

Araştırma

SOSYAL HİZMET MESLEĞİNİN BİR UYGULAMA ALANI OLARAK TOPLUM TEMELLİ RUH SAĞLIĞI SİSTEMİ VE GÜNCEL DEĞİŞİMLER

Community Mental Health System as a Practise Field of Social Work Profession and Current Changes

Doğa BAŞER*
Mehmet KIRLIOĞLU*
Aliye MAVİLİ AKTAŞ***

* Arş.Gör., Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimler
Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü
*** Prof.Dr., Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimler
Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

ÖZET

Bu çalışmada Türkiye’de toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerindeki mevcut gelişmeler çerçevesinde sosyal hizmet mesleğinin rolü değerlendirilmiştir. Bu anlamda “Ulusal Ruh Sağlığı Politikası”nın (URSP), “Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı”nın (URSEP) ve psikiyatri ile ilgili makalelerin sosyal hizmet perspektifinden okuması yapılmış-

tır. Türkiye’de “ruh sağlığı alanında sosyal hizmet sunumunun eksiklikleri nedir?” ve “Toplum temelli ruh sağlığı sistemine geçiş sürecinde sosyal hizmet ne gibi bir konum alabilir?” gibi sorulara cevaplar aranmıştır. Bu perspektifte ruh sağlığı alanında Türkiye’de koruyucu-önleyici hizmetlerin gerekliliğine, bilgilendirme, güçlendirme ve damgalama ile mücadele çalışmalarına değinilmiştir. Sonuç bölümünde ise ruh sağlığı alanında sosyal hizmetin gelişimi için ekip çalışması ve kurumlar arası koordinasyon anlayışının gerekliliğine dikkat çekilmiştir. Ayrıca ruh sağlığı alanında uzmanlaşmış bir sosyal hizmet eğitimine ve meslek yasasına olan ihtiyacın aciliyeti belirtilmiştir.

Anahtar Sözcükler: *Toplum temelli ruh sağlığı sistemi, psikiyatrik sosyal hizmet, ruh sağlığı politikası, sosyal hizmet eğitimi.*

ABSTRACT

In this study, the role of social work was evaluated within the framework of current developments in community mental health services in Turkey. In this sense, “The National Mental Health Policy”, “National Mental Health Action Plan” and articles regarding psychiatry was read from the perspective of social work. The questions such as “what are the deficiencies for provision of social work in the field of mental health in Turkey”, and “what kind of position can social work take in the process of transition to community-based mental health system in Turkey” were questioned. In this perspective, studies in the field of mental health in Turkey about the necessity of protective-preventive services, informing, strengthening and fight against stigmatization have been mentioned. In the conclusion part, the necessity of teamwork and inter-agency coordination was emphasized for the development of social work in the field of mental health. In addition to this, it is pointed out that the necessity of specialized social work education and profession codes in the field of mental health are urgency

Key Words: *Community mental health services, psychiatric social work, mental health policy, social work education*

GİRİŞ

Ruh sağlığı hizmetleri kurum (hastane) temelli ve toplum temelli hizmetler olarak ayrıştırılmakta, kurum temelli hizmetlerin olumsuzlukları (dışlama, yoğunluk vb..) üzerinde durulmaktadır (Yazıcı, 2010: 31). Genel olarak dünyada kurum temelli hizmetlerden toplum temelli hizmetlere geçiş söz konusudur ve bu süreçte Türkiye’de de çalışmalar sürmektedir.

Türkiye’de hastalık yükünün %19’unu ruh sağlığı sorunları (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a: 9) oluşturmakta, literatürde toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçişin önemi ve gerekliliği üzerinde durulmaktadır (Yanık, 2007; Yazıcı, 2010; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a). Türkiye’deki kamu ruh sağlığı ve sosyal hizmet sistemlerinin etkinliği, kapsayıcılığı ve işlevselliği konusunda sorunlar olduğu belirtilmektedir (MDRI, 2005: 84). Bu anlamda ruh sağlığı politikası, sağlık ve sosyal hizmet alanlarının geleceği için önem taşımaktadır.

Sağlık Bakanlığı 2006 yılında “Ulusal Ruh sağlığı Politikası” (URSP) metnini 2011 yılında da “Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı”nı (URSEP) yayınlamıştır. URSP ve URSEP dikkate alındığında Türkiye’de toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçiş sürecinin olduğu, söz konusu sürecin de bir bilim ve meslek olarak sosyal hizmetin gelişimi açısından önem kazandığı görülmektedir. Nitekim URSEP’te Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalışan sosyal çalışmacı sayısını arttırmak, sosyal çalışmacılara

yönelik hizmet içi eğitim programları ve sertifikasyon standartları oluşturmak 2011-2016 hedef ve stratejisi olarak vurgulanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a: 71). Söz konusu hedefler “psikiyatrik sosyal hizmet” sunumunun nitelik ve nicelik olarak gelişimini ön görmektedir.

Bu çalışmada Türkiye’de toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerindeki mevcut gelişmeler çerçevesinde sosyal hizmet mesleğinin rolü değerlendirilmiştir. Bu amaçla Türk psikiyatri dizininde makale taramaları yapılmış, sosyal hizmetle ilişkili olduğu düşünülen makaleler değerlendirilmiştir.

Türkiye’de önleyici ruh sağlığı hizmetlerinde akademik ve uygulama alanında sosyal çalışmacıların eksikliği vurgulanmaktadır (Alptekin ve Duyan, 2009: 120). Ayrıca ileride de değinileceği üzere Türkiye’de ruh sağlığı sistemi “psikiyatri” üzerine kuruludur ve bu durum ruh sağlığının sosyo-ekonomik ve kültürel arka planına odaklaşmayı güçleştirmektedir. Bu anlamda URSP ve URSEP başta olmak üzere psikiyatri literatüründen metinlerin sosyal hizmet perspektifi ile okuması yapılmış, Türkiye’de “ruh sağlığı alanında sosyal hizmet sunumunun eksiklikleri nedir-hangi noktalardadır?” ve “toplum temelli ruh sağlığı sistemine geçiş sürecinde sosyal hizmet ne gibi bir konum alabilir?” sorularına cevaplar aranmıştır. Bu perspektifte ruh sağlığı alanında Türkiye’de koruyucu-önleyici hizmetlerin gerekliliğine, bilgilendirme, güçlendirme ve damgalama ile mücadele çalışmalarına değinilmiştir.

Sosyal Hizmet ve Ruh Sağlığı: Temel Sorunlar

Sosyal hizmet koruyucu-önleyici ve tedavi-rehabilite edici boyuttaki rol ve fonksiyonlarıyla ruh sağlığı alanında etkin olarak yer almaktadır. Literatüre bakıldığında tedavi sürecinde sosyal hizmetin psikiyatrik kurumlarda birey, grup ve toplum ölçeğinde işlevsellik ve refah artırıcı uygulamalarda aktif rol aldığı'nın altı çizilmektedir (Arıkan, 1996: 67; Bulut, 1998: 1331; Bulut, 2001: 133).

