

Derleme

RUH SAĞLIĞI ALANINDA SOSYAL HİZMET UZMANLARININ ROL VE SORUMLULUKLARI

Roles and Responsibilities of Social Workers in the Mental Health Field

Meltem ORAL*
Tarık TUNCAY**

* Sosyal hizmet uzmanı (MSW, LCSW),
Atatürk Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı,

** Doç. Dr. Hacettepe Üniversitesi,
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
Sosyal Hizmet Bölümü,

ÖZET

Sosyal hizmetin ruh sağlığı sorunlu olarak tanımlanan bireyler, aileler ve gruplarla ilişkisi aslında psikiyatrik sağaltım alanının içinde olduğu kadar, bu alanın dışındaki birçok kurumsal yapı ve hizmet içinde kuruludur. Toplumun bakımı, korunması gereken, önemli bir oranı istismar mağduru olan veya ihmal edilen çocuk, genç, yaşlı ve özür-lü gibi özel gereksinim ve risk gruplarına refah hizmeti sunulmakta, bu gruplara psiko-sosyal iyileştirme odaklı müdahaleler ya-

pılmaktadır. Toplumsal damgalanmaya maruz kalan marjinal azınlıklarla, eşcinsellerle, suça itilen çocuklarla, hükümlülerle, bağımlularla yine psikososyal odaklı çalışmalar yüz yıldan fazla süredir yapılmaktadır. Psikiyatrik sosyal hizmet, sağlık ve sosyal refahın birçok alanında bireysel danışmanlık, toplumla çalışma, grup çalışması, sosyal eylem, sosyal planlama ve sosyal politika gibi uygulama yöntemlerini kullanarak etkinliğini devam ettirmektedir. Burada söz edilen bütün gruplara yapılan profesyonel müdahalelerde önemli bir ruh sağlığı bilgisine başvurulmaktadır. Sosyal hizmet eğitiminde verilen dersler mezunları çeşitli alanlarda uygulama yapmaya hazırlamakta ve mesleğin müdahale odaklarının geniş kapsamlı oluşu onu ruh sağlığı alanında avantajlı konuma getirmektedir. Bu yazıda Türkiye’de psikiyatrik sosyal hizmetin yeri ve psikiyatride sosyal hizmet mesleğinin temel işlevleri çeşitli yönleriyle ele alınmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Psikiyatri, sosyal hizmet, psikiyatrik sosyal hizmet uzmanı, ruh sağlığı, mesleki işlevler

ABSTRACT

Individuals who are defined as having mental health problems according to the Social Work profession and the relationship with their families and groups falls not only within the area of psychiatric treatment but it is also based on many corporate structures and services outside of it. Psychosocial interventions are administered and welfare services are offered in order to improve the lives of those in the community who need to be protected and those with special needs and risk groups where a substantial proportion of the children, youth, elderly and disabled are victims of abuse or neglect. Psychosocial work has been done with marginalized minorities who are exposed to social stigmatization, gays, children pushed into crime, offenders and addicts for the past hundred years. Psychiatric social work continues to show

its effectiveness in many areas of health and social welfare through using practice methods such as individual counseling, community work, group work, social action, social planning and social policy. Extensive mental health knowledge is required in order to administer professional interventions with the groups mentioned above. Courses offered in social work education prepare graduates to practice in various areas and the comprehensiveness of the interventions brings professional advantages in the field of mental health. This paper discusses the place of psychiatric social work in Turkey and the various aspects of the basic functions of social work profession in psychiatry.

Key Words: *Psychiatry, social work, psychiatric social worker, mental health, professional functions*

GİRİŞ

Sosyal hizmet, kendisine ait misyonu, bilgi temeli, değerler sistemi, etik kuralları ve beceri repertuarı olan bir meslektir. Temelde, birey ve sosyal çevresi arasındaki etkileşime odaklanır, psikososyal ve ekonomik eksenli sorunların ortadan kaldırılması sorumluluğunu taşır. Psikiyatri ise tıbbın bir ihtisas alanıdır. Ruhsal bozuklukların tanısında, sağaltımında ve toplumun ruh sağlığının korunmasında sorumluluğu birincil düzeyde ve evrensel olarak psikiyatri uzmanı hekim taşır. Fakat hekim bu sorumluluğu tek başına üstlenmemiştir. Psikiyatrik sağaltım ekip çalışmasıyla yürür ve hekimin koruma, iyileştirme ve geliştirme rollerine katkı verecek başka bazı mesleklerin profesyonelleri de onunla birlikte. Bunlardan biri sosyal hizmet uzmanıdır. Zira genelde sağlığın özelden ruhsal sağlığın bedensel, ruhsal ve

sosyal öğelerden oluştuğu ve bunlardan birinde yaşanan sorunun diğerlerini de olumsuz etkileyeceği Dünya Sağlık Örgütü tarafından kabul edilen tanımlamada belirtilmiştir. Bu tanıma esas olan bilimsel perspektif insanın biyopsikososyal bir varlık olduğunu ve tıbbın sağlık sorunlarına bütüncül yaklaşmasının zorunluluğunu hatırlatmaktadır. Tanım ayrıca iki bağımsız disiplin olan psikiyatrinin ve sosyal hizmetin ortak bir paydada yan yana gelmesinin rasyonalitesini ortaya koymaktadır. Psikiyatri hastayı sağlığına yeniden kavuşturma çabasında bedensel ve ruhsal öğelere odaklanırken, sosyal hizmet sosyal öğelere odaklanır. Diğer ifadeyle, sosyal hizmet uzmanı sosyal sağlığın temininde etkin ve karar verici konumdadır. Ruhsal ve bedensel sağlığın temininde karar verici olan uzman hekimi ise destekleyici rolleri vardır.

Sosyal hizmet, psikiyatri alanında yüz yılı aşkın bir süredir vardır. Modern psikiyatrinin yüz yılı biraz fazla süredir var olduğu düşünüldüğünde iki uygulamalı disiplinin de başından beri birlikte gelişme gösterdiğini söylemek olanaklıdır. Toplum ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesinden, tanı, sağaltım ve izleme süreçlerine kadar genişleyen yelpazede sosyal hizmet uzmanlarını psikiyatri alanında çeşitli roller üstlenirken görmek olanaklıdır. Temelde, sosyal hizmetin dört yıllık lisans eğitimiyle kazanılan genel bilgi ve beceri repertuarı kullanılarak çalışılmaktadır. Sosyal hizmet lisans eğitiminde yer alan; psikolojiye giriş, krize müdahale ile gelişim psikolojisi, sosyal psikoloji, davranış bozuklukları psikolojisini içeren insan davranışı ve sosyal çevre derslerinin yanı sıra görüşme yöntemleri, tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet dersleri ruh

sağlığı alanındaki temel kuramsal bilgi ve beceri gereksinimini karşılamaya dönüktür. Ayrıca süpervizyon altında bir öğretim yılı süren hastane ve klinik uygulamaları da sosyal hizmet lisans eğitim programları kapsamındadır.

Kimi durumlarda ise, lisans eğitiminin sonrasında ruh sağlığı alanında uzmanlaşma sağlayan, yoğunlaştırılmış dersleri içeren sosyal hizmet yüksek lisans eğitimiyle özel psikiyatrik sosyal hizmet bilgi ve becerileri sosyal hizmet uzmanlarına kazandırılmaktadır. Ayrıca, uluslararası geçerliliği olan ve belirli bilimsel yaklaşımlara göre tasarlanmış bir programla psikoterapi eğitimi almış sosyal hizmet uzmanları ruhsal sağaltımda daha etkin rol alabilirler. Görüldüğü gibi, sosyal hizmet uzmanının alana ilişkin bilimsel donanımı arttıkça sağaltımda üstlendiği işlev ve roller çeşitlenmektedir.

Ruh sağlığı alanında sosyal hizmet uzmanının temel işlevlerini konu alan bu derleme üç bölümden oluşmaktadır. Derlemenin *birinci bölümünde*, Türkiye'de psikiyatrik sosyal hizmetin yeri ve ulusal ruh sağlığı eylem planı ele alınacak, *ikinci bölümünde* ruh sağlığının toplumsal bağlamı, ruh sağlığı tanımının medikal ve sosyal model olarak ele alındığı iki ana boyut ve klinik yöntemin hasta-merkezli olduğu biyopsikososyal yaklaşım ele alınıp, sosyal sorunların ruh sağlığı üzerindeki etkileri incelenecek ve *üçüncü bölümünde* ise ruh sağlığı alanında uzmanlaşmış sosyal hizmet uzmanlarının müracaatçılarıyla sorunlarıyla ilgili olarak klinik ve toplumsal düzeyde nasıl müdahalelerde bulunabileceklerine ve sosyal hizmet uzmanlarının sahip olması gereken bilgi ve becerilere değinilecektir.

1. BÖLÜM

Türkiye'de Psikiyatrik Sosyal Hizmetin Yeri

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) verilerine göre, dünyada yeti yitimine en çok yol açan 10 hastalıktan beşini ruhsal hastalıklar oluşturmaktadır. Bu hastalıklar sırasıyla Depresyon, Alkol kullanımı, Bipolar bozukluk, Şizofreni ve Obsesif Kompulsif Bozukluktur. Ruhsal bozukluklar yeterince tedavi edilemediği zaman daha çok işlev ve işgücü kaybı ve ailesel sorunlara yol açmakta, hastalığının yaygınlığının ve tedavi maliyetlerinin artmasına katkıda bulunmaktadır (Özer, 2009).

Yine, Dünya Sağlık Örgütü'nün (2005) verilerine göre Türkiye'de 10.000 kişiye 1.3 yatak ve 100.000 kişiye de 1 ruh sağlığı uzmanı, 1 psikolog, 3 psikiyatri hemşiresi ve 1 sosyal hizmet uzmanı düşmektedir. Ülkemizde ruh sağlığı politikası 2006'da resmîyet kazanmış olsa da henüz yürürlükte olan bir ruh sağlığı yasası bulunmamaktadır (Ulaş, 2008). Ayrıca, Türkiye'nin Gayri Safi Yurtiçi Hasıladan sağlığa ayırdığı pay %5 olmakla birlikte, ruh sağlığına toplam sağlık bütçesinin %1'inden daha az pay ayırdığı tahmin edilmektedir (Özer, 2009). Dolayısıyla, Türkiye ruh sağlığı alanında insan gücü, yasal mevzuat ve kaynaklar alanında halen çok yetersizdir.

