

Senem ÖNOL<sup>1</sup>  
Orcid: 0000-0003-3146-4599

Ayşegül DÖNMEZ<sup>2</sup>  
Orcid: 0000-0002-1087-9173

<sup>1</sup> İzmir İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı

<sup>2</sup> Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Bornova/ İzmir

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):

Senem ÖNOL  
senem.onol@saglik.gov.tr

#### Anahtar Sözcükler:

Kronik ruhsal bozukluk; toplum ruh sağlığı merkezi; toplum ruh sağlığı hemşiresi; mesleki rehabilitasyon.

#### Key Words:

Chronic mental disorders, community mental health center, community mental health nurse, occupational rehabilitation.

## Kronik Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerde Mesleki Rehabilitasyon: Toplum Ruh Sağlığı Hemşiresi Neler Yapabilir?

### Occupational Rehabilitation in Individuals with Chronic Mental Disorders; What Can Society Mental Health Nurse Do?

Gönderilme Tarihi: 5 Aralık 2019

Kabul tarihi: 12 Aralık 2020

#### ÖZ

Şizofreni ve bipolar bozukluk gibi kronik ruhsal bozukluklarda, tıbbi tedavinin yanında ruhsal ve toplumsal gereksinimlerini karşılamak, hastalık nedeniyle kaybettikleri toplumsal rolleri yeniden kazanmalarını sağlamak amacıyla uygulanan kapsamlı, eşgüdümlü ve uzun süreli çalışmalar toplum ruh sağlığı hizmetidir. Dünya Sağlık Örgütü, ruhsal sorunu olan birey ve ailelerinin toplumdan uzak olmasını, insan haklarına saygılı, hastaların etiketlenmesini önleyen sağlık bakımının gerekliliğini, hastaneler yerine toplum temelli ruh sağlığı hizmeti çerçevesinde sunulmasını vurgulamaktadır. Günümüzde dünya genelinde kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin yaşam kalitelerini mümkün olan en üst düzeye çıkarmak, ekonomik ve sosyal yaşama katılmalarını sağlamak ulaşılmak istenen ortak hedef haline gelmiştir. Çünkü bu bireylerde en önemli sorunlardan birisi işsizlik ve bir işe yaramama duygusudur. İstihdamın insanların yaşamındaki rolü ve kişinin benlik saygısının gelişmesine katkıda bulunduğu göz önüne alındığında; ruhsal sağlık problemleri yaşayanların işe yerleştirilmeleri iyileşmesini teşvik etmede kilit önem taşır. Bu bağlamda, bu bireylerin çalışma kapasitelerini geri kazandırmak veya bir işe başlamaları için gereken önkoşulları sağlamalarına yardımcı olmak için sunulan tıbbi, psikolojik, sosyal ve mesleki aktiviteler mesleki rehabilitasyon hizmetleri içerisinde yer alır. Toplum ruh sağlığı hizmetinin sunumu için açılan toplum ruh sağlığı merkezleri kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin rehabilitasyonu için yardım eder. Toplum ruh sağlığı hemşiresi de; bu merkezin çok disiplinli ekibi içerisinde yer alır. Bu derlemede okuyucuya, kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin iyileşmesinde mesleki rehabilitasyonun önemi ve toplum ruh sağlığı hemşiresinin bu bireylerin istihdamındaki engelleri azaltmak ve istihdamını kolaylaştırmak için yapılabilecek girişimlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

#### ABSTRACT

In chronic mental disorders such as schizophrenia and bipolar disorder, comprehensive, coordinated and long-term studies that are performed to meet the psychological and social needs of the medical treatment and to regain the social roles they have lost due to illness are community mental health services. The World Health Organization emphasizes that individuals and families with mental problems should not be away from the society, the necessity of health care that respects human rights and prevents patients from being labeled, and it should be provided within the framework of community based mental health service instead of hospitals. Today, it has become a common goal to reach individuals with chronic mental illness worldwide, to maximize their quality of life and to participate in economic and social life. Because one of the most important problems in these individuals is unemployment and the feeling of not being able to work. Given the role of employment in people's life and the development of one's self-esteem; Placement of people with mental health problems is key in promoting recovery. In this context, the medical, psychological, social and vocational activities offered to help these individuals restore their working capacities or provide them with the necessary prerequisites to start a job are included in vocational rehabilitation services. Community mental health centers, which are opened for the provision of community mental health service, help for the rehabilitation of individuals with chronic mental illness. The community mental health nurse is also part of the multidisciplinary team of this center. In this review, it is aimed to determine the importance of occupational rehabilitation in the recovery of individuals with severe mental disorders and to identify the interventions that can be done to reduce the barriers and employment of community mental health nurses.

**Kaynak Gösterimi:** Önal, S., Dönmez, A., (2021). Kronik Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerde Mesleki Rehabilitasyon: Toplum Ruh Sağlığı Hemşiresi Neler Yapabilir?. EGEHFD, 2021, 37(1): 87-94

**How to cite:** Önal, S., Dönmez, A., (2021). Occupational Rehabilitation in Individuals with Chronic Mental Disorders; What Can Society Mental Health Nurse Do?. EGEHFD, 2021, 37(1): 87-94

## GİRİŞ

Şizofreni ve bipolar bozukluk gibi kronik ruhsal bozukluklar; özbakım, eğitim, iş hayatı ve kişilerarası ilişkiler gibi birçok işlevsel alanı olumsuz etkileyerek, bireyin çalışma ve sosyal yaşamında sorunlara yol açar (Öztürk ve Uluşahin, 2018). Kronik ruhsal hastalıklar yeti yitiminin yanında, bireyin özel ve sosyal yaşamındaki görevlerini yerine getirememesine ve ömür boyu bakım ve destek almaya zorunlu kılabilir (Arabacı ve diğerleri, 2018). Bu bireylerin ruhsal ve sosyal ihtiyaçlarını gidermek amacıyla uygulanan çok boyutlu ve uzun süreli stratejilerin tümüne psikiyatrik rehabilitasyon denir. Psikiyatrik rehabilitasyonda, bireyin çevresiyle etkileşiminde yaşadığı stresin azaltılmasının yanında becerilerinin de geliştirilmesi amaçlanır (Ayhan, 2016).