Sosyal hizmetin ruh sağlığı alanındaki rolü bir takım çalışması anlayışını ve yeterliliğini gerektirmektedir. Nitekim Özdemir'in (1999: 23) araştırmasında psikiyatri ekibinden psikolog, sosyal çalışmacı, hemşire ve psikiyatrların tamamının ekip çalışmasının gerekliliğini vurguladığı, fakat ekip çalışması hakkında bilgilerinin yetersiz olduğu belirtilmiştir. Bu anlamda Türkiye'de ruh sağlığı alanındaki "ekip çalışması" anlayışının toplum temelli ruh sağlığı sistemine geçiş sürecinde önem kazanacağı görülmektedir.

Ruh sağlığı sorunlarının sosyo-ekonomik etkenlerle ilişkisi düşünüldüğünde, sosyal hizmet mesleğinin rolü önem kazanmaktadır. Nitekim intihar, bir ruh sağlığı sorununa işaret etmekle birlikte sosyo-ekonomik arka planı da barındıran bir olgudur ve Güçlü'nün (2001: 76) de ifade ettiği üzere, sosyal hizmet "intihar" olgusuyla yakından ilgili bir meslektir. Bununla birlikte "intihar" sonrası müdahale ruh sağlığı açısından geç kalınmışlığı ifade etmekte ve aslında sosyal hizmetin yokluğunun altını çizmektedir.

Literatüre bakıldığında "sosyal hizmetin yokluğu", toplumsal düzeyi kapsayıcı bir hizmet modelinin geliştirilemeyeşi

olarak ifade edilmektedir. Güney (2001: 269), kronik ruh sağlığı sorunu olan kişilere yönelik medikal tedavinin yanında psiko-sosyal rehabilitasyonu önermektedir. URSEP'te biyo-psiko-sosyal destek ve mesleki-sosyal işlevselliğin önemi vurgulanmakta, hasta ve ailesinin bilinçsizliğinin altı çizilmekte, hastane dışı ortamda bakımın yetersizliği sonucu alevlenmelerin artışı üzerinde durulmakta, böylece ruh sağlığında tedavi sürecinin çelişkili bir hal aldığı (döner kapı sendromu) belirtilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a: 25). Bu anlamda Türkiye ruh sağlığı sisteminde kurum dışı (toplum temelli) hizmet sunumunun eksikliği görülmektedir.

Kurum dışı hizmet sunumunda kurumlar arası koordinasyon sorunlarının altı çizilmektedir. Koordinasyon problemi, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının ayrışması ile bağlantılandırılabilse de (Dedeoğlu, 2003: 31), URSEP problemin mevzuat ve uygulamadan kaynaklandığını belirtmekte ve bir "ruh sağlığı koordinasyon kurulu"nun kurulmasını amaçlamaktadır (T.C. Sağlık bakanlığı, 2011a: 23-24). Benzer şekilde SHÇEK (mülga) 2010-2014 stratejik planı da sosyal hizmetlerin (evde bakım, rehabilitasyon vb.) sunumunda sağlık bakanlığı ile koordinasyon kurulmasını vurgulamaktadır (SHÇEK, 2009: 132). Bu çerçevede ruh sağlığı hizmetlerinin ve söz konusu hizmetlerin içinde yer alan sosyal hizmetin rolünün geliştirilmesinde koordinasyon önemli bir başlık olarak ön plana çıkmaktadır.

Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Hizmete Yönelik Veriler ve Karşılaştırma

Toplum temelli ruh sağlığı sistemi birçok hizmetin birleşiminden

olmaktadır. Yanık, Avrupa'daki toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin temel noktalarını coğrafi alan belirleme, ruh sağlığı ekibinin kişinin yaşadığı yere götürülmesi, çalışma-barınma ve rehabilitasyon alanlarında model geliştirme faaliyetleri olarak ifade etmiştir (Yanık, 2008: 43). Anlaşılacağı üzere toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin sunumu coğrafi alan taramasını kapsayan bir plan-program dâhilinde gerçekleştirilmektedir.

Literatürde toplum temelli ruh sağlığı sistemini uygulamaya geçirebilmek için ciddi insan kaynağına ihtiyaç olduğu vurgulanmaktadır (Ulaş, 2008a: 2; Yazıcı, 2010: 31). Her ne kadar Türkiye'de psikiyatrist sayısının yetersiz olduğu bilirse de psikiyatristten ziyade sosyal çalışmacı, psikolog ve psikiyatri hemşiresinin ihtiyacının (Yanık, 2008: 44) altı çizilmektedir.

SHÇEK (mülga) 2010-2014 stratejik planı, Türkiye'de sosyal hizmet alanındaki insan kaynağı sorununu, standartizasyon ve hizmet çeşitliliğine bağlı uzman personel eksikliği (SHÇEK, 2009: 166) olarak belirtmektedir. Ayrıca klinik alandaki sosyal çalışmacı sayısını arttıracak eğitim stratejisinin gerekliliği (Yanık, 2007: 25) göz önüne alındığında genelde sosyal hizmet alanlarında özelde ise ruh sağlığı alanında sosyal çalışmacı ihtiyacının ön planda olduğu görülmektedir.

Söz konusu ihtiyaca rakamlarla bakmak gerekirse URSEP, ruh sağlığı alanında 613 (100.000 kişiye 0,92) sosyal çalışmacı olduğunu belirtmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a: 18). 2012 Mart ayı itibarıyla 44 ilde 50 Toplum Ruh Sağlığı Merkezi bulunmakta, bu merkezlerde 24 sosyal çalışmacı

bulunmaktadır (Akdağ, 20121). Eylem planında "sağlık bakanlığında çalışan sosyal çalışmacı sayısını 2016'da yüz binde 2, 2023'te yüz binde 4'e yükseltmek" temel hedeflerden biridir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a: 93). Ruh ve sinir hastalıkları hastanelerinde (RSHH) ise durum aşağıdaki gibidir. Rakamlar değerlendirilirken "kronik psikotik hastaların %10-15'inin bakım gerektirdiği" (Yanık, 2007: 25) unutulmamalıdır. Ayrıca hasta sayısının çokluğu nedeniyle sosyal çalışmacıların görevini yerine getiremediğine yönelik (Dağdır ve Layıkel, 2008: 68) ifadeler vardır.

Mevcut durum nitelik olarak değerlendirildiğinde mevcut kaynakların kullanımında sorunlar olduğu görülmektedir. İlk olarak Türkiye ruh sağlığı sistemi, psikiyatri üzerine kurulmuştur ve diğer personeli "yardımcı" olarak tanımlanmıştır (Yanık, 2007: 10). Ayrıca "sayısı son derece kısıtlı olan sosyal çalışmacıların 'halkla ilişkiler' birimlerinde çalıştırılması" (Karasu, 2007: 54) gibi örnekler de bulunmaktadır. URSEP'te "klinik psikiyatri alanında çalışan sosyal çalışmacılar için hizmet içi eğitim programları ve sertifikasyon standartları oluşturulması" ve "sertifikasyon programlarını tamamlama koşulunun getirilmesi" hedefi belirlenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a: 92-97). Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge'de de bu merkezde çalışacak uzmanlara teorik ve uygulamalı eğitim

1 2013 Mart itibarıyla ise trsmlerdeki mevcut duruma bakıldığında tescil sorunlarıyla birlikte 65 trsmin yalnızca 8 inde çalışan sosyal çalışmacı görünmektedir. Burada da kısmi zamanlı çalışma durumları vardır. Trsmlerdeki güncel sorunlar ve personel sayıları için bkz (<http://www.ruhsagligisempozyumu.com/sunum/Hulya/tr.pdf>). (Erişim tarihi 30.07.2013).