Bu durum sosyal hizmet mesleği için de geçerlidir. Özdemir (2000), Türkiye'de psikiyatri kurumlarında sosyal hizmet mesleği ile ilgili yaptığı bir çalışmanın sonucunda Türkiye'de genel anlamda psikiyatri tedavi kurumlarında sosyal hizmet uygulaması gibi bir olgudan bahsetmenin imkansızlığını belirtmiştir. Öyleyse, ruh sağlığı alanında bulunan

diğer sağlık çalışanları gibi sosyal hizmet uzmanı eksikliğinin de giderilmesi ve bu alanda çalışan sayısının ve niteliğinin artırılması gereklidir. T.C. Sağlık Bakanlığı, sağlık kurum ve kuruluşlarından hizmet alan özürsüz, kimsesiz, yoksul, sağlık güvencesiz, yaşlı, mülteci, sığınmacı, aile içi şiddet mağduru, il dışından gelen ve başka hastalar öncelikli olmak üzere sosyal hizmet müdahalesine ihtiyaç duyan tüm hastaların tedavi sürecinde yaşadıkları psikososyal ve sosyoekonomik sorunlarının zamanında çözümlenmesi amacıyla tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının standardize edilmesi, etkinleştirilmesi, yaygınlaştırılmasına ve geliştirilmesine yönelik düzenleme yapılmasına ihtiyaç duymuş ve Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi'ni yayınlamıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011). Bu yönerge ile Bakanlığa bağlı çalışan sosyal çalışmacıların görev tanımları ve çalışma prosedürleri detaylı tanımlanmıştır. Sağlık Bakanlığı verilerine göre Türkiye'de sağlık alanında aktif olarak çalışan 613 sosyal çalışmacı bulunmaktadır. Bu kişilerin 529'u Sağlık Bakanlığında, 71'i üniversitelerde çalışırken 13 sosyal çalışmacı özel sektörde hizmet vermektedir. 2010-11 eğitim yılı itibarıyla ülkemizde 10 üniversitede 678 sosyal hizmetler kontenjanı vardır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı

Türkiye'de ruh sağlığı politikası metninin kabulü sonrasında, T.C. Sağlık Bakanlığı "Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı" geliştirme çalışmalarına başlamış bu çerçevede ülke genelinde psikiyatri hizmeti veren kurum temsilcilerinin, akademisyenlerin ve sivil toplum kuruluşlarının katılımı ile bir dizi toplantı

yapılmıştır. Hazırlanan taslak metin için ulusal katılımcıların yanı sıra DSÖ adına çalışan ruh sağlığı politikaları konusunda uzmanlar ile de değerlendirme toplantıları ve atölye çalışmaları düzenlenmiş, sonuçta somut aktiviteler belirlenmiştir.

Hedefler

2011-2016 Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'ndaki hedefleri arasında bir ruh sağlığı koordinasyon kurulu kurmak, toplum temelli ruh sağlığı sistemine geçmek, ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı damgalama ve ayrımcılığı ortadan kaldırmak, kadına yönelik şiddeti azaltmak ve sağlıkla ilgili etkilerini önlemek, çocuk istismarını önlemek, intihar azaltmak, afetlere müdahale alanında organizasyon ve planlar geliştirmek ve hayata geçirmek, birinci basamak ve aile hekimlerinin psikiyatrik bozuklukların tanı, tedavi ve takipleri konusunda bilgilerini artırmak, birinci basamak ve aile hekimlerini toplum temelli ruh sağlığı uygulamalarına entegre etmek, riskli gruplara yönelik koruyucu hizmet ve erken tanılama ile ilgili yürütülmekte olan ruh sağlığı programlarının aile hekimliği sistemine entegrasyonunu sağlamak, genel psikiyatri yataklarının ülke geneline yayılacak şekilde sayısını artırmak ve 100 bin kişiye düşen yatak sayısını 8'den 13'e çıkarmak, yüksek güvenlikli psikiyatri ve tutuklu psikiyatri yataklarının ülke geneline yayılacak şekilde sayısını artırmak ve 100 bin kişiye düşen adli psikiyatri yatak sayısını 0,9'dan, 3'e çıkarmak, ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencisi kontenjanını yılda ortalama 160'dan 350 'ye çıkarmak, çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencisi kontenjanını yılda ortalama

35'den 70'e çıkarmak, ruh sağlığı alanında çalışanların niteliğini artırmak, sağlıklı çocuk takip programlarına psikososyal gelişim programlarını da entegre etmek, gelişme geriliği olan veya zihinsel-ruhsal bozukluğu olan çocukların tedavi ve rehabilitasyon süreçlerini iyileştirmek, ruh sağlığı alanında verilen hizmetleri denetlemek ve ruh sağlığı alanında hasta hakları, uygulama usul ve esasları, çalışanların sorumluluk ve yetkileri konularında eksik olan yasal mevzuatı tamamlamak bulunmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011)

Şüphesiz, Sağlık Bakanlığı'nın Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nda hedeflediği amaçları gerçekleştirmede bu alanda çalışan sosyal hizmet uzmanlarına da büyük görevler düşmektedir. Ülkemizde psikiyatri alanında çalışan sosyal çalışmacıların sayısının artırılması toplum temelli ruh sağlığı uygulamalarına geçildiği bu yıllarda bireylere psikososyal destek hizmetlerinin verilmesi açısından önem arz etmektedir. Sağlık Bakanlığı, bakanlığa ait yataklı sağlık tesislerine bağlı olarak faaliyet göstermek üzere toplum ruh sağlığı merkezlerinin kurulması ve işleyişi hakkındaki usul ve esasları belirleyen bir yönerge yayımlamıştır (Şubat, 2011). Merkezde görevlendirilecek sosyal çalışmacının hem kendine ait hem de diğer çalışanlarla ortak görev ve sorumlulukları belirlenmiştir. Sosyal Hizmet Uzmanının kendine ait görev ve sorumlulukları arasında;

- Merkezin sorumlu olduğu bölgedeki hastaların tespit etmek ve merkeze kaydını temin etmek için ilgili kurum ve kişilerle irtibat kurmak,
- Hasta veya yakınlarıyla irtibat kurarak merkez hakkında bilgi vermek

ve merkeze davet etmek,

- Hastaneye yatışı gereken, bakıma muhtaç ya da çalışabilecek duruma gelmiş hastaların; hastane, bakım kurumu, korumalı iş yeri ihtiyacına cevap verebilmek için ilgili kurumlarla irtibat kurmak,
- Damgalama karşıtı çalışmalar için kurumlar arası işbirliğini sağlamak ve geliştirmek. Hastaları sosyal ve hukuki hakları konusunda bilgilendirir, karşılaştıkları güçlüklerin çözümlenmesinde destek hizmeti vermek,
- Sivil toplum kuruluşları ve diğer kurumlarla ilişkileri sağlamak bulunmaktadır.

Diğer personel ile ortak olan sorumlulukları arasında ise;

- Merkeze gelen hasta veya yakınlarına merkezin amacı ve işleyişi hakkında bilgi vermek, hastalara bireysel danışmanlık hizmeti vermek, grup terapisi yapmak ve psikososyal beceri eğitimi vermek.
- Hasta ve ailelerine psiko-eğitim vermek ve gezici ekibinin çalışmalarına da katılmak.
- Ev ziyareti sırasında yatış endikasyonu gerektiren bir durum tespit edilirse, hastanın ilgili kliniğe nakledilmesini sağlamak.
- İstatistiksel bilgilerin toplanmasında ve değerlendirilmesinde görev almak,
- Merkeze devamı sağlanamayan hasta veya yakınlarıyla irtibat kurmak ve merkezin hastayla bağlantısını oluşturmakla ilgili görevler yer almaktadır.

Sosyal hizmet eğitimi alan öğrencilerin mezuniyet sonrasında ruh sağlığı alanındaki mesleki hayatlarında ülkemizde bu alandaki gelişmelere ayak uydurabilmesi için derlemenin ikinci ve üçüncü bölümünde ruhsal hastalığın toplumsal bağlamı ve psikiyatrik sosyal hizmet uzmanının temel işlevlerinden bahsetmek faydalı olacaktır.

2. BÖLÜM RUHSAL HASTALIĞIN TOPLUMSAL BAĞLAMLI

Günümüzde ruh sağlığı ve bozukluklarına ilişkin genel yaklaşım gelişmiş ülkelerden başlayarak bir paradigma değişimi geçirmiştir. Hem alanla ilgili bilimsel çevreler hem de toplum, ruhsal sorunları yalnızca bireysel sağlık sorunları olarak tanımlamamaktadır. Ruh-sal sorunlar aynı zamanda (yoksulluk, işsizlik, madde bağımlılığı, aile çözümleri, korunmaya muhtaç çocuklar, sokak çocukları vb. birbiriyle bağlantılı sorunlar gibi) sosyal sorun kavram-sallaştırması içindedir. Dolayısıyla temelde bütün sosyal sorunların çözülmesi ya da iyileştirilmesinde kendisine sorumluluk verilen sosyal hizmet disiplinini ve mesleği de ruh sağlığı alanıyla olan bağını bu değişimle birlikte daha çok sıkılaştırmıştır.

Sosyal hizmet ruh sağlığı alanında, hastalıkların psikososyal özelliklerinin yanı sıra toplumsal bağlamı ve sonuçlarına odaklanmaktadır. Sosyal hizmet uygulamasının amacı, hasta ve ailesine yönelik psikososyal iyileştirme, birey, aile ve toplumsal düzeylerde refah düzeyini yükseltme, bireylerin hayatları üzerindeki gücü ve kontrolü arttırma ve sosyal adalet ilkelerini geliştirmektir. Psikiyatride sosyal hizmet uygulaması birey ve çevre arasındaki kesişme

noktalarında gerçekleşir. Sosyal hizmet müdahalesi bireyle başlar ve aile, sosyal ağlar ve topluma kadar uzanır.

