

## TOPLUM RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN SOSYAL HİZMET PERSPEKTİFİYLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Ali Osman ÖZPOLAT<sup>1</sup>

### Öz

Toplumların geçirmiş olduğu değişimler, yeni ortaya çıkan sosyal sorunlar, sosyal, siyasi ve ekonomik krizler bireyler, gruplar ve toplumları olumsuz etkileyerek mental hastalıkların hem sayıca artmasına hem de çeşitlenmesine neden olmuştur. Bu durumun sonucu olarak ise ruhsal hastalıklarla mücadele etmek için yeni çözüm yollarına, yeni hizmet modellerine ve yeni kurum-kuruluşlara ihtiyaç duyulmuştur. Bu ihtiyaçlar neticesinde dünyada çeşitli ruh sağlığı hizmet modelleri geliştirilmiştir. Türkiye’de ise toplum temelli model ışığında Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) kurularak faaliyete geçirilmiştir. Bu çalışma ile Dünyada ve Türkiye’de toplum ve ruh sağlığı çalışmalarının sosyal hizmet bakış açısıyla incelenmesi, TRSM’lerin genel bir değerlendirmesinin yapılması, yaşanan sorunların ortaya koyulması ve çözüm yollarının geliştirilmesi amaçlanmıştır.

**Anahtar Kelime:** Ruh Sağlığı, Toplum ve Ruh Sağlığı Merkezleri, Sosyal Hizmet

**Jel Kodu:** I10, I12, I18, H52

<sup>1</sup>Dr., Hacettepe Üniversitesi, aliosmanozpolat@gmail.com, ORCID: 0000-0002-2482-8457

## EVALUATION OF COMMUNITY MENTAL HEALTH SERVICES WITH A SOCIAL WORK PERSPECTIVE

### **Abstract**

Changes that societies have gone through with emerging social problems and political and economic crises have negatively affected individuals, groups and societies by causing an increase in the number and diversification of mental illnesses. As a result of this situation, new solutions, new service models and new institutions and organizations were needed to combat mental illnesses. Therefore, various mental health service models have been developed around the world. In Turkey, as an example, the Community Mental Health Center (CMHC) in the field of mental health was established and put into operation. With this study, it is aimed to examine community and mental health studies in the world and in Turkey from a social work perspective, to make a general evaluation of CMHCs, to reveal the problems experienced and to develop solutions.

**Keywords:** Mental Health, Community and Mental Health Centers, Social Work

**Jel Codes:** I10, I12, I18, H52

### **GİRİŞ**

Tarih boyunca insanlar farklı sorunlarla yüzleşmek ve baş etmek zorunda kalmışlardır. Özellikle toplumlar mental sorunlar ile ilgili çağlar boyunca farklı çözüm yolları arayışı içerisine girerek yaşanan olumsuz durumları çözmeye çalışmışlardır. Dönem dönem başarılı sonuçlar elde edilse de genel kabul gören ve herkes tarafından uygulanan kalıcı çözümler geliştirilememiştir.

Psikiyatrik rahatsızlıkları olan insanların hangi ortamlarda hangi profesyonellerden ruh sağlığı hizmeti alması gerekliliği konusu hala günümüzde geçerliliğini devam ettirmektedir (Howard vd., 1996). Bu bağlamda yakın bir geçmişe kadar medikal model ruh sağlığı alanında önemli bir uygulama olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri günümüzde daha kabul gören bir uygulama olarak karşımıza çıkmaktadır. Buna rağmen Ruh sağlığı hizmetlerinde Dünyada en yaygın olarak kullanılan model hastane temelli modeldir.

Toplum ruh sağlığı hizmetleri her ne kadar genel kabul gören bir uygulama da olsa bu hizmetler toplumdaki topluma değişkenlik göstermektedir. Toplum ruh sağlığı kavramı akıl hastalığı olan kişiler için birincil bakım sağlayıcısının hastane gibi belirli bir tesis değil, hastanın topluluğu olduğu bir bakım sistemini ifade etmektedir. Bu bağlamda toplum ruh sağlığı hizmetlerinin amacı genellikle ayakta psikiyatrik tedavi sağlamaktan çok daha fazlasını içermektedir.

Toplum ruh sağlığı bakımı sadece insanların eksikliklerine ve engellerine değil, aynı zamanda onların güçlü yönlerine, kapasitelerine ve gelişimlerine de odaklanır. Bu nedenle hizmetler bir kişinin olumlu bir kimlik geliştirmesini, hastalığı kendi kendine yönetmesini ve kişisel olarak değer verilen sosyal rolleri izleme yeteneğini geliştirmesini amaçlamaktadır (Thornicroft, Deb & Henderson, 2016). Buna ek olarak toplum ruh sağlığı, herkes için, kendi yaşamlarının karmaşıklıkları ve bağlamları içinde, kendi sahasında ve koşullarında yer alan uygulama, yenilik ve kanıta dayalı toplum ruh sağlığı hizmetlerini de beraberinde getirmektedir (Rosen, Gill & Salvador-Carulla, 2020). Ayrıca dijitalleşen dünyada, mobil iletişim ve yapay zekâ alanlarındaki ilerlemeler ve bu teknolojilerin hızlı bir gelişme göstererek yaygınlaşması tüm dünyayı kaçınılmaz olarak bir dönüşüm sürecine sokmuştur (Ün, 2022). Bu dönüşüm sürecinden toplum ve ruh sağlığı hizmetleri de etkilenerek yaşanan gelişmelerin dünyanın farklı ülkelerinde de incelenmesinin ve uygulanmasının önünü açmıştır.

Tüm dünyada ilk olarak profesyonel ruh sağlığı hizmetleri hastane temelli olarak başlamış, toplum temelli modele doğru gelişim göstermiştir. Türkiye’de de durum benzer şekilde tezahür etmiş, toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri Toplum ve Ruh Sağlığı Merkezleri adı altında yapılandırılmıştır.

2006 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) ruh sağlığı alanı ile ilgili politikaları içeren ‘Ulusal Ruh Sağlığı Politikası’ yayımlanmıştır. Ruh sağlığı alanına ilişkin bu politikaların Türkiye’de uygulanabilmesi için yapılandırılması 2011 yılında Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı aracılığıyla gerçekleşmiştir. Ağır ruhsal bozukluklara sahip kişilerin ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlayan bir ruh sağlığı sistemi kurulması hedefiyle Türkiye hastane temelli modelden toplum temelli model anlayışına geçme kararı almıştır. Türkiye’deki ilk toplum ruh sağlığı merkezi 2008 yılında Bolu’da açılarak ruh sağlığı alanda faaliyetlerine başlamıştır (Aydın vd., 2020).

TRSM’lerde toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri kapsamında ağır ruhsal bozukluğa sahip şizofreni ve bipolar bozukluk tanılı hastalara psikososyal destek hizmetleri sunulmaktadır. Aynı zamanda bu hastaların takip ve tedavileri ayaktan yapılarak evde sağlık hizmetleri anlayışına entegre bir şekilde hastalar kurumlardan hizmet almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2022).

