya hani bazen... işe yaramaz. Ama bir şeyler ortaya koydukça kendini daha böyle bir şeyler yapabiliyorsun, kendinin farkına varıyorsun” (K9, 24 yaş, Kadın, Şizofreni Tanılı).

Araştırmanın önemli bulgularından biri de TRSM’den hizmet alan hastaların sosyal işlevselliklerinin artırılması noktasında istihdam edilmeleri için EKPSS eğitimleri verildiği yönündedir. Sosyal hizmet uzmanları merkez bünyesinde EKPSS’ye katılım şartlarını (ilköğretim ve lise mezunu olmak) sağlayan hastalar için sınava hazırlık kursu açtıklarını ifade etmişlerdir. Yapılan görüşmelerde TRSM’lerin yarısında bu kurslar için öğretmen olmadığı, sosyal hizmet uzmanlarının hastaları sınava hazırladığı, hastaların yaşadıkları iller dışında bir ilde işe yerleştirilmeleri nedeniyle sıkıntılar yaşandığı öğrenilmiştir. Ayrıca hastaların eğitim durumlarına uygun işlere yerleştirilmedikleri (örn; mühendislik mezunu hastaların temizlik görevliliği gibi işlere atanması) bilgisi edinilmiştir. Hastalar ise sosyal hizmet uzmanlarının onlar için yaptıkları özverilere ve istihdam sisteminin dışında kalmanın zorluklarına değinmiştir:

“Hasta kendisini işe yarar görmek istiyor, okumuşum ben diplomam var, bir işe yararım illa ki diyor. O hastaları biz yerleştirmeye çalışıyoruz. Lise mezunu, üniversite mezunu 7-8 tane hastamız sına va girecek, onları sisteme dâhil edip bu devlete yararlı bir yerlere getirirsek ne mutlu bize. Olabildiğince işlevselliği iyi olanları devlet işine kanalize edip aslında sosyalleşmelerini, hatta bilişsel düzeylerinin yükselmesini istiyoruz”(SHU1, 45 yaşında, Erkek, 8 yıllık deneyim sahibi).

“Yani iş için uğraşiyor hocalar. Buradan 6-7 kişi de gitti. Hem hayatımız kurtulsun diye, bir an önce kazansınlar memur olsunlar diye yani. Daha önce gidenler oldu hoca hep destek onlara, arıyor, gidiyor”(K1, 44 yaş, Erkek, Şizofreni Tanılı).

Araştırma bulguları sosyal hizmet uzmanlarının hastaları hakları konusunda bilgilendirerek bu haklardan faydalanmaları konusunda çalışmalar yürüttüklerini göstermektedir. Araştırmaya katılan hastaların tamamına yakını TRSM’den hizmet almadan önce hakları konusunda bilgisinin olmadığını, kurumdaki sosyal hizmet uzmanı tarafından bilgilendirildiğini ve bu haklara erişim konusunda destek aldığını ifade etmiştir.

“Ben buraya gelen kişileri sosyal haklar açısından engelli haklarından yararlanabilecekleri, bunun için engelli raporu gerektiği, engelli raporu alma koşulları, nereden alınacağı, nerelerde kullanılacağı, ne işe yarayacağı konularında bilgilendiriyorum... Engelli denilince tabi o kişi çekiniyor çünkü şizofreni tanısı alan kişiler genelde kendilerini hasta ya da engelli olarak kabul etmiyorlar. Önce onları bu şekilde bilgilendirip, bunu kabullenmelerini sağlamak gerekiyor”(SHU3, 27 yaş, Kadın, 4 yıllık deneyim sahibi).

“Ben... raporum yoktu, rapor aldırıldılar bana. Engelli raporu aldırıldılar. Ondan sonra bazı ulaşım araçlarından bedava faydalanıyorum. Yani hakkım varmış ben bilmiyordum bazı şeyleri. Burada öğrendim yani”(K11, 58 yaş, Erkek, Şizofreni Tanılı).

Hastalardan biri engelli maaşına ilişkin kendisine Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yüklü miktarda borç çıkarıldığını, kurumdaki sosyal hizmet uzmanı tarafından güçlendirme çalışmaları yapıldığını, yasal hakları konusunda bilgilendirildiğini ve savunuculuk rolü kapsamında sorunun birlikte çözümlendiğini ifade etmiştir.

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular TRSM’lerin toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin amacına uygun olarak tedavi ve takibin sürekliliğini sağladığı, yatış sıklığını azalttığı ve hastaların özgüvenlerini, sosyal işlevselliklerini ve iletişim becerilerini arttırdığı yönündedir.

“Hastalar tıbbi tedavisini aldıktan sonra kaldığı yer, yerin koşulları, kiminle kaldığı, ekonomik ve sosyal durumuna bakılmaksızın taburcu ediliyorlar bu yüzden sürekli alevlenmeleri artıyor. TRSM’ler açıldıktan sonra biz bu verileri araştırdık. Mesela yılda en az iki kez yatış alan ve alevlenen hastamızın artık yatışı yok. ... Kalacağı yer, ekonomik durum bunları da düzelttiğiniz zaman hastaların yatışı hiç olmuyor. Yani 3-4 senedir hiç yatışı olmayan hastalarımız var, normalde yılda 2 kez yatan”(SHU1, 45 yaşında, Erkek, 8 yıllık deneyim sahibi)

“İyileştim diye kendim ilaçlarımı bıraktım, tekrar hastalandım... Hep böyle ilerledi. Ama buraya başladığımdan beri hep ilaçlarım düzenli”(K6, 47 yaş, Kadın, Şizofreni Tanılı).

“Önceleri annemle gittik geldik yalnız gelemedim, annem beni bekledi aşağıda beraber çıkıyorduk. Sonra artık tek başıma gelmeye başladım ”(K12, 47 yaş, Kadın, Psikoz Tanılı).

“Ben mesela yurttan aynı odada kalıp bir sürü kişiyle konuşmuyordum. Şimdi... yani bütün neredeyse herkesi tanıyorum, herkese selam veriyorum...En önemlisi eğitimime devam ediyorum” (K9, 24 yaş, Kadın, Şizofreni Tanılı).