Türkiye’de psikiyatrik rehabilitasyon kavramı ile ilgili gelişmeler, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün 1998 yılında üye ülkelerin, “herkes için sağlık” konusunda kendi stratejilerini belirlemeleriyle başlatılmış ve bu doğrultuda Sağlık Bakanlığı ülkemiz için 2020 yılına kadar olan sağlık stratejilerini 2006 yılında Ulusal Ruh Sağlığı Politika Metninde açıklamıştır. Bu metinde belirlenen 10 hedeften sekizinci hedef “ruh sağlığının geliştirilmesi” ve alt başlığı da “2020 yılına kadar, halkın psikososyal iyilik durumunu geliştirmek ve ruhsal bozukluğu olan kişilerin özel bakım almalarını sağlamak” şeklindedir. Ayrıca 2005 yılında Helsinki’de Avrupa Bölgesi ülkeleri için açıklanan ruh sağlığı eylem planının 7. Maddesi “Kronik ruhsal hastalığı olan kişiler için toplum temelli hizmetlerle etkin bakım sunmak” şeklinde açıklanmıştır (Alataş ve diğerleri, 2011).

DSÖ, ruhsal bozukluğu olan kişi ve ailelerinin toplumdan ayrı yaşamamasını, hastalık nedeniyle kaybettikleri toplumsal rollerini yeniden kazanmalarının sağlanması, insan haklarına saygılı, bu bireylerin damgalanmadan sağlık hizmetinin sosyal yaşantıda sürdürülmesini vurgulamaktadır (Ayhan, 2016; Songur ve diğerleri, 2007). Sağlık Bakanlığı toplum temelli modele geçme kararı sonrasında 2009 yılında Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) açma kararı alarak pilot çalışmalara başlamıştır (Alataş ve diğerleri, 2011). Şu anda ülkemizde 177 TRSM aktif olarak hizmet vermektedir (Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Listesi, 2020). Yurt genelinde ulaşılmak istenen TRSM sayısı ise 236’dır (Alataş ve diğerleri, 2011). Sağlık Bakanlığı’nın 06/03/2014 tarih ve 9453 sayılı Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönergenin 11. Maddesinde hizmetin kapsamı “*Kronik ruhsal bozukluğu bulunan hastalara ait kayıt ve istatistiklerin tutulması, kayıtlı hastaların güçlendirilmesi ve toplumla bütünleşmesini hedef alan rehabilitasyon, psikososyal beceri kazandırma ve desteklemeye ilişkin plan, program ve çalışmaların yapılması, hastalık durumlarının değerlendirilmesi, tedavi edilmesi ve izlenmesi, topluma, hasta yakınlarına, sağlık personeline ve diğer ilgili personele kronik ruhsal bozukluklar alanında eğitim verilmesi esastır*” olarak belirtilmiştir (Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge, 2014). TRSM tarafından verilen hizmetlerin temel amacı da; bu bireylerin toplum içinde en az destekle bağımsız yaşama becerilerine sahip olmalarını sağlamaktır (Delice, 2017).

Günümüzde dünya genelinde ruhsal bozukluğu olan bireylerin yaşam kalitelerini mümkün olan en üst düzeye çıkarmak, ekonomik ve sosyal yaşama katılmalarını sağlamak ulaşılmak istenen ortak hedef haline gelmiştir (Delice, 2017; Öz ve Barlas, 2017a). Çünkü bu bireyler istihdam edilmek istenmeyen grup içerisinde yer almakta ve bir işe yaramama duygusunu sıkça hissetmektedir (Öz ve Barlas, 2017b). İstihdamın insanların yaşamındaki rolüne ve kişinin benlik saygısının gelişmesine katkıda bulunduğu göz önüne alındığında; ruhsal sağlık problemleri yaşayanların işe yerleştirilmeleri iyileşmesini teşvik etmede kilit önem taşır (Barry, 2006; Öz ve Barlas, 2017a). Bu bağlamda, bu bireylerin çalışma kapasitelerini geri kazandırmak veya bir işe başlamaları için gereken önkoşulları sağlamalarına yardımcı olmak için sunulan tıbbi ve işe yerleştirme hizmetleri mesleki rehabilitasyon içerisinde yer alır. Aynı zamanda mesleki rehabilitasyon; tıbbi tedavi ve işe yerleştirme hizmetlerine ilave olarak psikolojik yardım, kariyer danışmanlığı ve rehberlik, mesleki eğitim, mesleki değerlendirme ve takip, iş yeri düzenlemeleri ve yardımcı donanımların sağlanması gibi bir dizi ek hizmetin planlanmasını ve sağlanmasını gerektiren karmaşık ve kapsamlı bir alandır (Çimşir, 2019).

DSÖ (2000), bir çalışanın üç aydan fazla bir süre boyunca ruhsal sağlık sorunu yaşadığında, bu çalışanın işe devamsızlığının bir yıldan fazla sürdüğünü; aynı çalışanın işe devamsızlığının bir yıldan daha uzun sürmesi durumunda ise bu kişilerden yalnızca %1’inin işe geri dönebildiğini belirtmiştir. Bu nedenle hem ruhsal hastalıktan korunmak hem de ruhsal hastalıkların tedavisinde hedeflenen müdahaleler ve destekler, işe geri dönüşü ve istihdamı kolaylaştırmak amacıyla düzenlenmelidir. Bu sayede bireylerin çalışır durumda tutulması, hem mümkün olduğu kadar normal bir rutine geri dönülmesine hem de sosyal dışlanma olasılığını azaltmaya yardımcı olacaktır (Barry, 2006). Ruhsal bozukluğu olan bireyler genellikle hastalığı nedeniyle bir mesleği olmayan, işini kaybetmiş ya da malulen emekli olmuş bireylerdir (Öz ve Barlas, 2017b). İngiltere’de 2004-2005 yılları arası yapılan bir çalışmada, şizofreni hastalığının toplam sosyal maliyeti 6,7 milyar pounddur. Bu miktarın yaklaşık yarısının işsizlik, işten yoksunluk ve erken ölüm nedeniyle gerçekleştiği tespit edilmiştir (Bouwman ve diğerleri, 2015).