Toplum Sağlığı Merkezleri son on yılda dünyada %70 oranında büyüme kaydetmiştir (Bruckner & vd., 2019). Türkiye’de ise yaygınlaştırma çalışmaları devam etmektedir. Bu

bağlamda bu çalışma ile dünyada ve Türkiye’de toplum ve ruh sağlığı çalışmalarının incelenmesi, TRSM’lerin genel bir değerlendirmesinin yapılması, yaşanan sorunların ortaya konulması ve çözüm yollarının geliştirilmesi amaçlanmıştır.

## 1. RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİ

Bireylerin ve ailelerin, ruhsal problemleriyle başa çıkmalarına yardım etmek ve yaşadıkları hastalıktan dolayı artık sahip olmadıkları toplumsal rolleri tekrar elde etmelerini sağlamak için yapılan çalışmaların tümü, toplum ruh sağlığı hizmetleri arasında ifade edilebilir (Karataş & Çalışkan, 2020). Ruh sağlığı hizmet modellerinin ise tarihi üç ana dönemde özetlenebilir. Bu üç dönem; ruh sağlığı hastanelerinin giderek artışı, ruh sağlığı hastanelerine verilen önemin azalması ve ruh sağlığı hizmetlerinde ilk iki dönemin karma hale gelmesidir. Bu üç dönem genel olarak sırayla yaşansa da bazı ülke ve bölgelerde değişiklikler göstermiştir (Bozan, 2019).

Birey ve ailelerin ruh sağlığı için gerekli olan tüm hizmetleri kapsayan hizmetler, ruh sağlığı hizmetleri olarak ifade edilebilir. Bireye sunulan toplum ruh sağlığı hizmetleri; koruyucu, tedavi ve rehabilite edici hizmetler olarak ele alınabilir. Ruhsal hastalıklara sahip bireylerin sorunlarının üstesinden gelmelerine yardımcı olmak, bireylerin toplumda sahip oldukları rol ve sorumlulukları tekrar kazanmalarını sağlamak ve bireylerin yeniden topluma kazanılmalarını sağlamak hedefiyle gerçekleştirilen bütün çalışmalar toplum ruh sağlığı hizmetleri içinde bulunmaktadır. Kısacası bu ruh sağlığı hizmetleri; hastane temelli model, toplum temelli model ve toplum- hastane dengeli modeli olarak ele alınabilir (Karataş & Çalışkan, 2020).

Dünya’da ruh sağlığı hizmetlerinde en çok kullanılan model hastane temelli modeldir. 1880-1950 seneleri arasında gelişmiş ülkelerin çoğunda inşa edilen, depo hastaneler olarak da adlandırılan ve psikiyatri hastalarının tedavilerinin aylar boyunca gerçekleştirildiği modeldir (Abay & Çölgöçen, 2018). Bu model 1800’lü senelerden 1960’lı yıllara değin sadece Türkiye’de değil tüm dünyada kullanılmıştır. Bu süreçte depo hastaneler olarak adlandırılan iki bin yatak kapasitesine sahip hastaneler kurulmuştur. Bu depo hastaneler genellikle şehir merkezinin uzağında kurulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2011a). Bu depo hastanelerin giderek yaygınlaşmasında “ruhsal hastalığa sahip bireyin yaşadığı çevre, bireyin hastalanmasına neden olmasından dolayı hastalar sadece ikamet ettiği çevreden uzaklaşırsa iyileşebilir” fikrinin önemli bir etkisi vardır (Çiçekoğlu & Duran, 2018).

Hastane temelli modele göre ruh hastalığı bireylerin sahip olduğu bir anormallik kabul edilmekte ve ruh hastalığı yaşayan bir birey olmak negatif bir şey olarak kabul görmektedir. Hastane temelli modelde ruhsal bozuklukların bireyden kaynaklandığı düşüncesi hakimdir. Çözüm için ise profesyonel bir yardım gerekmektedir (Oral & Tuncay, 2012).

Hastane temelli model, ruhsal hastalığa sahip bireyin yaşadığı ataklar sonucunda hastaneye yatırılması, poliklinik hizmeti, kimsesi olmayan ya da bakacak kimsesi olmayan hastalara hastalara hastanelerde uzun süreli olarak bakılması şeklinde ifade edilebilir. Hastane temelli modelde, çevresi içinde birey anlayışı gözden kaçırılmakta ve hastalığın alevlenme dönemine odaklanılmaktadır. Hastanede tedavi gören ruhsal hastalığa sahip hasta, hastaneden çıktıktan sonra geri kalan tedavisi hastanın inisiyatifine ya da ailesine bırakıldığı için ruhsal bozukluğa sahip hasta, hastalıkla baş başa kalmakta ve hastalığı tekrar alevlenmektedir (Bozan, 2019). Dönerkapı fenomeni olarak isimlendirilen bu tekrarlı yatış, hastanelerin yatak kapasitesinin yetmemesine neden olmakta ve çalışanların medikal tedaviye ek olarak psikososyal müdahalede bulunmasına şans verememektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011a). Buna ek olarak depo hastanelerinin nüfusunun çok fazla olması, hijyenik olmaması, hasta hakları ihlallerinin fazla olması ve antipsikiyatri akımının ortaya çıkmasıyla giderek bu modelden uzaklaşmıştır. 1950'lerden sonra hastalara kötü muamelenin artmasıyla ikinci dönem olan depo hastanelerinin düşüşü dönemi başlamıştır. Böylece depo hastaneleri yerine toplum temelli model anlayışı başlamıştır (Abay & Çölgöçen, 2018).

Depo hastaneler yerine ruhsal bozukluğa sahip bireyin kendi ikamet ettiği çevrede tedavisinin sağlandığı model ise toplum temelli model olarak ifade edilmektedir. Toplum temelli modelin ana amacı hastanın hastaneye yatmadan tedavi edilmesinin sağlanarak başkalarına gerek duymadan hayatını idame ettirmesini sağlamaktır. Bu amaçla genel hastaneler içinde yer alan psikiyatri yatakları, Gündüz Hastaneleri, bakım kurumları, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri, koruyucu evler gibi devlet tarafından toplum temelli modelin uygulanması için inşa edilmektedir (Çiçekoğlu & Duran, 2018). Bu modelde psikolog, sosyal çalışmacı, psikiyatrist ve uğraşı terapistinden meydana gelen multidisipliner bir ekip mevcuttur. Nitelikli bir ekip çalışması için meslekler arasında iş birliği oldukça önemlidir (Saruç & Duyan, 2009). Gereken durumlarda hemşire, sosyal çalışmacı ve psikologdan oluşan gezici ekip hane ziyaretleri aracılığıyla hastaların düzenli ilaç kullanmalarını sağlar ve gerekli durumlarda hastaneye yatışı gerçekleştirir. Ayrıca TRSM'lerde hastanede yatışı tamamlanan hastalar için bir müdahale planı hazırlanmaktadır (Abay & Çölgöçen, 2018).

Ayrıca ülkemizde toplum temelli hizmet modelini hayata geçirmek için çeşitli hizmetler vatandaşlara sunulmuştur. Bu çalışmalar, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Bahçelievler Projesi, Rehabilitasyon Merkezleri, Elâzığ Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Korumalı Ev Projesi olarak özetlenebilir. Bu uygulamalar, toplum temelli hizmet modelinin ülkemizde görünür olmasında oldukça mühim uygulamalar olduğu söylenebilir (Sağlık Bakanlığı, 2011a).

