

Derleme

KURUM BAKIMINDAN TOPLUM TEMELLİ BAKIMA GEÇİŞ: TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE ÇALIŞAN SOSYAL HİZMET UZMANLARININ ROLÜ

From Institution to Community-Based Care: The Role of Social Workers Working in Community Mental Health Centers

Elif GÖKÇEARSLAN ÇİFCİ*
Fulya AKGÜL GÖK**
Ezgi ARSLAN***

*Doç.Dr., Ankara Üniversitesi, SBF, Sosyal Hizmet Bölümü

*Arş. Gör., Ankara Üniversitesi, SBF, Sosyal Hizmet Bölümü

*Arş. Gör., Ankara Üniversitesi, SBF, Sosyal Hizmet Bölümü

ÖZET

Bu çalışmada Türkiye'deki ve dünyadaki ruh sağlığı alanındaki gelişmelere ve bu bağlamda Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Gelişimine, amaçlarına ve toplum ruh sağlığı merkezlerinde çalışan sosyal hizmet

uzmanlarının rollerine yer verilmiştir. Belirtilen gelişmelere bağlı olarak kurum bakımından toplum temelli bakıma geçiş süreci ülke örnekleriyle anlatılmıştır. Son olarak ise kurum bakımı ve toplum temelli bakım arasında bir karşılaştırma yapılarak bu alanda çalışan ve multi-disipliner ekip içerisinde yer alan sosyal hizmet uzmanlarının önemine yer verilmiştir.

Anahtar Sözcükler: *Toplum temelli ruh sağlığı, toplum ruh sağlığı merkezleri, sosyal hizmet, sosyal hizmet uzmanı*

ABSTRACT

In this study developments, aims of community based mental health services and roles of social workers working in community mental health centers are presented by assessing mental health developments from the World and Turkey. The process of moving from institutional care approach to community based care approach are referred with the examples from different countries. Then institutional care and community based care are compared. The roles of social workers working in this field as a multi-disciplinary team member are presented.

Keywords: *Community mental health, community mental health centers, social work, social worker*

GİRİŞ

Son yıllarda ruh sağlığı alanında yapılan çalışmalar, tedavinin çok boyutlu olması gerektiği üzerinde durmaktadır. Nitekim bireyin psiko-sosyal yapısının tedavi sürecinde göz ardı edilmemesi gereken en önemli ilkelerden biri olduğu, bu alanda çalışma yapan pek çok araştırmacı tarafından savunulmaktadır (Kuşgözoğlu ve Akbıyık, 2007: 34;

Yanık, 2008; Ensari ve diğ., 2013; Güney, 2001).

Ruh sağlığı alanı, bütüncül bir yaklaşım çerçevesinde, multi-disipliner bir ekip tarafından değerlendirilmelerin yapıldığı bir alandır. Ruhsal hastalıkların biyo-psiko-sosyal etmenlerle ilişkili olduğu düşünüldüğünde, sosyal hizmet mesleğinin ruh sağlığı alanından bağımsız olması düşünülemez. Güney, 2001 yılında yaptığı "Psikiyatrik rehabilitasyonda gündüz hastanesinin yeri" isimli çalışmasında, Türkiye'de medikal tedavinin ön planda olduğunu ve ruhsal hastalıkların biopsiko-sosyal boyutunun ihmal edildiğini ifade etmiştir (s. 269).

Bu çalışmada ruh sağlığı alanında önemli bir yenilik olan toplum ruh sağlığı merkezlerinin kuruluş amaçları, kurum temelli bakımdan toplum temelli bakıma geçiş süreci, dünyadaki ve Türkiye'deki geçmişi ve şu anda var olan ruh sağlığı hizmetleri ve ruh sağlığı alanında önemli rol oynayan meslek gruplarından biri olan sosyal hizmet mesleğinin bu alandaki rolü üzerinde durulmuştur.

Dünya'da ve Türkiye'de Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin Gelişimi

Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011)'nda ruh sağlığı alanında üç farklı hizmet modeli ele alınmıştır. Bunlar; hastane temelli model, toplum temelli model ve toplum- hastane denge modelidir.

Ruh sağlığı alanındaki değişimler gelişmiş ülkelerde 1960'lardan itibaren yaşanmaya başlamıştır (Alataş ve diğ., 2009: 26). ABD'de 1960'lar ve 1970'lerde kurum temelli sağlık hizmetlerinden toplum temelli bakım hizmetlerine yönelim başlamıştır (TRSM'lere yönelik harmanlanmış eğitim programı eğitici

eğitimi basılı materyali, 2014). Aynı tarihlerde Avrupa'da ruh sağlığı alanında benzer gelişmeler görülmeye başlamıştır. ABD ve Avrupa'da yaşanan bu gelişmelerin tarihsel süreci incelendiğinde özellikle Ortaçağ Avrupa'sında üretime katılmayan paryaların -yoksullar, suçlular, evsizler ve deliler- dışlanmaya maruz kaldığı görülmektedir. Paris'te Genel Hastane'nin kurulması ile "kapatma çağı" olarak adlandırılan dönemin başladığı bu hapsetme süreci ile "delilik" 17. yy'dan itibaren dönemin en belirgin toplumsal "ötekisi" haline gelmeye başlamıştır. 1793 yılında Fransız hekim Philippe Pinel bu kurumlarda deliler için daha insancıl bir düzenleme yaptığı gerekçesiyle büyük bir saygınlık kazanmıştır (Boyne, 2009: 17-19-21-27). Pinel'in bu girişimi çağdaş ruh sağlığı uygulamalarının ilk adımlarını oluşturmuştur. 1950'lerde ise EKT (Elektrokonvülsif Tedavi-Şok Tedavisi) ve psikotrop¹ ilaç tedavisinin başlaması ile psikiyatride köklü değişimler yaşanmaya başlamış olmakla birlikte depo hastaneler var olmaya devam etmiştir. 1960'lar ise insan hakları ihlali gerekçesiyle toplumdan uzak depo hastanelerin kapatılarak toplum temelli modele geçişin başladığı dönemdir.