Toplumsal bağlamda sosyal hizmet, bireyin sosyal çevresinin ruh hastalığı deneyimini ve ruhsal sağlık sorunlarını nasıl şekillendirdiğiyle ilgilenir. İlgilendiği konular arasında bireysel sorunlar, korunmasızlık ve direnç, aile işlevselliği, güçlü yanlar ve stresörler, destek ağları, kültür, topluluklar, sınıf, cinsiyet ve etnik köken yer almaktadır. Ego işlevselliğinin intrapsişik yönleri, özgüven, tinsellik ve aile işlevselliğinin kişilerarası yönleri ve kişisel ilişkilere ek olarak sosyal hizmet ekonomik refah, istihdam ve barınma gibi daha geniş konularla da ilgilenir (AASW, 2008). Toplumsal sonuçlar açısından sosyal hizmet, akıl hastalığı ve ruhsal sağlık sorunlarının hem birey, aile ve kişisel ilişkiler üzerindeki etkisi hem de benlik duygusu, aile refahı, ekonomik güvenlik, istihdam ve barınma gibi toplum üzerindeki etkisiyle ilgilenir. Sosyal hizmet, hem akıl hastalıkları hem de çocukların korunması ve aile içi şiddet gibi geniş anlamda sağlık ve refah konuları ile de ilgilenmektedir (AASW, 2008).

Sosyal adalet düzeyinde ise sosyal hizmet, damgalanma, ayrımcılık, politik özgürlük ve insan hakları konularıyla ilgilenirken, aynı zamanda gerekli tedavi ve destek hizmetlerini sağlamayla da ilgilenmektedir. Ayrıca, sosyal hizmet, akıl hastalığı olan kişilerin, ailelerinin ve bakımverenlerin özel ihtiyaçlarına duyarlı olup hizmetlerin daha erişilebilir hale gelmesinde rol oynamaktadır.

Sosyal hizmet uzmanlarının değişim ve değişimi kolaylaştırmadaki rolleri hakkındaki görüşlerini yeniden yapılandırmaları ve güçlendirmeleri için ruh

hastalığı tanımının iki ana boyutta tartışıldığı medikal ve sosyal yaklaşıma hakim olmaları gerekir.

Medikal Model - Sosyal Model

Ruh sağlığının tamamlayıcı öğeleri kuşkusuz bedensel ve sosyal sağlıktır. Ruh sağlığı ve hastalıklarını açıklama çabasında iki farklı yaklaşım bilim çevreleri ve toplum arasında iki karşıt kutup yaratmıştır. Bir tarafta modern tıbbın referansı ve ruhsal sağaltımda egemen model olan medikal modeldir. 'Medikal model' batı dünyasında hekimler tarafından uygulanan ve hastalığın tanı ve tedavisi için kullanılan geleneksel bir yaklaşımdır. Bu modelde doktor hastadaki kusur veya işlevsizlik üzerinde durarak sorun çözme yaklaşımı kullanmaktadır. Tıbbi öykü, fizik muayene ve tanı amaçlı testler hastalığın tanımlanması ve tedavisi için temel oluşturmaktadır. Yani medikal model belirli hastalıkların ve durumların fiziksel ve biyolojik yönleri üzerine odaklanmıştır. Fakat hastalığa veya soruna katkıda bulunabilecek sosyal faktörleri ya da bireysel öznelliği bu sürece katmaz. Bu model aynı zamanda tanının doktor ve hasta arasındaki müzakere sonucu konduğu gerçeğini gözden kaçırmaktadır.

Medikal modele göre ruh hastalığı bir eksiklik ya da anormallik olarak görülürken, ruh hastalığına sahip olmak olumsuz bir şey olarak kabul edilmektedir. Ruh hastalığının bireyden kaynaklandığı düşüncesi vardır. Ruhsal sorunlar için çare ise bireyin normalleştirilmesidir. Çare için de profesyonel yardım gereklidir. Medikal modele göre, toplumun ruh hastalığı olan kişileri nasıl gördüğü de sosyal modele göre farklıdır. Bu modele göre ruh hastalığı kişiyi bir şeyler yapmaktan alıkoyar ve

bu hastalık kimsenin istemeyeceği bir şey olup kişileri kötü yönde etkilemektedir. Ruh hastalığının insanın başına gelebilecek en kötü şeylerden biri olduğu düşüncesi vardır. Sorunları çözenin yolu ise kişileri mümkün olduğunca özürsüz durumundan çıkarmaya çalışmaktır. Ruh hastalığı olan kişilerin toplumda yer edinebilmeleri için sadece profesyonellere ihtiyaçları vardır (Gill, 1987). Diğeri ise ruhsal sorunları açıklarken başvurulan ve sosyal çevrenin hem bozucu hem de iyileştirici etkisini vurgulayan sosyal modeldir. Psikiyatrik tedavilerde biyopsikososyal yaklaşımın önemli bir yeri vardır. Biyopsikososyal model; beyin ve periferik organların bir kompleks olarak birleşmesi ve karşılıklı olarak ilişki içinde olmaları ve fiziksel uyarılara olduğu gibi sosyal değişikliklere de duyarlı oldukları temeline dayanır (Engel, G. 1977). Bu model kişilerin patolojik olarak çevresel streslere ve intrapsişik çatışmalara potansiyeli olabileceğine inanmaktadır. Duygular organizmaya stresli olayların anlamı ile fizyolojik fonksiyonların değişimi arasında köprü olabilirler.

Sosyal modele göre ise ruh hastalığı farklılıktır. Ruh hastalığına sahip olmak nötr bir durumdur. Ruh hastalığı birey ve toplum arasındaki iletişimden kaynaklanır. Ruhsal sorunlar için çare birey ve toplum arasındaki iletişimin değiştirilmesidir. Çare ise bireyle toplum arasındaki düzenlemeleri yapacak bir savunucu ya da kişinin kendisi olabilir. Sosyal modele göre toplumun ruh hastalığı olan kişileri nasıl gördüğüne bakılacak olursa, ruh hastalığı cinsiyet ve etnik köken gibi sadece bir farklılıktır. Ruh hastalığına sahip olmak iyi ya da kötü olarak nitelendirilemez, hastalık sadece kişinin bir parçasıdır. Sorunlar

ruh hastalığı olan kişilerin ulaşılmaz kaynakları olan bir toplumda yaşama-ya çalışmalarından kaynaklanmaktadır. Sorunları çözenin yolu ise toplumu değiştirmektir. Değişim hastalığa sahip kişiden, savunucudan ya da bu hastalığa sahip olanların toplumda eşit hakları olduğuna inanan herhangi bir kişiden gelebilir (Gill, 1987).

Doğrusu iki modelin birbirlerine alternatif gibi gösterilmeleri ya da bozuk davranışın doğuştan mı geldiği yoksa sonradan mı oluştuğu seçenekleri üzerinde seçim yapılması mantıksız olduğu kadar bu tartışmanın uzun yıllardır sürüyor oluşu da bir o kadar yersizdir. Aslında her sağlık sorununun ortaya çıkışında davranışsal ve çevresel tetikleyicilerin payı her zaman vardır. Kanserde kimyasallar, sigara ve alkol tüketimi hastalık riskini sürekli artırır. Öte yandan genetik yatkınlık ve organik etmenler yüzünden bir hastalık aniden gelişebilir. Bildiğimiz kadarıyla hem medikal hem de sosyal bilimlere referansla insan davranışını ve sorunlarını açıklayan bir kuram henüz geliştirilmemiştir. Dolayısıyla ruh sağlığına yaklaşımda da seçimimiz, doğal olarak biyopsikososyal perspektif olmalıdır. Eklektik bilgi temeli ve disiplinlerarası yaklaşımla müdahale, sağaltımda en akılcı yol olarak görünmektedir.

1986 yılında Ian R. McWhinney Engel'in yeni bir model oluşturma çağrısına atıfta bulunarak klinik yöntemin doktor-merkezli değil hasta-merkezli olması gerekliliği üzerinde durmuştur. Ona göre hasta merkezli yaklaşımın temelinde doktorun hastanın dünyasına girmesi ve hastalığı hastanın gözünden görebilmesi yatmaktadır. Oysaki geleneksel doktor merkezli yaklaşımda doktor, hastanın hastalığını kendi

dünyasına çekmekte ve kendi patolojik referansları ve tanı şablonları çerçevesinde hastalığı yorumlamaktadır.

Biyopsikososyal yaklaşıma göre, sağlık ve hastalık; biyolojik, psikolojik ve sosyal değişkenlerin karmaşık etkileşimleri ile şekillenmekte ve hiç biri diğerinden ayrılarak kategorize edilememektedir. Bu modelde klinik yaklaşım biyolojik tıptan daha fazlasını gerektirir, çünkü hastalıklar tamamen ancak psikolojik ve sosyal faktörlerin göz önüne alınması ile anlaşılabilir. Bu üç faktör birbirleriyle etkileşirler. Psikososyal faktörlerin hastalık etyolojisinde ve devamında etkili olduğu düşüncesi, klinik psikolojinin başlıca uğraşı alanı olmuş ve aile hekimleri ile davranış bilimlerini de etkilemiştir. Bu geniş çerçeveden hastalıkların anlaşılması; sosyal ve kültürel çevrenin tanınmasını, etkilenen bireyin psikolojik kaynaklarının bilinmesini ve toplumda var olan bozuklukların genetik ve biyokimyasal yapısının bilinmesini gerektirir. Hastalıklar onu daha küçük biyolojik bileşenlerine ayırarak anlaşılabilir (Uncu & Akman 2004).

Ruh sağlığı ve hastalıklarına sosyal hizmetin temel yaklaşımı medikal değil sosyal modele dayalıdır. Hiç şüphesiz bu tercih tesadüf değildir. Psikiyatri bazı davranış bozukluklarını tanımlamak için belirttiğimiz gibi, organik hastalık/sorun bağlantısını referans alır, bunun için tıp bilgisini kullanır. Sosyal hizmet ise bozulmuş olan davranış düzeltilirken sosyal ve davranış bilimlerindeki kökleriyle, sosyal çevre içindeki insan davranışı bilgisini referans alır. Bu yönelimler, tam bir sağaltım için hem tıbbın hem de sosyal ve davranış bilimlerinin ürettiği bilimsel bilgilerin birlikte kullanılmasının zorunlu olduğunu açıkça göstermektedir.