Kısacası “Toplum Temelli Ruh Sağlığı” anlayışı; hastaların sürekli olarak her alevlenme döneminde hastaneye yatmalarına engel olmayı, toplumun içinde tedavi edilmeyi, hastanın kendi yaşam alanı içerisinde tedavisini sürdürmeyi amaçlayan tedaviyi hedefler. Toplum temelli ruh sağlığı modeli, ruhsal bozukluğa sahip bireylerin haklarına önem gösteren, hastaları depo hastanelerden ziyade hastanın kendi sosyal çevresinde destekleyen bir uygulamadır. Toplum temelli ruh sağlığı hizmet modelinde kısaca ruhsal bozukluğa sahip bireyin tedavisi bir süre hastanede gerçekleşmekte, ardından taburculuktan sonra tedavisine toplumda devam edilmektedir (Çiçekoğlu & Duran, 2018).

Son olarak toplum hastane denge modeli ise ruhsal bozukluğa sahip bireylere ruh sağlığı hizmetlerinin sunulmasında hastane ve toplum temelli modelin farklı faydalı taraflarının sentez haline getirildiği hizmet modelidir (Erdeniz, 2021). Ruhsal bozukluğa sahip bireylerin tedavisinde sadece hastane temelli model ya da sadece toplum temelli model yeterli olmamasından dolayı hastane-toplum denge modeli uygulayıcılar tarafından oluşturulmuştur. Bazı ruhsal hastalıkların tedavisinde hastaneye yatış hastalığın doğası gereği zorunlu olmaktadır. Alevlenme dönemlerinde hasta hem kendisi için hem de var olduğu toplum açısından tehlike oluşturması hastaneye yatışı zorunlu hale getirmektedir (Abay & Çölgöçen, 2018).

Toplum temelli hizmet modeli çerçevesinde depo hastanelerinin ortadan kaldırılması ve hastaların hastaneye yatışı gerekmeden toplum içinde tedavilerinin yapılmasında dünya genelinde büyük bir arzu vardır. Fakat az önce de bahsettiğimiz gibi, ruh hastalıklarının yapısından kaynaklı olarak bazen hastaların hastaneye yatışı gerekebilmektedir. Hastanın toplumdaki diğer bireyler için bir tehlike unsuru olması, hastanın hiçbir yakını olmaması, hastanın risk düzeyi yüksek ilaçlar kullanması gibi durumlarda hastanın hastaneye yatması oldukça mühimdir (Çiçekoğlu & Duran, 2018).

Toplum temelli model, psikiyatri hastanelerinin tamamen kapatılmasını hedeflemekte olsa da ülkenin ekonomik durumu ve sağlık sistemi buna izin vermemektedir. Toplum-hastane denge modeli Türkiye’deki sosyoekonomik durum için en uygun model olarak ifade edilebilir.

Türkiye için en uygun model olan karma modelde ağır ruhsal bozukluğa sahip hastaların genel hastaneler içinde tedavi edilmesi, daha hafif ruhsal bozukluğa sahip hastaların ise aile hekimliğine bağlı olarak toplum içinde tedavi edilmesi söz konusudur. Türkiye'nin sosyoekonomik durumu ve personel yetersizliği bu karma modelin Türkiye için en uygun model olduğu gerçeğini gözler önüne sermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011a). Ayrıca günümüz Türkiye'sinde ruh sağlığı uygulamalarında hastane uygulamalarına ek olarak toplum temelli ruh sağlığı uygulamaları yapan TRSM'lerin bütün ülkede yaygınlaştığı bir toplum-hastane denge modelinin uygulanmakta olduğu görülmektedir (Bozan, 2019). Son olarak Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nda ülkemizde uygulanabilecek en uygun modelin toplum-hastane denge modeli olduğu ifade edilmiştir (Karataş & Çalışkan, 2020).

## 2. DÜNYA'DA VE TÜRKİYE'DE TOPLUM RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİ

Bu bölümde toplum ve ruh sağlığı çalışmalarının dünyadaki ve Türkiye'deki gelişimi ile ilgili bilgilere yer verilecektir.

### 2.1. Dünya'da Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri

20. yüzyılın ortalarından sonra Batı Avrupa' da ruh sağlığı hizmet anlayışı giderek değişmeye başlamıştır. Yaşanan en önemli değişim ise ruh hastalıklarının tedavisinin depo hastaneleri yerine toplum içinde sağlanabilmesini hedefleyen görüşün ortaya çıkması olmuştur. Bu görüşün giderek kabul görmesiyle ruhsal hastalığa sahip bireylerin tedavisi toplum içinde gerçekleştirilmeye başlanmıştır. Hastaneye yatış ise ancak hastaların alevlenme ve atak dönemlerinde gerçekleşmiştir (Ulaş, 2008). Kısacası hastane temelli model gelişmiş olan ülkeler tarafından 1960'lardan itibaren tedavi sonrasında hastanın iyilik halinin devam etmemesinden kaynaklı bırakılmaya başlanmıştır. Bunun sonucunda tüm dünya ülkeleri ruh sağlığı hizmetlerinde çeşitli değişim ve dönüşümler yaşamaya başlamıştır (Alataş, Karaoğlan, Arslan & Yanık, 2009).

Avrupa ülkelerinin birçoğu, medikal modelden sosyal modele geçişi tamamlamıştır. Avrupa ülkeleri ruh hastalığına sahip bireylerin yaşadıkları çevrede hizmet alabileceği kurum ve kuruluşlar oluşturmuştur. 1961 senesinde İtalya'da gerçekleşen ruh sağlığı reformuyla toplum temelli ruh sağlığı modeli uygulanmaya geçilmiştir. Özellikle son otuz senede ise ruh sağlığı reformu Avrupa ülkelerinin genelinde uygulanmaya başlamıştır. İtalya'da başlayan bu değişim özellikle Avrupa'nın büyük ülkelerinden olan İngiltere, Fransa, Almanya ve Finlandiya gibi ülkeleri de etkilemiştir. En son olarak Yunanistan ruh sağlığı sisteminde

değişiklik yapmayı Avrupa Birliği'ne giriş aşamasında gerçekleştirmiştir (Çiçekoğlu & Duran, 2018). İtalyan Psikiyatrik Reformu'nun hayata geçirilmesi üç aşamada meydana gelmiştir. İlk olarak ruhsal bozukluğa sahip bireylerin tedavisinde psikiyatri hastanelerinin sayısı azaltılmıştır. Ardından genel hastanelerde psikiyatri servisleri açılarak buradaki yatak sayıları artırılmıştır. Son olarak ise toplum temelli anlayış yaygınlaştırılarak hastaların toplum içinde tedavisi amaçlanmıştır. Ardından Ulusal Ruh Sağlığı Planı'nın kabul edilmesiyle depo hastaneleri kapatılmış, genel hastaneler içinde psikiyatri servisleri açılmış ve TRSM'ler kurulmaya başlanmıştır (Erdeniz, 2021).