Deinstütüzyasyon: Kurum Bakımından Toplum Temelli Bakıma Geçiş

Geçmiş yüzyıllarda uzun yatış süreli psikiyatrik hastaneler ya da aslyumlar²

1 Psikotrop madde, asıl olarak merkezi sinir sisteminde etkisini gösteren ve beynin işlevlerini değiştirerek algıda, ruh hâlinde, bilinçlilikte ve davranışta geçici değişikliklere neden olan kimyasal maddelerdir

²Aslyum: eskiden tımarhane olarak adlandırılan akıl hastaneleri

Avrupa'da ruh sağlığının önemini ortaya koymuştur. Ruh sağlığı alanındaki ilerlemeler, geçmişte var olan **gözetim altında tutulma ve hakların sınırlandırılması veya hakların ihlaline güçlü bir vurgu yapmıştır** (McDaid ve Thornicroft, 2005).

Bu gelişmelerin öncesine bakılacak olduğunda, hastane temelli modelin 1800'ü yıllardan 1960'lı yıllara kadar Dünya'da yaygın olarak kullanılan en eski geleneksel model olduğu ve bu dönemlerde çok sayıda büyük psikiyatri hastanelerinin kurulduğu bilinmektedir (URSEP, 2011). Geçmiş yıllarda merkez ve Doğu Avrupa'da ruh sağlığı alanında verilen hizmetler sınırlıydı. Hastaneler ve depo (uzun yatış süreli bakım evleri) hastaneler ruh sağlığı alanındaki ihtiyaçları karşılamaktaydı.

1950'lerde insan haklarına olan vurgu artmış ve hastanelerin aşırı kalabalık olması, hijyen şartlarının kötü olması, hasta hakları ihlallerinin yaygın olarak görülmesi ile 1960'lardan itibaren bu model terk edilmeye başlanmıştır (URSEP, 2011).

20. Yüzyıla gelindiğinde daha insan-çıl bir bakım ve tedavi anlayışı ortaya çıkmaya başlamıştır. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra insan hakları hareketi ortaya çıkmış ve ruhsal rahatsızlığı olan bireyleri de kapsayan insan hakları vurgusu ön plana taşınmıştır. Araştırmalar aslyumların tedavi edici özelliklerinin oldukça yetersiz olduğunu ve hatta bazen rahatsızlıkların şiddetlenmesine yol açtığını göstermiştir (World Health Organization, 2003). Nitekim Weithorn (1988), araştırmaların toplum temelli tedavilerin daha yüksek oranda olumlu sonuç verdiğini ve yatan hasta koşullarından daha az fiziksel

ve ruhsal yönden risk taşıdığını ifade etmiştir.

Aslyumların insan hakları temelinde itibar kaybetmesi ile hükümetler, aslyumlarda bulunan kronik hastaların sayısını azaltmaya yönelik olarak çalışmalara başlamışlardır. Bunun sonucunda ise alternatif tedavi arayışları ile bugün deinstütizasyon olarak tanımlanan süreç, toplum ruh sağlığı hizmetleri kapsamında ortaya çıkmaya başlamıştır (World Health Organization, 2003). Fakat bu süreç oldukça yavaş gelişmekte olan bir seyir izlemiştir.

Son 30 yılda özellikle Batı Avrupa'da bireyler genel hastanelerdeki toplum temelli merkezlere gönderilmeye ya da kendi evlerinde bakım almaya başlamışlardır. Zamanla Avrupa artık toplum temelli modele geçiş yapmıştır. Bu geçiş İtalya, İngiltere, Finlandiya ülkelerinde 30 – 40 yıl önce, Yunanistan'da 15 yıl önce, Bulgaristan ve Romanya gibi ülkelerde 5 yıl önce başlamıştır (McDaid ve Thornicroft, 2005).

Batı Avrupa'da 1978 ile 2002 yılları arasında özellikle İtalya'da kurum temelli bakım hızla terk edilmiş ve toplum temelli bakım için hızlı bir şekilde yasalar oluşturulmaya başlanmıştır; tüm ülkelerde yatak sayıları hızla azalmaya başlamış; özellikle İtalya'da yatak sayısı ciddi anlamda azalmaya başlarken; İsveç'te yataklı bakım genel hastaneler içinde sağlanmaya başlamıştır. 1970'lerden sonra önemli ölçüde özellikle İrlanda ve Finlandiya'da yatak sayısı azalmaya başlamıştır. Benzer şekilde 10 yeni Avrupa birliği üye devletlerinden özellikle Estonya, Litvanya ve Kıbrıs'ta son 15 yılda kurumların terk edilmesinde önemli ilerlemeler kaydedilmiştir; buna rağmen Slovakya ve Slovenya gibi diğer ülkelerde

değişim yavaş gerçekleşmiştir (World Health Organization Regional Office for Europe, 2004).

Türkiye’de Kurum Bakımından Toplum Temelli Bakıma Geçiş Süreci ve Yaşanan Gelişmeler

2003 yılında başlayan “Sağlıkta Dönüşüm” sürecinde diğer alanlarda gösterilen gelişmelere rağmen psikiyatride bu dönüşüm eksik kalmıştır (Alataş, 2009). 2006 yılı Ulusal Ruh Sağlığı Politikası metninde toplum temelli modele geçiş tavsiye edilmiş ve ardından Ruh Sağlığı Eylem Planı’nda ülkemizdeki ruh sağlığı politikasında hastane temelli modelden toplum temelli modele geçmesi gerektiği kararı alınmıştır (Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı, 2011). Toplum temelli bakım modelinin gelişim sürecinin ilk aşamasında belirtilen genel görüş ciddi ruhsal rahatsızlığı olan bireylere öncelik verilmesi olmuştur (Uluslararası Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri Konferansı, 2013, s. 54). Bahsi geçen modelin ilk adımı olarak görülen Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri’nin (TRSM) açılması Sağlık Bakanlığı tarafından Nisan 2009’da onaylanmış ve projelendirme sürecine başlanmıştır. Sağlık Bakanlığı Türkiye’nin 81 ilinde toplam 236 toplum ruh sağlığı merkezi kurmayı planlamaktadır. Bugüne kadar ise 55 ilde 71 toplum ruh sağlığı merkezi kurulmuştur (Uluslararası Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri Konferansı, 2013: 60).