Ruh sağlığının ve ruhsal bozuklukların sosyal boyutunu ele alırken konuyu iki yönlü incelemek anlamlıdır. Birincisi, sosyal sorunlar çeşitli davranış bozukluklarına neden olabilir. İkinci olarak, ruhsal hastalıklar çeşitli sosyal sorunların oluşumuna etki edebilir. Aslında ruhsal - sosyal etkileşimindeki neden – sonuç ilişkisini doğru kurmanın gerekli olduğunu her zaman akılda tutmalıyız. Çünkü çoğu durumda yalnızca sonuca odaklı profesyonel müdahale ve çabalar, asıl neden ortadan kaldırılmadığı sürece etkili olmamaktadır. Örnek vererek somutlaştırmakta yarar vardır. Toplumda yaygın bir ruh sağlığı sorunu olan depresyonu ele alalım. Hekim genç yetişkin, bir erkek hastaya majör depresyon tanısı koymuştur, sosyal hizmet uzmanı ise yaptığı sosyal incelemede kişinin çalışma gücünde ve isteğinde herhangi bir azalma olmadığı halde uzun süredir işsiz olduğunu, ayrıca sosyal destek algısının zayıfladığını belirlemiştir. Hekimin depresyonun tıbbi tedavisi planına paralel olarak sosyal hizmet uzmanının da müdahale planı olacaktır. Hastanın sosyal desteğinin artırılmasının yanı sıra istihdam olanaklarından yararlandırılması, mesleki eğitim kurslarına yönlendirilmesi veya çeşitli iş bulma kurumlarıyla bağlantı kurulması gibi biyopsikososyal perspektife uygun müdahaleler yapılır. Aksi durumda yalnızca hekimin mesleki müdahalesiyle nihai bir sağaltım gerçekleşemeyecektir. Örnekte görüldüğü gibi, işsizliğin ve beraberindeki zayıflamış sosyal desteğin belirleyici neden, depresyonun ise sonuç olduğu bir tabloda ancak her iki yöndeki çabalarla bireyin sağlığı istenen düzeye ulaşmaktadır.

Yukarıdaki örnekte görüldüğü üzere, günlük hayatta karşılaşılan çeşitli sorunlar ve verilen mücadeleler kronik strese sebep olup bireylerin ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Mikro ya da makro alanda çalışan sosyal hizmet uzmanları sosyal sorunların müracaatçılarda, ailelerinde ve buldukları topluluklardaki etkisinin farkında olmaları gerekmektedir.

Sosyal Sorunlar ve Ruh Sağlığı Üzerindeki Etkileri

Ruh hastalıklarının biyolojik belirleyicileri hakkında giderek daha fazla bilgi edinilmektedir. Ruh sağlığı alanında uzmanlaşmış sosyal hizmet uzmanlarının da bu hastalıklarda payı olabilecek psikolojik ve çevresel faktörlerin anlaşılmasında katkıları olmaktadır. Aşağıda bazı sosyal sorunların ruh sağlığı üzerindeki etkileri üzerinde durulmaktadır.

Toplumsal Damgalama (Stigma) ve Etkileri

Damgalanmanın etkileri kapsamlı ve derin olabilmektedir. Damgalanma kendi hakkımızda ne düşündüğümüzden başkalarıyla ilişki kurmaya kadar günlük hayatımızı etkileyebilir. Toplumun zaten izole olmuş üyelerini daha çok izolasyona sürükleyebilir. Damgalanma kişilere kendilerini yetersiz, özgüvensiz, başarısız, cesaretsiz, paranoid ve kendi canlarına kıyacak kadar değersiz hissettirebilir. Ruhsal hastalık tanısı toplumda olumsuz bir şey olarak görüldüğü için bu durum hastaya da ek bir yük getirmektedir. Literatür toplumun ruh hastalığına yönelik tepkiler verdiğini ve damgalamanın istihdam ve sosyal kabul edilebilirliği olumsuz etkilediğini belirtmektedir (Lai ve ark. 2001).

Yoksulluk ve Etkileri

Psikiyatrik durumların yoksul bölgelerde daha yüksek oranlarda ortaya çıktığı gözlemlenmiştir. Ekonomik refahın ruh sağlığını koruduğunu ya da yokluğunun doğrudan ruh hastalığına yol açtığını söyleyemeyiz. Ancak, genellikle yoksulluğun bozulmuş ruh sağlığının hem belirleyici hem de bir sonucu olabileceği kabul edilmektedir (Langer ve Michael, 1963).

Dünya Sağlık Örgütü (1995), yoksulluğu yeryüzündeki en büyük ızdırap olarak nitelendirmiştir. Sosyal bilimlerde bulunan en tutarlı sonuç sosyoekonomik durumla ruh sağlığı arasındaki negatif ilişkidir. Yani, sosyoekonomik düzey ne kadar düşük ise kişinin ruhsal hastalığa yakalanma riski o kadar fazladır (Hudson, 2005).

Yoksulluk, sağlık ve çalışma durumu gibi faktörler arasındaki ilişki kompleks ve birbirleriyle alakalıdır. Dünya çapında yapılmış epidemiyolojik çalışmalar, düşük sosyal sınıfta ve işsiz olan kişilerin ruh hastalığı riskinin arttığını göstermiştir (Murali ve Oyebodye, 2004).

İrkçilik - Ayrımcılık ve Etkileri

Bu konu üzerinde yapılan çalışmalarda da ırkçılık - ayrımcılık ile ruh sağlığı arasında negatif bir ilişki olduğunu göstermiştir (Karlsen ve Nazroo, 2002). İrkçiliğe maruz kalmak, şiddetli bir stres yaratmakta ve bu durum depresyon, anksiyete ve öfke riskini arttırmakta ve bu faktörler de kalp hastalığına sebep olabilmektedir. Etnik azınlıkların sağlık sistemine erişimde zorluk yaşamaları, daha az maaş almaları ve sigortalarının olmayışı gibi çeşitli dezavantajları vardır ve bu da onları ruh hastalıklarına yakalanmaya daha fazla meyilli yapmaktadır.

Savaş ve Etkileri

Savaşların sonuçlarına bakılacak olursa, sivil halkın ruh sağlığı üzerindeki etkisi en önemlilerinden biridir. Bu konuda yapılan çalışmalar, ruhsal bozuklukların sıklığı ve yaygınlığında belli bir artış olduğunu göstermektedir. Böyle bir durumda kadınların erkeklerden daha fazla etkilendiği belirtilmektedir. Diğer savunmasız gruplar ise çocuklar, yaşlılar ve engellilerdir. Ruhsal sorunların yaygınlık oranları travmanın şiddeti, fiziksel ve duygusal desteğin durumu ile ilişkilidir (Murthy ve Lakshminarayana, 2006).

Evsizlik ve Etkileri

Evsizlik, insanların fiziksel sağlığı, kişisel güvenliği ve psikolojik iyilik hali için büyük bir risk teşkil edebilir. İstikrarlı bir yaşam düzeni olmadan, insanların temel sağlık hizmetleri, fiziksel ve ruhsal sağlık hizmetlerine erişmesi zordur ve bundan dolayı da bu kişiler hem fiziksel hem de ruh sağlığı açısından büyük risk altındadır.

Araştırmalar evsiz olmak ile ilişkili stresin de bireyin ruh sağlığı ve psikolojik iyilik hali üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu göstermiştir. Evsiz kişilerin, yalnızlık, izolasyon, benlik saygısında azalma, güvensizlik, depresyon, anksiyete ve artmış korku yaşama olasılığı daha yüksektir. Ruh hastalığı evsiz olmanın doğal bir sonucu olmayabilir çünkü bazı durumlarda ruh hastalığı kişinin evsiz kalmasına sebep olabilir. Ruh hastalığı olan evsiz kişiler de diğer evsiz insanların yaşadıkları zorluklarla karşılaşsalar ama durumlarından dolayı ihtiyaçlarını karşılamakta daha zorlanabilirler. Güvenli olmayan yaşam koşullarına sahip kişilerin uygun tedavi ve

rehabilitasyon hizmetlerine erişimi zor olabilir ve genellikle bu kişiler ihtiyaçlarına uygun olmayan ve destek hizmetlerinin olmadığı bölgelerde yaşarlar.

Göç ve Etkileri

Göç kayıplar manzumesidir ve kayıp güç bir ruhsal deneyimdir. Sosyal çevre etkileşimleri, günlük alışkanlık ve davranışlar yitirilebilmektedir. Bazı yeni göçmenler kendi ülkelerinde yaşadıkları travmayla başetmek, kültür ve dil engellerini aşmak ve ayrımcılıkla karşılaşmak gibi birçok nedenden dolayı zorluklarla karşı karşıya kalmaktadır. Göçün psikolojik ve sosyal refah üzerindeki etkileri özellikle çocuklar, kadınlar, engelliler ve sınırlı para kaynakları olanlar için büyüktür. Göçmenlerin ruh sağlığı hizmetlerine acil ihtiyaçları olmasına rağmen, kaliteli ruh sağlığı hizmeti almakta önemli engellerle karşı karşıya kalmaktadırlar. Göçmenler konusunda yapılan çalışmalar, göçmenlerin kendi ülkelerinde yoksulluk, insan kaçakçılığı, savaşa maruz kalma ve doğal afetler gibi travmatik tecrübelerinin olduğunu ve birçok göçmenin yeni ortama uyum sağlamakta zorluk yaşadığı ve önyargı ve ayrımcılığın bunu daha da arttırdığını bildirmektedir (Takeuchi ve diğ., 2007). Travmatik durumlara maruz kalmak, yeni bir ortama uyum sağlamakla birleştiğinde depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu ve özkıyım riskinde artmaya sebep olmaktadır. Göçmenlerin ruh sağlığı hizmetlerine erişimi ve kullanımı çok azdır. Bu yüzden göçmenler için kapsamlı ve sürekli ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi ve buralarda çalışabilecek kültürel ve dil açısından yetkin hekim ve sosyal hizmet uzmanlarına ihtiyaç vardır.