Tablo 1. RSHH'lerde Yatak Kapasiteleri ve Sosyal Çalışmacı Sayısı

Hastane	Manisa	Elazığ	Adana	Samsun	Bakırköy	Erenköy
Psikiyatri Yatağı Sayısı	600	528	644	220	1510	305
Sosyal Çalışmacı Sayısı	5	1	1	2	7	2

Kaynak: Rusihak, 2008a: 84

verileceği belirtilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011b: 2). Bu anlamda nicelik ve niteliğin geliştirilmesi, eğitim faaliyetleri ile desteklenmiş iyi bir koordinasyonu ve yönetimi gerektirmektedir.

Koordinasyon ve yönetim sorunlarının, ruh sağlığı ekibi üyelerinin meslek sınırlarının ve iş tanımlarının yeterince yapılmamasından kaynaklandığı söylenebilir. Nitekim literatürde ruh sağlığı alanında sosyal hizmetin mesleki sınırlarının ve yetkilerinin belirlenmesinin hizmet sunumunda etkinliği ve işlevselliği arttıracakları vurgulanmaktadır (Demirel, 2001: 77; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2006: 14-19; Candansayar, 2011: 3). Avrupa'da sosyal çalışmacıların supervisor olarak toplum temelli hizmetlerin sunumunda koordinatör olarak görev aldıkları, böylece, hasta ve yakınlarını da dikkate alan kişiye özel tedavinin uygulanabildiği bilinmektedir (Yanık, 2007: 48). Bu anlamda sosyal çalışmacıların ruh sağlığı alanında "ne yapacağı" ve "ne yapmayacağı"nın rasyonel olarak belirlenmesi gerekmektedir.

Toplum temelli ruh sağlığı modelinde sosyal hizmet açısından önemli bir unsur toplum ruh sağlığı merkezleridir. Mart 2013 tarihi itibarıyla tescil almış 57 trsm'den alınan verilere göre ulaşılan toplam hasta sayısı 8299, aktif hasta sayısı 3526, gezici ekip ziyaret sayısı 10808'dir (Çakır, 2013). Trsm yönetmeliğinde sosyal çalışmacı, psikolog ve

hemşireye ortak görev ve sorumluluklar verilmeyle birlikte, sadece sosyal çalışmacıya ait görev ve sorumluluklar da bulunmaktadır. Bunlar; bölgede hastaların tespiti ve kaydı, hasta yakınlarıyla irtibat kurma ve merkeze davet, kurumlar arası koordinasyon, damgalama karşıtı çalışmalar, hastalara sosyal ve hukuki hakları konusunda danışmanlık ve sorun çözümünde destek, STK'larla işbirliği ve bağlantı kurmadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011b: 6-7). Bu anlamda Trsm yönetmeliğinin mesleki rol açısından sosyal çalışmacıların eğitimlik, danışmanlık, savunuculuk, vaka yöneticisi ve arabuluculuk rollerine atıfta bulunduğu görülmektedir.

Ruh sağlığı hizmetleri ekip çalışmasını ifade etmekle birlikte mesleklerin önceliği hizmet sunumunu etkilemektedir. Almanya'da sosyal çalışmacılar sayı ve görev olarak toplum temelli ruh sağlığı sisteminin temelini oluşturmaktadır (Yanık, 2007: 21-22). 2005 DSÖ verilerine göre Almanya'da 100.000 kişiye 477 sosyal çalışmacı düşmesine rağmen halen sosyal çalışmacının yetersizliği vurgulanmaktadır (Ulaş, 2008a: 3-4). Bu perspektifte Türkiye özelinde de sosyal sorunlara (yoksulluk, işsizlik, kadına yönelik şiddet vb.) odaklanan ve sosyal hizmetin (nicelik ve nitelik olarak) aktif bir biçimde yer aldığı bir ruh sağlığı modeli önem kazanmaktadır.

Toplum Temelli Ruh Sağlığı Sistemi ve Sorun Alanları

Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin sunumu çok boyutlu yapısıyla kurum temelli hizmetlerin sunumundan farklılaşmaktadır. Kurum temelli hizmetlerde hastanenin fiziksel-ilişkisel sınırları belli olduğu için hizmet çeşitliliği belirlidir, buna karşın “toplum” merkezli hizmetler hastalığın arka planını, sebep sonuç ilişkilerini, aileye etkilerini dikkate almasından ötürü sınırları mevzuat ve yönergelerle çizilse de kesin sınırlar belirlemek güçtür.

Hizmet çeşitliliği açısından örneğin; ruh sağlığı hizmetinin sunumunda bu hizmetleri kullananların kültürel durumu, ekonomik imkânları ve servisin ulaşılabirliliği önemli bir faktördür (Kuşcu, 2007: 105) ve “evsizler”, “sokakta yaşayan madde kullanıcıları” gibi hizmetin ulaştırılmasının güç olduğu durumlarda tıbbi ve sosyal hizmetin birlikteliği (Ögel, 1998: 1325) önem kazanmaktadır.

Toplum temelli hizmetler her ne kadar çeşitli olsa da ruh sağlığı literatürü ve sosyal hizmet mesleği açısından Türkiye’de dört temel çalışma alanı belirlenebilmektedir. Bunlar, koruyucu-önleyici çalışmalar, ruh sağlığı alanında bilgilendirme, ruh sağlığı sorunu olan kişilerin-çevresinin güçlendirilmesi ve damgalama ile mücadeledir. Çalışma alanları başlıklara ayrılmasına rağmen karşılıklı etkileşim mevcuttur, nitekim bilgilendirme olmadan damgalamanın önüne geçmek mümkün değildir.

Koruyucu-Önleyici Çalışmalar

Koruyucu önleyici çalışmalar sağlık sistemlerinin ekonomik dengeleri ve sosyal hizmetin felsefi temelleri açısından önem taşımaktadır. Koruyucu önleyici

hizmetler, toplumsal yaşam alanlarında (işyeri, okul vb) sunulan hizmetlerdir (Gültekin, 2010: 585). Bu anlamda toplumla bütünleşme koruyucu hizmetlerin temellerindedir. Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi (Rusihak) raporunda ruh sağlığı sorunu olan bir kişinin aşığıdaki ifadesi toplumla bütünleşmenin önemini altını çizmektedir.

“Üniversitede okurken fiziksel sorunum nedeniyle diğer arkadaşlarıma göre iki kat çalışmam gerekiyordu. Zorlandım. Ailevi sorunlarım da vardı. Hepsi üst üste geldi. Sonra depresyon başladı. Okulu bıraktım. Senelerce evden çıkmadım.” (Rusihak, 2008b: 160).