2011 yılında 2011-2023 yılları arasında kapsayan Ruh Sağlığı Eylem Planı kabul edilmiş ve yine aynı yıl Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerine İlişkin Yönerge Sağlık Bakanlığının onayı ile yürürlüğe girmiştir. 2013 yılında toplum temelli

ruh sağlığı hizmet modelinin uygulanışını desteklemek amacıyla çalışma rehberi oluşturulmuştur (Uluslararası Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri Konferansı, 2013, s. 54-58). Ulusal ruh sağlığı politikalarının geliştirilmesi için ilk olarak Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilen yedi modül temel alınmakla birlikte 2014 yılında “Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerine Yönelik Harmanlanmış Eğitim Programı Eğitici Eğitimi” materyalinde on modül ele alınmıştır. Bu on modül şu şekilde belirtilmiştir: toplum temelli bakım ilkeleri, bakım koordinasyonunda yerine getirilmesi gereken temel görevler, hizmet alan birey ile ilişkiler, sosyal içerme ve ruh sağlığında iyileşme, risk değerlendirmesi ve yönetimi, nüks² önleme, ilaç tedavisine bağlılık, aile ile çalışma, TRSM’lerde multi-disipliner ekip çalışması ve liderlik ve etik ve değerler. Proje kapsamında, psikiyatrist, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, psikiyatri hemşiresi ve ergo-terapistlerden oluşan multi-disipliner bir ekibe eğitimler verilmiştir ve bu eğitimler sonucunda Türkiye’nin çeşitli şehirlerinde ruh sağlığı alanında çalışan profesyonellere toplum ruh sağlığı hizmetleriyle ilgili eğitimler verilmiştir. Bu bağlamda proje ekip çalışmasının önemine de güçlü bir şekilde vurgu yapılmıştır. Yanık (2007) ve Özdemir (1998) çalışmalarında multi-disipliner ekip çalışmasına vurgu yapmışlardır.

Modelde hastaların merkezlere geliş beklenmeden gezici ekiplerle ev ziyaretlerinin yapılması; hastaların kendi yerel yerleşim bölgelerinde düzenli takip ve tedavilerinin gerçekleştirilerek iyilik hallerinin korunması, atakların önlenerek; hastane yatışlarının azaltılması

2 Tekrarlama, yeniden ortaya çıkma

ve rehabilitasyonlarının sağlanmasıyla hastaların topluma yeniden kazandırılması, yaşam becerilerinin artırılması, ailelerin ve hastaların bilgilendirilmesi hedeflenmektedir (Ensari, 2011). Bu sayede TRSM'ler ağır ruhsal rahatsızlığı olan hastalar için verilen hizmetin ana düzenleyicisi ve kontrol merkezi olmayı hedeflemektedir.

Ruh sağlığı çalışma ekibi hareket halindedir ve geleneksel hizmet anlayışının aksine hizmeti, hizmet talebi veya ihtiyacı olanlara götürür. Elbette bu hareket halindeki ekip belirli bir coğrafi bölge sınırları içindeki bir ana merkeze bağlıdır. Ekibin hizmet götürdüğü her hasta için tedavi kayıtları, izleme belgeleri ve planları bulunmaktadır. Bu yolla kronik ruhsal rahatsızlıkları olan hastaların takip ve tedavisini kolaylaştırmaktadır. Ayrıca bu hastalar toplumun dışına itilmek yerine, toplum temelli modele uygun olarak toplum içinde tedavi ve hizmet alabilirler (Yanık, 2007).

TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİ: AMAÇLAR VE GENEL İLKELER

Caplan (1970), Ruh Sağlığı Danışmanlığı Teori ve Uygulama kitabında danışmanlık hizmetleri ile ilgili işlevsel bir tanım yapmıştır ve odaklandığı 3 temel alan vardır. Bunlar:

- Toplum içinde bakım verenlerin kapasitelerini arttırmak için onlara danışmanlık yapılması,
- Nüksleri önlemek için önleyici hizmetlerin geliştirilmesi,
- Toplumun öneminin kavranması ve içinde yaşayanların toplumsal güçlerin farkına varmasıdır.

Yukarıda verilen üç temel alan göz önünde bulundurulduğunda, ruh sağlığı alanında toplumsal faktörlerin önemli bir yere sahip olduğu görülmektedir (akt: Werner ve Tyler, 1993).

Özdemir (1998) makalesinde "Ruh sağlığı ve psikiyatri" ile ilgili bir tanımlama yapmak isteyen Dünya Sağlık Örgütü Ruh Sağlığı Bölüm Başkanı Norman Sartorius'un sözlerini aktarmıştır. Sartorius'a göre ruh sağlığı programları psikiyatriden farklıdır. Sartorius'un karşılaştırması şu şekildedir; psikiyatri, ruhsal rahatsızlığın önlenmesi, tanısı ve tedavisi ile uğraşır. Buna esas olarak klinik ortamda tek tek hastalarla ve onların en yakın çevreleri ile ilgilenirken ruh sağlığı programlarında ise, psikiyatrik rahatsızlıkları toplum içinde azaltmanın yolları ve araçlarına odaklanılmıştır (s. 23).