Bu derlemede okuyucuya, kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin iyileşmesinde mesleki rehabilitasyonun önemi ve toplum ruh sağlığı hemşiresinin bu bireylerin istihdamındaki engelleri azaltmak ve istihdamını kolaylaştırmak için yapabileceği girişimlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

## Kronik Ruhsal Hastalık ve İstihdam

İstihdam, bireyin sosyal çevresinde güven içinde yaşayabilmesini, kendini gerçekleştirebilmesini, yaşamını sürdürebilmesini ve tüketici konumdan üretici konuma geçmesini sağlamaktadır (Öz ve Barlas, 2017b). Yaşam kalitesinin başlıca belirleyicisi olmanın yanında, ruhsal hastalığı olan kişinin toplumda yeti yitimi olmayan kişiler arasına katılmasını sağlayarak özgüven ve öz yeterlilik açısından olumlu etkileri; arkadaşlık kurma fırsatı ve yaşamdan duyduğu memnuniyet ile ilişkisi vardır (Lieberman, 2011; Öz ve Barlas, 2017b). Mamatoğlu (2015) çalışmasında, istihdam açısından zihinsel engelli ve ruhsal bozukluğu olan bireylerin en dezavantajlı grup görünümünde olduğunu; zihinsel engellilerin %73 ve ruhsal bozukluğu olan bireylerin ise %61 oranında işe tercih edilmediğini belirtmiştir. Ayrıca işverenlerin, zihinsel engelli ve ruhsal bozukluğu olan bireyleri istihdam etmek istemedikleri belirtilmiştir (Mamatoğlu, 2015).

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin istihdam edilmelerine yönelik uygulanan zorunlu kota yöntemiyle, engelli bireylerin iş hayatına girmelerinin sağlanmasının yanında kamu ve özel sektörde mevzuatta belirtilen oranda engelli kişi çalıştırılmasına yönelik de bir zorunluluk getirmektedir (Aslantürk, 2016). Kota yöntemi ülkemizde engellilerin istihdamlarının sağlanması konusunda yaygın olarak kullanılmakta; toplumsal hayata yansımalarında ise, İŞKUR 2019 yılı verilerinde, engellilerin engel gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, ruhsal bozukluğu olan bireylerin kamuda 24'ü erkek, 8'i kadın olmak üzere 32; özel sektörde ise 564'ü erkek, 91'i kadın olmak üzere toplam 655 engellinin işe yerleştirildiği belirtilmiştir (İşkur 2019 Yılı Tabloları, 2019). Ruhsal hastalık grubundaki engellilerin kota sisteminden yararlanma düzeyleri diğer engel gruplarına göre az olduğu için, bu gruba özel istihdam olanaklarını arttırmaya yönelik düzenlemelerin yapılmasının gerekliliği belirtilmiştir (Aslantürk, 2016).

Yakın tarihte Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı tarafından yayınlanan On Birinci Kalkınma Planının istihdam ve sağlık alanı ile ilgili bölümleri derlemenin konusunu vurgulamaktadır. Sağlık alanında alınacak tedbirlerle *“Bireylerin yaşam kalitesinin yükseltilmesi, ekonomik ve sosyal hayata aktif ve sağlıklı bir şekilde katılımlarının temin edilebilmesi için kanıta dayalı politikalarla desteklenen, kaliteli, güvenilir, etkin, mali açıdan sürdürülebilir bir sağlık hizmet sunumu ile bölgeler arası dağılımın iyileştirilmesi, fiziki altyapının ve insan kaynağının niteliğinin artırılması amaçlanmaktadır.”* İstihdam alanında alınacak tedbirlerde *“Özel politika gerektiren grupların istihdama katılımlarının artırılması, iş ve meslek danışmanlığı hizmetlerinin geliştirilmesi ve iş kulüpleri ile bu kulüplerden yararlanan kişi sayısının artırılması amaçlanmaktadır.”* (On birinci Kalkınma Planı, 2019).

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin istihdamına yönelik ülkemizdeki gelişmeler umutlandırıcı düzeyde olup, istihdamın rehabilitasyondaki gücünü kavramak önemlidir.

## Mesleki Rehabilitasyon ve Önemi

Günümüzde kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerde yeni tedavi modelleri istihdam konusu üzerinde durmaktadır. Bu tedavi modelleri, diğer amaçların yanı sıra, bireyin kendi öznel refahı ve yaşamından memnuniyetini arttırmaya çalışır. Bu gelişme, ruh sağlığı hizmetlerinin sağlık ve hastalık kavramına dayanan semptomları azaltmaya odaklanan dar bir tedavi anlayışına vurgu yapmanın yanı sıra; hem refahı hem de işlevselliği dikkate alan daha bütünsel bir yaklaşıma geçişle paralellik göstermektedir (Bouwman ve diğerleri, 2015). Mesleki rehabilitasyon kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin iyileşmesinin desteklenmesinde önemli bir rol oynamakta ve ayrı bir hizmetten ziyade ruh sağlığı tedavisinin temel bir bileşeni olarak kabul edilmelidir. Yani ruh sağlığı kuruluşu istihdam hizmetlerini her bir hastanın ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde eşgüdüm sağlamak ve bütünleştirmekten sorumlu olmalıdır. Diğer rehabilitasyon yöntemlerinde olduğu gibi mesleki rehabilitasyon da ruhsal bozukluğu olan bireylerin gereksinimlerini karşılamak için çeşitli şekillerde sunulur. Hastalık öncesinde iyi bir toplumsal yetkinliğe sahip olan ve hastalıklarında düzelme görülen kişiler bağımsız olarak iş bulabilir ve tam zamanlı olarak çalışabilir (Lieberman 2011). Mesleki rehabilitasyon ise tıbbi tedavi hizmetlerinin yanı sıra kariyer danışmanlığı, mesleki eğitim, psikolojik yardım ve işyeri düzenlemeleri gibi mesleki anlamda iyileştirme hizmetlerini de kapsamaktadır (Çimşir, 2019). Dolayısıyla mesleki rehabilitasyonla, çalışma gücünü yitirmiş bireylerin istihdam edilebilirliklerinin artırılması amaçlanmaktadır (Aydın ve Topkaya, 2019).