Çocuk İstismarı, İhmali ve Etkileri

İstismar ve ihmalin çocuk üzerindeki izolasyon, korku ve güvensizlik gibi duygusal etkileri, uzun dönemde düşük benlik saygısı, depresyon ve ilişkilerde soruna yol açabilmektedir. Çocuk istismarı ve ihmali sonucunda bebeklik döneminde depresyon ve içe kapanma belirtileri (Dubowitz, Papas, Black, & Starr, 2002), gençlik döneminde ise depresyon, anksiyete, yeme bozuklukları ve intihar girişimleri (Silverman, Reinherz, & Giacobina, 1996), panik bozukluk, dissosiyatif bozukluk, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu tanı kriterlerini karşılayan psikiyatrik bozukluklar görülmektedir (Springer, Sheridan, Kuo, & Carnes, 2007). Aynı zamanda çocuklarda bilişsel sorunlara da rastlanmaktadır. Yapılan bir çalışmada, istismar edilmiş çocuklarda düşük akademik performans saptandığı belirtilmiştir (Zolotor, Kotch, Dufort, Winsor, & Catellier, 1999). Sosyal sorunlar açısından bakılacak olursa, ihmal edilmiş çocukların büyüdüklerinde antisosyal kişilik özellikleri geliştirebildikleri görülmüştür. Ebeveyn ihmali aynı zamanda sınır kişilik bozukluğu ve şiddet davranışı ile de ilişkilendirilmiştir (Schore, 2003).

Aile İçi Şiddet ve Etkileri

İstismar ve şiddet psikiyatrik hastalıklar geliştirme açısından artmış risk ile ilişkilidir. Aynı zamanda ciddi bir ruh hastalığı olan kadınların şiddete karşı savunmasızlıkları artmaktadır (Warshaw ve Barnes, 2003). İstismar edilen ve şiddet gören kadınlarda görülen psikiyatrik bozukluklar arasında, depresyon, panik bozukluk, yeme bozuklukları, dissosiyatif bozukluklar, madde kullanımı, psikotik epizodlar, akut ve travma sonrası stres bozukluğu bulunmaktadır.

3. Bölüm PSİKİYATRİK SOSYAL HİZMET UZMANININ TEMEL İŞLEVLERİ

Ruh sağlığı olan kişiler her gün işlevselliğin her alanında zorluklarla karşılaşmaktadır. Günlük hayatın getirdiği stres ve zorluklar birikerek kronik strese yol açabilmektedir. Sosyal hizmet mesleğinin misyonuna uygun olarak sosyal hizmet uzmanları hizmet verdikleri kişilerin birçok alandaki işlevsellik düzeyini arttırmakta yardımcı olmaktadır. Birçok sosyal ve kişisel durum ruh sağlığını bozabildiği için sosyal hizmet uzmanlarının bu durumları ve etkileri anlaması gerekmektedir. Sosyal hizmet uygulaması teorisi, kişiler ve çevreleri arasındaki kompleks ilişkileri anlamamanın öneminden bahsetmektedir ki bu da sosyal hizmet mesleğini diğer mesleklerden ayırt edici özelliğidir (Germain & Gitterman, 1980). İlk ekolojik sosyal hizmet uygulaması modeli sosyal ve kişisel sorunlar ve ruh sağlığı ve hastalıkları arasındaki ilişkiyi anlamaya yönelik teorik ve pratik bir taslak çizmektedir. Bu model bir kaç anahtar kavram üzerinde durmaktadır. Bunlar, kişi-çevre arasındaki karşılıklı ilişki, uyum sağlama, kişinin içinde bulunduğu ortam ve konumu, savunmasızlık, baskı, gücün kötüye kullanımı, sosyal ve teknolojik kirlilik, yaşam stresörleri ve bunlarla başatma teknikleridir.

Ruh sağlığı ve hastalıkları alanında sosyal hizmet mesleğinin kendisine has rolleri, sorumlulukları vardır ve bunlar çok boyutludur. Sosyal hizmet uzmanı, psikiyatrik sağaltım sürecinin tüm aşamalarında rol alır. Mesleki uygulamalar genel sosyal hizmet bilgisine, değerlerine ve becerilerine dayalı olarak yapılabildiği gibi, özel, psikiyatrik sosyal hizmet bilgi ve becerisinin

kullanıldığı müdahaleler de yapılabilir. Sosyal hizmet uygulamalarını tanımlarken temelde klinik düzey ve toplumsal düzey olarak iki ana sınıflandırma yapabiliriz. Ekolojik sistem kuramını geliştiren Yuri Branfenbrenner'in (1977) kavramsallaştırmasına göre klinik düzeyi mikro ve mezo, toplumsal düzeyi ise makro düzey olarak adlandırmak olanaklıdır.

Psikiyatrik hastalıklar kişinin sosyal çevresiyle etkileşimlerini olumsuz etkiler. Kişinin ilişkileri, eğitim hayatı, iş durumu ve genelde yaşam kalitesi düşer. Bu durumda başarılı bir sağaltımın ölçütü, eş zamanlı olarak yapılacak, psikiyatrik müdahale ve bozulan sosyal işlevselliği iyileştirmeye yönelik sosyal hizmet müdahalesidir.

Klinik düzeyde odaklar hasta, hastanın ailesi ve sosyal çevresidir. Hastanın özellikleri ve hastalığın niteliği müdahalenin sınırlarını belirler. Hastayla çalışma; vizitleri, klinikte bireyle çalışmayı, grup çalışmalarını, ev görüşmesini, işyeri/okul görüşmesini, gündüz/gece hastanesi uygulamasını, sosyal işlevsellik etkinliklerini (uğraşı, spor, gezi vb.) ve taburculuk sonrası izlemeyi kapsar. Hastanın ailesiyle çalışma; aile üyeleriyle görüşmeyi, grup çalışmalarını ve ev ziyaretlerini içerir. Hastanın ailesi dışındaki sosyal çevre unsurlarıyla bilgi edinme, bilgilendirme, kaynak bulma, bağlantı kurma amaçlı görüşme ve ziyaretler yapılır.

Bir psikiyatrik sosyal hizmet uzmanının çalışma ortamı ve saatleri değişken ve dinamiktir. Klinikte ya da poliklinikte bulunduğu kadar hasta ve yakınlarının bulunduğu, yaşadığı ya da çalıştığı mekânlarda da günlük mesaisini yapabilir.

A. Klinik Düzey Roller

Psikiyatrik sosyal hizmet uzmanlarının klinik düzeydeki rollerini genelde şu şekilde sınıflandırabiliriz:

Sosyal İnceleme

Hastanın aile ve sosyal çevresinde yapılan sosyal inceleme, doğru tanının konulması ve uygun sağaltım planının yapılmasına somut katkılar yapar. İnceleme, tanı öncesinde, sağaltım süresince ve taburculuk sonrası izleme aşamalarının tümünde yapılabilir. İnceleme, sağaltım ekibinin hastanın özelliklerini ve sosyal işlevselliğini ayrıntılı öğrenmesini sağlar. Öte yandan, hastanın ailesinin ve çevresinin patolojik özelliklerinin anlaşılmasını da olanaklı kılar. Hastaneye başvuru sürecinde görüşme yapılarak, hastanın ve ailesinin güçlü yönleri ve gereksinimleri tanımlanabilir. Ayrıca hastanın; aile ortamı ve sosyal çevresine (akraba, arkadaş, iş veya eğitim çevresi) ziyaretler yapılabilir. Yüz yüze görüşmeler yoluyla hastanın ve çevresinin tanıtıcı özellikleri, tutum ve davranışları hakkında bilgi toplanır. Elde edilen nesnel bilgiler, yakınların öznel yorumları ve profesyonel gözlemler birlikte değerlendirilerek çevresinin hastanın davranışları üzerindeki etkileri tanımlanır. Ayrıca hastanın *sağlık sigortası ve malulen emekli olma koşulları gibi* ekonomik hayatı ile ilgili bilgiler de temin edilebilir. Sosyal inceleme raporlaştırılır ve hastadan sorumlu hekimle ya da sağaltım ekibinin diğer üyeleriyle paylaşılır. Aşağıda bir psikososyal inceleme raporunda yer alması gereken bilgileri içeren bir örnek sunulmuştur.

Örnek Psikososyal İnceleme Formu

1.Bölüm: Müracaatçının ve Sorunun Kısa Tanımı

Psikososyal değerlendirmenin bu bölümünde, müracaatçının, yaşı, evlilik durumu, aile yapısı, giyimi, sözlü-sözsüz iletişim düzeyi, duygulanımı ve görüşmede dikkat çeken diğer şeyler gibi somut bilgiler yer alır. Ayrıca, müracaatçının sorunu kendi ifade ettiği şekilde yazılmalıdır. Bu bölümde yorum yapmaktan kaçınılmalı ve sadece ilgili bilgiler sunulmalıdır. Mesela, sunulacak önemli bilgiler arasında 'müracaatçı tüm görüşme boyunca ağladı' ya da 'soruları göz teması olmaksızın monoton bir sesle yanıtladı' yer alabilir. Bu davranışların ne anlama geldiği kesin olarak bilinmemekle beraber, bu tür ifadeler müracaatçının sebebini henüz bilmediğimiz bazı nedenlerden dolayı iyi olmadığını göstermektedir.

2. Bölüm: Özgeçmiş

Bu bölüm, müracaatçının mevcut sorunlarının anlaşılmasında geçmişte yaşanmış durumları içermektedir. Mesela, eğer başvuran kişi hafıza kaybından bahsediyorsa, kişinin organik beyin hasarına sebep olabilecek bir kaza geçirip geçirmediğini, bu belirtiyeye sebep olabilecek herhangi başka bir hastalığı olup olmadığını, hafıza kaybına sebep olabilecek yasal ya da yasadışı ilaçlar kullanıp kullanmadığını ya da hafıza kaybına yol açabilecek herhangi travmatik duygusal bir deneyiminin olup olmadığını sorgulamak gerekir. Yaşamlarında şiddete maruz kalmış birçok insan şiddet anını hatırlamayabilir ya da olayı tekrar hatırlayıp kendilerini endişeli ya da depresif hissetmemek için duygularını bastırmış olabilir.

3. Bölüm: Psikososyal Değerlendirme

Psikososyal değerlendirme, bizim müracaatçının yaşadığı sorunları ve potansiyel nedenleri hakkındaki düşüncelerimizi açıklayan kısa ifadedir. Değerlendirmeyi açıklarken, önceki iki bölümde verdiğimiz bilgilerin özeti yazılır. Değerlendirme genellikle müracaatçının sorununu tanımlamak için koyulur. Ancak, şizofrenik, ya da manik-depresif gibi kelimelerin toplumda olumsuz anlamları olduğu için tanıyı olumsuz bir etiket olarak düşünmemek gerekir. Her ne kadar tıpta tanı amaçlı etiketleme uygun gözükse de ruh sağlığı ile ilgili etiketlemeler genellikle yoksullara, azınlıklara, kadınlara, mültecilere ve fiziksel, zihinsel ve sosyal bakımdan dezavantajlı konumdaki savunmasız olan kişilere zarar vermektedir. Düşünülecek olursa, kimse bir kişiyi diğerinden farklı kılan eşsiz insan niteliklerini dahil etmekte başarısız bir etiketle tanımlanmak istemez.