Dünya sağlık örgütünün 2001 yılı raporunda psikiyatrik hastanelerin kullanımı ve uzun süreli yatış sağlayan kurumlardan vazgeçilmesi gerektiği ve toplum temelli ruh sağlığı merkezlerinin daha iyi sonuçlar sağlayacağı belirtilmiştir. Yine bu rapor, toplum temelli ruh sağlığı merkezlerinin bireylerin yaşam kalitesini artıracığını, insan hakları odağında hizmet vereceğini ve kurum bakımından daha az maliyetli olacağını savunmaktadır. Rapor, farklı profesyonellerin katkıları ve barınma ve istihdam gibi diğer sektörlerle etkili bir bağlantı ile toplum bakımının geniş bir hizmet yelpazesi ve temas noktası sunduğunu belirtmektedir (McDaid ve Thornicroft, 2005).

Bu bağlamda toplum temelli ruh sağlığı modeline geçişle birlikte, ruhsal rahatsızlığı olan bireylerle toplumun bilinçli bir şekilde etkileşimi, bu bireylerin

insan hakları çerçevesinde muamele görmesi, toplumun ruhsal rahatsızlıklar hakkında bilgi ve bilinç sahibi olması, damgalamanın önüne geçilmesi ve böylelikle bu bireylerin kendilerine ve başkalarına karşı ördükleri duvarı yıkmaları sağlanabilir. Lundberg ve diğerleri (2008), ruhsal rahatsızlığı olan bireyler ve ailelerinin maruz kaldığı damgalamaya ilişkin olarak, damgalamanın ruhsal hastalıkların tedavisinde önemli bir sorun oluşturduğunu, hasta ve hasta yakınlarının sosyal yaşantılarını ve psikolojik süreçlerini olumsuz etkilediğini ve böylece bu durumun onların 'yaşam kalitelerini' düşürdüğünü ifade etmiştir (Saillard, 2010). Bu sebepten dolayı ruhsal rahatsızlıkları olan hastalar için damgalayıcı, izole edici rehabilitasyondan çok toplumla iç içe tedavi yöntemleri önerilmelidir. Bu ihtiyacı tam olarak TRSM'ler karşılamaktadır (Güleç ve diğ., 2011).

Toplum temelli bakım modeli, hasta ve aile odaklıdır ve hasta ve ailelerine yönelik olarak psiko-sosyal destek hizmetlerinin önemine vurgu yapmaktadır. Burada önemli olan nokta, hastalık sürecinde neredeyse "görünmeyen" bir eleman olan aileye yapılan vurgudur. Nitekim kurum temelli bakım modelinde ağırlıklı olarak medikal bakıma yer verilmekte ve hastanın psiko-sosyal durumu, bu kurumlarda yeterli personelin olmaması, ağır iş yükü veya diğer bazı sebeplerden dolayı ihmal edilebilmektedir. Bu durumda hastanın yeterli düzeyde kendisini ifade edebilmesi ve kendisini gerçekleştirebilmesi olanaksız hale gelebilmektedir. Aile odağında bu konu ele alındığında ise bu ailelere yönelik psiko-sosyal destek hizmetlerinin yeterli düzeyde sağlanamadığı görülmektedir. Bununla bağlantılı olarak bazı ailelerin hastalığa ve hastalık

sürecine ilişkin bilgi-bilinç sahibi olmadıklarından dolayı hastalıkla baş edemedikleri veya zorlandıkları, sosyal destek sistemlerinin yeterli düzeyde olmadığı söylenebilir. Tam olarak bu noktada toplum ruh sağlığı merkezleri bu bireylerin ve ailelerinin biyo-psiko-sosyal boyutlardaki ihtiyaçlarını karşılamayı amaçlamaktadır.

Toplum temelli ruh sağlığı modelinin sağlıklı bir şekilde yürütülebilmesi için ortak bazı ilkelerden bahsedilmektedir. Bunlar (Sheppard, 1991); ulaşılabilirlik, psikososyal yaklaşım, multidisipliner çalışma ekibi, toplum kaynakları ve anlayıştır. Bu merkezler bölgesel olarak planlanmıştır ve ihtiyaç halindeki bireyler doğrudan kendi bölgesindeki merkeze başvuru yapabilmelidirler. Yani bu merkezlere ulaşmak ve hizmet almak oldukça kolay olmalıdır. Ayrıca bu merkezler:

- Hizmet talebine oldukça çabuk cevap verebilmeli,
- Coğrafi olarak kolay ulaşılabilecek bölgesel bir konumda olmalı
- Temel toplu taşıma yollarının üzerinde olmalı
- Damgalamayı en aza indirecek fiziksel ve sosyal koşullarda hizmet vermelidir

Eğer bakım merkezi çevresi ruhsal hastaların özel ihtiyaçlarına cevap veremezse, yönetimle ilgili konular ve bakım modelinden kaynaklı olarak bir takım sıkıntılar yaşanabilir (Chryssikou, 2013).

Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin Temel Amaçları

Toplum ruh sağlığı merkezi kavramındaki toplum vurgusu, ruhsal

rahatsızlıkları olan insanların toplumla bağlarının kopmaması ve sosyal dışlanmaya maruz kalmadan toplumla bütünleşme yönünde bir anlayışı temsil etmektedir. Bir diğer önemli nokta ise bu merkezlerin müracaatçı ve aile odaklı çalışması ve planlama yapmasıdır. Bu nedenle müracaatçılar alacakları veya aldıkları hizmetin planlanması, uygulanması ve geliştirilmesinde söz sahibi olmalılardır. Aile odağında ise bu merkezler aileye yönelik eğitimler vermeyi amaçlamalıdır.