Avrupa ülkelerinde 1980'lerin başında kronik ruhsal bozukluğu olan bireyler için desteklenmiş istihdamın geliştirilmesi ve rehabilitasyon hizmetlerindeki önemli değişiklikler sonrasında iş koçu modeli, kulüp binası modeli, geçici istihdam, toplum tedavi modeli ve “seç-tut” modeli gibi ruhsal bozukluğu olan insanlar için desteklenmiş istihdam kavramının geliştirilmesini kolaylaştıran çok sayıda model oluşturulmuştur (Barry, 2006). Destekli istihdam genellikle kronik ruhsal bozukluğu olanların katıldığı bir program olup; yeti yitimi bir kişinin toplumda itibarlı gerçek bir iş bulabilmesini sağlayan mesleki bir rehabilitasyon yoludur. Şirketlerde, hastanelerde ve belediye kuruluşlarında yeti yitimi olmayan iş arkadaşlarıyla birlikte çalışan destekli istihdam yardımı alan bireyler kendilerini onların rolleriyle özleştirebilir. Destekli istihdam toplumla bütünleşmeyi ve damgalamanın ortadan kaldırılmasını teşvik eder. Diğer programlardan ayırt edici özelliği “eğit ve sonra yerleştir” yerine “yerleştir ve sonra eğit” üzerine vurgu yapar (Lieberman, 2011).

Ülkemizde ise korumalı işyeri kavramı ve yasal altyapısı 01.07.2005 tarihinde kabul edilen 5378 sayılı Engelliler Hakkında Kanun ile oluşturulmuş; 5378 sayılı Kanun'da 06.02.2014 tarih ve 6518 sayılı Kanun'un 63. maddesi ile yapılan değişiklik sonrası korumalı işyeri, zihinsel veya ruhsal engeli olan kişilere mesleki rehabilitasyon sağlanmasına yönelik devlet tarafından teknik ve mali olarak desteklenen işyeri anlamına gelir. Korumalı işyerleriyle ilgili 2014 yılında yapılan son düzenlemeyle korumalı işyerlerinde sadece zihinsel ve ruhsal engellilerin çalışabilmelerine izin verilmiş olması Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı ile de paralellik göstermektedir (Mamatoğlu, 2015).

### **Mesleki Rehabilitasyon ve Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği**

Toplum ruh sağlığı, toplumdaki herkese ulaşabilen, çok boyutlu, davranış ve sosyal bilimlerin uygulamalarını da içeren bir harekettir. Bu çok boyutlu hareket, ancak yenilikçi sağlık hizmetini savunan multidisipliner bir ekip tarafından gerçekleştirilebilir. Özellikle bireylere ve ailelere en yakın ortamlarda bulunan toplum ruh sağlığı hemşireleri (TRSH), TRSM'de ruh sağlığı ekibinin bir parçası olarak görev yapmaktadır (Hallaç ve diğerleri, 2014). Sağlık Bakanlığı tarafından 2011 yılında yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelikte, toplum ruh sağlığı merkezi hemşiresinin işlevleri belirlenerek, "*Birey, aile ve toplumun ruh sağlığını koruma, eğitim ve danışmanlık, çocuk, ergen, yaşlı bireylerin ve riskli grupların korunması ve sağlığının sürdürülmesi, kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin taburculuk sonrası takip, danışmanlık ve rehabilitasyona kadar birçok alanda görev, yetki ve sorumluluklar*" tanımlanmıştır (Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 2011).

TRSH, birey, aile ya da gruplara özel koruyucu, tedavi ve rehabilite edici ruh sağlığı uygulamalarını yerinde sunan özelleşmiş ruh sağlığı ve hastalıkları hemşiresidir (Hallaç ve diğerleri, 2014). TRSH, ruh sağlığını geliştirici, ruhsal sorunları önleyici ve tedavi edici, hasta haklarını gözetken ve savunan, danışmanlık, sağlık eğitimi, vaka yönetimi gibi görevleriyle hastayı değerlendirme, hastanın tedavi toplantılarına katılmasını sağlama, diğer meslek üyeleri ve kurumlarla ile koordine olma, bakım planını oluşturma, iyileştirme faaliyetlerini planlama ve uygulama, bireyi bu sürece dahil etme, fiziksel müdahale (kilo, bel çevresi kontrolü gibi), ilaç uygulamaları ve değerlendirilmesi gibi görev, yetki ve sorumluluklarla önemli bir misyona sahiptir (Bilgin ve Özaslan, 2018; Eren, 2018; Hallaç ve diğerleri, 2014). Bu doğrultuda, TRSH'nin temel amacı ruhsal bozukluğu olan bireylerin işlevselliğini en üst seviyeye getirmek ve bunun devamlılığında kendilerine yardımcı olmaktır (Ayhan, 2016)

TRSM'lerinde rehabilitasyon süreci, kayıt altına alınan bireyin danışman hemşiresinin belirlenmesiyle başlar (Bilgin ve Özaslan, 2018). Burada hemşirenin vaka yöneticisi olarak, bireylerin tedavi, sosyal, konaklama, finansal, istihdam, dinlenme, kültürel ihtiyaçlar gibi çeşitli ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla tüm hizmetlerin bir arada ve eşgüdümlü olarak verildiği bir süreçte yer alması önemlidir (Çam ve diğerleri, 2019). Bunun yanında, TRSH ruhsal bozukluğu olan bireyin bütüncül tedavisi içerisinde mesleki rollerini etkin sürdürebilmelerini sağlayarak, istihdamını engelleyen durumları tespit edip işe yerleşmelerine yönelik hizmet sunarlar (Bouwman ve diğerleri, 2015; Öz ve Barlas, 2017b). Bu doğrultuda, TRSH yapılandırılmış bir plan dâhilinde hareket ederek bireye özgü girişimlerle süreci yönetir.