Araştırma bulguları TRSM’ler sayesinde hastaların büyük değişimler yaşadığını ve bu merkezlerin sayısının artırılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

“TRSM keşke yıllar önce olsaydı belki ben 3 defa intihara kalkışmazdım. Ölümünden döndüm, aylarca hastanelerde yattım. ... Şimdi iyiyim yani, çok iyiyim. Haftanın 5 günü buradayım. 10 yıl evden dışarı çıkmadım hesap edin. Öyle ki odadan dışarı çıkmıyordum yemek yemek için 2 gün 3 gün 4 gün odadan çıkmadığım oluyordu. Aç kalıyordum ama dışarı çıkıp bir ekmek alamıyordum, kendime bir şey ısmarlayamıyordum. Ben buraya geldikten sonra her şey düzeldi. Artık metro ile gidip geliyorum evime. Rahatım. Nasıl diyeyim kendimi hasta değil de yeni dünyaya gelmiş bir kişi olarak görüyorum...Çok şaşırıldılar, iyileşmeme çok şaşırıldılar. Nasıl iyileştiğimi tahmin edemiyorlar. Daha doğrusu benim böyle düzeldiğime inanamıyorlar. Eskiden içine kapanık, konuşmayan, sert bakan her şeye, kimseyi dinlemeyen biriydim ama şimdi çok uysalım yani. Her şeyden önce insan gibi konuşmayı öğrendim, gezmeyi öğrendim, yemeyi öğrendim. Her şeyi burada öğrendim ben. Burada yani hocalarımızın sayesinde, hemşirelerimizin sayesinde emin ol ki sanki dünyaya yeni gelmişim. Benim ablam beni gördü şaşırıldı. Saç sakal kesmez, yıkanmazmışım. Zorla beni yıkarmış abilerim. Ama şimdi öyle değil. Elim yüzüm temiz, yıkanabiliyorum, gezebiliyorum. Hepsi burada başladı.. Hastaneler yerine buraların sayıları artırılmalı” (K11, 58 yaş, Erkek, Şizofreni Tanılı).

K11 konuşmanın sonunda kayıt kapatıldıktan sonra “Benim kimlik bilgilerimi de yazın, kim-seden utanmıyorum. Ben şizofrenim. Birinin kanser olması ne kadar normale benimki de o kadar normal” cümlelerini de eklemiştir.

Hastanın ailesi ve sosyal çevresine yönelik çalışmalar

Araştırma bulguları hastaların iç görü kazanmasında aile ile işbirliğinin önemli olduğunu ve bunun aile eğitimleri ile sağlandığını, ailelere verilen eğitimlerle birlikte ailelerin bilinç düzeyinin arttığını ve iletişim becerilerinin geliştiğini ortaya koymaktadır.

“İlk başta aile "hocam biz yıllardır bu hastalığı, yaşaya yaşaya öğrendik" diyebiliyor ama eğitimin sonunda "Yani hiçbir şey bilmiyormuşuz, çok şey öğrendik, aslında tanıyamıyormuşuz hastalığı " diyor”(SHU6, 46 yaş, Kadın, 21 yıllık deneyim sahibi).

“... şizofreni hastalarıyla nasıl iletişim kuracağı, onlara nasıl davranılacağı, şizofreni hastalığının belirtilerinin neler olduğu konusunda bilgi verildi anneme. Annem o toplantılara ve eğitimlere katıldıktan sonra daha farklı yaklaşmaya başladı, bana karşı anlayışlı olması benim işimi kolaylaştırdı”(K12,47 yaş, Kadın, Psikoz Tanılı).

Sosyal hizmet uzmanlarından SHU2 de psikiyatrik hastalıklarda ilaç kullanımının alevlenme konusunda çok önemli olduğuna, eğitimlerle hastalara ve ailelere ilaç kullanımını hakkında bilgi verildiğine, alevlenmenin belirtilerinin anlatıldığına, alevlenmeyi önlemek için vaka yönetimi yoluyla multidisipliner ekip çalışması yürüttüklerine, hastalar ve aileler ile işbirliği yaptıklarına değinmiştir.

“Şimdi biz her gün ekip olarak gözlemliyoruz. Doktor, hastanın ilaç kullanım takibini yapıyor, psikolog o gün hasta nasıl, evde bir problem var mı onunla ilgileniyor. Ve biz işbirliği halinde o gün ailesini çağırıyoruz evde bir sorun varsa onun çözümüne yönelik neler yapabiliriz diye. Ya da diğer arkadaşları bildiriyor mesela Ahmet bugün ilacını içmemiş ya da Ahmet'in evden kaçma planları var. Biz sorunla ilgili ev ziyaretleri yapıyoruz”(SHU2, 34 yaş, Kadın, 10 yıllık deneyim sahibi).

Araştırma bulgularının desteklediği üzere sosyal hizmet uzmanları birey ya da grup düzeyinde hasta ve ailesine yönelik psikososyal müdahalelerle bireyin tedaviye katılımını ve uyumunu sağlamak, hastalığa ilişkin farkındalık oluşturmak ve alevlenmeyi önlemek için birey ve ailesini bilgilendirmekte, birey ve ailenin problem çözme becerilerini arttırarak baş etme yöntemleri ve destek mekanizmaları üzerinde durmaktadır. Bunun yanı sıra

sosyal hizmet uzmanlarının mezo düzeyde hastaların sosyal çevrelerine de hizmet vermesi planlanmıştır. Ancak hastalara sorulan “TRSM’nin sosyal çevrenize sunduğu herhangi bir hizmet var mı?” sorusuna tüm katılımcılar olumsuz cevap vermiştir. Bunun üzerine olsaydı, nasıl hizmetler verilmesini istediklerine yönelik soru sorulmuştur. Katılımcıların büyük çoğunluğu aileleri dışındaki sosyal çevrelerine hizmet verilmesini istemediklerini, hastalıklarını yalnızca aileleri ile paylaştıklarını, çevreleri tarafından kötü karşılanmaktan çekindiklerini, onlar hasta olmadığı için yapılacak çalışmaların ilgilerini çekmeyeceğini söylemişlerdir.

“Vallahi ailelerin kabul etmediği bir hastalığı başkaları nasıl kabul eder, nasıl karşılar bilmiyorum, o yüzden bilmelerini de buraya gelmelerini de istemem. Ben söylemiyorum geldiğimi”(K6, 47 yaş, Kadın, Şizofreni Tanılı).

Uzmanlarla yapılan görüşmelerde ise vakitleri kalır ve uygun işbirliği olursa bilgilendirme amaçlı okullara eğitimlere gittiklerini, bir hastaları işe yerleşirse iş yeri ile bağlantı kurarak çalışma yaptıklarını ancak zaman ve kaynak yetersizliği nedeniyle sosyal çevreye yönelik çalışmalarının çoğunlukla aileyle sınırlı kaldığı bulgularına ulaşılmıştır.

Topluma yönelik çalışmalar

Araştırma kapsamında elde edilen bulgular makro düzeyde TRSM’lerin tanıtımı, ayrımcılık ve damgalamayla mücadele ve risk taramasına ilişkin çalışmalar yürütüldüğünü göstermektedir.

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

“Aile hekimlerine eğitimler düzenleyip buraya kuruma çağırdık, gezdirdik. Muhtarlara gittik broşürlerimizi verdik. Bazen hastalarımızın yakınları, ve ailesi geliyor, öbürü bir komşusuna söylüyor o geliyor. Bu şekilde daha çok ilerledi. Ama biraz daha bakanlık düzeyinde bir çalışmanın yapılması gerektiğini düşünüyorum. Hani bizim yapacağımız her şey izine dayalı olduğu için gelişigüzel her şeyi yapamıyorsunuz. Ben dediğim gibi elime çantamı alıp da her muhtara her zaman gidemiyorum. Hem zaman, hem de kurumlar arası işbirliğinin bir de bilgilendirmenin iyi yapılması lazım”(SHU1, 45 yaşında, Erkek, 8 yıllık deneyim sahibi).

“Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin tanıtımı konusunda Sağlık Bakanlığı’nın bilgilendirici reklam çalışmalarının eksik olduğunu düşünüyorum. Yani gereksiz ilaç kullanımı, sigara konusunda falan bir sürü bilgilendirme reklamı var ama bu konuda yok” (SHU5, 41 yaş, Kadın, 18 yıllık deneyim sahibi).

Araştırmanın yapıldığı ilde bulunan TRSM’lerde çalışan sosyal hizmet uzmanları ve bu merkezlerden hizmet alan hastalar ile yapılan görüşmelerde damgalamaya ilişkin önemli bulgular elde edilmiştir. Sosyal hizmet uzmanları ve hastalar toplumun ruhsal hastalıklara karşı genellikle ön yargılı olduğunu, ruhsal hastalığa sahip bireyleri zarar vermeye meyilli kişiler olarak nitelediklerini ifade etmişlerdir. Sosyal hizmet uzmanları bu önyargıların yıkılması için TRSM’lerin toplumla iç içe konumlandırılmasının son derece doğru bir yaklaşım olduğunu söylemişlerdir.

“İlk başta bizim burası kurulurken bu apartman istemedi, çocuklarımız var, çocuğumuzu sokağa nasıl salacağız, ruhsal özürlerle ne işimiz var” dediler. Aradan 2 yıl geçti. bizim hastalarımız kurallara uyan, hiç kimseye karışmayan, bir hayvan görseler (kedi) kendi yemeklerinden arttırıp kediyi besleyen, bahçeyi temizleyen o kadar toplumsal faydası olan insanlar ki onları tanıdıktan sonra bu apartmanın önyargıları yıkıldı, karşığı berberin ön yargısı yıkıldı, bakkalın, manavın önyargısı yıkıldı. O nedenle bu merkezleri kampüs gibi uzak uzak yerlere değil bilakis mahallenin ortasına yapmak gerekiyor”(SHU2, 34 yaş, Kadın, 10 yıllık deneyim sahibi).

Hastaların anlatıları ise daha çok sosyal çevrelerinin vereceği tepkiden çekindikleri için hastalıklarını ve bu merkezden hizmet aldıklarını gizledikleri yönündedir.

“Biz ailecek engelli olduğumu sakladık. Açıklamadık, söylemedik. Burada da bir takma ad koydum kendime. Bana burada Luna deyin dedim. Dışarıdaki çevrede K7'yim ama burada Lunayım” (K7, 47 yaş, Kadın, Şizofreni Tanılı).

Araştırma bulguları toplumda ruhsal hastalığa sahip bireylere yönelik bir damgalama eğilimi olduğu ve bu bireylerin ayrımcılığa ve ötekileştirici söylemlere maruz bırakıldıkları yönündedir. Bu noktada toplumla çalışma yapılması, medya ve eğitim kurumları başta olmak üzere toplumu şekillendiren kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapılması gerekmektedir.

“... Aslına bakarsanız adam şizofren deniyor. İsmi söyler gibi yani. Hastalık bir cezalandırma, yaftalama ismine dönüşüyor. Öncelikli olarak bunun önüne geçilmeli, bundan sonra da bilgilendirici ve eğitici çalışmalar yapılmalı” (K13, 49 yaş, Erkek, Şizofreni Tanılı).

“...Medyanın kullandığı dilin düzelmesi gerekiyor. Haberlerde görüyoruz şizofren hasta babasına şunu yaptı diye, en büyük damgalama orada başlıyor zaten” (SHU1, 45 yaşında, Erkek, 8 yıllık deneyim sahibi).

TRSM’lerde makro düzeyde yapılan önemli çalışmalardan biri de risk taramasıdır. Sosyal hizmet uzmanları yalnızca hasta ve ilaç tedavisiyle değil, hastanın sosyal çevresi ve aile, eğitim, iş gibi tüm alanlarda tedavi ve takip çalışmalarını yürüttüklerini ifade etmişlerdir. Ancak yapılan risk taraması çalışmalarının daha çok genetik risk faktörleri ile kısıtlı kaldığı, sosyokültürel risk faktörlerine ilişkin çalışmalar yapılmadığı ve risk taramalarının daha çok tanı, alevlenme dönemindeki hastalara yönelik olduğu görülmüştür.

“Biz sadece hastayla değil ailesiyle de ilgilendiğimiz için koruyucu-önleyici hizmetler kapsamında o ailenin her bireyine yönelik ihtiyaç tespiti yapıyoruz. Ev ziyaretleri yapıyoruz. Gittiğimiz evde varsa çocuk risk altında mı onu değerlendiriyoruz... Onun dışında hastalarımızdan bazıları atak zamanlarında suça, maddeye yönelmişler. Zaman zaman ilaçlarını bırakıyorlar, o dönem evleniyor ya da evden kaçıyorlar. Aileleri başka şehirden bulup getiriyorlar. Suça, maddeye ya da diğer risk faktörlerine yönelmelerini önlemeye çalışıyoruz. Bu işin sadece ilaç tedavisi boyutu yok, sosyal boyutu çok önemli...”(SHU2, 34 yaş, Kadın, 10 yıllık deneyim sahibi).

Katılımcılardan SHU5, risk önleme çalışmalarında Milli Eğitim Bakanlığı ile işbirliği yapmaları gerektiğini, ruhsal hastalıkların daha çok lise döneminde ortaya çıktığını şu sözleri ile belirtmiştir:

“... Lise öğretmenlerine ve üniversite hocalarına eğitim verilmeli. Çünkü şizofreni çoğunlukla ergenlik döneminde belirtileri ortaya çıkan ve genç yetişkinlikte tanı alan bir hastalık. ... bizim hastalarımızın geçmişine baktığımızda genellikle aşırı içine kapanık kişiler. Bu kişiler okulda çok başarılı ve zeki olabiliyorlar ama içine kapanıklar ve iletişim konusunda sıkıntı yaşayabiliyorlar. Öğretmenlerin de bu

konuda uyanık olması, aileleri uyarması gerekiyor” (SHU5, 41 yaş, Kadın, 18 yıllık deneyim sahibi).

Araştırma bulguları koruyucu önleyici hizmetler kapsamında yürütülen risk taramalarının yalnızca hasta bireyle sınırlı kalmamasını, çocuklar başta olmak üzere diğer aile üyeleriyle de çalışılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

“Koruyucu-önleyici hizmet ailede başlıyor. ... Şizofren ebeveyne sahip çocuklar çok zor durumdalar. Çünkü o çocuğun evde ders çalışma ortamı yok, ..., genetik geçiş olabileceği için kendisinin ileride hasta olma ihtimali var. Örneğin o çocuk küçük yaşta iş gücüne katılabiliyor, kendi geçimini kendi kazanmaya çalışıyor. Ya da okulda gidip diğer çocukları gasp edip para kazanmaya çalışabiliyor. Duygusal ihtiyaçları çoğu zaman karşılanmıyor. Daha çok bu anlamda desteklenmesi gerekiyor ve bunun için de meslek elemanı sayısının artırılması gerekiyor.... Şizofreni tanımlı bireyler kadar, şizofreniyel yaşayan ailenin diğer üyeleri de bizim hastalarımız”(SHU2, 34 yaş, Kadın, 10 yıllık deneyim sahibi).