Toplum ruh sağlığı merkezlerine yönelik harmanlanmış eğitim programı eğitici eğitimi materyalinde (2014), toplum ruh sağlığı merkezlerinin amaçları şu şekilde belirtilmiştir:

- Ruh sağlığı rahatsızlığı olan bireylerin ailelerine yönelik destek ve psiko-eğitim vermek
- Ağır ruh sağlığı rahatsızlığı olan bireylerin hastaneye yatmasına gerek kalmadan, hastaya kendi ihtiyaçlarını karşılayabilme becerisi kazandırmak amacıyla biyo-psiko-sosyal tedavi uygulamak
- Bireylerin sosyal becerilerini korumak ve toplumdan dışlanmamasını sağlamak
- Bireyler ve ailelere maksimum düzeyde destek sağlamak amacıyla kurumlar arasında koordinasyon sağlamak
- Ruh sağlığı rahatsızlığının sebep olduğu olumsuz etkilerin toplumdaki yansımalarını azaltmak

Bu bağlamda toplum ruh sağlığı merkezleri, yerel kaynakları danışmanlık ve eğitim hizmetleri vererek daha kullanışlı ve ulaşılabilir bir konuma

getirebilir. TRSM'ler tüm diğer toplum temelli programların, aktivitelerin ve hizmetlerin ana kaynağı olabilir. İnsanları aradıkları başka hizmetlere ulaşmasına yardım ederek toplum bazında daha etkili müdahaleler gerçekleştirebilir ve daha az bütçe ile daha etkili çalışabilir.

Hizmet alanlar tarafından "Buluşma noktası" olarak tanımlanan bu merkezler, hem bireylerin sosyal içerilmesini sağlama hem de bu bireylerin verilen hizmetlere aktif katılımcı olmalarına yardım etme amacıyla (Elstad ve Kristiansen, 2009).

Geleceğe yönelik olarak bu merkezlerin kökenindeki reform hareketinden uzaklaşmaması gerektiği uzmanlar tarafından belirtilmiştir (Werner ve Tyler, 1993). Bu merkezler temel olarak psikolojik stresi azaltma ve birey ve ailelere yaşamın zorluklarına karşı yardım etme amacıyla olan toplum temelli programlar geliştirme amacına sahiptirler.

Davidson (2005)'a göre terapi veya ilaç tedavisi ile iyilik halinin sürdürülmesi iyileşme sürecinin tek bir parçasıdır. Ruh sağlığı sorunları olan insanlara günlük hayatlarında destek olmak için psiko-sosyal rehabilitasyon, kişi odaklı yaklaşım ve katılımı da içine alan daha geniş bir bakış açısı gerekmektedir (Elstad ve Hellzen, 2010). Bu bakış açısının kazandırılabilmesi için ruhsal rahatsızlığı olan bireylerin ailelerini, meslek elemanlarını ve toplumu da kapsayan mikro, mezo ve makro düzeyde psiko-sosyal eğitimlerin verilmesi büyük önem taşımaktadır.

Tsai ve diğ. (2011) tarafından Hindistan'da 4 toplum ruh sağlığı merkezinde çalışan personelle yapılan ruh sağlığı merkezlerindeki personel

tutumlarına ve eğitimlerine yönelik kesitsel araştırmada toplum ruh sağlığı merkezlerindeki 318 personele "iyileşme süreci" tutumları ve eğitimler ile ilgili sorular sorulmuştur. Bu çalışmayla IMR (Illness Management and Recovery- Hastalık Yönetimi ve İyileşme Süreci) eğitiminin toplum ruh sağlığı merkezlerine öğretilmesi ve personel tutumları ve kurumsal uygulamalar üzerindeki etkisinin ölçülmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmayla 4 toplum ruh sağlığı merkezinde çalışan personelin kendilerini nasıl gördüklerine, hastaları nasıl gördüklerine ve iyileşme süreciyle ilişkili olarak kurumlarını nasıl gördüklerine ilişkin değerlendirmeler yapılmıştır. Bulgular bu eğitimlerin, personelin hizmet alan kişilere yönelik tutumlarını pozitif olarak etkileyebileceğini göstermektedir ve sonuçlar devam eden eğitim çabalarını desteklemektedir.

Sosyal hizmet Mesleği ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rolü

Özdemir (2000: 27)'e göre psikiyatrik ortamlarda sosyal hizmetin temel amacı, hastanın tedaviyi kabul etmesini ve bakımının etkili bir şekilde sağlanmasını kolaylaştırmak, hastalık nedeni ile hasta ve ailesinin yaşadığı stresi azaltmak ve hastanın içinde bulunduğu durum nedeniyle ortaya çıkan sorunları çözümlenektir.

Sosyal hizmet, ruh sağlığı alanında sosyal adalet, müracaatçı hakları ve insan odaklı yaklaşım çerçevesinde hizmet vermektedir. Ruh sağlığı sistemi içinde sosyal hizmet uzmanlarının sorumlulukları özellikle son 30 yılda toplum ruh sağlığı modeline geçişle

birlikte artış göstermiştir. Örneğin Moulding ve Courtmey (2014) bir çalışmada Avustralya Refah ve Sağlık Enstitüsü'nün 2010 yılındaki yayınında Avustralya'da toplum ruh sağlığı alanında çalışan profesyonellerin üçte birini sosyal hizmet uzmanlarının oluşturduğunu belirtmiştir.

Toplum temelli ruh sağlığı modeli sosyal hizmetin ilke ve değerleri ile uyumludur. Bu tedavi modelinde olduğu gibi sosyal hizmet yaklaşımında da güçlendirme, kendi kaderini tayin, müracaatçı merkezli çalışma ve savunuculuk bulunmaktadır (Carpenter, 2002).