İngiltere'de ise psikiyatride 1950'li yıllarda reform hareketi başlamıştır. 1959'da Ruh Sağlığı Yasası halkın baskısıyla yürürlüğe girmiş, böylelikle hastanelerin bir tecrit alanı olması fikrinden uzaklaşarak hastanelerin tedavi alanının bir yer fikri olduğu düşüncesi yasayla güvence altına alınmıştır. Toplum ruh sağlığı hizmetleri ilk halini İngiltere'de 1983 yılında Ruh Sağlığı Reformu sayesinde almıştır. Ayrıca Ruh Sağlığı Yasasıyla birlikte multidisipliner ekipler kurularak sosyal hizmetlerde yaşanan iyileşmeyle beraber toplum ruh sağlığı hizmetlerinin de oturtulmuştur (Çiçekoğlu & Duran, 2018).

İsveç'te ise tüm depo hastaneler kapatılmış, mevcut toplum ruh sağlığı hizmetleri tek bir elden yönetilmediği için uygulamada bir standart maalesef yakalanamamıştır. Ruhsal bozukluğa sahip bireylerin tedavisinde bölgeler arası farklar ortaya çıkmıştır. Kısacası İsveç'in en büyük eksikliği toplum ruh sağlığı hizmetlerinin koordineli şekilde yönetilememesi olmuştur (Karataş & Çalışkan, 2020).

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

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



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

## **2.2. Türkiye’de Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri**

Türkiye’de verilen ruh sağlığı hizmetlerini 3 ana grupta özetleyebiliriz. Verilen hizmetlerden ilki ruhsal bozukluğa sahip hastalara verilen poliklinik ve yataklı tedavi hizmetlerini, ikincisi ise henüz bir hastalığa sahip olmayan bireylere sunulan ruh sağlığı ile ilgili önleyici hizmetleri, üçüncüsü ise ruh sağlığıyla ilgili kurumsal hizmetleri kapsamaktadır (Çiçekoğlu ve Duran, 2018). Ayrıca günümüz Türkiye’sinde uygulanan ruh sağlığı politikalarının temeli 1980’li senelere dayanmaktadır. 1980’li senelerde kentleşmenin artmasının sonucu olan nüfus artışıyla beraber özellikle 17 Ağustos depremi, Türkiye’deki ruh sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesinin gerektiğini gözler önüne sermiştir. Bu dönemde toplumdaki birey ve ailelerin ruh sağlığı hizmetlerine olan ihtiyacının giderek artış göstermesi ve sisteme ayrılan kaynakların ve personelin oldukça yetersiz olduğunun da fark edilmesini sağlamıştır (Karataş & Çalışkan, 2020).

Türkiye’de 2000’lere kadar var olan hastane temelli ruh sağlığı hizmet modelinde ruhsal bozukluğa sahip hastaların alevlenme dönemlerinde hastaneye yatırılması sağlanmıştır. Fakat bu hastane temelli modelde sadece hastaların atak dönemlerine odaklanılmamış aynı zamanda hastalığın biyopsikosozial faktörleri gözden kaçırılmıştır. Ayrıca hastaların hastalıkla ilgili yeterince bilgilendirilmemesi ve taburcu olan bireyin izlenmemesinden dolayı hastalar çoğunlukla taburcu olduktan sonra tekrar alevlenme döngüsüne girmişlerdir (Erdeniz, 2021).

Türkiye’de ruh sağlığı alanında son on senede gerçekleşen en mühim gelişmenin, toplum temelli hizmet modeline geçişin resmî kurumlar tarafından kabul edilmiş olmasıdır. Fakat ülkemizin henüz yeterli sosyoekonomik seviyeye ulaşamamasından kaynaklı olarak toplum temelli modelin tamamen uygulamaya geçirilmesinin zor olduğu ve ülkemiz için toplum-hastane denge modelinin en uygun model olduğu söylenebilir. Türkiye’de şuanda hala sekiz adet ruh sağlığı hastanesi mevcuttur ve bu ruh sağlığı hastanelerinin sahip olduğu yatak miktarları Avrupa ülkelerinin sahip olduğu yatak miktarlarından oldukça fazladır. Örneğin;

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde bulunan yatak sayısı neredeyse 1500 kadardır. Ülkemizde bulunan 8 ruh sağlığı hastanesi, yaklaşık olarak 3.636 adet yatak kapasitesine sahiptir. Bu da ülkemizin toplum temelli modelden hala Avrupa ülkelerine kıyasla uzakta olduğumuzu göstermektedir (Karataş & Çalışkan, 2020).

2006 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası metninde; rehabilitasyon çalışmalarının toplum temelli olarak gerçekleştirilmesi, ülkemizin ruh sağlığı sisteminin toplum temelli olması, devlet tarafından ruh sağlığı alanına ayrılan bütçenin artırılması, ruh sağlığı ile ilgili yetkili organların yasalar çıkartması, ruh sağlığı uygulamalarının niteliğinin artırılması, ruhsal bozukluğa sahip hastaların hasta haklarının savunulması konularına yer verilmiştir. 2006 yılında yayınlanan bu ruh sağlığı politika metninde ülkemizin hastane temelli modelden toplum temelli modele geçmesi kararına yer verilmiştir. Toplum temelli modelin ilk uygulaması olarak da Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) oluşturma ve yaygınlaştırma kararı Nisan 2009'da Sağlık Bakanlığı tarafından alınmış ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge Şubat 2011'de yayınlanmıştır. Son olarak Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023), 2011 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2006; Sağlık Bakanlığı, 2011a).

Psikiyatrik hastalıklara bağlı morbidite, mortalite, yeti kaybı oranı diğer kronik hastalıklara kıyasla daha yüksektir. Fakat sadece medikal tedavinin psikiyatrik hastalarda istenilen iyileşmeyi sağlayamamasından ötürü ek tedavi yollarına olan ilgi giderek artmıştır. Bu nedenle toplum temelli ruh sağlığı modeli Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından önerilmektedir (Şahin & Elboğa, 2019). Türkiye'de geçmişten günümüze kadar maalesef toplumun ruh sağlığını iyileştiren, geliştiren ve koruyan toplum temelli bir hizmet modeli anlayışı tam olarak gelişmemiştir. Oysaki ülkemizin ulaşılabilir ve kapsamlı bir ruh sağlığı hizmetine ihtiyacı vardır. Hastane temelli modelin psikiyatrik hastaların iyilik hallerini arttıramaması sebebiyle günümüzde Sağlık Bakanlığı Türkiye'de toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri modelini geliştirmeye başlamış ve bunun doğrultusunda Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nı hazırlamıştır. Bunun sonucunda yeni bir hizmet modeli geliştirilmiştir ve ülkemizde toplum ruh sağlığı merkezleri açılmaya başlanmıştır (Bilge vd., 2016).

TRSM projesi oluşturulurken öncelikle İtalya, Finlandiya, İngiltere, Almanya ve Hollanda'ya ekipler gönderilmiş ve bu ekipler o ülkelerin var olan sistemlerini incelemiştir (Alataş vd., 2009). Ardından 2008 yılında Sağlık Bakanlığı Bolu ilini pilot bölge seçerek ilk Toplum Ruh Sağlığı Merkezini açmıştır. Yapılan uygulamalar sonucunda 2011 yılında Sağlık Bakanlığı,

Ruh Sağlığı Eylem Planını yayınlamak toplum ruh sağlığı merkezlerini yasal zemine oturtmuş ve uygulamaya açmıştır (Etike & Yeğin, 2019). TRSM'lerin her iki yüz ve beş yüz bin nüfus arasında nüfusa sahip yerlerde bir tane açılması planlanmış ve TRSM'ye gelen ağır ruhsal rahatsızlığı olan bireylerin hastalıkla ilgili bilgilendirilmesi, ayaktan tedavilerini gerçekleştirilmesi, iş-üç terapileri ile hastanın toplum içinde tedavisi amaçlanmıştır (Alataş vd., 2009). Ayrıca TRSM'lerde multidisipliner ekip anlayışı hâkimdir. Psikolog, sosyal hizmet uzmanı, ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı, iş-üç terapistleri bir arada çalışmaktadır (Saruç & Kılıç, 2015).