Sosyal politika geliştirmeye yönelik çalışmalar

Araştırma sonuçları Türkiye için yeni sayılabilecek bir sistem olan toplum temelli ruh sağlığı uygulamalarında aksaklıklar olmakla birlikte bu uygulamaların ruhsal hastalığa sahip bireyler için hayati öneme sahip olduğunu göstermektedir. Bulgular en fazla aksaklığın ruhsal hastalığa sahip bireylerin istihdamına ilişkin sosyal politikalarda yaşandığını göstermektedir. İstihdam oranlarının artması için sosyal hizmet uzmanları tarafından EKPS eğitim grupları açılmakla birlikte hastaların istihdamı noktasında damgalama ve ayrımcılıkla bağlantılı olarak sorunlar yaşandığı bulgularına ulaşılmıştır.

“Hastalarımız şunu söylüyor ben işe girmiştim çalışıyordum diyor. Ben psikiyatrik ilaç kullandığımı söyleyince işte çıkardılar diyor. Hastalığı söylemiyorlar. Söylemediğim sürece çalışıyorum diyor.”(SHU1, 45 yaşında, Erkek, 8 yıllık deneyim sahibi).

“İŞKUR engelli kadrosuna bizim ruhsal engellileri kaydediyor ama işverenler ruhsal engelli kişiyi tercih etmiyor. Neden? Bilmedikleri için. Korkuyor, diyor ki; "Ruhsal engelli bana zarar verebilir. Bir de medyanın bu konuda çok olumsuz yaklaşımı olduğu için insanlarda ön yargı var. Bir şeyi yeni kurmak daha kolay, yanlış kurulan bir şeyi yıkıp yenisini yapmak çok daha zor. O anlamda işimiz çok zor ve makro çalışma yapmak çok önemli” (SHU2, 34 yaş, Kadın, 10 yıllık deneyim sahibi).

Sosyal hizmet uzmanları en büyük sosyal adaletsizliğin istihdam noktasında yaşandığını dile getirmişlerdir. 2022 no’lu yasa ile engelli maaşı alan hastaların sosyal işlevselliklerini arttırmak ve istihdamlarını sağlamak adına İŞKUR’un mesleki eğitim kurslarına yönlendirme yaptıklarını, ancak bu kurs süresince yapılan geçici sigortaya bağlı olarak hastaların maaş hakkı kaybı yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Sorunun kaynağını ortaya çıkaran sosyal hizmet uzmanları savunuculuk yaparak bu durumu koordinasyon toplantılarında ve T.C. Sağlık Bakanlığı ile yaptıkları görüşmelerde belirttiklerini ve çözüm önerisi sunduklarını dile getirmişlerdir. Buna ek olarak ruhsal engelli hastaların özellikle özel sektörde engelli kadrolarına istidamı süreçlerinde sıkıntılar olduğundan bahsetmişlerdir. Nitekim damgalama ve ayrımcılıkla mücadele gereksinimi topluma yönelik çalışmalarda başat durumdadır.

Araştırma bulguları sistemdeki en önemli aksaklıklardan birinin de hastaların merkezlere düzenli gelmemesi olduğunu göstermiştir. Sosyal hizmet uzmanları ile yapılan görüşmelerde uzmanların tamamı kayıtlı hasta sayısının ancak yarısına yakınının tedavinin tıbbi boyutuyla sınırlı kalmayıp etkinliklere katıldığını dile getirmiştir.

"176 tane hastamız var, merkeze aktif gelen 60 kişi var. İnsanlar hala damgalanmanın verdiği olumsuz etkiyi üzerinden atabilmiş değiller. Bizim kurum servislerimizde herhangi bir hastane logosu yok ya da biz ev ziyaretlerine giderken beyaz önlük giymeyiz, sivil vatandaş gibi gideriz hastalarımızı ifşa etmemek için. ... Bu tür damgalanma korkuları olabiliyor ve buraya gelip gitmekten bu sebeple korkabiliyorlar" (SHU2, 34 yaş, Kadın, 10 yıllık deneyim sahibi).

Tartışma

Bu araştırma toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda kilit rol üstlenen TRSM'lerde çalışan sosyal hizmet uzmanları ve bu merkezlerden hizmet alan hastaların deneyimsel anlatıları üzerinden koruyucu ve önleyici hizmetlerin bütüncül olarak değerlendirilmesine katkı sağlamak amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonuçlarının kanıtla dayalı uygulamalar geliştirme çerçevesinde hizmet veren ve hizmet alan deneyimleri üzerinden ihtiyaçların belirlenmesi ve yeni politikaların üretimine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Elde edilen veriler sonucunda koruyucu ve önleyici ruh sağlığı hizmetleri bireye, aile ve sosyal çevreye, topluma ve sosyal politika geliştirmeye yönelik çalışmalar olmak üzere dört boyutta değerlendirilmiştir. Bu araştırma sonucunda ortaya çıkan en önemli sonuç TRSM'lerin tedavi ve takibin sürekliliğini sağlayarak uzun süreli yataklı tedaviye bir alternatif oluşturduğu, yatış sıklıklarının azaltılmasını sağladığı, hastaların sosyal işlevselliklerinin, iletişim becerilerinin ve buna bağlı olarak da özgüvenlerinin artmasına katkı sağladığıdır. Ayrıca toplumun ruhsal hastalıklar konusunda bilgisiz olduğu ve bu bilgisizliğin damgalanma ve ayrımcılığı da beraberinde getirdiği, bu damgalanmaya ek olarak yetersiz sosyal politika uygulamalarının ruhsal hastalığa sahip bireylerin istihdamı önünde engel oluşturduğu bulgularına ulaşılmıştır.

Bireyi içinde bulunduğu sosyal çevre ile birlikte değerlendiren sosyal hizmet disiplinine göre bireyin sorunlarının çözülmesinde ve işlevselliğinin artırılmasında birey-çevre ilişkisinin geliştirilmesi ve bireyin etkileşimde bulunduğu diğer sistemlerde değişiklik yapılması hayati önem taşır. 2012 yılında 51 hasta ile yapılan nitel bir araştırmada hastaların hastalıklarını anlamaya ilişkin bilgi ihtiyaçlarının karşılanması yönünde taleplerinin olduğu bulunmuştur (Fossey ve ark. 2012). Literatüre paralel olarak TRSM'lerden hizmet alan hasta ve ailelerinin psikoeğitim çalışmaları ile hastalığın biyopsikososyal boyutları hakkında bilgilendirildiği ve bu psikoeğitim çalışmalarının hastalar ve ailelerinin olumlu değişim ve gelişimini destekleyerek güçlenmelerine katkı sağladığı bulgularına ulaşılmıştır. Adverse Childhood Experience Survey (ACES) verilerine göre çocukluk ve gençlik dönemi ile yetişkinlikte sağlıklı aile ve çocuk sahibi olma arasında pozitif; ihmal, istismar, aile işlevlerinde bozukluk durumları ile yetişkinlikte sağlıklı aile ve çocuk sahibi olma arasında ise negatif bir korelasyon vardır (APHSa 2013). Bu verilerin de desteklediği üzere sağlıklı aile işlevlerinin ve toplumsal yaşamla uyumun sağlanabilmesi için hem hastanın kendisi ve kök ailesi hem de kendi kuracağı aile noktasında psikoeğitimler büyük önem taşımaktadır. Ruhsal hastalıkların bakım veren üzerindeki tükenmişlik etkisi ve hasta bireylerin hastalıklarına ve ilaç kullanımına bağlı olarak uzun süreli hafızalarının durumu göz önünde bulundurulduğunda psikoeğitimlerin olumlu etkisinin sürekliliğinin sağlanabilmesi için belirli periyodlarla tekrarlanması önerilmektedir. Kişiler arası etkileşimi ve güçlendirmeyi sağlayabilmesi açısından psikoeğitimlerin mekanik hale gelmemesi son derece önemlidir.