Faust (2008) toplum ruh sağlığı merkezlerinde hasta savunucusu olarak çalışan sosyal hizmet uzmanlarıyla yaptığı çalışmada bu merkezlerdeki sosyal hizmet uzmanlarının rollerinden biri olan savunuculuğu incelemiştir. Toplum ruh sağlığı merkezlerinde 20 yıl boyunca sosyal hizmet uzmanının savunuculuk rolünü yerine getiren Faust, deneyimlerini çalışmada aktarmıştır. Bu çalışmadaki temel odak nokta hastanın bakış açısını kuruma iletebilmektir. Ruh sağlığı merkezinde savunucu sosyal hizmet uzmanı hastaların şikâyetlerini dinler ve bunların nasıl çözülebileceğine dair çözümler elde etmeye çalışır. Yazara göre savunuculuk rolü ruh sağlığı alanında temel rollerden biri haline gelmiştir. Sosyal hizmet uzmanı savunucu olarak rolünü gerçekleştirdiğinde hastalar haklarının daha fazla farkında olurlar ve bu hakları daha etkin kullanabilirler.

Uzmanların yardım verici ve hastaların pasif olarak yardım alıcı olması düşüncesinin artık değiştiği, 2002 yılında Yeni Zelanda Ruh Sağlığı Komisyonu tarafından belirtilmiştir. Günümüzde uzmanlar

daha az kontrole sahiptir ve hizmetten yararlananlar daha fazla kontrol ve sorumluluğa sahiptir. Ruh sağlığı alanında kurumsal yapıdan uzaklaşıp toplum temelli anlayışın yerini alması ile geleneksel rol ve yöntemlerin toplum ruh sağlığı merkezlerinde yeni bir bilgi ve rol temeli yaratması kaçınılmazdır. Bu nedenle toplum ruh sağlığı merkezlerinde çalışmakla ilgili olarak hastanın katılımcı olmasını destekleyen yeni yeterlilikler ve beceriler açıklığa kavuşturulmalıdır (Elstad ve Hellzen, 2010).

Ruhsal rahatsızlıkları kronik ve tehlikeli olarak görmek yerine, kişilerin ruhsal rahatsızlıkları ile beraber anlamlı, umut dolu ve tatmin edici bir hayat sürebilecekleri fikri son derece önemlidir (Anthony,1993).

Hannigan ve Allen (2011) bir çalışmalarında toplum ruh sağlığı merkezlerinde çalışan sosyal hizmet uzmanları, müracaatçı ve diğer meslek elemanlarıyla nitel görüşmeler yapmışlardır. Bu görüşmelerin sonucunda sosyal hizmet uzmanlarının deneyimleri arttıkça müracaatçıların da uzmana karşı güvenlerinin arttığı görülmüştür. Bu karşılıklı güven ilişkisi ise toplum ruh sağlığı merkezlerine gelen müracaatçıların devamlılığında büyük rol oynamaktadır (s.6). Bu bağlamda sosyal hizmet uzmanı, verilen hizmetlerin devamlılığını sağlayıcı bir rol gerçekleştirmiş olur. Ruh sağlığı hizmetleri alanında hizmet almakta sorunlar yaşayan müracaatçıların durumları tedavinin kesilmesine ve devamsızlığa yol açabilir (Kealy, 2011). Benzer şekilde sosyal hizmet uzmanı kurumsal politika ve zorunluluklar nedeniyle rollerini tam olarak yerine getiremediğinde, müracaatçı ile gerçekleştirilen terapötik çalışmanın kesintiye

uğraması veya tamamen kopması ruh sağlığı rahatsızlığı olan bu müracaatçıları olumsuz etkileyebilmektedir (Hannigan ve Allen, 2011). Bu çalışmadan anlaşıldığı üzere toplum ruh sağlığı merkezi gibi tedavinin devamlılığının esas olduğu kurumlarda sosyal hizmet uzmanının rolü oldukça önemlidir. Müracaatçının tedaviye devamlılığına yönelik bir başka çalışma ise Williston ve arkadaşları tarafından yapılmış, tedavilerde devamlılığın sağlanması için ilk kez toplum ruh sağlığı merkezine gelecek olan müracaatçılara oryantasyon mektupları gönderilmiştir (Williston ve diğ., 2014).

Bir diğer çalışmada ise Elstad ve Hellzen (2010) toplum ruh sağlığı merkezindeki profesyonellerin deneyimlerini nitel bir çalışma ile incelemişler ve geleneksel rol ve beklentilerden farklı olarak ortaya çıkan sosyal hizmet uzmanlarının sorunlarını incelemişlerdir. Bu merkezler, ruhsal rahatsızlıkları olan insanları günlük yaşamlarında karşılaştıkları sorunlar konusunda desteklemekte ve bu kişilerin verilen hizmetlere aktif olarak katılmaları için çabalamaktadır. Bu doğrultuda sosyal hizmet uzmanları için bazı katılımcılar tarafından belirtilen "günlük yaşam danışmanı" olma gibi bir durum ortaya çıkmaktadır. Bu rol daha çok kişi odaklı olduğu için özgürleştiricidir ama geleneksel çalışma ortamlarından da farklıdır.

Mesleki deneyim ve kişiler arası iletişim becerileri ruh sağlığı hizmetlerinde oldukça önemlidir. Elstad ve Hellzen (2010)'ın araştırmasından çıkan bir diğer sonuç ise meslek elemanlarının tüm müracaatçıların kendilerini güvende hissettikleri, seslerini duyurabildikleri, sosyal olarak etkin olabildikleri bir ortam yaratmaları ve bunu

koruma sorumlulukları olduğudur. Bunun sonucu olarak meslek elemanı nerede müdahale edip nerede kendini geri çekeceğini bilmelidir. Alan çalışmasında yapılan gözlemlere göre bu merkezlerde diğer geleneksel çalışma yöntemlerinden farklı olarak hizmet alanlar ve meslek elemanları arasında daha çok etkileşim vardır. Katılımcılar yaptıkları çalışmaların kurumlardaki çalışma yöntemlerinden oldukça farklı olduğunu belirtmişlerdir. Buna göre hizmet alanlar ve meslek elemanları arasında daha iyi ilişkilerin kurulması ile toplumun bütünleşmesi, müracaatçıların topluma katılım gösterebilmesi ve uzun dönemli ruh sağlığı sorunları yaşayan insanların damgalanmasının önüne geçici ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilebilmesi sağlanabilir.