2008 yılında ilk açılan TRSM olan Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezinin uygulamaları Sağlık Bakanlığı tarafından yakından izlenmeye başlanmıştır. Türkiye'nin sosyodemografik özellikleriyle ortalama bir ili olan Bolu pilot bir il olarak uygun görülmüştür. Bolu TRSM'nin karşılaştıkları maliyet, finans, personel sorunları uygulayıcılar için iyi bir veri sağlamıştır. Bu pilot uygulamadaki veriler ve akademisyenlerin önerileriyle projenin ana ilkeleri belirlenmiştir (Alataş vd., 2009).

TRSM'lerde; şizofreni, bipolar bozukluk ve diğer ağır ruhsal bozukluğa sahip bireylere psikososyal destek hizmetleri sunulmaktadır. TRSM'ye kayıt olan hasta kendi karakteristik özelliklerine göre eğitimlere yönlendirilmektedir. TRSM'lerde hastalara psikoterapi, beceri eğitimleri ve hastaların ailelerine psikoeğitimler verilmektedir (Şahin & Elboğa, 2019). Aynı zamanda TRSM'lerde hastaların güçlendirilmesi amacıyla rehabilitasyon ve destekleme uygulamaları gerçekleştirilmektedir. Ağır ruhsal hastaların durumlarının değerlendirilmesi, hastalığın takiplerinin yapılması hedeflenmektedir. Merkeze gelmeyi bırakan hastalara ev ziyaretleri yapılarak hastaların takipleri yapılmaktadır. Yapılan hane ziyaretlerinde gerekli durumlarda hastanın yatışı gerçekleştirilmektedir. Toplum ruh sağlığı merkezlerinde spor ve halk oyunları, drama eğitimleri, yağlı boya resim gibi uğraş eğitimleri verilmektedir. Tüm bu hizmetler sayesinde hastaların alevlenme şiddetinin azaldığı tespit edilmiştir. Ayrıca hastaların hastane yatış sayıları da giderek azalmıştır. Bunun sonucunda devletin ruhsal bozukluğa sahip birey için yaptığı harcama azalmış ve hastalar düzenli takip şansına erişmiştir (Saruç & Kılıç, 2015).

### **3. TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİNİN ÇALIŞMA ALANLARI VE SOSYAL HİZMET UYGULAMALARI**

Toplum ruh sağlığı merkezleri; şizofreni, bipolar bozukluk ve diğer psikozlar gibi ağır ruhsal bozukluğa sahip hastalara psikososyal destek hizmetleri sağlamak amacıyla kurulmuştur. Şizofreni ve bipolar hastalar TRSM'lerden en çok faydalanan hasta gruplarını oluşturmaktadır. Bu nedenle söz konusu hastalıkları ele almak faydalı olacaktır.

Şizofreni hastalığı bireyin düşünmesini, duygularını, algılamasını, davranışlarını, dikkatini bozan bir hastalıktır. Şizofreni bireyde yeti yitimine sebep olduğu için hastaya bakım verecek bir aileye sahip olması oldukça önemlidir (Ertem, 2020). Ayrıca şizofreni bireyin çalışma, kişiler arası ilişkileri, öz bakım öğrenme ve temel yaşam becerileri gibi pek çok alanlarda yetersizliklere sebep olarak, bireyin hayatında problemlere neden olmaktadır. Hastalığın temel özelliklerini; sanrı denilen gerçeğe uyumlu olmayan düşünceler, varsanı denilen herhangi bir uyaran olmadan koku, tat, görüntü, ses, duyumların olduğu durumlar, duygulanımda küntleşme, dikkat, bellek gibi bilişsel becerilerde bozulmalar oluşturmaktadır (Öztürk & Uluşahin, 2016).

Şizofreni; bireyin gerçek ve gerçekdışı arasındaki farkı ayırt edememesini sağlayan, sağlıklı bir düşünce akışının olmasını engelleyen, bireyin duygularını yönetmesini engelleyen önemli bir hastalıktır. Şizofreni genel olarak kişilerde yavaş yavaş gelişen ve özellikle bireyin tutum ve davranışlarında değişikliklere sebep olan bir hastalık olarak kabul görmektedir. Şizofreni hastalığının ömür boyu görülme ihtimali %0,5-1'dir. Fakat ailesinde şizofreni hastası bulunan kişilerde şizofreni görülme ihtimali daha yüksektir. Şizofreni hastalığı sadece kalıtsal özelliklerle değil birçok koşulun bir araya gelmesiyle meydana gelmektedir. Yani sadece genetik ya da sadece çevresel koşullar şizofreninin oluşmasına sebep olmaz. Şizofreni, negatif ve pozitif belirtilerle birlikte kendini gösteren ve süregelenşerek bireyin ve ailesinin hayatını negatif yönde etkileyen kronik ruhsal bir hastalıktır. Şizofreni hastalarında işlevsel kayıplardan dolayı yeti yitimi meydana gelmekte ve hastalar bunu yaşam boyu yaşayabilmektedir. Bu nedenle şizofreni hastaları diğer kronik ruhsal hastalığa sahip bireylere göre daha uzun hastane yatışlarına sebep olarak hem bireysel hem de toplumsal olarak büyük bir yük olarak görülmektedir (Erdeniz, 2021).

TRSM'ler hastane temelli modelden toplum temelli modele geçişi sağlayarak, şizofreni hastalarına yönelik olan iyileştirim çalışmalarının sunulmasını sağlamıştır. Sunulan hizmetlerin değerlendirilmesiyle şizofreni hastalarının sahip olduğu iç görünün, yaşam kalitesinin, toplumsal işlevselliğin arttığı; hastane yatış sıklığı, hastalık belirtilerinin ve süresinin azaldığı bildirilmiştir (Kaymaz, 2020).

Bipolar bozukluk ise bireyin enerjisinin pozitif ya da negatif yönde değişmesi ve duygudurum ile ilgili bir ruhsal hastalıktır ve toplumun %1,3 oranında görülmektedir. 16-25 yaş aralığında erkeklerde, erişkinlerde ise kadınlarda daha sık görülen bir hastalıktır (Kesebir vd., 2013).