Araştırma bulguları TRSM'lerde sunulan uğraş terapisi hizmetinin hastaların bireysel farkındalıklarını ve sosyal işlevselliklerini arttırdığını, çevreye uyumlarını, karşılıklı ba-

ğımlılık/ aidiyet hissini güçlendirdiğini ve tedavilerine katkı sağladığını ancak uğraşı terapilerinin hastaların talepleri ve bireysel farkındalıkları gözetilmeksizin planlandığını göstermektedir. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nde yataklı tedavi gören hastalarla yapılan uğraşı tedavisi çalışmalarına istinaden yürütülen bir araştırmada katılımcıların %91,66’sı uğraşı aktivitelerinin tedavilerine katkı sağladığını ifade ederken, % 81,25’i bu etkinliklere taburcu olduktan sonra da katılmak istediğini söylemiştir (Çakmak ve ark. 2016). Amerika’da uğraşı terapisi üzerine yapılan bir çalışmada bu terapiyle beceri geliştirme girişiminin bireyin bağımsızlaşması noktasında belirgin bir düzelme sağladığı görülmüştür (McGrath ve Hayes 2000). Buna ek olarak İsrail’de 58 şizofreni hastası ile 12 aylık süreçte gerçekleştirilen çalışmada bilişsel terapi ile uğraşı terapisini birlikte alan hastaların hafıza ve düşünce süreçlerinde daha fazla düzelme olduğu görülmüştür (Hadas-Lidor ve ark. 2001). Bu araştırma bulguları da daha önce yapılan çalışmaları destekler niteliktedir. Bununla birlikte bulgular uğraşı terapilerinin hastaların ilgi ve ihtiyaçlarına göre şekillendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Nitekim şizofreni tanılı 81 hasta ile yapılan bir çalışmada; hastaların birbirlerinden farklı alanlarda aktivitelere ihtiyaç duydukları, tedavi programları oluşturulurken birey temelli rehabilitasyon yaklaşımının belirlenmesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır (Ekici ve ark. 2016). Her iki araştırmanın sonuçları da merkezlerde sunulan uğraşı terapilerinin hizmet alan hasta popülasyonuna göre şekillendirilip çeşitlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Ekolojik sistem yaklaşımı çerçevesinde uğraşı terapilerinin hastaların ilgi alanları, yapabilirliği, sosyal ve fiziksel çevresi ve terapi sonunda ulaşılacak istenen amaçlar gibi kısıtlar göz önünde bulundurulacak planlanması için TRSM’lerde belirli periyodlarla hastalardan taleplerinin alınması ve uğraşı terapilerinin bu geri bildirimler doğrultusunda şekillendirilmesi önerilmektedir.

Ruhsal hastalığa sahip bireyler aynı zamanda ruhsal engelli bireylerdir. Engelli raporlarında yer alan oranlara göre ücretsiz ulaşım, engelli maaşı gibi sosyal hakları vardır. Araştırma bulguları hastaların tamamına yakınının kurumdan hizmet almadan önce bu konu hakkında bilgisiz olduğunu göstermektedir. Kurumda çalışan sosyal hizmet uzmanları tarafından bilgilendirilen hastalar önceleri bu “engelli” tanımını kabul etmek istememişlerdir. Ancak hizmet sürecinde haklarından yararlanabilmeleri adına sosyal hizmet uzmanlarının bilgilendirmeleri kabullerini artırmış ve rapor oranlarına göre haklarından yararlanmaya başlamışlardır. Bu da sosyal hizmet uzmanlarının eğitici rolüyle müracaatçıları ihtiyaç duyabilecekleri insani hizmetler hakkında bilgilendirdiğini ve aracı rolüyle toplum kaynaklarına erişim sağladığını ortaya koymaktadır. Haklara ve sosyal hizmetlere erişim açısından bu bilgilendirme ve savunuculuk çalışmalarının yapılması çok önemlidir.

Araştırma bulguları toplumda ruhsal hastalıklara ilişkin bilgi ve bilinç düzeyinin düşük olduğunu ortaya koymaktadır. Ruhsal hastalıklara ilişkin belirtilerin “cin ve büyü etkisi” olarak nitelendirildiği, buna bağlı olarak da yardım almak için hastaneler yerine toplumsal çevrenin de baskısı ile “hocalara” gidildiği ve bu durumun hem hastalığın erken teşhisine engel olduğu hem de alevlenmeyi tetiklediği bulgularına ulaşılmıştır. Toplumdaki bilgi ve bilinç düzeyinin düşük olmasına bağlı olarak toplumun ruhsal hastalıklara karşı genellikle ön yargılı olduğu, ruhsal hastalığa sahip bireyleri zarar vermeye meyilli kişiler olarak nitelendirdiği ve buna bağlı olarak ruhsal hastalığa sahip bireylerin ayrımcılık ve damgalanmaya maruz kaldıkları, çoğunlukla da hastalıklarını gizleme eğiliminde oldukları görülmüştür. Bulgular makro düzeyde (topluma ve sosyal politikaya yönelik çalışmalar) bu damgalayıcı bakış açısını değiştirmeye yönelik çalışmaların istenilen düzeyde olmadığını göstermektedir.

2018 yılında TRSM'lerde çalışan psikiyatr, sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve hemşirelerden oluşan 11 katılımcı ile yapılan nitel çalışmada da hastaların karşılaştığı en önemli sorunlardan birinin damgalanma olduğu bulunmuştur (Attepe Özden ve İçağasıoğlu Çoban 2018). Sartorius (2002) damgalamanın en belirgin kaynağının teşhise ilişkin kelimelerin dikkatsiz kullanımı olduğunu vurgularken; Gormley ve Quinn (2009) ruhsal hastalığa sahip bireylere yönelik ayrımcılık ve damgalama ile baş etmenin hastalığın kendisi ile baş etmekten daha zor olduğunu dile getirmiştir (Gormley ve Quinn 2009). Hastaların içsel ve toplumsal damgalanma düzeylerinin azaltılması için ruhsal hastalık deneyimlemiş insanlar tarafından eğitim ve bilinçlendirme çalışmaları yapılarak sosyal temas sağlanması önerilen uygulamalardandır (Goldie ve ark. 2016). Ayrıca araştırma sonuçları damgalama ve ayrımcılıkla ilgili en çok etiketlenmenin medya tarafından yapıldığı, damgalama ve ayrımcılıkla mücadelede en çok desteğin de medyadan beklendiği yönündedir. Bu bağlamda günümüz toplumunda kitle iletişim araçlarına erişim durumu göz önünde bulundurulduğunda damgalama ve ayrımcılıkla mücadelede toplumsal algı ve söylemlerin değiştirilerek sosyal içermenin sağlanabilmesi için hâkim olan damgalayıcı medya dilinin değiştirilmesi noktasında medya organları ile işbirliği yapılması önerilmektedir.