Dolayısıyla toplum ruh sağlığı merkezlerinde çalışan meslek elemanlarının en temelde esnekliğe sahip olması, kişi odaklı çalışması ve hizmet alanların daha aktif katılımcılar olmasını sağlayacak sosyal ortamlar yaratabilmesi gerekmektedir.

Psikiyatrik sosyal hizmet uygulamalarında gönüllü tedavinin önemi üzerine yapılan bir araştırmada ise 10 sosyal hizmet uzmanı ile nitel görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın amacı bu uzmanların çalışma hayatları içinde tedavi yaklaşımlarının ve gönülsüz toplum tedavisi hizmetlerinin etkilerini araştırmaktır. Elde edilen sonuçlara göre uzmanlar ruh sağlığı hizmeti alanında birbiri ile çatışan ihtiyaçlar nedeniyle sıkıntı yaşamaktadırlar. Çalışmaya katılan uzmanlar tedavinin daha fazla hasta odaklı olması gerektiği konusunda fikir birliğine varmışlardır (Moulding ve Courtney, 2014).

Sheppard (1991) kitabında Amerika'da ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının rol ve görevlerini ifade etmiştir. 1975 yılında yayınlanan Ottan Raporu sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının rollerini şu şekilde tanımlamıştır; teşhise katkı sağlayacak sosyal faktörlerin değerlendirilmesi, tedaviye katkı verecek olan sosyal faktörler hakkında tavsiye vermek, hastaneden taburcu olma işlemi için sosyal faktörlerin değerlendirilmesi, uzun dönemli hastane sonrası bakım ve hizmetlere karar verilmesi ve planlanmasıdır. Bunlara ek olarak birey, aile ve gruplarla terapötik ilişki kurmak ve savunuculuk yapmak, kaynakları harekete geçirmek, kurum dışı bağlantıları kurmak, sağlık bakımında çalışma ekiplerini sosyal faktörler konusunda eğitmek ve sosyal servis personeline danışmanlık yapmaktır (s. 6-7-8).

Türkiye'deki toplum ruh sağlığı merkezleri için çalışma rehberi (2013)'nde ise sosyal hizmet uzmanlarının görev ve sorumlulukları şu şekilde belirtilmiştir:

- Hizmet alanların bakım planları çerçevesinde ihtiyaçlarının (yasal, sosyal, ekonomik, barınma, istihdam) karşılanmasında kolaylaştırıcılık bakımından ilgili kurum ve kuruluşlarla temas kurmak,
- Damgalamayla mücadele amacıyla projeler geliştirmek; gerek olduğunda bu konuyla ilgili kurumlar arası işbirliği sağlamak,
- Hasta ve ailelere sosyal ve yasal hakları konusunda destek ve danışmanlık hizmeti vermek,

Yaptığı işlemlerle ilgili kayıtları tutmak.

Sosyal hizmet uzmanları, ruh sağlığı alanında multi-disipliner ekibin önemli

bir parçasıdır ve özellikle ruh sağlığı alanının sosyal ve psikolojik yönüne güç vermektedir.

SONUÇ

Toplum ruh sağlığı merkezleri dünyada elli yıllık bir geçmişe dayanmaktadır. 1960'lı yıllardan itibaren depo hastanelerin, ruhsal rahatsızlığı olan bireylerin tedavisinde yeterli olmadığı ortaya çıkmış ve büyük depo hastaneler yerine bireylerin toplum içerisinde tedavilerine yönelik çeşitli uygulamalar geliştirilmiştir. Ülkemizde ise toplum temelli rehabilitasyon hizmetlerine olan ihtiyaç, 2000'li yıllardan itibaren vurgulanmaya başlamıştır.

Ruh sağlığı alanı, biyo-psiko-sosyal yönleri olan ve tüm bu yönlerin bütüncül bir şekilde ele alınıp değerlendirilmesi gereken bir alandır. Geçmiş yıllarda ruh sağlığı alanında verilen hizmetler daha çok hastalığın biyolojik yönü üzerinde durmaktaydı. Özellikle aile boyutu ve hastalık nedeniyle ortaya çıkan sosyal ve psikolojik boyutlar ikinci plana itilmekteydi. Bu doğrultuda ele alındığında toplum ruh sağlığı merkezlerinin, bütüncül yaklaşım doğrultusunda mikro düzeyde hastalara, mezo düzeyde bu hastaların ailelerine ve makro düzeyde topluma yönelik müdahalelerde bulunan bir merkez olma özelliği taşıdığı görülmektedir.

Ruhsal rahatsızlıkları olan bireylerin sadece hastane ortamında tedavisinin yapıldığı ve taburculuktan sonra onları hastalıklarıyla baş başa bırakan kurum temelli bakım modelinden toplum temelli bakım modeline geçişle birlikte hem ruhsal rahatsızlığı olan bireylere hem de bu bireylere bakım veren kişilere daha geniş bir hizmet yelpazesi

sunulduğu söylenebilir. Bu hizmetlerin ve müdahalelerin en iyi şekilde verilmesini sağlayan ve multidisipliner ekibin içerisinde yer alan meslek gruplarından biri olan sosyal hizmet uzmanları aile desteği, psiko-sosyal müdahaleler, toplumla çalışma, ve bağlantı kurma çerçevesinde önemli roller üstlenmektedirler. Gerek sosyal hizmet uzmanlarının gerekse bu alanda hizmet veren diğer meslek elemanlarının rollerinin, teoride belirgin sınırlarla çizilmesi ve uygulamaya geçirilmesi önem taşımaktadır.

İnsan hakları çerçevesinde ruhsal rahatsızlığı olan bireylere ve ailelerine müdahalelerde bulunan toplum ruh sağlığı merkezlerinin yaygınlaştırılması, bu merkezlerde çalışacak meslek elemanlarına belirli aralıklarla eğitimler verilmesi, ailelerin ve toplumun ruhsal hastalıklar konusunda bilgi ve bilinç sahibi olması sağlanmalıdır.