4. Bölüm: Müdahale Planı

Müdahale planı belirli bir zaman dilimi içerisinde tedavinin amaçlarını açıklayan, müracaatçı ile sosyal hizmet uzmanı arasında yapılan sözleşmedir. Müdahale planına örnek verecek olursak, sosyal hizmet uzmanına evlilik sorunları ve depresif duygudurum şikayetiyle gelmiş bir müracaatçının müdahale planı şu sorulara cevap verecektir:

1. Bu evlilik sorunlarını çözmek ne kadar zaman alabilir?
2. Sorunun çözümlendiğini nasıl anlayabiliriz?
3. Müracaatçıya yardımcı olmak için hangi yaklaşımları kullanabiliriz?

Müdahale planı, sosyal hizmet uzmanı ve müracaatçı arasında bir işbirliği ilişkisi olduğunu ve hedeflere ulaşmak için beraber çalışacaklarını gösteren bir anlaşmadır. Müracaatçının güçlü yönlerine odaklanılarak onun tedaviye tümüyle katılımı gerçekleştirilir.

5. Bölüm: Anlaşma

Bu bölüm, müracaatçı ve sosyal hizmet uzmanı arasındaki anlaşmadır. Bu anlaşma, müdahalede üzerinde çalışılması gereken sorunları, seans sayısını, seanslara zamanında gelmesi gibi kuralları ve iptal koşullarını belirler.

Psikoeğitim ve Danışmanlık

Hasta ve ailelerine, hastalığın temel özellikleri (etiyojisi, progresyonu, prognozu, sağaltım yöntemleri vd.) ile sosyal ilişkileri, eğitim/iş performansını ve aile hayatını nasıl etkilediği konusunda eğitim verilebilir, bilgilendirici danışmanlık yapılabilir.

Hastanın aile ortamında ve sosyal çevresinde yapılan incelemeden elde edilen bilgiler ve hastalığın özellikleri referans alınarak sağaltıma katkı verecek aile veya sosyal çevre odaklı bazı müdahaleler planlanır. Hastanın etkileşim halinde olduğu aile üyeleri ve diğer sosyal çevre unsurlarıyla bağlantı kurulur, ev, işyeri veya okul ziyaretleri yapılır. Hasta ve hastalıkla ilgili kaygıları, korkuları ve kuşkuları hafifleten görüşmeler yapılır. Hastaya nasıl davranılması gerektiği, uygun iletişim kalıpları, hastanın günlük yaşam uğraşları gibi konularda bilgi ve beceriler kazandırılabilir.

Genel olarak, hastanın hem fiziksel olarak hem de kendi düşünceleriyle yalnız bırakılmaması, toplumsal mekânlardan

ve hareketlilikten uzak tutarak hastayı dışlayan tutum sergilenmemesi gereklidir. Özellikle iş ve eğitim ortamında hastaya çekinerek, ürkerek ya da onunla dalga geçerek yaklaşılmasına engel olunması, hastaya ağır sorumluluk ve görevler verilmemesi ya da tam tersi, üzerindeki sorumlulukların tamamen alınmaması vb. konularda hastanın çevresi yönlendirilebilir.

Taburculuk Planlaması

Hekimin sorumluluğunda hastalar için taburculuk planı geliştirilir ve uygulanır. Bilişsel, psikososyal, ekonomik, barınma vb. gereksinimleri karşılanarak hasta ve ailesi taburculuğa hazırlanır. Hastanın uzun süreli bakım veya ileri düzeyde sağaltımı gerekiyorsa bir bakım kurumuna yerleştirilmesi sağlanır. Taburculuk sonrası bakım ve izleme, hasta, ailesi, sağaltım ekibi ve diğer hizmetler arasında işbirliği gerektiren süreçlerdir. Taburculuk planlaması sağaltımın uzun vadeli başarısında etkilidir.

Bireyle Çalışma

Hastalıkla ilgili psikolojik, duygusal ve özellikle sosyal çevre kaynaklı baskıların üstesinden gelinmesi, sağaltım planına uyum sağlanması, ilaçların düzenli kullanılması, aile ilişkilerinin düzenlenmesi, sağaltım sonrası sosyal çevreyle bütünleşmenin sağlanması gibi konularda hasta ve aile üyeleriyle terapötik bireyle çalışma uygulamaları yapılır. Hastanın ve hastalığın özellikleri müdahalenin sınırlarını belirler. Başetme becerilerinin artırılmasına çalışılır. Sorun odaklı ve uyuma dönük başetme pekiştirilirken, duygu odaklı ve pasif başetme azaltılır. Bireyle çalışma, planlı, yapılandırılmış ve düzenli seanslarla gerçekleştirilir.

Grup Çalışması

Hastalarla, hastane bakımı sonrası sosyal hayata hazırlayıcı, sorun çözme kapasitelerini geliştirici, sosyal desteği artırıcı, sosyal etkileşim becerilerini geliştirici terapötik grup çalışmaları yapılır. Gruplar, yatarak tedavisi süren, taburculuğu planlanan veya ayakta takip edilen hem hastalar hem de aileleri için uygundur. Hastanın ve hastalığın özellikleri müdahalenin sınırlarını belirler. Çalışmalar, gündüz veya gece hastanesi uygulamalarında gerçekleştirilebilir. Grup çalışması, planlı, yapılandırılmış ve düzenli seanslarla gerçekleştirilir.

Savunuculuk

Ruh sağlığı sorunu olan insanlar için savunuculuk son 15 yılda önemli ölçüde artmıştır. Savunuculuk artık marjinal bir faaliyet olarak algılanmaktan çok ruh sağlığı hizmet kullanıcılarının seslerini duyuran bir araç haline gelmiştir. Sosyal hizmet uzmanı hastanın sağlığını koruyabilmek için gereksinim duyduğu toplum kaynaklarıyla ve hastane dışı diğer kurumsal hizmetlerle bağlantı kurmasına destek olup hastanın gereksinim duyduğu toplumsal ve ekonomik kaynakları elde etmesi için savunuculuk yapar.

Psikoterapi

Psikiyatrik sosyal hizmet alanında uzmanlaşma ve çalışma deneyimine ek olarak belirli psikoterapi yaklaşımlarına göre sertifikalı eğitim almış sosyal hizmet uzmanları tarafından psikoterapi yapılabilir. Temelde psikoterapi, sosyal hizmetin bireyle çalışma ve grup çalışması yöntemlerinin –klinik uzmanlaşma gerektiren- ileri düzey uygulamasıdır.

Bireysel psikoterapi veya grup psikoterapisi uygulamalarında ruhsal tedavi amaçlı görüşme ve müdahaleler yapılmaktadır. Hekimin tanısı ve sağaltım planı çerçevesinde birey ya da grup ölçeğinde psikoterapi yoluyla sağaltıma aktif katkı verilebilir.

Hizmet İçi Eğitim Koordinasyonu

Psikiyatri alanının sürekli gelişen doğası klinisyenlerin sürekli güncel bilgilerle desteklenmesini gerektirir. Ayrıca psikiyatrik sağaltımın interdisipliner doğası mesleklerin birbiriyle düzenli bilgi alışverişini gerektirir. Sosyal hizmet uzmanları çalıştıkları ünitelerin şeflerinin sorumluluğunda hizmet içi eğitimlerin hem organizasyonunda çalışabilir hem de eğitimlerden kendileri yararlanabilirler.

B. Toplumsal Düzey Roller

Psikiyatrik sosyal hizmet uzmanlarının toplumsal düzeydeki rolleri ise şu şekilde gruplandırılabilir:

Ruhsal Risk Taraması ve Araştırma

Yüksek risk gruplarının nitelik, sıklık, yoğunluk ve bölgesel düzeylerde saptanmasına yönelik tarama çalışmaları yürütülür. Ruhsal bozukluklar ve sosyal sorunlar arasındaki ilişkileri belirleyen sosyal hizmet araştırmaları yapılır. Ayrıca toplum ruh sağlığını olumsuz etkileyen sosyal davranışlar ve uygulamalar belirlenir. Ruhsal hastalık taraması, uygun tedavi ve takiple birleştirildiğinde hastalığın gidişatını son derece olumlu yönde etkilemektedir. Sistematik taramanın tedavi hizmetlerinin verilebileceği bir yerde yapılmasının yararı olacaktır. Çünkü sadece tarama yapmak yeterli değildir. Aynı zamanda tanı

koymak, tedavi etmek ve takipte olumlu sonuçlar almak açısından gereklidir.

Koruyucu Ruh Sağlığı Hizmetleri

Ruhsal bozukluklar genel sağlık hizmetleri çerçevesinde dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli halk sağlığı sorunlarından biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Ruh sağlığı, sosyal uyum ile içinde yaşanılan çevreye, sosyal yatırımlara ve ekonomik gelişmelere katkıda bulunan üretkenliğin, huzurun ve istikrarın vazgeçilmez bir parçasıdır. Ruh sağlığı iyi ve üretken bir toplum inşa etmek için esas olan bireysel ruh sağlığını koruyacak ve geliştirecek çalışmalar yapılmasıdır. Bu bağlamda bireylerin ruh sağlığının iyi olması aynı zamanda toplumun ruh sağlığı ve yaşam kalitesinin yükselmesi anlamına gelmektedir. Sosyal, psikolojik, biyolojik ve çevresel faktörler insanların ruh sağlığı üzerinde potansiyel bir risk oluşturmakta, dünyamızın hızla değişen yaşam koşulları beraberinde bireyleri ve toplumları derinden etkilemektedir. Pek çok değişkenin mevcudiyetinden dolayı toplumsal değişim süreçlerine uyum sağlanması, bireyler için kriz potansiyeli oluşturmaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetleri, birincil koruma, ikincil koruma ve üçüncül koruma olmak üzere üç ana basamakta gerçekleştirilir. Birincil korumada, kişinin hastalıklara yakalanması önlenmeye çalışılır. Bu amaçla yapılan aşılama, aile planlaması, genetik danışma ve sağlık eğitimi hizmetleri gibi uygulama birincil korumayı kapsar. Kısaca belirtecek olursak birincil koruma, hastalıklardan korunmayı amaçlayan uygulamalardır. İkincil koruma hizmetleri, birincil koruma hizmetlerinin etkisiz kalması durumlarında uygulanır. İkincil

koruma, hastalık belirtileri meydana gelmeden veya belirtilerin yeni meydana geldiği durumlarda teşhis ve tedavisinin yapılması uygulamalarının tamamını kapsar. Üçüncül korumada, alınan bütün önlemlere rağmen hastalığa yalanan kişilerde hastalığın olumsuz sonuçları en aza indirilmeye çalışılır. Hastalık sonrasında oluşabilecek sakatlık ve işlev kayıplarının en aza indirilmesi için alınacak önlemler de üçüncül koruma uygulamaları arasındadır.