Bipolar bozukluk bir kişinin duyguların en uçlarda yaşadığı bir hastalık olarak ifade edilebilir. Birey bazı dönemlerde kendisini dünyanın zirvesinde hissederken bazı dönemlerde ise tam tersi şekilde hissedebilir. Bipolar bozukluk bireyin duygu durumunu ve enerjisini olumsuz yönde etkilese de bireyin hayatını sürdürmesine engel olacak bir ruhsal hastalık değildir. Fakat yine de bipolar bozukluk bireyin iş ve okul hayatının bozulmasına, sağlıklı insan ilişkileri kuramamasına ve bazen intihara bile sebep olabilmektedir. Bipolar bozuklukta tedavi uyumu ve yaşam kalitesi azalmaktadır. Bu sebeple, tedavi uyumsuzluğunu en aza indirmek ve bipolar bozukluğa sahip bireylerin yaşam kalitesini arttırmak için entegre ve çok yönlü bir uygulama gerekmektedir (Şahin & Elboğa, 2019).

Bipolar bozukluğun tekrarlama oranı iki yıl içinde %60 civarındadır ve hastalık dönemlerini önlemede sağaltımın uygulanması oldukça önemlidir (Yeloğlu, 2017). Bu nedenle TRSM'lerin varlığı bipolar bozukluğa sahip bireyler için de oldukça önemlidir. Özetle; ağır ruhsal hastalıklardan olan şizofreni ve bipolar bozukluk bireyleri bilişsel ve sosyal yönden negatif olarak etkileyen kronik rahatsızlıklar olarak ifade edilebilir (Bekiroğlu & Demiröz, 2020).

Diğer yandan toplum ruh sağlığı içerisinde sosyal hizmet uygulamalarına bakıldığında ise psikiyatrik sosyal hizmetin, yirminci yüzyılın başlarında, akıl hastalarının toplum bakımı için bir hareketin sonucu olarak başlayıp günümüze kadar değişerek ve gelişerek gelmiş olduğu görülmektedir (Stuart, 1997). Psikiyatrik sosyal hizmet genel olarak akıl hastalığı, davranış ya da kişilik sorunlarından muzdarip çocuklar ve yetişkinlerle çalışmak için özel bir eğitim almış sosyal hizmet uzmanları tarafından insan davranışının psikolojik anlayışına dayanan vaka çalışması şeklinde tanımlanabilir (Timms, 2018).

Psikiyatrik sosyal hizmet uygulamasının temelinde ruhsal bozukluğu olan bireye ve onun ailesine koruyucu, önleyici ve iyileştirici çalışmalar bulunmaktadır. Ayrıca bireyin ve ailesinin sahip olduğu problemlerin yanında ortaya çıkabilecek yeni problemlerin önlenmesi de psikiyatrik sosyal hizmetin amacıdır (Çamur & Ayata, 2021). Sosyal hizmet uzmanı, psikiyatrik sağaltım sürecinde rol alan önemli bir meslek elemanıdır. Psikiyatrik hastalıklar bireyin ve ailesinin yaşamını olumsuz etkilemektedir. Bu durumda da başarılı bir sağaltım için

sosyal hizmet uzmanları mesleki müdahalelerde bulunmaktadır (Oral & Tuncay, 2012). Bu mesleki müdahalelerin amacı hastanın stresini hafifletmek, acıyı azaltmak, elverişli hizmet sunmak, sosyal işlevselliği onarmak, kaynak bulmak, sosyal işlevselliği onarmak, gelişim ve değişim sağlamaktır (Attepe Özden, 2015).

Psikiyatrik sosyal hizmet uzmanlarının temel hedefi ruhsal bozukluğa sahip hastanın tedaviye uyumunu gerçekleştirmek, hasta ve hastanın ailesinin stresini en aza indirmek ve ruhsal hastalığın sebep olduğu problemlerin çözülmesinde görev almaktır (Attepe Özden, 2015). Bunun yanı sıra bireylerin ve ailelerin karşılaştığı duygusal ve sosyal sorunlarla başa çıkma noktasında önemli sorumluluklar üstlenmektedirler (Pearson & Phillips, 1994). Diğer yandan sosyal çalışma mesleği ortaya çıktığı ilk yıllardan itibaren politika ile yakından ilgilenmiş, savunmasız nüfus gruplarının savunuculuğu rolünü üstlenmiştir. Ayrıca sosyal çalışma mesleğinin tarihsel olarak ortaya çıkmasından bu yana sosyal hizmet ruh sağlığı alanı da dâhil olmak üzere bütün savunmasız grupların savunuculuğunu üstlenmiştir (Tooper, 2022). Ancak psikiyatrik sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları hakkında çok az araştırma yapılmıştır (Henning, 2018).

Bir psikiyatrik sosyal hizmet uzmanı, sosyal hizmet bakış açısı ile vaka çalışması yaparak bireyi güçlendirmede çok önemli bir rol oynayabilmektedir (Keyho vd., 2020). Yapılan bir araştırma sonucu psikiyatrik ilaçların kullanımında azalmanın sosyal hizmet uzmanlarının sayısının artırılmasıyla sağlanabileceğini ortaya koymuştur (Bentley vd., 2005). Bu durumun da sosyal hizmet uzmanlarının psikiyatri alanında insanlarla çalışma noktasında gerekli eğitimleri almaları ve profesyonel desteği sağlayabilmeleri sonucunda gerçekleştiği düşünülmektedir (Corrigan & McCracken, 2005). Ayrıca sosyal hizmetin psikoterapiye uzun ve tarihsel katılımı, aile ve grup terapisi, yenilikçi ortam ve uygulamaların geliştirilmesi gibi uygulamaya birçok önemli katkısı olmuştur. Ek olarak, sosyal hizmet uzmanları, diğer disiplinlerin psikoterapi için uygun olmadığını düşündüğü birçok vakayla çalışma konusunda uzmanlık geliştirmiştir (Lieberman, 1987).

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

Bu bağlamda toplum temelli ruh sağlığı modelinin ülkemizde giderek yaygınlaşmasıyla sosyal hizmet mesleğinin de önemi artmıştır. Toplum ruh sağlığı alanında sosyal hizmet

uzmanlarının görevleri sosyal içerme, hizmet geliştirme, ruhsal risk taraması ve toplum eğitimi etkinlikleri olarak sıralanabilir. Ayrıca toplum ruh sağlığı hizmetleri kapsamında ruhsal bozukluğa sahip bireylerin ailelerine eğitim ve danışmanlık hizmetleri verilmektedir. Sosyal hizmet uzmanlarının ruh sağlığı hizmetlerine olan katkısı bu nedenle göz önünde tutulmalıdır (Güzel & Yanardağ, 2021). Ancak toplum ruh sağlığı tedavi programlarına köklü bir şekilde dâhil edilmesine rağmen, toplum ruh sağlığı son zamanlara kadar sosyal hizmet literatüründe beklenen ilgiyi görmemiştir (Stromwall & Hurdle, 2003).

Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Uygulama Rehberinde de psikolog, sosyal çalışmacı ve hemşireye ortak görev ve sorumluluklar verilmektedir. Bunlar; TRSM'nin bulunduğu bölgedeki hastaların kaydının yapılması, kurumlar arası koordinasyon, hastanın ailesiyle iletişim kurma ve TRSM'ye davet etme, hastalara sahip oldukları haklar konusunda bilgilendirme, damgalama karşıtı çalışmalar ve Sivil Toplum Örgütleri ile (STK) iş birliği kurmadır (Sağlık Bakanlığı, 2011b). Bu görev ve sorumluluklara göre sosyal çalışmacıların savunuculuk, vaka yöneticiliği, eğitmenlik, danışmanlık ve arabuluculuk rollerinin oldukça mühim olduğu gözler önüne serilmektedir (Başer & Aktaş, 2013). Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge'de diğer meslek elemanlarıyla olan ortak görev ve sorumlulukların yanı sıra sosyal çalışmacılara başka görev ve sorumluluklar da yüklenmiştir. Bu görev ve sorumluluklar TRSM'nin bulunduğu bölgedeki hastaların tespiti ve gerekli kurumlarla koordinasyonun sağlanması, hasta ve yakınlarının kuruma davet edilmesi, yatışın gerekli olduğu durumlarda hastanın ilgili kuruma sevk edilmesi, damgalanma karşıtı çalışmalar yapılması, hastanın güçsüz olduğu durumlarda sorunlarının çözümü için destek sağlanması olarak sıralanabilir (Sağlık Bakanlığı, 2011b).

Özetlemek gerekirse; toplum ruh sağlığı merkezi çalışmaları kapsamında sosyal çalışmacılar damgalama karşıtı çalışmalar için multidisipliner bir anlayış geliştirir, bu anlayışla sosyal refahın artmasına yönelik çalışmalarda bulunur. Sosyal hizmet mesleğinin mikro, mezo ve makro düzeydeki uygulamaları sosyal hizmet uzmanının danışanlarını pek çok yönden değerlendirebilmesini ve mesleki müdahalelerini organize etmesine imkân sağlar. Özellikle şizofreni hastalarının damgalanmasını önlemek amacıyla gerçekleştirilecek sosyal politika uygulamalarında sosyal hizmet uzmanı damgalanmanın nedenleri ve damgalanmanın hastalar üzerindeki sonuçlarıyla ilgili araştırmalar yapmak, ruhsal hastalıklar konusunda toplumu bilgilendirmek, ruh sağlığı kurumlarında çalışan personeli eğitmek sosyal hizmet uzmanlarının önemli görevleri olarak sıralanabilir (Güzel & Yanardağ, 2021).

## SONUÇ

Tüm dünyada gerçekleşen ekonomik krizler, sosyal ve demografik değişimler bütün dünya ülkelerini, bireyleri ve aileleri etkisi altına alarak ruhsal hastalıkların sayılarının artış göstermesine neden olmaktadır. Bunun sonucunda da yeni çözümlere gereksinim duyulmaktadır. Yeni çözümlerin gerçekleşmesi amacıyla yeni yasalara, yeni hizmet modelleri ve yeni kurumlara ihtiyaç vardır. Günümüzde en çok gereksinim duyulan yenilik ülkemizin ruh sağlığı hizmet modelinin toplum temelli hizmet modeli anlayışına sahip olmasıdır. Ülkemizde Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planının kabul edilmesiyle toplum temelli hizmet modeline geçişte önemli bir adım atılmıştır ve bunun sonucunda 2009 yılında toplum ruh sağlığı merkezleri pilot il olan Bolu başta olmak üzere ülke genelinde açılmaya başlamıştır.

Toplum ruh sağlığı merkezleri bipolar bozukluk, şizofreni gibi ağır ruhsal bozukluğa sahip bireylerin toplum içinde tedavisinin gerçekleştiği, hastaların işlevselliklerinin artırıldığı, ağır ruhsal bozukluğa sahip bireylerin topluma kazandırıldığı, müracaatçılarla sosyal hizmet uygulamasının gerçekleştirildiği kurumlar olarak ifade edilebilir. Toplum ruh sağlığı merkezlerinde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının damgalanma karşıtı çalışmalar yapması, birey ve ailelere yönelik eğitimler vermesi, ev ziyaretleri yapması, gerekli kurumlarla koordinasyonu sağlaması hasta ve aileleri için oldukça önem arz etmektedir. Fakat günümüzde veriler incelendiğinde ruh sağlığı alanında çalışan personel sayısının ve sosyal hizmet uzmanı sayısının, aynı zamanda devletin ruh sağlığı hizmetlerine ayırdığı bütçenin miktarı oldukça az olduğu görülmektedir. Toplumda yer alan birey ve ailelerin ruh sağlığı problemleri çözülmeden sosyal ve ekonomik bir toplum inşa etmek söz konusu olmayacaktır. Bu nedenle ruh sağlığı alanında çalışan personel sayılarının, merkez sayılarının, devlet tarafından ruh sağlığı hizmetlerine aktarılan ödenek miktarlarının ve medyadaki bilinçlendirme çalışmalarının artırılması gerekmektedir. Bunların gerçekleşmesi için de ilk olarak bir “Ulusal Ruh Sağlığı Yasası”nın çıkarılması gerekmektedir. Tüm bunların sonucunda ruhsal bozukluğa sahip pek çok hasta topluma kazandırılarak tedavileri güvenli bir ortamda gerçekleştirilecektir.

Sonuç olarak; TRSM hizmetleri sonucunda multidisipliner ekip tarafından gerçekleşen psikososyal müdahaleler sayesinde topluma daha aktif katılan, ilaç tedavisine uyum gösteren, ev dışında vakit geçirebilen hastaların bakım verenlerine olan ihtiyaçlarının azalması sonucunda hem devlet için hem de hastanın ailesi için fayda sağladığı gerçeği TRSM’lerin niteliğinin pozitif yönde geliştirilmesi ve Türkiye’de yaygınlaştırılması gerekliliğini gözler önüne sermektedir.



## KAYNAKÇA

- Alataş, G., Karaoğan, A., Arslan, M., & Yanık, M. (2009). Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli ve Türkiye'de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Projesi. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, 46.
- Attepe Özden, S. (2015). Şizofreni Tanısı Almış Bireylerin Ailelerinin Bakımverme Deneyimleri ve Sosyal Destek İlişkilerinin Psikiyatrik Sosyal Hizmet Temelinde İncelenmesi, Doktora Tezi, Ankara.
- Aydin, M., Altınbaş, K., Nal, Ş. O., Ercan, S. K., Ayhan, M. G., Usta, A., & Özbek, S. (2020). Toplum ruh sağlığı merkezlerine devam eden şizofreni hastalarının bakımevinde veya evlerinde yaşama durumlarına göre karşılaştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 21(1), 14-22.
- Başer, D., Kırhoğlu, M., & Aktaş, A. M. (2013). Sosyal hizmet mesleğinin bir uygulama alanı olarak toplum temelli ruh sağlığı sistemi ve güncel değişimler. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 24(2), 179-192.
- Bekiroğlu, S., & Demiröz, F. (2020). Toplum ruh sağlığı merkezlerinden hizmet alan ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerin sosyal işlevselliğinin incelenmesi. *Toplum ve sosyal hizmet*, 31(3), 1053-1079.
- Bentley, K. J., Walsh, J., & Farmer, R. L. (2005). Social work roles and activities regarding psychiatric medication: Results of a national survey. *Social Work*, 50(4), 295-303.
- Bilge, A., Mermer, G., Çam, O., Çetinkaya, A., Erdoğan, E., & Üçkuyu, N. (2016). Profile Of Community Mental Health Centers In Turkey Between 2013-2015 Years. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2 (2), 1-5.
- Bozan, M. (2019). Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden Hizmet Alanların İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal İşlevsellik Durumlarının İncelenmesi: Eskişehir Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Bruckner, T. A., Singh, P., Snowden, L. R., Yoon, J., & Chakravarthy, B. (2019). Rapid growth of mental health services at community health centers. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 46(5), 670-677.
- Corrigan, P. W., & McCracken, S. G. (2005). Place first, then train: an alternative to the medical model of psychiatric rehabilitation. *Social work*, 50(1), 31-39.
- Çiçekoğlu, P. & Duran, S. (2018). Dünyada ve Türkiye'de toplum temelli koruyucu ruh sağlığı hizmetleri. *İçinde Ünsal Barlas G,(Ed.) Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği, Türkiye Klinikleri, Ankara*, 8-18.
- Çölgeçen, Y., & Abay, A. R. (2018). Psikiyatrik sosyal hizmet-koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici ruh sağlığı alanında sosyal çalışmacıların rolü. *OPUS International Journal of Society Researches*, 9(16), 2147-2185.