Koruyucu ruh sağlığı alanında “sosyal” etkenlerin rolü önem kazanmaktadır. Toplumsallaşma ile ruh sağlığı arasındaki ilişkiye dikkat çekilmekle (Güçlü, 2001: 112) birlikte, ruh sağlığı alanının, “eğitim, sağlık ve sosyal güvenlik, istihdam politikaları, yasalar ve gelenekler, refah düzeyi” ve benzeri alanlarla etkileşim halinde olduğu bilinmekte (Kırpınar, 2003: 12); “göç, stresli yaşam olayları, travma, aile dinamikleri, cinsiyet rolleri ve kültürel özellikler” de (Kaya, 2007a: 18) koruyucu-önleyici hizmetlerin planlanması ve uygulanmasında önem kazanmaktadır.

Koruyucu-önleyici hizmetler toplumsal sorunlarla olan bağı sebebiyle bir “toplumsal sorumluluk” konusudur. Nitekim Güçlü (2001: 84), intihar olgusunda kişinin kendi kendisini öldürmediğini, kendinden başka suçlular olduğunu, belirtmektedir. Güleç ve arkadaşlarının (2011: 134-136) yaptıkları çalışmada ruh sağlığı sorunlarının nedeni olarak kadınlar daha çok “ailevi sorunlar” yanıtını vermiş, erkekler ise “işyeri” ve “iş dünyası” sorunlarını ön plana

çıkarmışlardır. Ek olarak Sağduyu ve arkadaşlarının (2003: 211), şizofren bireylerin yakınları ile yaptıkları çalışmada, hasta yakınlarının şizofreninin ortaya çıkışında psiko-sosyal faktörleri biyolojik faktörlerden daha fazla vurguladığı belirtilmiş, bu durumun “verilecek tedavilere yönelik beklenti ve istekler” ile bağlantılı olabileceğinin altı çizilmiştir.

SHÇEK (Mülga) 2010-2014 Master Planında, “koruyucu ve önleyici hizmetleri arttırmak” birinci stratejik öncelikler ve gelir dağılımındaki eşitsizlik, kentleşme, aile yaşlılık, iç göç başlıklarına değinilerek alan taramasının önemi vurgulanmaktadır (SHÇEK, 2009: 39-40). Söz konusu hedeflerin Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (ASPB) bünyesinde geliştirileceği düşünülmektedir.

Türkiye’de toplum temelli ruh sağlığı sistemine geçiş sürecinin koruyucu önleyici hizmetler açısından eleştirildiği görülmektedir. URSP’de ruh sağlığına yönelik önleyici çalışmalar açısından “yüksek riskli gruplara” odaklanılmakta ancak risk etmenlerinin ortadan kaldırılmasına değinilmemektedir. Ayrıca metinsel olarak koruyucu, önleyici çalışmalar belirtilmekle birlikte, “belirgin öneri, hedef ya da strateji” vurgulanmamaktadır (Kaya, 2007b: 18-19). Aksaray ve ark. (1999: 56-57), koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin halk sağlığı ile ilişkisine dikkat çekerek koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin üç boyutunun olduğunu belirtir. Birincil koruma hastalığa neden olan çevresel etkenleri ortadan kaldırmayı ve risk faktörlerini azaltmayı (aile içi şiddet, yoksulluk, madde kullanımı vb), ikincil koruma erken teşhis ve bununla bağlantılı tarama programlarını, üçüncül koruma ise hastalıkla bağlantılı yeti yitimini azaltma

çalışmalarını ifade etmektedir. Söz konusu çalışmalar koruyucu ruh sağlığının plan ve stratejisinin oluşturulmasında Sağlık Bakanlığı ile Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının koordinasyonuna vurgu yapmaktadır. Ek olarak eleştirel bir bakış ile URSP’de Türkiye’deki sağlık politikalarının politik nedenlerle tedavi edici hizmetlere ağırlık verdiği, koruyucu hizmetlerin ise ikinci plana atıldığına altı çizilmektedir. (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2006: 50). Bu anlamda “ruh sağlığı politikasının” ve “sosyal hizmet politikasının” kendisi bile başlı başına “politik” bir sorun olabilmektedir.

Koruyucu-önleyici hizmetlerin geliştirilmesi açısından sorun alanı hakkında bir veritabanı oluşturulması önemli bir faktördür. URSEP’de ifade edildiği üzere ruh sağlığı ile ilgili araştırmalar daha çok hastalık istatistikleri olduğundan ruh sağlığı ve hastalıklarının sosyo-ekonomik arka planına ışık tutamamaktadır. Sosyal, kültürel, demografik ve ekonomik verilerin olduğu araştırmalara ihtiyaç vardır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a: 63). Söz konusu durum sosyal hizmet kaynaklı araştırmaların belirleyiciliğini ön plana çıkarmaktadır. Bu anlamda veri toplama açısından sosyal hizmetin temellerinden olan izleme ve değerlendirmenin koruyucu ruh sağlığı alanında kilit öneme sahip olduğu görülmektedir. Ek olarak koruyucu önleyici hizmetlere yönelik bir ruh sağlığı politikasının yoksulluk, aile ve istihdam politikaları ile bütünleşmiş ve etkileşim halinde olması gerekmektedir.

Bilgilendirme

Ruh sağlığı alanındaki sorunlara yönelik tutumlar; toplumsal değerler, gelenek-görenekler, inançlar tarafından etkilenmekte, ruh sağlığı alanında bilgi

eksikliği; belirsizliği, endişeyi, kaygıyı ve damgalamayı doğurmaktadır.

Literatüre bakıldığında ruh sağlığı alanında profesyonel yardım ve erken tanı için bilinçli aile ve toplumun gerekliliği vurgulanmaktadır (Ögel, 1998: 1320; Ocaktan ve ark., 2004: 67; Yazıcı, 2010: 32). “Bilgisizlik”, sorunlara yaklaşımda ve uygulamada yanlışlara neden olmakta, bu çerçevede kimi zaman ruh sağlığı sorunu olan kişileri öncelikle “yakınlarından” kurtarmak gerekmektedir.

Genel olarak değerlendirildiğinde Türkiye’de ruh sağlığı sorunu olan bireylerin bilgiye kolay ulaşabilecekleri destek sistemlerinin eksikliği temel sorun alanlarından (Dinç, 2010: 15). Herhangi bir teşhis durumunda “hastalığın nedenleri ve sonuçları, seyri, ilaçların yan etkileri, alternatif tedavi olanakları” gibi konularda açıklama yapılması, sorun sahibi bireyin davranışları hakkında bilgi verilmesi ve sorun sahibi bireyle iletişim kurma yollarının anlatılması ruh sağlığı sorunu olan kişilerin ve yakınlarının-ailelerinin temel taleplerindedir (Erkem ve Dinç, 2010: 43). Türkiye’de psikiyatrist sayısının yetersiz olduğu düşünüldüğünde bilgilendirme, hastalığın seyri ve iletişim kurma yöntemlerine yönelik faaliyetlerin sosyal çalışmacılar tarafından üstlenilmesi etkinlik ve etkililik açısından önemli bir noktadır. Bununla birlikte söz konusu sorumluluğun üstlenilmesi durumu yine psikiyatrik sosyal hizmete yönelik nitelikli eğitim-araştırma faaliyetlerinin artması ve mesleki yeterliliklerin belirlenmesi ile uzun vadede mümkün olabilecektir

Bilgilendirme tıp dışı çare aramada da önemli bir faktördür. Manisa’da yapılan

çalışmalar, ruh sağlığı sorunu olan bireye sahip olan ailelerin önce din hocalarına başvurduğunu ve muska yaptırdıklarını göstermektedir (Perçin, 2010: 17). Tıp dışı çare arama davranışını azaltmaya yönelik “özellikle kırsal alanda yaşayan düşük eğitim düzeyine sahip olan, geniş aileden gelenler ve erkeklerin bilgilendirilmesi önem taşımaktadır (Güleç ve ark., 2011: 141). Bu anlamda tıp dışı çare aramaya yönelik bilgilendirme, hastanın ve yakınlarının boşa zaman kaybetmesine engel olacak, ayrıca hastalığın daha erken dönemlerinde doktora başvurulmasını sağlayarak tedavi şansını arttıracaktır.