Mesleki rehabilitasyon süreci tanılama, planlama ve müdahale aşamalarından oluşur. Sürecin planlanmasına hazırlık olarak "işe kişisel hazırlık anket formu" oluşturularak bireyin duygu ve düşüncelerini ifade etmesine olanak sağlanır. "*İşe gitme konusunu düşündüğünde beklentilerin neler oluyor?*", "*Bir iş bulunduğunda günlük hayatın nasıl değişecek?*", "*İşe gitmeni kim istiyor?*", "*Kendini girebileceğin bir iş hayal et! Duyguların ve düşüncülerin neler oluyor?*" ve "*Bir iş sahibi olmak senin için ne ifade ediyor?*" gibi sorular sorulur (Lieberman, 2011). Bu hazırlık süreci sonrasında hedefler belirlenir.

Tanılama aşaması; bireyin hazırlandığı aşamadır. Daha sonra bireyin hedeflerine yönelik güçlü ve zayıf yönlerini, becerilerini değerlendirmesine yardımcı olunur. Bu aşamada, bireyin mevcut becerileri, bireyin yaşadığı yer, sosyal, eğitimsel ve mesleki ortamlarda başarılı ve tatmin olması için gerekli olan destekler belirlenir. Bireyin aile içindeki ilişkileri, toplumda arkadaşları ile ilişkileri, mesleki becerileri ve boş zamandaki etkinliklerin değerlendirilmesi sonucunda, bu alanlardaki davranışlar hakkında yapılandırılmış görüşmeler yapılarak davranışlar doğrudan gözlemlenmelidir (Özçelik ve diğerleri, 2002). Planlama öncesinde hastanın niteliklerinin işin tipine uygun olup olmamasının değerlendirilmesi özellikle kritik öneme sahiptir. Çünkü kişi-iş uyumu incelendiğinde aşırı uyarılmadan kolayca etkilenen bir şizofreni hastasının gürültünün, konuşmaların ve iş ortamının diğer uyarıcılarının yarattığı karışıklığın olmadığı sakin bir ortamda daha iyi çalışması beklenir. Bunun yanında TRSH çalışmakta olan hastalarına düzenli olarak iş deneyimleri hakkında sorular sorabilirler. Bu tür sorular ortaya çıkmakta olan sorunların uygun girişimlerle tespit edilmesini sağlayabilir. "*İşin nasıl gidiyor?*", "*İşte herhangi bir değişiklik oldu mu?*", "*İşini yapabiliyor musun?*" ve "*İşine devam etme konusunda endişelerin oluyor mu?*" gibi sorular sorulur (Lieberman, 2011).

Planlama aşaması; belirlenen hedeflere ulaşmak için becerilerin nasıl geliştirilebileceği ve/veya desteklenebileceğinin belirlendiği aşamadır. Burada mesleki ve toplumsal becerilerin eğitimi temel stratejidir (Lieberman, 2008; Özçelik ve diğerleri, 2002). Bu aşamada uzun yıllarca işsiz kalmış bireylere kademeli olarak

ihtiyacı olan beceriler kazandırılır. Öz bakım, iş ve sorumluluk alma becerileri, yakın ilişkiler ve sosyal çevreyle ilişkiler başlıkları altında; kendine bakım, hastalığın belirtileri ile başa çıkma, aile, arkadaşlar arası ilişkiler, sohbet, iş takibi, para idaresi, tek başına yaşama, yaratıcılık ve boş zaman değerlendirme becerileri, ulaşım yollarını kullanma, kamu kurumlarından yararlanabilme davranışlarını içerir (Delice, 2017; Özçelik ve diğerleri, 2002). Bunun yanında, iş ve uğraşı terapisi yardımıyla bireyin sağlığını sürdürmek, adaptasyonunu sağlamak, performansını artırmak, bağımsız yaşama için gerekli koşulları oluşturmasını sağlamak amacıyla uygulanan; özellikle toplum ruh sağlığı merkezlerinde kronik hastaların rehabilitasyonunda son derece yararlı bir yaklaşımdır. Ergoterapistler ve TRSH'lerinin işbirliğinde, bireylerin hastalık belirtileri nedeniyle kısıtlanmış yaşamlarını aşmalarına ve daha üretken olmalarına katkı sağlayabilmektedirler (Eren, 2018). Bu şekilde kişi odaklı yaklaşımlar, hayatta ve iş ortamında sorun yaşayan bireylerin mesleki rehabilitasyonu açısından umut verici yaklaşımlardır (Amering ve Schmolke, 2017). Bu sayede birey meslek sahibi olabilecek yeterliliği kazanabilmektedir.

Mesleki rehabilitasyon uygulamaları olarak, bireylerin cesaretlendirilmesinin, koçtan yardım almasının, iş geliştirme ve istihdam uzmanıyla daha sık temasın olduğu uygulamaların sağlanmasının istihdamda daha fazla başarı sağladığı görülmüştür. Bunun yanında, ruhsal bozukluk konusunda eğitilmiş olan ve onunla nasıl baş edileceğini öğrenmiş olan aileler de; bireylerin kişisel hedeflerine ulaşmada ve iyileşme sürecinde hayati bir kaynaktır.