- Dhavaleshwar, C.U. (2016). The role of social worker in community development. *International research journal of social sciences*, 5(10), 61-63.
- Erdeniz, E. (2021). Toplum ruh sağlığı merkezine devam eden hastaların covid-19 pandemi sürecinden etkilenme durumları. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Ertem, M. Y. (2020). Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden Hizmet Alan Hastaların Aile İşlevlerinin Değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(3), 161-171.
- Etike, B., & Yeğin, M. (2019). Toplum ruh sağlığı merkezlerinin bina program verilerinin belirlenmesi. *Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Mühendislik Bilimleri Dergisi*, 8 (2), 1229-1250 .
- Güzel, S., & Yanardağ, M. Z. (2021). Çevresel ve Sosyal Faktörler ile Ruh Sağlığı Üzerine Bir İnceleme: Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Hizmet Mesleğinin Önemi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(1), 142-150.
- Henning, S. (2018). Psychiatric social work training: Justifying a profession. *Practice*, 30(4), 239-256.
- Howard, K. I., Cornille, T. A., Lyons, J. S., Vessey, J. T., Lueger, R. J., & Saunders, S. M. (1996). Patterns of mental health service utilization. *Archives of General Psychiatry*, 53(8), 696-703.
- Karataş, S., & BB, Ç. (2020). Toplum Ruh Sağlığı Modelleri: Dünyada ve Türkiye'deki Mevcut Durum. *Türkiye Klinikleri J Intern Med*, 5(1), 34-41.
- Kaymaz, T. (2020). *Toplum ruh sağlığı merkezine en az 2 yıl kayıtlı olan şizofreni hastalarının nesnel iyileşme ölçütlerine göre değerlendirilmesi* (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Kesebir, S., İnanç, L., Bezin, Ç. H., & Cengiz, F. (2013). Kadınlarda bipolar bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(2).
- Keyho, K., Gujar, N. M., Ali, A., & Sahu, K. K. (2020). Psychiatric social work intervention with a person with severe depression based on cognitive behavioural case work approach: A case study. *Indian Journal of Psychiatric Social Work*, 11(1), 36-42.
- Küçükbükcü, R. A., & Çamur, G. (2021). Psikiyatrik sosyal hizmet amaçları-rolleri-sorumlulukları. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 463-476.
- Lieberman, F. (1987). Psychotherapy and the clinical social worker. *American Journal of Psychotherapy*, 41(3), 369-383.
- Myerson, A. (1918). The psychiatric social worker. *The Journal of Abnormal Psychology*, 13(4), 225.
- Oral, M., & Tuncay, T. (2012).Ruh sağlığı alanında sosyal hizmet uzmanının rol ve sorumlulukları.*Toplum ve Sosyal Hizmet*, 23(2), 93-114.
- Özdemir, İ., Şafak, Y., Örsel, S., Karaoğlan Kahiroğulları, A. & Karadağ, H. (2017). Bir toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastalarına uygulanan ruhsal-toplumsal

- uyumlandırma etkinliğinin araştırılması: Kontrollü çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18(5), 419-427.
- Öztürk M.O., & Uluşahin A. (2016 ) *Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları* (14. Baskı) Ankara: Miki Matbaacılık, 190- 245.
- Pearson, V., & Phillips, M. (1994). Psychiatric social work and socialism: problems and potential in China. *Social Work*, 39(3), 280-287.
- Rosen, A., Gill, N. S., & Salvador-Carulla, L. (2020). The future of community psychiatry and community mental health services. *Current opinion in psychiatry*, 33(4), 375-390.
- Sağlık Bakanlığı (2006). Türkiye Cumhuriyeti ruh sağlığı politikası. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2006.
- Sağlık Bakanlığı, (2022). Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) Nedir? Erişim Tarihi: 17.05.2022. Erişim Adresi: <https://surmenedh.saglik.gov.tr/TR-309608/toplum-ruh-sagligi-merkezi-trsm-nedir.html>
- Sağlık Bakanlığı. (2011a). Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı. Erişim Tarihi: 13.06.2022. Erişim Adresi: 2011-2023. [http://ahmetsaltik.net/arsiv/2014/07/ULUSAL\\_RUH\\_SAGLIGI\\_EYLEM\\_PLANI\\_2011-2023.pdf](http://ahmetsaltik.net/arsiv/2014/07/ULUSAL_RUH_SAGLIGI_EYLEM_PLANI_2011-2023.pdf)
- Sağlık Bakanlığı. (2011b). Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge (Mülga). Erişim Tarihi: 19.06.2022. Erişim Adresi: <https://www.saglikaktuel.com/haber/toplum-ruh-sagligi-merkezleri-hakkinda-yonerge-15864.htm>
- Saruç, S., & Duyan, V. (2009). Psikiyatride ekip çalışması ve sosyal hizmet bakış açısı. *Kriz Dergisi*, 17(1), 37-44.
- Saruç, S., & Kılıç, A. K. (2015). Toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan hastaların sosyal profili ve merkezde verilen hizmetler. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 26(2), 53-72.
- Stromwall, L. K., & Hurdle, D. (2003). Psychiatric rehabilitation: An empowerment-based approach to mental health services. *Health & Social Work*, 28(3), 206-213.
- Stuart, P. H. (1997). Community care and the origins of psychiatric social work. *Social Work in Health Care*, 25(3), 25-36.
- Şahin, Ş., & Elboğa, G. (2019). Toplum ruh sağlığı merkezinden yararlanan hastaların yaşam kalitesi, tıbbi tedaviye uyumu, içgörü ve işlevsellikleri. *Cukurova Medical Journal*, 44(2), 431-438.
- Thornicroft, G., Deb, T., & Henderson, C. (2016). Community mental health care worldwide: current status and further developments. *World Psychiatry*, 15(3), 276-286.
- Timms, N. (2018). *Psychiatric Social Work in Great Britain 1939-1962*. Routledge.
- Toper, F. (2022). Politik sosyal hizmet. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 33(3), 1009-1025.

- Ulaş, H. (2008). Batı Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye'de Psikiyatrik Hizmetler. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 11(2), 2-12.
- Ün, L. (2022). Kamu hizmetinde yeni konsept: Akıllı kamu hizmeti. *Bingöl Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 6(2), 415-440.
- Yeloğlu, Ç. H. (2017). Önemli bir ruh sağlığı sorunu: bipolar bozukluk. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 8(30), 41-54.