Ruh Sağlığı Sorunu Olan Kişilerin Çevresinin Güçlendirilmesi

Ruh sağlığı özelinde bakıldığında güçlendirme kavramı, ruh sağlığı sorunu yaşayan-yaşamış kişilerin yaşamlarını kontrol edebilme yetilerini kazanabilmeleri, haklarını savunabilmeleri ile bağlantılıdır, bu durum koruyucu hizmetlere ve ruh sağlığının geliştirilmesine gönderme yapar (Lehman, 2010: 88). Psikiyatrinin tıbbi söylemi ile güçlendirme perspektifinin birbiri ile çatışabileceği görülmektedir. Nitekim Güleç, psikiyatride “ötekini değerlendirme”nin meşru bir süreç olduğunu, bu meşruluğun kaynağını “bilimsel” söylemden aldığını, psikiyatrinin amacının çoğu zaman “ötekini anlama” değil “ötekini değiştirme” olduğunu belirtmektedir (Güleç, 2007: 3). Anlamanın alternatifi olan değiştirme yaklaşımı hastalık (psikopatoloji), teşhis ve tedavi döngüsüne dayalı bir yaklaşımdır. Bireyin içinde bulunduğu çevrenin güçler dengesini anlama–bilme ve harekete geçirmeden uzak olan böylesi bir hizmet felsefesi tekrarlayan süreçleri doğurabilmekte

ve kronik hastalıklarda bireyin ve içinde yaşadığı çevrenin fonksiyonelliğini kısıtlamaktadır.

Türkiye özelinde güçlendirme çalışmalarına ilk olarak bireyin dış dünya ile uyumunun sağlanması noktasında ihtiyaç duyulmaktadır. Özellikle kronik ruh sağlığı olan kişiler, hazırlık programları olmadan taburcu edildiğinde topluma adapte olamamakta ve sorunlar tekrar nüksetmektedir (Yanık, 2007: 35). Uzun yıllar hastanede tedavi gören kişilerin “aileye-topluma dönüşü” noktasında sorunlar olduğu bilinmektedir. Yeti kayıpları, toplum-aile sistemi ile olan kopukluk, damgalanma korkusu, maddi sıkıntılar vb.. nedenlerden ötürü Prof. Dr. Mazhar Osman Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde aileye dönüş çalışmaları sonucu hastaların sadece %9’u (450 kişiden 41 kişi) ailesinin yanına dönmüştür (Layikel, 2008: 15). Kurumların yetersizliği ve tedavi birimleri ile koordine olamamış yapısı sebebiyle ruhsal sorunu olan kişilerin ailesiyle yapılacak danışmanlık, savunuculuk gibi destek hizmetleri sağlanamamakta, sonuç olarak taburcu olmuş bireyler yeniden yatılı bakıma dönmekte ya da dış dünyaya adapte olamamaktadır.

Güçlendirme çalışmalarında bir diğer önemli nokta ise ruh sağlığı sorunu olan kişilerin potansiyellerini gerçeğe dönüştürebilme imkanlarının varlığıdır. Türkiye özelinde kendini ifade edebilen, sorunlarının bilincinde olan kişilerin, çalışıp bağımsız yaşama adım atmak istemesine rağmen istihdam sıkıntısı (iş bulamama-ağır iş koşulları) bulunmaktadır (Tilki, 2010: 20). Burada engelli kontenjanlarında ortopedik engellilerin tercih edilmesi ruh sağlığı

sorunu olanların çifte ayrımcılığa uğradığını göstermektedir (Erkem ve Dinç, 2010: 46). Ruh sağlığı sorunu olan kişilere verilecek hizmetin sadece yiyecek, barınma ve temizlikten ibaret değil “bireyin tüm sosyal ihtiyaçlarına” hitap eden (spor, gezi, alışveriş vb) nitelikte olmasının altı çizilmektedir (Demirdoğan ve Dağıdır, 2008: 138). Örneğin ruh sağlığı sorunu olan kişilerin mahkemelerde hakim karşısında kendini ifade etme noktasında sorunlarla karşılaştıkları görülmekte, duruşma öncesi görüşme yapacak bir uzmanın gerekliliği belirtilmektedir (Erkem ve Dinç, 2010: 48). Bu anlamda güçlendirme temelli uygulamaların çok boyutlu olduğu görülmektedir.

Yurtdışından örneklere bakıldığında adaptasyona önem veren güçlendirme uygulamaları göze çarpmaktadır. Nitekim Slovenya Altra Derneđinde ruh sağlığı sorunları yaşayan kişileri değiştirmeye değil onların kendilik algılarını ve yaşamlarını anlama temelli bir yaklaşım mevcuttur (Rusihak, 2010b: 11). Koşut olarak İtalya’daki Trieste Ruh sağlığı birimi de “pozitif ayrımcılık”tan ziyade normal yaşam koşullarında kişileri hayatla, hayatı da kişilerle bütünleştirme yaklaşımına sahiptir (Kacar, 2010: 79). Örnekler değerlendirildiğinde Türkiye’de de ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesi için bilgilendirme ve güçlendirmenin öncelikli bir sosyal hizmet uygulaması alanı olduğu görülmektedir.

Damgalama İle Mücadele

Modern psikiyatrinin doğuşu 18.yy da Bicetre Asylumda Pinel’in 12 kişiyi zincirden çözmesi ile başlar (Güleç, 2007: 2). Bununla birlikte toplumun bireyi söylemsel zincire vurması olarak

nitelendirilebilecek “damgalama” 21. yy da hala çözülememiş bir konudur.

Damgalamanın kaynaklarından olan ruh sağlığı sorunları ile tehlikeli davranışların özdeşleştirilmesi, normal dışı davranışların tarihte ve edebiyatta cinayet, intihar ve taciz ile örneklendirilmesi ile bağlantılıdır (Geçtan, 2010: 16). Literatürde kurum temelli hizmetlerin dışlama-damgalama pratiklerini arttırıcı etkisi olduğu vurgulanmakta (Arıkan, 1996: 71; Yazıcı, 2010: 31) yaşanan yerde verilen hizmetin damgalamayı azaltacağı (Yanık, 2007: 9) belirtilmektedir. URSP ve URSEP ile benimsenen toplum temelli ruh sağlığı hizmeti anlayışının temel hedefi bireyin damgalanmasına ve toplumdaki kopuk hale gelmesine neden olan kurum temelli bakım hizmetlerini en aza indirmektir. Mevcut haliyle geçici avantajlarının yanında kurum bakımının ruh sağlığı sorunu olan bireyi toplumun var olan destek sistemlerinden mahrum bırakan özellikleri vardır.