Müdahale aşamasında, genel hedeflere ulaşılması sağlanır. Bu hedefler doğrultusunda; bireyin becerileri ve çevresel destekleri geliştirilmesi yoluyla kişinin çevresi değiştirilir (Ayhan, 2016). Bu aşama aynı zamanda ailenin gereksinimlerinin de karşılanacağı aşamadır. Bu hizmetler bireyin davranışıyla başa çıkmak için gerekli bilgi ve eğitim, ilaç tedavileri ve nüksleri önleme konularında bilgilendirme, krize müdahale, psikiyatriklere ve mesleki rehabilitasyon hizmetlerinin hepsine erişebilme, yönlendirebilme ve tedavi planlamasına katılımdır (Lieberman, 2011). Bununla beraber, hastalığın aile içinde sebep olduğu duygusal ve ekonomik yüklerin azaltılması için aileye rehberlik edilmeli, hastanın işlevselliğinin artırılmasının bu yükleri azaltacağı aileye fark ettirilmeli ve bunun için sorumluluk almaları sağlanmalıdır (Delice, 2017). Ayrıca, kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerde dikkatini yoğunlaştırma, öğrenme, bellek ve yargılamanın önünde bilişsel engeller olduğundan bu bireylere iş tanımları için gerekli ölçütleri karşılayacak düzeyde iş görevlerinin öğretilmesi ve öğrenilen bilgilerin kalıcılığını kolaylaştırması için *görev çözümlenmesi* kullanılır. Yani, görevler küçük ve işlevsel bileşenlere bölünür. Örneğin; kafeteryada tabaklarla çatal-kaşıkları ayırmak ve bulaşık makinesini çalıştırmak gibi adım adım ve her adım hata yapılmayana kadar tekrarlanır. Görevdeki adımların tamamının eğitimi ileriye doğrudur (Lieberman, 2011).

TRSH, ruhsal bozukluğu olan bireyin bütüncül tedavisi içerisinde mesleki rollerini etkin sürdürebilmelerini sağlayarak, istihdam edilememesinin önündeki engelleri tespit ederek ve işlevselliğini artırarak çalışma hayatına katılımını sağlayabilir (Bouwman ve diğerleri, 2015; Öz ve Barlas, 2017b). İŞKUR'un 2019 yılı verilerinde, ruhsal hastalık grubu işe yerleştirme sıralamasında 9. sırada yer almaktadır (İşkur 2019 Yılı Tabloları, 2019). Bu da iyileşmenin ötesinde işe yerleşmeyi engelleyen diğer faktörlerin belirlenmesini gerektirmektedir (Bouwman ve diğerleri, 2015). İşe yerleşmeyi engelleyen durumlar arasında işveren ve istihdam hizmetlerinin söz konusu bireyi tercih etmemesi, mevcut iş planlarının karmaşıklığı, damgalama ve sağlık yardımının kaybı yer almaktadır (Bilgin ve Özaslan, 2018). Rehabilitasyon sürecinde, topluma tam uyumun önündeki en önemli engellerden biri damgalamadır (Delice, 2017). Şizofreni tanısı olan bireylerin neredeyse yarısı damgalama ve sosyal geri çekilmeyi yoğun bir şekilde yaşamaktadır (Amering ve Schmolke, 2007). Kimi zaman damgalama sonuçları ile mücadele etmek, birey için hastalık semptomları ile baş etmekten bile daha zor olabilmekte yani bireyin "ikinci bir hastalık" daha yaşamasına sebep olmaktadır (Amering ve Schmolke, 2017; Delice, 2017). Toplumun önyargıları, hastaların iş bulmalarını, barınma olanaklarını, aile kurmalarını ve hatta tıbbi hizmetlerden yararlanabilmelerini bile zorlaştırabilmektedir (Delice, 2017). Çam ve Bilge (2013) ruhsal hastalık ve hastaya yönelik damgalamayla ilgili yaptıkları sistematik literatür çalışmalarında, bireylerin kendilerine şizofreni tanısı konduğu için istihdam edilmelerinde, kişiler arası ilişkilerinde ve sağlık hizmetine erişimde zorluk yaşadığını bunun sonucunda ise bireyin ve ailesinin toplumun dışlamasından dolayı hastalık tanısını gizlediğini belirtmişlerdir. Hunter ve Collins (2009) çalışmalarında; işverenlerin ruhsal hastalığa karşı olumsuz bakış açısının olduğunu; ilaç yan etkileri ve işyerindeki desteğin işi sürdürmede etkili olduğunu belirtmiştir (akt. Öz ve Barlas, 2017a).

Öz ve Barlas (2017a) şizofreni hastalığı olan bireyler üzerinde yaptıkları niteliksel çalışmalarında şizofrenik bozukluğu olan bireylerin neredeyse tamamının çalışmak istediğini; ancak işe girmeyi engelleyen en önemli nedenin toplumun damgalamasından kaynaklandığını belirtmişlerdir. Aynı çalışmada, çalışma deneyimi olanların ise kişiler arası ilişkiler düzeyinde yaşanan problemler, arkadaşlarının alay etmeleri, destekleyici davranılmaması ve önyargılı yaklaşılması gibi sebeplerle işten ayrıldıklarını belirtmiştir. Yine aynı çalışmada, işverenler ve toplumun şizofreni hastalığı ile ilgili olarak yeterince bilgi sahibi olmadığını ve bu durumun da istihdam edilmeye yönelik ayrımcılığın artmasına neden olduğunu belirtmiştir. Bu doğrultuda kişiler arası, toplumsal ve hükümet politikalarını da içine alan bir önlem uygulanmalı, bu uygulamalarda kişi merkezli yaklaşım hedef alınmalıdır (Çam ve Bilge, 2013). Bunun yanında, toplumda kronik ruhsal bozukluklar ile ilgili farkındalığı arttıran, hastalığın doğası ve tedavi olanakları hakkında bilgilendiren, toplumun ruhsal hastalığı olan bireye ve ailesine karşı tutumunu iyileştiren,

damgalamayı ortadan kaldıran etkinlikler başlatılmalıdır (Bilge ve Çam, 2010). Toplum ruh sağlığı hemşiresinin, hasta yakınları, komşular, muhtarlar, belediye ve kaymakamlık görevlileri, diğer sağlık çalışanları gibi pek çok kesimle temas etmesi önemlidir. Bunun bir yolu olarak hastaların TRSM’de ya da evlerinde ürettikleri eserlerin toplumla buluşturulan organizasyonların planlanması ve hastanın kendi eseriyle ilgili bilgi vermesini sağlayarak hastalık dışında bir rolün üstlenilmesine katkı sağlayacaktır (Delice, 2017).