Kriz durumlarında birey peş peşe gelen güçlüklemlerle başetmekte zorlanır. Kendisini çözümsüz, çaresiz ve umutsuz hisseder. Gerekli destek alınmazsa depresyon, kaygı bozuklukları, intihar, alkol ve madde bağımlılığı gibi ruhsal ve sosyal yaşamı alt üst eden sonuçlar söz konusu olabilir. Bu nedenle, ruh sağlığının geliştirilmesi ve sorunlarının önlenmesi, tedavi edilmesi faaliyetlerinde ihtiyaçları göz önüne alınarak sosyal hizmet uzmanları ruh sağlığı alanında projeler yürütür.

Sosyal İçerme

Toplumsal damgalama ile mücadele için yapılan sosyal politika girişimleri sosyal hizmet uygulamasının bir parçasıdır. Sosyal hizmetin, sosyal eylem yoluyla sosyal adaleti sağlamak gibi uzun ve saygın bir geleneği vardır. Sosyal hizmet, sosyal içerme, sosyal adaleti sağlama, damgalama ve her türlü ayırıcılıkla başetmeye çalışan müracaatçıların ve bakımverenlerinin faaliyetlerini destekler.

Damgalamanın önlenmesinde sosyal hizmet uzmanının amaçları arasında ruh sağlığı bozulmuş kişilerde sosyal hizmetlere olan ihtiyacın süresini kısaltmak, bireylerin topluma katkılarını

göstermek ve onlarla toplumun diğer üyeleri arasındaki sosyal ve mekansal mesafeyi azaltmaktır. Sosyal hizmet uzmanı, damgalamayı, bireysel, toplumsal, yapısal boyutlarıyla ve çeşitli biçimleriyle ele almalı ve sosyal destek grupları ve savunuculuk gibi mekanizmalarla bireylere ve toplumlara damgalama ile başetmeleri ve damgalanmaya direnmeleri konusunda yardımcı olmalıdır (Payne, 1980). Toplumun ruh hastalıkları olan bireyleri dışlayan tutum ve davranışlarını engellemeye yönelik kampanyalar geliştirilebilir.

Toplum Eğitimi

Ruhsal hastalığı olan bireylerle ilgili halkın inanç ve tutumunu inceleyen anketler, toplumun genelde bu hastaların tehlikeli olduklarını, karar verme yetilerinin olmadığını ve içinde buldukları durumu ve nedenlerini anlamada zorluk çektiklerini göstermektedir. Hastalıklar içerisinde en çok şizofreniye, alkol ve madde bağımlılığı olan bireylere karşı olumsuz düşünceler mevcuttur. Bu yüzden sosyal hizmet uzmanı toplumu ruh sağlığı ve hastalıkları konusunda bilinçlendirmeye yönelik kapsamlı eğitim çalışmaları planlamakla yükümlüdür.

Hizmet Geliştirme

Toplumun risk altındaki kesimlerinin ruh sağlığının korunması, ruhsal bozuklukların önlenmesi ve rehabilitasyonu hizmetlerinin planlanması ve sunumunda çalışılır. Türkiye'de koruyucu ruh sağlığı hizmetleri son derece sınırlıdır. Bu yüzden ruhsal risk taraması ve tedavisinin yapılacağı, çeşitli hastalıklar hakkında eğitimin verileceği ve hastalıkla başetme tekniklerinin öğretileceği ve sosyal desteğin sağlanacağı

psikososyal destek programlarına ihtiyaç vardır. Sosyal hizmet uzmanları bu tür hizmet geliştirmede önemli rol oynarlar. Burada savunmasız ve korunmasız gruplar üzerine odaklanılmalıdır.

Ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanının klinik ve toplumsal düzeydeki rollerinden sonra bu alanda çalışan uzmanın özelliklerine değinmek uzmanın mesleğini nasıl icra etmesi gerektiği konusunda ona bir çerçeve çezecektir.

Ruh Sağlığı Uygulamalarında Sosyal Hizmet Uzmanının Özellikleri

Bu repertuarın çerçevesini Roslyn Hope (2004) belirlemiş ve psikiyatride çalışan profesyoneller için on temel özellik belirlemiştir. Bunlara aşağıda değinilmiştir:

1. İşbirliği İçinde Çalışma

Sosyal hizmet uzmanı, hizmet kullananlar, bakımverenler, aileler ve diğer meslektaşlarla işbirliği içinde bakım vermek ve müdahalelerde bulunmalıdır.

2. Çeşitliliğe Saygı Duyma

Sosyal hizmet uzmanı, yaş, ırk, kültür, özürllülük, cinsiyet, tinsellik ve cinsellik gibi çeşitliliğe saygı duymalıdır.

3. Etik İlkelere Dayalı Çalışma

Sosyal hizmet uzmanı hizmet kullanıcılarının ve ailelerinin haklarını bilmeli ve güç farklılıklarının bilincinde olup mümkün olduğunca bunun en aza indirilmesi için çalışmalıdır. Etik uygulamaların ulusal (profesyonel), yasal ve yerel yasalara göre öngörülen sınırlar içinde hizmet kullanıcılarına ve bakımverenlerine karşı tedavi ve bakım vermekten sorumludur.

4. Eşitsizliğe Karşı Çıkma

Sosyal hizmet uzmanı hizmet kullanıcılarının, bakımverenlerin ve ruh sağlığı hizmetlerinin damagalanma, ayrımcılık, sosyal eşitsizlik ve dışlanma sebeplerini ve sonuçlarını ele almalıdır.

5. İyileştirme

Sosyal hizmet uzmanı, hizmet kullanıcılarına ve bakımverenlere umut aşılama ve ruh sağlığı sorunları içinde ve ötesinde kaliteli bir yaşam sürdürmelerini sağlamak için onlarla işbirliği içinde çalışır.

6. Kişilerin İhtiyaçlarını ve Güçlü Yönlerini Belirleme

Sosyal hizmet uzmanı, tercih edilen yaşam tarzı ve istekler bağlamında hizmet kullananların, ailelerinin, bakımverenlerinin ve arkadaşlarının sağlık ve sosyal bakım ihtiyaçları hakkında bilgi toplamada işbirliği yapar. Profesyonel yardım ilişkisinde ayrıca sosyal hizmet uzmanı ve müracaatçı arasında saygılı ve empatik bir çalışma ilişkisinin kurulmasının çok önemli terapötik yararları vardır.

Ruh sağlığında tüm sosyal hizmet uygulamaları müracaatçılarla olan ilişki kapasitesine dayanmaktadır. Uygun bir çalışma ilişkisi içerisinde sosyal çalışmacının, müracaatçıya saygı gösteren ve deneyimlerine değer veren, müracaatçının kendi kaderini tayin ilkelere, ortak ilişkilerini ve gizliliğini yansıtan, bu tür ilişkilerin iyileştirme potansiyelinin olduğunu kabul eden ve bunu kullanan ve şefkatli, güçlendirici, empatik ve umut veren bir konumda olması gerekir. Aşağıda, klinik sosyal hizmet uzmanı ve müracaatçı arasında saygılı ve empatik bir çalışma ilişkisi kurmada

yapılması ve yapılmaması gereken bazı örnekler verilmiştir.

Örnek 1:

Müracaatçı: “Bazen gerçekten çok depresif hissediyorum.”

Sosyal hizmet uzmanı: “Eğer sorunların üzerinde daha fazla uğraşsaydın kendini böyle hissetmezdin.”

Sosyal hizmet uzmanı müracaatçısını inciten ve onu suçlayan bir cevap vermiştir. Bu cevap empatik olmaktan çok uzak olup müracaatçı ile sosyal çalışmacı arasındaki ilişkiyi zedeleyici niteliktedir.

Örnek 2:

Müracaatçı: “Bazen gerçekten çok depresif hissediyorum.”

Sosyal hizmet uzmanı: “Kendinizi gerçekten bazen depresif hissediyormuşsunuz gibi geliyor.”

Sosyal hizmet uzmanı müracaatçısına nötr bir cevap vermiştir. Yani, bu cevap müracaatçısını ne incitecek ne de yardımcı olacak niteliktedir.

Örnek 3:

Müracaatçı: “Bazen gerçekten çok depresif hissediyorum.”

Sosyal hizmet uzmanı: “Depresif hissettiğiniz günler sizin içi çok acı verici olmalı.”

Burada, sosyal hizmet uzmanı müracaatçının ne hissettiği hakkında bir ifade kullanır.

Müracaatçı: “O günlerde kendimi öyle kötü hissediyorum ki, hiç bir şeyin üstesinden gelemeyeceğimi sanıyorum.”

Sosyal hizmet uzmanının bu ifadesi müracaatçıya hiç soru sormadan önemli bir bilgi edinmesini sağlamıştır.

Sosyal hizmet uzmanı: “Ve hiç bir şeyin üstesinden gelemeyeceğini düşündüğün günlerde sizin için gerçek bir mücadeleye olmalıdır.”

Müracaatçı: “O zaman hayatta olmasam her şey çok daha iyi olur diye düşünüyorum.”

Sosyal hizmet uzmanı: “Kendinizi hayatta devam edemeyecek kadar depresif hissetmek acı verici olmalı, fakat içinizdeki olumlu ve umut verici bir şey bunun olmasını engelliyor sanırım.”