Damgalama dışlama dinamikleri çok boyutlu etkilere yol açmaktadır. Özellikle kronik ruh sağlığı sorunlarında damgalamanın ilişki kesme, sosyal bakımsızlık, hak ve sorumluluk kaybı olarak ön plana çıktığı belirtilmektedir (Güney, 2004: 67). Ruh sağlığı sorunu kaynaklı sosyal dışlanma, yoksulluğu beraberinde getirmekte, bu nedenle sorun alanın çok boyutlu olması gibi, geliştirilecek politikaların da sorun alanına hitap etmesi gerekmektedir (Layikel, 2008: 11). Ruh sağlığı sorunu olan kişilerin eğitim, istihdam, tıbbi tedavi, sosyalleşme, barınma, alanlarında ön yargılı tutumlara konu oldukları, kimi zaman “potansiyel suçlu” olarak değerlendirildikleri gözlemlenmektedir (Erkem ve Dinç, 2010: 47).

Türkiye’de ruh sağlığı sorunu olan kişilere, onların bakıcılarına ve doktorlarına yönelik önyargılı bakış açısı mevcuttur (Rusihak, 2008a: 106; Saillard, 2010: 18-22; Arıkan ve ark, 2011: 226). Şimşek ve Duyan’ın yaptığı araştırmada (2004: 413-414) sosyal hizmet öğrencilerinde de depresyon ve şizofreniye yönelik olumsuz tutumlar görülmüş, fakat bunun tıp fakültesi öğrencilerine göre daha düşük olduğu ve eğitim seviyesi yükseldikçe de olumsuz tutumun azaldığı belirtilmiştir.

Damgalama karşıtlığı sosyal hizmetin “savunuculuk” niteliği ile birlikte önem kazanmaktadır. Nitekim ruh sağlığı sorunu olan bireylerin topluma oryante edilmesinin yanında kurum ve toplumların da bu kişilere yönelik düzenlenmesinin önemi vurgulanmaktadır (Karakuş, 2009: 409). Bunun için ise önce damgalanan “öteki”nin nasıl damgalandığını anlamak gerekmektedir. Candansayar ve Coşar’ın (2001: 46) ifade ettiği üzere ruh sağlığı alanında yapılacak çalışmalarda “emik” yaklaşım ile kültürel anlamlar göz önünde bulundurulmalı, hasta, hastalık, damgalama ve yardım isteme davranışları söz konusu anlamlar çerçevesinde değerlendirilmelidir.

Damgalama ile ilgili özetlenen araştırma literatürünün gösterdiği üzere damgalama toplumsal bir sorundur ve özel ilgi gerektirmektedir. BRSHH çalışanları, ruh sağlığı sorunu olan bireye sahip ailelerin hastalığı gizleme ve toplumdaki dışlama davranışının önüne geçmek için sosyal hizmetlerde özel bir birim kurulmasını önermiştir (Dağdır ve Layikel, 2008: 65). Ruh sağlığı sorunu olanlara yönelik etiketleme davranışıyla mücadele etmede sadece devletin değil medyanın, STK’ların

ve özel sektörün işbirliğine (Erkem ve Dinç 2010: 47) vurgu yapılmaktadır. Bununla birlikte dışlama-damgalama faaliyetleri “sınırlar” çektikleri için buna karşı yapılan güçlendirme, savunuculuk, damgalama ile mücadele faaliyetleri de paradoksal durumları gündeme getirebilmektedir. Nitekim “psikiyatrik teşhis almış kişiler için kota belirlenmesi hak yaratmakla birlikte, ne yazık ki bu olgu damgalamayı da beraberinde getir”mektedir (İlbey, 2008: 181).

URSEP’de “ruh sağlığının geliştirilmesi ve teşviki” amacı altında damgalama ve ayrımcılık karşıtı çalışma grubu oluşturulması, eğitim hizmetlerinin geliştirilmesi, politikacıların bilinçlendirilmesi konuları vurgulanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a: 81). Sosyal hizmet perspektifinde bilgisizlik, damgalama, güçlendirme arasında ilişki olduğu söylenebilir. Bilgisizlik damgalamayı doğurmakta, damgalama ile birlikte ruh sağlığı sorunu olan kişi toplumsal yaşama katılım hakkını kaybetmekte ve baş etme becerisi ve özgüveni azalmaktadır. Bunun sonucunda da ruh sağlığı sorunu yoksulluk, istismar vb. karmaşık sosyal sorunlara eklemlenmektedir.

SONUÇ

Ruh sağlığı alanında sosyal hizmet ikinci ya da eğreti bir alan değil, birinci işleve sahip, önleyici ve koruyucu rolleri olan, tedavi sırasında ve sonrasında ruh sağlığı alanındaki hizmetlerin etkinliğini-etkililiğini temin eden bir alandır. Ruh sağlığı alanında yaşanan güçsüzlük, hastalık ve kriz durumları mikrodan makroya değişen bütüncül koordine hizmetleri kapsar. Söz konusu hizmetlerin oluşumu “ekip çalışması” anlayışının yerleşmesine bağlıdır. Ancak “ekip çalışması” kavramının soyut entelektüel

bir gereklilikten öte sınırları tanımlanmış ve işbirliği ilkelerinin somutlaştığı bir işlevselliğe dönüşmesi beklenmektedir.

Ruh sağlığı alanındaki politika ve hizmet sunumu değişiklikleri mesleki algılamaları, çalışma koşullarını, hukuki düzenlemeleri değiştirecek görünmektedir. Nitekim ruh sağlığı yasası halen Türkiye’nin en büyük ihtiyaçlarından. Ayrıca sosyal hizmet mesleğinin mevcut bir meslek yasası yoktur ve bu durum hizmetlerdeki niteliksel ve niceliksel artışa rağmen koordinasyon sorunlarına ek olarak mesleki rol karmaşaları, rol belirsizlikleri ya da rol yüklenmeleri gibi pek çok istenmeyen durumu ön plana çıkarmaktadır. Sosyal çalışmacıların mezuniyet sonrası uzmanlaşma eksiklikleri de en etkili olabilecekleri alanda atalet içine düşmelerine neden olabilmektedir.

Ülkemizde ruh sağlığı alanında çalışan yok denecek kadar az uzman sayısı ve kısıtlı örgütlü ve kurumsal yapıya ek olarak, yaşam boyu öğrenme ve beceri kazanma felsefesine sahip uzman yetersizliğinin de dönüşmesi ve değişmesi gerekmektedir. Bunun birlikte mesleki ve disiplinler çalışmalarda uygulama bilgisi becerisi ve etkililiği de geliştirilmesi gerekenler arasındadır.