Araştırma bulguları ruhsal hastalığa sahip bireylerin damgalama ve ayrımcılığa bağlı olarak en çok istihdam alanında hak kaybı yaşadıklarını göstermektedir. Bulgular İŞ-KUR'da çalışan iş danışanlarının ruhsal hastalıklar konusunda bilgisiz olmaları nedeniyle ruhsal hastalığa sahip bireylerden korktuklarını, işe almak ya da yerleştirmek istemediklerini göstermektedir. Türkiye İş Kurumu 2017 yılı verilerine göre iş başvurusunda bulunan 13190 zihinsel ve ruhsal engelli bireyden sadece 1633'ü'sü istihdam edilmiştir. Zihinsel ve ruhsal engelliler aynı gruba alındığından bunlardan kaçının ruhsal engelli birey olduğu bilinmemektedir. Can Öz (2016) şizofreni tanılı bireylerin bir işte çalışabilmesi üzerine işverenlerin insan kaynakları birimiyle yaptığı nitel çalışmada, işverenlerin hastalık hakkında bilgi sahibi olmadıkları, hastaların şiddete meyilli ve saldırgan kişiler olduklarını düşündükleri, bu nedenle diğer çalışanların huzursuz olmasından ve çalışma ortamının bozulmasından endişe etmeleri nedeniyle bu bireyleri işe almaktan çekindikleri bulgularına ulaşmıştır. Buna ek olarak sosyal politikaların birbiriyle çatışması/ birbirini tamamlayıcı nitelikte olmaması nedeniyle de engelli bireylerin çalışması noktasında güçlük yarattığı bulgularına ulaşılmıştır. 2022 no'lu yasa ile engelli maaşı alan hastaların sosyal işlevselliklerini arttırmak ve istihdamlarını sağlamak adına mesleki eğitim kurslarına yönlendirmeleri yapılmakla birlikte kurs süresince yapılan geçici sigortaya bağlı olarak hastalar maaş hakkı kaybı yaşamakta ve kurs süresi bitiminde iş güvencesi olmadığından kurslara katılım noktasında endişe duymaktadır.

Kamuda ise EKPSŞ başvuru şartları ile işe alım şartları arasında uyumsuzluk olduğu bulgularına ulaşılmıştır. Araştırma sonuçları kamu ve özel sektörde ruhsal hastalığa sahip bireylerin iş sahibi olabilmek için birçok zorluk yaşadığına ve istihdam oranlarının çok düşük olduğuna işaret etmektedir. Araştırma sonucunda kurumlar arası yetersiz işbirliği, damgalama ve ayrımcılık gibi nedenlerle hastaların topluma üretken katılımlarının çok düşük oranlarda sağlandığı ya da sağlanamadığı görülmüştür. Nitekim Saruç ve Kaya Kılıç (2015)'nin Antalya'daki bir TRSM'den hizmet alan hastalara ilişkin yaptıkları retrospektif çalışmada hastaların önemli bir kısmının (%62,9) hastalık öncesinde çalıştığı, tamamına yakınının (%91,5) ise hastalık sonrasında çalışmadığı bulgularına ulaşmışlardır. Tıbbi ve psikososyal tedavinin bütünleştirilmesi için ruhsal hastalığa sahip bireylerin istihdamları arttırılmalı, bu yolla tedavi ekibinin rehberliğinde sosyal işlevsellikleri ve öz yönetimleri grup çalışmaları ile desteklenmelidir (Goldie ve ark. 2016). Literatür ve

bulgular göz önünde bulundurulduğunda ruhsal engelli bireylerin kamuda istihdamı noktasında diğer engel türlerine sahip bireylerden farklı olarak değerlendirilip çalışabilirlik kriterlerinin yeniden yapılandırılması, EKPSS başvuru şartları ile işe alım şartlarının uyumlu hale getirilmesi, ayrıca hastaların bireysel değerlendirmeye tâbi tutularak eğitim düzeylerine uygun işlere ve sosyal çevresinin bulunduğu illere atanması önerilmektedir. Hastaların özel sektörde istihdamına yönelik olarak da TRSM’lerde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının bağlı oldukları coğrafi bölgelerdeki esnaf ve zanaatkar odaları ve diğer meslek odaları ile işbirliği yaparak işverenlere eğitimler vermesi yoluyla önyargı, damgalama ve ayrımcılığın önüne geçilmesi, buna ek olarak da hastaların yalnızca engelli kadrolarına değil yarışmalı işlere de başvuru yapabilmelerinin sağlanması önerilmektedir. Ayrıca iş danışanları başta olmak üzere hastaların istihdamı konusunda işbirliği yapılan İŞKUR personeline de eğitimler verilmesi ve engelli kadrosu ile işe yerleştirilen hastaların işe bağlı sosyal çevresine yönelik hizmetlerin TRSM’nin amaç ve görevleri arasına konulması önerilmektedir.

Araştırma bulguları risk taraması çalışmalarının yalnızca merkeze devam eden hastalarla sınırlı kaldığını ve hastaların sosyal çevrelerine, ailelerine ve genetik yatkınlık nedeniyle de en çok çocuklarına yönelik risk taramalarının yetersiz olduğunu göstermektedir. Dünya çapında ruhsal hastalıkları önlemeye yönelik tüm programlar risk faktörlerine maruz kalmayı azaltma ve koruyucu faktörleri artırarak bireyi güçlendirme üzerine kuruludur (WHO 2004, Arango ve ark. 2018). Erken teşhis ve müdahale noktasında risk faktörleri ve ruhsal hastalığa zemin hazırlayan stres unsurları ile bozuklukların belirlenerek yatıştırmanın sağlanması için iyi bir çocukluk döneminin desteklenmesi son derece önemlidir (APHS 2013). Ancak bu çalışmada TRSM’lerin çocuklara yönelik de herhangi bir çalışmasının bulunmadığı; Milli Eğitim Bakanlığı gibi kurumlarla da risk taraması hususunda kurumlar arası iş birliği yapılamadığı görülmüştür.