KAYNAKÇA

- Alataş, G., Karaoğlan, A., Arslan, M., Yanık, M. (2009). Toplum temelli ruh sağlığı modeli ve Türkiye'de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Projesi, *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46, s. 25-29
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Boyne, R. (2009). *Foucault ve Derrida: Akılın Öteki Yüzü* (1. Baskı). (İ. Yılmaz, Çev.). Ankara: BilgeSu Yayıncılık
- Carpenter, J. (2002). Mental health recovery paradigm: Implications for social work, *Health & Social Work*, (27)2, 86-94.
- Chrysiou, E. (2013). Accessibility for mental health care, *Facilities*, 31(10), 418-426
- Moulding, N.T., and Courtney, M. (2014) Beyond balancing competing needs: Embed-

- ding in voluntary treatment within a recovery approach to mental health social work, *Australian Social Work*, 67:2, 214-226
- Davidson, L. (2005). Recovery, self-management and the expert patient – changing the culture of mental health from a UK perspective, *Journal of Mental Health*, 14 (1), 25–35.
- Elstad, T.A. and Kristiansen, K. (2009). Mental health centres as ‘meeting-places’ in the community: Exploring experiences of being service users and participants, *Scandinavian Journal of Disability Research*, 11(3), 195-208.
- Elstad T., A. And Hellzen O. (2010). Community mental health centers: A qualitative study of professionals’ experiences, *International Journal of Mental Health Nursing*, 19, 110-118
- Engelli Bireyler için Hizmetlerin Geliştirilmesi- Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerine Yönelik Harmanlanmış Eğitim Programı Eğitici Eğitimi Materyali 12-14 Şubat 2014, Ankara
- Ensari, H., Gültekin, B.K., Karaman, D., Koç, A. ve Beşkardeş, A. F. (2013). Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi, yeti yitimi, genel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi: Bir yıllık izleme sonuçları, *Anatolian Journal of Psychiatry*, 14, 108-114
- Faust J., R. (2008). Clinical social worker as patient advocate in a community mental center, *Clinical Social Work Journal*, 36, 293-300
- 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
- Güney M. (2001). Psikiyatrik rehabilitasyonda gündüz hastanesinin yeri, *Klinik Psikiyatri*, 4, 268-276.
- Hannigan, B. and Allen, D.(2011). Giving a fig about roles: Policy, context and work in community mental health care, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 1–8
- Kealy, D. (2011). Transformation at a community mental health centre, *Psychodynamic Practice*, 17(4), 419-426.
- Kuşgözoğlu, T. ve Akbıyık, D.İ. (2007). Development of social services and psychiatric social work in Turkey, *International Journal of Mental Health*, 36 (3), s. 29-37.
- Lundberg, B., Hansson, L., Wentz, E. ve Björkman, T. (2008). Stigma, discrimination, empowerment and social networks: A preliminary investigation of their influence on subjective quality of life in a Swedish sample, *International Journal Social Psychiatry*, 54, 47-55.
- McDaid D.ve Thornicroft G. (2005). *Policy brief: Mental health II balancing institutional and community-based care*. Brussels: World Health Organization: European Centre for Health Policy
- Özdemir U. (1998). Psikiyatri tedavi ekibinin “ekip çalışması” kavramına ilişkin kendi bilgilerini ve çalıştıkları psikiyatri tedavi kurumlarını değerlendirmeleri, *Kriz Dergisi*, 7(2), 17-24.
- Özdemir, U. (2000). *Türkiye’de Psikiyatrik Sosyal Hizmet*(1. Basım). Ankara:Aydınlar matbaası
- Saillard, E. (2010). Ruhsal hastalara yönelik damgalamaya ilişkin psikiyatrist görüşleri ve öneriler, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(1), 14-24
- Sheppard, M. (1991). *Mental health work in the community: Theory and practice in social work and community psychiatric nursing* (1rd Ed.). London: The Falmer Press.
- 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.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2013). *Toplum ruh sağlığı merkezleri için çalışma rehberi*. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı. Uluslararası toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri konferansı: Sosyal içermeye giden yol (basılı materyal). Ankara, 2-3 Ekim 2013.

Tsai, J., Salyers M., P. And McGuire, A., B. (2011). A Cross-sectional study of recovery training and staff attitudes in four community mental health centers, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 34 (3), 186-193.

Werner L., J. And Tyler J., M. (1993). Community-based interventions: A return to community mental health centers' origins, *Journal of Counseling & Development*, 71, 689-692

Williston, M.A., Block-Lerner, J., Wolanin, A., and Gardner, F. (2014). Brief acceptance-based intervention for increasing intake attendance at a community mental health center, *Psychological Services*, 1 Temmuz 2014, <http://dx.doi.org/10.1037/a0035686>

Yanık, M. (2007). Türkiye ruh sağlığı sistemi üzerine değerlendirme ve öneriler, *RHCP Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar Dergisi, Özel Sayı*, 9-21.

Yanık, M. (2008). İstanbul'da toplum ruh sağlığı örgütlenmesi örneği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9 (ek sayı 1), 43-45.

Weithorn, L. A. (1988). Mental Hospitalization of Trouble some Youth: Admission Rates. *Stanford Law Review*, (40)3, 773-838. 10 Temmuz 2014, <http://www.jstor.org/disc/over/10.2307/1228816?uid=44705&uid=3739192&uid=2129&uid=5909400&uid=2&uid=70&uid=18303&uid=3&uid=67&uid=62&sid=21104382794307>

World Health Organization Regional Office for Europe (2004). 10 Temmuz 2014, <http://www.euro.who.int/en/health-topics/non-communicable-diseases/mental-health>

World Health Organization. (2003). *The mental health context (Mental health policy and service guidance package)*. Geneva: World Health Organization.