Koruyucu önleyici çalışmalar, bilgisizlik, güçlendirme damgalama bir döngüsel süreci ifade etmektedir. Koruyucu önleyici hizmetlerin yokluğunda psiko-sosyal nedenler ile sorunlar ortaya çıkmakta; bilgisizlik, erken tanı ve profesyonel müdahaleyi geciktirmekte, damgalamaya yol açmakta böylece kişi işlevselliğini kaybetmekte, potansiyellerini ve güçlerini fark edememektedir.

Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçişteki gecikmişlik fırsata

dönüştürülebilir. Kültürel faktörler dikkate alınarak yurt dışında yapılan uygulamalar karşılaştırılarak değerlendirilebilir. Bu süreçte “insan farklılığı”nın yanında “toplum farklılığı”nı da hesaba katan uygulamalara ihtiyaç vardır.

Sonuç olarak Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı’nın koordineli yürüttüğü, çok boyutlu politikaları barındıran ve sosyal hizmetin işlevselleştirildiği bir toplum temelli ruh sağlığı sisteminin geliştirilmesinin aciliyeti söz konusudur. Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin temelindeki anlayış ve felsefe sadece bakanlıkların kurumsal, yasal ve örgütlü bir sosyal politika anlayışı benimsemesi ile değil; yerel yönetimler, STKlar, medya ve toplum katılımı ile geliştirilebilir.

KAYNAKLAR

Akdağ, R. (2012). 81 Ruh Sağlığı Merkezi. İnternet kaynağı: <http://www.kamudanhaber.com/saglik/81-ile-ruh-sagligi-merkezi-h80899.html>, son erişim 29.05.2012.

Aksaray, G., Kaptanoğlu, C. ve Oflu, S. (1999). Korumacı Ruh Sağlığı. *Yeni Symposium*, 37 (3), 55-59.

Alptekin, K. ve Duyan, V. (2009). *İntihar ve İntiharı Önleme*. İstanbul: Yeni İnsan Yayınevi.

Arıkan, B., Bademli, K. ve Duman, Z. Ç. (2011). Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumları: Son 10 Yılda Türkiye’de Yapılan Çalışmalar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), 214-231

Arıkan, Ç. (1996). Çağdaş Psikiyatrik Tedavide Psikiyatrik Sosyal hizmetin Yeri. Ç. Arıkan ve L. Dilek (Ed), *Ruh Hastalıklarının Tedavisinde Psiko-Sosyal Bir Boyut* (63-80). Ankara: Şafak Matbaacılık

Bulut, I. (1998). Psikiyatri Alanı ve Sosyal Hizmet Mesleği. C. Güleç ve E. Köroğlu

(Ed), *Psikiyatri Temel Kitabı* Cilt 2 (1329-1332). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Bulut, I. (2001). Psikiyatrik Sosyal Hizmet, Sosyal Hizmette Yeni Yaklaşımlar ve Sorun Alanları. V. Duyan ve A. Mavili Aktaş (Ed), *Prof. Dr. Nihal Turan’a Armağan* (130-134). Ankara: Hacettepe Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayınları.

Candansayar, S. (2011). Ruh Sağlığı Mesleklerinin Yetki ve Sınırlarının Belirlenmesi Toplum Sağlığının Yararınadır. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 14 (1), 3.

Candansayar, S. ve Coşar, B. (2001). Küreselleşme, Postmodernizm ve Kültürel Görelilik Psikiyatride Biyomedikal Paradigma Nasıl Korunur? *Kriz Dergisi*, 9 (2), 41-47.

Çakır, İ. A. (2013). Trsm Hizmetlerinde Kamu Hastanelerinin Rolü, internet kaynağı: www.ruhsagligisempozyumu.com/sunum/ldris.pptx, son erişim: 30.07.2013

Dağdır, F. Z. ve Layıkel, Ş. (2008). Psikiyatrik Teşhis Almış Ve Zihinsel Engelli Bireylerin Haklarının Tanınmasına ve Toplumsal Yaşama Katılımına Yönelik Proje İstanbul Yuvarlak Masa Toplantısı Raporu “Psikiyatrik Teşhis Almış Kişilerle İlgili Sorunlar ve Çözüm Önerileri”. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 11 (3), 64-69.

Dedeoğlu, N. (2003). Halk Sağlığı ve Sosyal Hizmetler. *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 25 (4), 31-33.

Demirdoğan, M. ve Dağdır, F. Z. (2008). Türkiye’de Psikiyatrik Teşhis Almış Bireylere Yönelik Ayrımcılık ve Sosyal Dışlanma. Ş. Layıkel, N. Kacar ve F. Z. Dağdır (Ed), *Akıl ve Ruh Sağlığı Alanında İnsan Hakları 2008 Türkiye Raporu Sorunlar ve Çözüm Önerileri* (133-140). İstanbul: Karika Matbaacılık.

Demirel, S. (2001). Rehabilitasyon Hizmetlerinde Sosyal Hizmet ve Sosyal Hizmet Uzmanının Rol ve Görevleri. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 12 (3), 64-80

Dinç, G. K. (2010). Rusihak-Ara İstanbul Dayanışma Merkezi Sosyal Hizmet Desteği. F. Zengin (Ed), *Zihinsel ve Ruhsal Ra-*

hatsızlığı Olan Kişiler İçin Toplum Temelli Hizmetler (14-16). İstanbul: Karika Matbaacılık.

Erkem, N. ve Dinç, G. K. (2010). Bir Yıllık Çalışma Sürecinde Akıl ve Ruh Sağlığı Alanında Sistemde Tespit Edilen Temel Sorunlar. F. Zengin (Ed), *Zihinsel ve Ruhsal Rahatsızlığı Olan Kişiler İçin Toplum Temelli Hizmetler*, (43-48). İstanbul: Karika Matbaacılık.

Geçtan, E. (2010). *Psikodinamik Psikiyatri ve Normaldışı Davranışlar*. İstanbul: Metis Yayınları.

Güçlü, F. (2001). *İntihar Umutsuzluğun Tırmanışı*. Ankara: Sosyal Hizmetler Araştırma, Belgeleme, Eğitim Vakfı.

Güleç, C. (2007). Psikiyatrinin Ontolojik ve Epistemolojik Sorunları. C. Güleç ve E. Köroğlu (Ed), *Psikiyatri Temel Kitabı Cilt 1* (1-5). Ankara: Hekimler Yayın Birliği

Güleç, G., Yenilmez, Ç. ve Ay, F. (2011). Bir Anadolu Şehrinde Psikiyatri Kliniğine Başvuran Hastaların Hastalık Açıklama ve Çare Arama Davranışları. *Klinik Psikiyatri*, 14, 131-142.

Gültekin, B. K. (2010). Ruhsal Bozuklukların Önlenmesi: Kavramsal Çerçeve ve Sınıflandırma. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2 (4), 583-594

Güney, M. (2001). Psikiyatrik Rehabilitasyonda Gündüz Hastanesinin Yeri. *Klinik Psikiyatri*, 4, 268-276

Güney, M. (2004). Ruhsal Bozukluklarda Sitmatizasyonu Önlemek İçin Neler Yapılabilir? *Kriz Dergisi*, 12 (1), 67-71.