Araştırma bulguları TRSM’lerin tanıtımına yönelik çalışmaların artırılması ihtiyacını ortaya koymuştur. Bulgular TRSM’lerin sağlık sektöründe dahi çok tanınmadığını, ne tür hizmetler verildiğine ilişkin bilgilerin yetersiz olduğunu, sosyal hizmet uzmanlarının iş yoğunluğu nedeniyle tanıtım noktasında istedikleri çalışmaları yapamadıklarını göstermektedir. Araştırma bulgularına göre bu hizmet modelinde yaşanan en önemli aksaklıklardan biri psikososyal tedavide sürekliliğin olmamasıdır. Merkeze sürekli gelen hasta sayısının az olması toplumun ve hastaların bu merkezlerin işlevleri hakkında bilinçli olmamaları ve damgalanmaya maruz kalmaktan korkmaları ile açıklanabilir. Bilge ve arkadaşları (2016) tarafından Türkiye’deki TRSM’lerin %42.45’inde gerçekleştirilen araştırmada merkezlere kayıtlı 6777 hastadan yalnızca %7.8’ine tekabül eden 530’unun sürekli merkezlere geldiği bulunmuştur. Ağır ruhsal bozukluk tanısı almış 356 hasta ile yapılan bir çalışmada TRSM’lerin hizmetlerinden düzenli olarak faydalanmanın (eğitim materyalleri, tedavi ve izleme, grup terapileri, sağlık ekibine kolay erişim, ev ziyaretleri) yatış oranlarını önemli ölçüde azalttığı bulgularına ulaşılmıştır (Kocamer Sahin ve ark. 2019). Attepe Özden ve İçağasıoğlu Çoban(2018) da çalışmalarında toplum temelli ruh sağlığı uygulamalarının koruyucu ve önleyici hizmetler bağlamında olumlu çıktıları olduğu bulgularına ulaşmıştır. Tüm bulgular birlikte ele alındığında tedavide psikososyal müdahalenin ve TRSM’lerde sunulan hizmetlerden düzenli olarak faydalanmanın önemi ortaya çıkmaktadır.

Sonuç

Türkiye’de TRSM’lerde sunulan koruyucu ve önleyici ruh sağlığı hizmetlerinin sosyal hizmet uzmanları ve hastaların deneyimleri üzerinden değerlendirildiği bu araştırmanın en önemli sonucu TRSM’lerin tedavi ve takibin sürekliliğini sağlayarak uzun süreli yatılı tedaviye bir alternatif oluşturduğu, yatış sıklıklarının azaltılmasını sağladığı, hastaların güçlenmelerine, sosyal işlevselliklerinin, iletişim becerilerinin ve buna bağlı olarak da özgüvenlerinin artmasına katkı sağladığıdır. Bununla birlikte sosyal hizmet uzmanı ve hasta anlatılarından elde edilen bulgular ruhsal hastalıklara ilişkin toplumsal düzeyde bir bilgi eksikliği olduğunu, bu bilgi eksikliğini dinsel mitlerle birleşmesi sonucunda hastaların sağlık kuruluşları öncesinde hocalara gittiklerini, bu durumun hastaların alevlenmelerini tetiklediğini ve tedaviyi geciktirdiğini ortaya koymaktadır. Ayrıca toplumdaki bu bilgisizlik ruhsal hastalığa sahip bireylerin damgalanmasına ve ayrımcılığı uğramasına da neden olmaktadır. Bulgular ruhsal hastalığa sahip bireylerin en çok istihdam alanında ayrımcılığa uğradıklarını ve bu alana ilişkin sosyal politikaların yetersiz olduğunu göstermektedir. Araştırma bulgularının politikaların uygulamadaki işlevselliğini görünür kılması ve uygulama ile politika arasında köprü kurması beklenmektedir.

Türkiye’deki TRSM sayısının yetersizliğiyle bağlantılı olarak araştırmanın yapıldığı ilde de TRSM sayısının az olması, araştırmaya katılmayı yalnızca 6 TRSM’nin kabul etmesi ve bu merkezlerde yalnızca bir sosyal hizmet uzmanı olması nedeniyle katılımcı sosyal hizmet uzmanı sayısı altı ile sınırlı kalmıştır. Buna ek olarak herhangi bir sınırlılık oluşturulmaması adına görüşme yapılacak hastaların bilişsel yıkım düzeylerinin araştırmanın sorularına anlamlı yanıtlar vermelerini engellemeyecek düzeyde olması (psikiyatri ve sosyal hizmet uzmanı tarafından değerlendirilmiş olma) ölçüt olarak alınmıştır. Sosyal hizmet uzmanı ve hastaların anlatıları kapsamında elde edilen ortak bulgular neticesinde ruhsal hastalıklara ilişkin topluma yönelik bilgilendirme çalışmalarını ile damgalama ve ayrımcılığı önleyici çalışmaların artırılması, bulgularda ortaya çıkan yetersiz sosyal politikaların geliştirilmesi önerilmektedir. Ayrıca daha sonra yapılacak araştırmalarda TRSM’lerden hizmet alan ailelerin de değerlendirmelerinin alınmasının TRSM’lerde sunulan hizmetlerin geliştirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Kaynaklar

- Aksaray G, Kaptanoğlu C, Oflu, S (1999) Koruyucu ruh sağlığı. *Yeni Symposium*, 37(3):55-59.
- Alataş G, Karaoğlu A, Arslan M, Yanık, M (2009) Toplum temelli ruh sağlığı modeli ve Türkiye’de toplum ruh sağlığı merkezleri projesi. *Noropsikiyatri Ars*, 46:25-29.
- Allott P (2004) What is mental health, illness and recovery? In *Good Practice in Adult Mental Health* (Eds T Ryan, J Pritchard): 13-31. Philadelphia, Jessica Kingsley Publishers.
- APHS (2013) Behavioral Health- Prevention, Early Identification And Intervention: A Pathway Policy Brief. Washington DC, American Public Human Services Association.
- Arango C, Diaz- Coneja C, McGorry P, Rapoport J, Sommer I, Vorstman, J et al. (2018) Preventive strategies for mental health. *Lancet Psychiatry*, 5:591-604.
- Attepe Özden S (2015) Koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinde sosyal hizmetin rolü. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 26:191-204.
- Attepe Özden S, İçağasıoğlu Çoban A (2018) Community based mental health services, in the eye of community mental health professionals. *J Psychiatr Nurs*, 9:186-194.
- Avıram U (2002) The changing role of the social worker in the mental health system. *Soc Work Health Care*, 35: 617-634.
- Avrupa Toplulukları Komisyonu (2009) Komisyon tarafından konseye ve avrupa parlamentosuna sunulan bildirim: Genişleme Stratejisi ve Başlıca Zorluklar. Brüksel, Avrupa Toplulukları Komisyonu.