Müracaatçı: “Evet, bunu aileme yapmak istemiyorum. Böyle bir şey onları mahveder.”

Yukarıdaki örnekte görüldüğü gibi, sosyal hizmet uzmanı müracaatçısının hislerine odaklanarak ve empati göstererek ondan bir çok bilgi almayı başarmıştır. Sosyal hizmet uzmanı, bir soru bile sormamış olup, sadece empatik cevaplar vermiş ve müracaatçısının hislerine odaklanmıştır. Bunu yaparak, sosyal hizmet uzmanı, müracaatçısının sadece depresif olduğunu değil, aynı zamanda intihar etme düşüncelerinin de olduğunu ve onu durduran tek şeyin ailesini utandırmak istememesi olduğunu öğrenmiştir. İntihar düşünceleri ciddi bir sorundur ve müracaatçıyı risk altına sokmaktadır. Direkt olarak sorulan bir kaç soruyla bu bilgiye ulaşılamazdı.

7. Hizmet Kullanıcı Odaklı Hizmet Verme

Sosyal hizmet uzmanı, öncelikle hizmeti kullananlar ve ailelerin bakış açlarına göre başarılı olabilir ve anlamlı nitelikte amaçlar belirler. Bu amaçlara

ulaşmak için gerekli araçları araştırır ve aynı zamanda sonuçları değerlendirilmekten de sorumludur.

8. Fark Yaratma

Sosyal hizmet uzmanı, hizmet kullanıcılarının, ailelerinin ve bakımverenlerin ihtiyaç ve isteklerini karşılamak için kanıta ve değerlere dayalı sağlık ve sosyal bakım müdahalelerine erişimin kolaylaştırılması ve hizmetin en iyi şekilde sunulmasından sorumludur.

9. Güvenli ve Olumlu Risk Almaya Teşvik Etme

Sosyal hizmet uzmanı, bireyleri kendi sağlık ve güvenlikleri açısından ne derece risk almaya hazırlıklı olacaklarına karar vermede güçlendirmeden sorumludur.

10. Kişisel Gelişim ve Öğrenme

Sosyal hizmet uzmanının uygulamalardaki değişiklikler hakkında kendini güncellemesi, sürekli eğitim kurslarına katılması ve meslektaşları tarafından sağlanan süpervizyon ile kişisel ve mesleki gelişimini devam ettirmesi gerekir.

SONUÇ

Özetleyecek olursak, psikiyatrik sosyal hizmet uzmanı kişilerin ruh sağlığı sorunları ile başetmelerine ve ihtiyaç duydukları sosyal hizmetleri almalarına yardımcı olur. Sosyal hizmet uzmanı hasta ve aile üyelerine danışmanlık hizmeti verir ve onların hem mali kaynaklara ve hem de tıbbi hizmetler almalarına yardımcı olur. Psikiyatrik sosyal hizmet uzmanı aynı zamanda iyileşme sürecinde olan müracaatçıları için barınma ve istihdam olanaklarını

araştırmakla yükümlüdür. Ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları yataklı psikiyatri hastaneleri, toplum ruh sağlığı merkezleri, cezaevleri ve kamuda yer alan diğer sosyal hizmet kuruluşları gibi birçok farklı ortamlarda çalışmaktadırlar.

Psikiyatrik sosyal hizmet uzmanlarının en temel amacı müracaatçılarının toplumda en yüksek derecede bağımsız olarak yaşamasına ve çalışmasına yardımcı olmaktır. Müracaatçıları için en uygun yaşam koşullarını sağlamaya çalışır. Müracaatçısı için iş olanakları hakkında bilgi edinir ve potansiyel işverenlerle müracaatçısının durumunu açıklar. Buna ek olarak, bir psikiyatrik sosyal hizmet uzmanı müracaatçılarının ve ailelerinin ihtiyaç varsa ekonomik yardım almasına yardımcı olmaktadır.

Biyopsikososyal yaklaşımla bütünleşen "çevresi içinde birey" bakış açısı psikiyatrik sosyal hizmet uygulamalarında temel alınmaktadır. Psikiyatrik sosyal hizmet kişilerarası etkileşimler, intrapsişik dinamikler ve sosyal destekle ilgili sorunlara yönelik müdahaleler yapmaktadır. Psikiyatrik sosyal hizmet alanında çalışanların, değerlendirme yapma, psikiyatristin koyduğu tanı ışığında psikoterapi ve danışmanlık hizmeti verme, müracaatçı odaklı savunuculuk, konsültasyon ve tedavinin sonucunu değerlendirme gibi görevleri vardır. Psikiyatrik sosyal hizmet uzmanının etik ilkelere sadık kalarak görevlerini yerine getirmesi temel bir hassasiyettir.

Sosyal hizmette ruh sağlığı alanı mesleki doyumun yüksek olduğu kadar profesyonel çabaların başarılı olamama riskinin de var olduğu bir çalışma alanıdır. Psikiyatrik sağaltımın

disiplinlerarası doğası gereği, sosyal hizmet uzmanı yalnızca klinik düzeyde müdahale bilgi-beceri repertuarına değil, aynı zamanda toplum ve politika düzeyinde ruh sağlığı bilgisine başvurmaktadır. Ayrıca hastanın kendisinin yanı sıra ailesi ve sosyal çevresi müdahale odakları arasında her zaman yer alır. Sosyal hizmetin psikiyatrik sorunlara ve sağaltım sürecine çok boyutlu yaklaşımı ruh sağlığı bilgisinin kapsamını genişletmektedir. Toplumsal değişimin ve sosyal sorunların ruh sağlığı ve bozuklukları üzerindeki etkilerini bilimsel sınırlar içinde okumak gerekmektedir.

KAYNAKLAR

APA, <http://www.apa.org/about/gr/issues/minority/immigrant.aspx>

Australian Association of Social Workers (2008). Practice Standards for Mental Health Social Workers. AASW.Dubowitz, H., Papas, M. A., Black, M. M., & Starr, R. H., Jr. (2002). Child neglect: Outcomes in high-risk urban preschoolers. *Pediatrics*, 109, 1100-1107.

Engel, George L. (1977). "The need for a new medical model: A challenge for biomedicine". *Science* 196:129-136. ISSN 0036-8075 (print) / ISSN 1095-9203 (web) DOI: [10.1126/science.847460](https://doi.org/10.1126/science.847460).

Germain, C. B. & Gitterman, A. (1980). The life model of social work practice. New York : Columbia University Press.

Gill, C.J. (1987). A New Social Perspective on Disability and Its Implications for Rehabilitation. *Occupational Therapy in Health Care*, Vol. 4, No. 1, Pages 49-55.

Heller, N. R., Gitterman, A. (2011). Mental Health and Social Problems: A Social Work Perspective. New York: Routledge.

Hope, R. (2004). The Ten Essential Shared Capabilities : A Framework for the whole of the Mental Health Workforce. London: DH Publications.

Lai, Y.M., Hong, C.P.H., Chee, C.Y.I. (2001). Stigma of Mental Illness. *Singapore Med J 2001 Vol 42(3):111-114*

Murali, V., Oyebode, F. (2004). Poverty, social inequality and mental health. *APT*, 10:216-224)

Murthy, R.S., Lakshminarayana, R. (2006). Mental health consequences of war: a brief review of research findings. *World Psychiatry*. February; 5(1): 25-30.

National Association of Social Workers (1989) Standards for the Practice of Clinical Social Work. NASW

Özdemir, U. (2000). Türkiye'de Psikiyatrik Sosyal Hizmet. Aydınlar Matbaası, Ankara.

Özer, Ş. (2009). İstemimiz: Ruh Sağlığı Yasası ; Herkes için, Yaygın, Ulaşılabilir Ruh Sağlığı Hizmeti. TürkiyePsikiyatriDerneğiBülteni,Cilt12, Sayı 3, 19-20.

Payne, M. (1980). Strategies for the Management of Stigma through Social Work. *Br J Soc Work*,10 (4): 443-456.

Saffron Karlsen and James Y. Nazroo. Relation Between Racial Discrimination, Social Class, and Health Among Ethnic Minority Groups. *American Journal of Public Health: April 2002, Vol. 92, No. 4, pp. 624-631.*

Scheffer, R. (2003) Addressing Stigma: Increasing Public Understanding of Mental Illness. Public Education and Information Services Centre for Addiction and Mental Health, 1-13.

Schore, A. N. (2003). Early relational trauma, disorganized attachment, and the development of a predisposition to violence. In M. F. Solomon & D. J. Siegel (Eds.), *Healing trauma: Attachment, mind, body, and brain*. New York, NY: Norton.

Silverman, A. B., Reinherz, H. Z., & Giaconia, R. M. (1996). The long-term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community study. *Child Abuse and Neglect*, 20(8), 709-723.

Springer, K. W., Sheridan, J., Kuo, D., & Carnes, M. (2007). Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 31, 517-530.

Takeuchi, D. T., Zane, N., Hong, S., Chae, D. H., Gong, F., Gee, G. C., et al. (2007). Immigration-related factors and mental disorders among Asian Americans. *Journal Information*, 97(1).

T.C. Sağlık Bakanlığı (2006) Türkiye Cumhuriyeti Ulusal Ruh Sağlığı Politikası. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2011) Türkiye Cumhuriyeti Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2011) Türkiye Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi. T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü; Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2011) Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge. T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü; Ankara.

Ulaş, H. (2008). Batı Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye'de Psikiyatrik Hizmetler. Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni, Cilt 11, Sayı 2, 2-12.

Uncu, Y., Akman M. (2004) Sağlığa Biyopsikososyal Yaklaşım. TC Sağlık Bakanlığı Aile Doktorları İçin Kurs Notları. Ankara 2004;73,78.

Warshaw, C., Barnes, H. (2003). Domestic Violence, Mental Health & Trauma. The Domestic Violence and Mental Health Policy Initiative.

World Health Organization (2005). Mental Health Atlas: 2005. Revised Edition. Mental Health: Evidence and Research Department of Mental Health and Substance Abuse World Health Organization, Geneva.

Zolotor, A., Kotch, J., Dufort, V., Winsor, J., Castellier, D., & Bou-Saada I. (1999). School performance in a longitudinal cohort of children at risk of maltreatment. *Maternal and Child Health Journal*, 3(1), 19-27.