Çalışanların tutum ve davranışlarını yapılandırmanın yanı sıra hasta yakınları ile de damgalama konusu çalışılmalıdır. Hastanın kendisinin damgalamaya neden olan davranışları hakkında öz-farkındalığının artırılması ve bu davranışları değiştirmesi için çaba harcamasına yönelik stratejiler geliştirilmelidir. Rehabilitasyon programının hedefleri arasında olsa da bireysel danışmanlık görüşmelerinde, psikoeğitim gruplarında, beceri geliştirme stratejileri içerisinde “damgalama” özel bir başlık olarak çalışılmalıdır (Delice, 2017). Yapılan çalışmada katılımcıların %75’i bir işe başvurmak konusunda kaygı yaşadığını ve hastaların yaklaşık 2/3’si psikiyatrik tanıları yüzünden başkalarının kendileriyle temas kurmaktan kaçınacağını varsaymaktadır (Amering ve Schmolke, 2017). Çünkü bu bireyler iş dünyasındaki bazı rollerden ve görevlerden damgalayıcı ve ayrımcı bir tavırla karşılanacaklarını ve bu nedenle fazla bir başarı şansına sahip olamayacaklarını düşünürler. Bu düşüncüyü rehabilite etmek TRSH’nin görevidir.

## SONUÇ

Ruhsal hastalıkların tıbbi, sosyal ve ekonomik boyutlarındaki yükünün, hastalar, aileleri ve toplum üzerindeki olumsuz etkisini azaltmaya yönelik başlayan toplum ruh sağlığı hareketi, ruhsal hastalığı olan bireylerin erken tanı ve tedavisi, yaşam kalitelerinin artırılması, hastaneye yatış sıklığının azaltılarak toplum içinde rehabilitasyonlarının yapılması, birey ve ailesine eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmesi gibi birçok uygulama amaçlanmıştır. Bu çerçevede istihdam edilmek istenmeyen grupta yer alan bu bireylerin mesleki rehabilitasyon uygulamalarının birçok kesimi ilgilendiren ve uygulamaya yönelik politikalarla desteklenmesi önemlidir. Çünkü mesleki rehabilitasyon, gelişmiş ülkelerde devlet, sivil toplum kuruluşları ve özel sektör kurumlarıyla yürütülmesinin yanında devlet kontrolünde idaresi yapılmaktadır. Öncelikli olarak ülkemizde mesleki rehabilitasyon uygulamalarını geliştirici politikalar oluşturulmasına ihtiyaç vardır. Bunun bir adımı olarak korumalı işyeri sayısı artırılmalı ve özellikle korumalı işyeri açacak gerçek veya tüzel kişilere (belediye gibi) maliyetlerini karşılamaları noktasında destek olunmalıdır. Amacına uygun olarak tasarlanan ve faaliyeti denetlenerek sürekliliği sağlanan korumalı işyerlerinde çalışan ruhsal hastalığı olan bireyler üretimde bulunarak kendilerini değerli hissedebileceklerdir. Ayrıca burada üretilen ürünlerin piyasaya sunularak tanıtımlarının da yapılması desteklenmelidir. Bu uygulamaların hızlıca harekete geçmesi noktasında, mülki idari birimlerin himayelerinde gerçekleşen planlama ve değerlendirme toplantılarında buna yönelik proje çalışmalarının planlanmasına ağırlık verilmelidir.

Yurt genelindeki her TRSM, istihdamı arttırabilmek ve işverenlerin istihdamı konusundaki çekincelerini ortadan kaldırabilmek için il bazındaki devlet kurumları, dernekler ve özel kuruluşlarla iş birliği yapmalıdır. Aynı zamanda bu bireylere ihtiyacı doğrultusunda eğitim olanağı sağlanması için İl Milli Eğitim Müdürlüğüyle, mesleki eğitim düzeyinin artırılması noktasında İŞKUR ile iş birliği içerisinde olunmalıdır. Kalkınma Planında işaret edilen iş kulüpleri, İŞKUR ile ortaklaşa yapılacak çalışmalarla etkin şekilde çalışması planlanmalı; TRSH ve iş-meslek danışmanlarıyla birlikte il bazında özel sektörün ileri gelenleriyle görüşülerek iş kulüplerine yönlendirmeler sağlanması istihdama katkı sağlayacaktır. Bunun yanında özel kuruluşlarla iş birliği yapılarak sergi, kurs, tiyatro gibi etkinlikler düzenlenmesi bu bireylerin toplumla temasını sağlayacaktır.

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin istihdamı, bu bireylerin iyileşme sürecine büyük katkı sağlayabilecek veya hastalıklarının ilerlemesinin önüne geçebilecek önemli bir hizmet olacaktır. Yapılan uluslararası çalışmalarda söz konusu bireylerin istihdamının tedavilerinde önemli bir yapı taşı olduğu belirtilmekte ve bu konu üzerine modeller oluşturulmaktadır. Ülkemizde ise mesleki rehabilitasyon kavramı ve çalışmaları henüz emekleme aşamasındadır. Bunun alanın gelişmesine öncülük edecek meslek grubu olan TRSH’liğinin rol, görev ve sorumlulukları ile iş yüklerinde belirsizlikler bulunmakta; bunu belirleyecek çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bunun yanında, TRSH’liğinin mevzuatta yer verilen sorumlulukları kapsamında yetki ve görev tanımlarının korunması, ruh sağlığı hizmeti sunumunda merkezde görevli diğer sağlık çalışanlarının onayına gerek duyulmaksızın hemşirelik bakımının standart olarak uygulanmasına katkı sağlayacaktır. Çünkü her TRSM’de mesleki rehabilitasyon uygulamasında farklılıklar göze çarpmaktadır. Bu bireylerin bir iş bulma ve bu işi sürdürmede başarılı olabilmesinin anahtarı eğitilmiş personel tarafından danışmanlığının yapılması noktasında, meslek uzmanı olan kişilerden destek alınması yararlı olacaktır. Sonuç olarak, hukuksal metinlerde görülen samimi çabalar ile Sağlık Bakanlığı, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı, Ticaret Bakanlığı ve üniversitelerin somut çalışma alanları oluşturması ve bu alanlarda uzman personelin çalıştırılması ruhsal bozukluğu olan bireylerin topluma kazandırılmasına katkı sağlayacaktır.