- Bilge A, Güleğül M, Çetinkaya A, Erdoğan E, Üçkuyu N (2016) Türkiye'deki toplum ruh sağlığı merkezlerinin 2013-2015 yıllarının profili. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2):1-5.
- Can Öz Y (2016) Şizofreni bireyleri işe yerleştirme ile ilgili görüşler ve beklentiler: Hasta ailesi ve işverenler (Doktora tezi). İstanbul, Marmara Üniversitesi.
- Charles JL, Bentley KJ (2016) Stigma as an organizing framework for understanding the early history of community mental health and psychiatric social work. *Soc Work Ment Health*, 14:149-173.
- Courtney M, Moulding NT (2014) Beyond balancing competing needs: Embedding involuntary treatment within a recovery approach to mental health social work. *Australian Social Work*, 67:214-226.
- Çakmak S, Süt H, Öztürk S, Tamam L, Bal U (2016). Psikiyatri kliniğinde uğraşı ve psikososyal müdahalelerin hastaların kişiler arası işlevsellik ve bireysel ve sosyal performans düzeylerine etkisi. *Noropsikiyatri Ars*,53: 234-240.
- Dattalo P (2008) *Determining Sample Size Balancing Power, Precision, and Practically*. New York, Oxford University Press.
- Davidson G, Campbell LB (2016) Risk, recovery and capacity: Competing or complementary approaches to mental health social work. *Australian Social Work*, 69:158-168.
- Day I (1993) *Qualitative Data Analysis*. New York, Routledge.
- Doğan O (2002) Anksiyete bozukluklarını koruma ve önleme. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 3:174-182.
- Doğan S, Doğan O, Tel H, Çoker F, Polatöz Ö, Başeğmez FD (2002) Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: Ayaktan hastalar. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 3:69-74.
- Ekici G, Çoraçı Z, Şafak Y (2016) Şizofrenili bireylerde aktivite performansı, yaşam memnuniyeti ve ruhsal durum ilişkilerinin incelenmesi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 4(2):65-72.
- Erkoç Ş, Kardeş F ve Artvinli F (2010) Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinin kısa tarihi. *Dusunen Adam*, (25. Yıl Özel Sayı):1-12.
- Fossey E, Harvey C, Mokhtari M, Meadows G (2012) Self-rated assessment of needs for mental health care: a qualitative analysis. *Community Ment Health J*, 48:407-419.
- Goldie I, Elliot I, Regan M, Bernal L, Makurah L (2016) *Mental Health and Prevention: Taking Local Action*. London, Mental Health Foundation.
- Gormley D, Quinn N (2009) Mental health stigma and discrimination: The experience within social work. *Practice (Birm)*, 21:259-272.
- Gültekin BK (2010) Ruhsal bozuklukların önlenmesi: Kavramsal çerçeve ve sınıflandırma. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2:583-594.
- Hadas-Lidor N, Katz N, Weizman A (2001) Effectiveness of dynamic cognitive intervention in rehabilitation of clients with schizophrenia. *Clin Rehab*, 15:349-359.
- Hayes RL, McGrath JJ (2000) Cognitive rehabilitation for people with schizophrenia and related conditions. *Cochrane Database Syst Rev.*, 3:CD000968.
- Jané-Llopis E, Anderson P (2006). *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention Across European Member States: A Collection of Country Stories*. Luxembourg, European Communities.
- Knapp M, McDaid D, Mossialos E, Thornicroft G (2007) Mental health policy and practice across Europe: An overview. In *Mental Health Policy and Practice Across Europe* (M Knapp, D McDaid, E Mossialos, G Thornicroft):1-15. New York, Open University Press.
- Kocamer Sahin S, Elboga G, Altindag A (2019) Hospitalization rates of patients using community mental health center services. *International Journal of Health Services Research and Policy*, 4:22-30.
- MEB (2012) *Hemşirelik- Ruh Sağlığı ve Hastalıklarına Giriş*. Ankara, TC. Milli Eğitim Bakanlığı.
- Mrazek P, Haggerty R (1994) *Reducing Risks For Mental Disorders: Frontiers For Preventive Intervention Research*. Washington, DC, The National Academies Press.
- Nelson E, Maruish M, Axler J (2000) Effects of discharge planning and compliance with outpatient appointments on readmission rates. *Psychiatr Serv.*, 51:885-889.
- NSW Health Department (2001) *Getting in Early: A Framework for Early Intervention and Prevention in Mental Health for Young People in New South Wales*. North Sydney, NSW Health Department.
- O'Brain W (2007) *Evidence review: Prevention of mental disorder*. Victoria, Population Health and Wellness BC Ministry of Health.

- Oral M, Tuncay T (2012) Ruh sağlığı alanında sosyal hizmet uzmanlarının rol ve sorumlulukları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 23:93-114.
- Prilleltensky I (2001). Value-based praxis in community psychology: Moving toward social justice and social action. *Am J Community Psychol*, 29:747-778.
- Saruç S, Kaya Kılıç A (2015) Toplum ruh sağlığı merkezlerinden hizmet alan hastaların sosyal profili ve merkezde verilen hizmetler. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 26(2):53-71.
- Schoenbaum S, Cookson D, Stelovich S (1995) Postdischarge follow-up of psychiatric inpatients and readmission in an HMO setting. *Psychiatr Serv.*, 46:943-945.
- Simpson GA, Williams JC, Segall AB (2007) Social work education and clinical learning. *Clin Soc Work J*, 35:3-14.
- TC. Sağlık Bakanlığı (2012) Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri İçin Çalışma Rehberi. Ankara, Sağlık Bakanlığı.
- TC. Sağlık Bakanlığı. (2011). Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011-2023. Ankara, TC. Sağlık Bakanlığı.
- Thomas S, Jenkins R, Burch T, Calamos Nasir L, Fisher B, Giotaki G et al. (2016) Promoting mental health and preventing mental illness in general practice. *London J Prim Care (Abingdon)*, 8(1):3-9.
- Thornicroft G, Tansella M (2003) What are the arguments for community based mental health care? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Tuncay T (2018) Psikiyatrik sosyal hizmete giriş. *Psikiyatrik Sosyal Hizmet içinde (A İcağasıoğlu Çoban, S Attepe Özden):3-17.* Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık.
- Türkiye İş Kurumu (2017) Yıllık İstatistik Bültenleri. <https://www.iskur.gov.tr/kurumsal-bilgi/istatistikler/> (16 Ekim 2019'da ulaşıldı).
- WHO (2001) The World Health Report 2001: Mental health: New understanding, new hope. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2004) Prevention of Mental Disorders Effective Interventions and Policy Options: Summary report. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2007) Developing Community Mental Health Services : Report of the Regional Workshop, Bangkok, Thailand, 11-14 December 2006. Bangkok, WHO Regional Office for South-East Asia.
- WHO (2011) Mental Health Atlas. Italy, World Health Organization.
- Yanık M (2007) Türkiye ruh sağlığı sistemi üzerine değerlendirme ve öneriler: Ruh sağlığı eylem planı önerisi. *Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar Dergisi RCHP; (Özel Sayı):1-27.*
- Yıldırım A, Şimşek H (2000) Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. Ankara, Seçkin Yayıncılık.
- Yılmaz V (2012) Türkiye'de Ruh Sağlığı Politikaları: Tespitler ve Öneriler. İstanbul, Karika Matbaacılık.

Yazarların Katkıları: Tüm yazarlar, her bir yazarın çalışmaya önemli bir bilimsel katkı sağladığını ve makalenin hazırlanmasında veya gözden geçirilmesinde yardımcı olduğunu kabul etmişlerdir.

Danışman Değerlendirmesi: Dış bağımsız

Etik Onay: Araştırma için Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onay alınmıştır. Tüm katılımcılar aydınlatılmış onam vermişlerdir.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir

Authors Contributions: All authors attest that each author has made an important scientific contribution to the study and has assisted with the drafting or revising of the manuscript.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Ethical Approval: Ethical approval was obtained from Hacettepe University Non Interventional Ethics Committee for the study. All participants gave informed consent.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.