İlbey, C. (2008). Kurum Temelli Hizmetlerin Bir Eleştirisi ve Toplum Temelli Hizmetler. Ş. Layıkel, N. Kacar ve F. Zengin Dağıdır (Ed), *Akıl ve Ruh Sağlığı Alanında İnsan Hakları 2008 Türkiye Raporu Sorunlar ve Çözüm Önerileri* (179-183). İstanbul: Karika Matbaacılık.

Kacar, N. (2010). Slovenya ve İtalya/ Trieste'de Toplum Temelli Rehabilitasyon Uygulamaları. F. Zengin (Ed), *Zihinsel ve*

Ruhsal Rahatsızlığı Olan Kişiler İçin Toplum Temelli Hizmetler (77-79). İstanbul: Karika Matbaacılık.

Karakuş, D. (2009). Türkiye'de Psikiyatrik Teşhis Almış Bireylere Yönelik Ayrımcılık, Damgalama ve Sosyal Dışlanma. G. Polat Uluocak ve A. İçağasıoğlu Çoban (Yay. Haz.), *Sosyal Dışlanma ve Sosyal Hizmet Sempozyumu* (403-410). Ankara: Haberal Eğitim Vakfı

Karasu, U. (2008). Psikiyatri Uzmanlarının Sorunları. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 11 (3), 54-56.

Kaya, B. (2007a). Depresyon: Sosyo Ekonomik Kültürel Bakış. *Klinik Psikiyatri*, 10 (Ek 6), 11-20.

Kaya, B. (2007b). Sağlıkta Dönüşümün Ruh sağlığı Politikası. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 10 (1), 18-19.

Kırpınar, İ. (2003). Ulusal Ruh sağlığı Politikası Geliştirme Çalışmaları. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 6 (2), 12-12.

Kuşcu, K. (2007). Sosyal Psikiyatri. C. Güleç ve E. Köroğlu (Ed), *Psikiyatri Temel Kitabı Cilt 1* (103-108). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Layıkel, Ş. (2008). Türkiye'de Ruh Sağlığı Alanına Genel Bir Bakış. Ş. Layıkel, N. Kacar ve F. Zengin Dağıdır (Ed), *Akıl ve Ruh Sağlığı Alanında İnsan Hakları 2008 Türkiye Raporu Sorunlar ve Çözüm Önerileri* (7-18). İstanbul: Karika Matbaacılık.

Lehman, P. (2010). Psikotik Deneyimi Olan İnsanların Kendine Yardım Hareketinin Politik Boyutları. F. Zengin (Ed), *Zihinsel ve Ruhsal Rahatsızlığı Olan Kişiler İçin Toplum Temelli Hizmetler* (87-91). İstanbul: Karika Matbaacılık.

Mental Disability Rights International (2005). BEHIND CLOSED DOORS: Human Rights Abuses in the Psychiatric Facilities, Orphanages and Rehabilitation Centers of Turkey. İstanbul.

Ocaktan, M. E., Özdemir O. ve Akdur, R. (2004). Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Hizmetleri. *Kriz Dergisi*, 12 (2), 63-73.

- Ögel, K. (1998). Toplumsal Psikiyatri. C. Güleç ve E. Köroğlu (Ed), *Psikiyatri Temel Kitabı Cilt 2* (1319-1328). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Özdemir, U. (1999). Psikiyatri Tedavi Ekibinin "Ekip Çalışması" Kavramına İlişkin Kendi Bilgilerini ve Çalıştıkları Psikiyatri Tedavi Kurumlarını Değerlendirmeleri. *Kriz Dergisi*, 7 (2), 17-24.
- Perçin, Ü. (2010). Rusihak-Ara Manisa Dayanışma Merkezi Sosyal Hizmet Desteği. F. Zengin (Ed), *Zihinsel ve Ruhsal Rahatsızlığı Olan Kişiler İçin Toplum Temelli Hizmetler* (17-19). İstanbul: Karika Matbaacılık.
- Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi Derneği (2010b). Ruh Sağlığı Hizmetlerinde İyi Örnekler Slovenya ve Triestre. Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi Derneği, İstanbul.
- Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi, (2008a). Türkiye'nin Ruh Sağlığı Hastanelerinin Koşulları. Ş. Layikel, N. Kacar ve F. Zengin Dağıdır (Ed), *Akıl ve Ruh Sağlığı Alanında İnsan Hakları 2008 Türkiye Raporu Sorunlar ve Çözüm Önerileri* (83-108). İstanbul: Karika Matbaacılık.
- Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi, (2008b). Proje Çalışmalarında Dile Getirilen Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Ş. Layikel, N. Kacar ve F. Zengin Dağıdır (Ed), *Akıl ve Ruh Sağlığı Alanında İnsan Hakları 2008 Türkiye Raporu Sorunlar ve Çözüm Önerileri* (149-170). İstanbul: Karika Matbaacılık.
- Sağduyu, A., Aker, T., Özmen, E., Uğuz, Ş., Ögel, K. ve Tamar, D. (2003). Şizofrenisi Olan Hastaların Yakınlarının Şizofreniye Yönelik Tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14 (3), 203-212.
- Saillard, E. (2010). Ruhsal Hastalara Yönelik Damgalamaya İlişkin Psikiyatrist Görüşleri ve Önerileri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21 (1), 14-24.
- Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (2009). SHÇEK Genel Müdürlüğü Stratejik Plan 2010-2014. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, Ankara.
- Şimşek, Z. ve Duyan, V. (2004). Sosyal Hizmet Öğrencilerinin Depresyon ve Şizofreniye Karşı Tutumları ve Sosyal Hizmet Eğitiminin Katkısı. A. İçağasioğlu Çoban ve H. K. Arslanoğlu (Yay. Haz.), *Başkent Üniversitesi Sosyal Hizmet Sempozyumu 2004: Türkiye'de Sosyal Hizmet Uygulamaları İhtiyaçlar ve Sorunlar* (408-416). Ankara: Haberal Eğitim Vakfı
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2006). Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2011a). Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011-2023. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2011b). Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara
- Tilki, E. (2010). Rusihak-Ara İstanbul Dayanışma Merkezi Psikolojik Destek Çalışmaları. F. Zengin (Ed), *Zihinsel ve Ruhsal Rahatsızlığı Olan Kişiler İçin Toplum Temelli Hizmetler* (20-21). İstanbul: Karika Matbaacılık.
- Ulaş, H. (2008a). Batı Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye'de Psikiyatri Hizmetleri. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 11 (2), 2-12.
- Yanık, M. (2007). Türkiye Ruh Sağlığı Sistemi Üzerine Değerlendirme ve Öneriler Ruh Sağlığı Eylem Planı Önerisi. *Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar*, Özel Sayı.
- Yanık, M. (2008). İstanbul'da Toplum Ruh Sağlığı Örgütlenmesi Örneği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9 (Ek Sayı 1), 43-45.
- Yazıcı, A. (2010). Türkiye'de Ruh Sağlığı Sisteminin İşleyişi. F. Zengin (Ed), *Zihinsel ve Ruhsal Rahatsızlığı Olan Kişiler İçin Toplum Temelli Hizmetler* (31-32). İstanbul: Karika Matbaacılık.