SÖ: Fikir, tasarım, veri toplama aşamalarında gerekli uygulamaları gerçekleştirmiş yayına katkı oranı % 50’dir.

AD: Süpervizyon ve düzenleme aşamalarında görev almıştır. Makale katkı oranı % 50’dir.

Bu makalede, potansiyel çıkar çatışması söz konusu değildir.

**KAYNAKLAR**

- Alataş, G., Kahiloğulları, AK., Yanık, M. (2011). *Ulusal ruh sağlığı eylem planı*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Amering, M., Schmolke, M. (2017). *Ruh sağlığında iyileşme bilimsel ve klinik sorumlulukların yeniden şekillenmesi*. (H. Soygür, Çev.). Ankara: İmaj Yayınevi. (Orijinal eserin yayın tarihi 2007)
- Arabacı, LB., Büyükbayram, A., Aktaş, Y., Taşkın, N. (2018). Kronik ruhsal bozukluk tanısı alan hastaların bakım verenlerine verilen psikoğitimin yaşadıkları güçlük ve psikososyal uyumlarına etkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 9(3), 175-185.
- Aslantürk, H. (2016). Ruh sağlığı alanında toplumsal entegrasyon ve sosyal haklar. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(4), 259-270.
- Aydın, GG., Topkaya, Ö. (2019). Engellilik değerlendirmesi ve mesleki rehabilitasyon uygulamaları: çeşitli ülkeler ile Türkiye karşılaştırması. *Karatahta/İş Yazuları Dergisi*, 14, 135-154.
- Ayhan, F.(2016).Psikiyatri hastalarının rehabilitasyonu. N. Gürhan (Ed.) *Ruh sağlığı ve hastalıkları kitabı* içinde (323-346). Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitapevleri.
- Barry, M. (2006). *Promoting mental health in the workplace*. Barry, M., Jenkins, R (Eds.), *Implementing Mental Health Promotion* (pp. 215-250). Switzerland: Springer Nature.
- Bilge, A., Çam, O. (2010). Ruhsal hastalığa yönelik damgalama ile mücadele. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(1), 71-78
- Bilgin, H., Özasan, Z. (2018). Toplum ruh sağlığı hemşireliğinin tarihi ve gelişimi. *Türkiye Klinikleri*, 3(1), 1-7.
- Bouwman, C., Sonnevile, C., Mulder, CL., Roijen, LH. (2015). Employment and the associated impact on quality of life in people diagnosed with schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 2125–2142.
- Çam, MO., Kuliğ, D., Kaçmaz, ED. (2019). Psikiyatride vaka yönetimi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11(2), 214-222.
- Çam, O., Bilge, A. (2013). Türkiye’de ruhsal hastalığa / hastaya yönelik inanç, tutum ve damgalama süreci: sistematik derleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(2), 91-101.
- Çimşir, E. (2019). Türkiye’de mesleki rehabilitasyon hizmetleri ve ihmal edilmiş bir alan olarak rehabilitasyon danışmanlığı. *Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 19 (1), 114-124.
- Delice, MA. (2017). *Toplum ruh sağlığı merkezleri için klavuz*. (1. Baskı) İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
- Eren, N. (2018). Toplum ruh sağlığı hemşireliğinde terapötik müdahaleler. *Türkiye Klinikleri*, 3(6), 34-41.
- Hallaç, S., Meydanlıoğlu, A., Karakaya, D., Acar, GG. (2014). Toplum ruh sağlığı hemşireliği: Öğrenci uygulama örneği. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 30–43.
- Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2011). Erişim adres: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>.
- İşkur 2019 Yılı Tablolari. (2019). Erişim adresi: <https://www.iskur.gov.tr/kurumsal-bilgi/istatistikler/>.
- Lieberman, RP. (2011). Yeti yitiminden iyileşmeye: Psikiyatrik iyileştirim el kitabı. (M. Yıldız, Çev.). İstanbul: Ömür Matbaacılık. (Orijinal eserin yayın tarihi 2008)
- Mamatoğlu, N. (2015). Türkiye’de engelli istihdamının genel görünümü: işveren gözüyle engelli istihdamını artırma konusunda önerilen politikalar. *Alternatif Politika*, 7(3), 524-561.
- Onbirinci Kalkınma Planı. (2019). Erişim adresi: <http://www.sbb.gov.tr/wpcontent/uploads/2019/07/OnbirinciKalkinmaPlani.pdf>.
- Öz, YC., Barlas, GÜ. (2017a). Şizofreni hastalığı olan bireylerin işe yerleştirme ile ilgili görüşleri ve beklentileri: niteliksel bir çalışma. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 28-32.
- Öz, YC., Barlas, GÜ. (2017b). Şizofrenili bireylerde istihdamın önemi. *Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, 3(Ek Sayı), 46-50.
- Özçelik, B., Karamustafalıoğlu, O., Üstün, N., Aker, T., Çıtak, S. (2002). Süregen psikotik bozukluğu olan hastaların tedavi, bakım ve uyum sorunları bağlamında bakırköy ruh ve sinir hastalıkları eğitim ve araştırma hastanesi’ndeki uygulamalar ve yaşanan güçlükler. *Düşünen Adam*, 15(2), 85-89.
- Öztürk, OM., Uluşahin, A. (2018). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. (15. Baskı) Ankara: Bayt Ltd Şti.

Songur, C., Saylavcı, E., Kıran, Ş. (2017). Avrupa’da ve Türkiye’de ruh sağlığı hizmetlerinin karşılaştırmalı olarak incelenmesi. *Social Sciences Studies Journal*, 3(4), 276-289.

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge. (2014). Erişim adresi:

<https://www.saglik.gov.tr/TR,11269/toplum-ruh-sagligi-merkezleri-hakkinda-yonerge.html>.

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Listesi. (2020). Erişim adresi:

<https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,43118/toplum-ruh-sagligi-merkezleri-trsm-listesi.html>