

**T.C.
YALOVA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**SOSYAL HİZMET LİSANS ÖĞRENCİLERİNİN RUHSAL
HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLARININ
BELİRLENMESİ: ERZİNCAN ÖRNEĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Zeynep NEGİZ

**Enstitü Anabilim Dalı: Sosyal Hizmet
Enstitü Bilim Dalı: Sosyal Hizmet**

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Recep ÇELİK

TEMMUZ-2017

T.C.
YALOVA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

SOSYAL HİZMET LİSANS ÖĞRENCİLERİNİN RUHSAL
HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLARININ
BELİRLENMESİ: ERZİNCAN ÖRNEĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Zeynep NEGİZ (147203007)

Enstitü Anabilim Dalı: Sosyal Hizmet
Enstitü Bilim Dalı: Sosyal Hizmet

Bu tez 18/07/2017 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından oybirliği/oyçokluğu ile kabul edilmiştir.

Yrd. Doç. Dr. Recep ÇELİK



Jüri Başkanı

Kabul

Red

Düzeltme

Doç. Dr. Ömer Miraç YAMAN



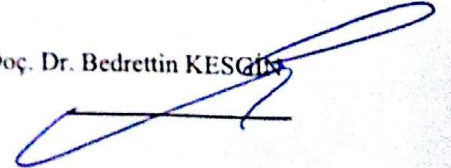
Jüri Üyesi

Kabul

Red

Düzeltme

Doç. Dr. Bedrettin KESGİN



Jüri Üyesi

Kabul

Red

Düzeltme

BEYAN

Bu yüksek lisans tezinin kaleme alınması sırasında bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun hareket edildiğini, başka birinin eserlerinden yararlanırken bilimsel atıf kurallarına bağlı kalındığını, kullanılan bilimsel verilerde usulsüz bir oynama yapılmadığını, bu tezin herhangi bir bölümünün bu üniversitede veya diğer üniversitelerde bir tez olarak yapılmadığını beyan ederim.

Zeynep NEGİZ

18.07.2017

ÖNSÖZ

Modern zamanda ruh sağlığı ve ruhsal hastalık önem kazanan iki kavramdır. Nitekim bu iki kavram, çağın gereklerine göre şekillenmekte, zaman içinde kültürün, inancın ve tutumun etkisinde kalmaktadır. Özellikle ruhsal hastalıklar, kişinin doğduğu, büyüdüğü, eğitim aldığı kültüre, inanca göre değişmektedir. Söz konusu bu değişme, birçok akademik disiplin tarafından değerlendirilerek bütüncül bir bakış açısı ile sunulmaya çalışılmaktadır. Bu kapsamda dezavantajlı guruplara yönelik mesleki çalışma yapan sosyal hizmet de ruhsal hastalıkları, ruh sağlığını bozan unsurları ele almaktadır. Toplum mesleği olarak kabul gören sosyal hizmet, müracaatçıda oluşan ruhsal rahatsızlıkları anlamaya çalışmaktadır. Mesleki uygulamada, ruhsal hastalıkları ve onları meydana getiren faktörleri bilmeden müracaatçıya tam anlamıyla yardımcı olunamamaktadır. Dolayısıyla bu tez çalışmasında sosyal hizmet lisans öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançları incelenecek olup mesleki hayatta ruhsal hastalıkların bilinmesinin ne kadar önemli olduğu tartışılacak, psikiyatrik sosyal hizmetin önemi vurgulanacaktır.

Bu tez çalışmasının başından sonuna kadar maddi manevi desteğini esirgemeyen çekirdek aileme, rehberliğiyle tezi şekillendiren danışmanım Yrd. Doç. Dr. Recep ÇELİK'e ve tezin bitmesinde akademik birikimini benimle paylaşan Doç. Dr. Ömer Miraç YAMAN'a teşekkürü bir borç bilirim.

Yine tezin manevi yükünü birlikte paylaştığım arkadaşlarımdan Arş. Gör. Metin ERDEM'e ve Arş. Gör. Habibullah AKINCI'ya; gözlemleriyle ve sohbetleriyle teze katkı sunan Arş. Gör. Abdullah YILMAZ'a, Arş. Gör. Rabia ERTEN'e, Arş. Gör. Emel BEDİR'e, Arş. Gör. Hakan KARAMAN'a; her zaman yanımda olduğunu bildiğim Arş. Gör. Burak ACAR ve eşine, sosyal çalışmacı Aybige HALAÇOĞLU'na Büşra AYDIN'a, Rabia TOPER'e; akademik araştırmalarıma yardımcı olan Ayşenur PEKASIL'a; bana her zaman destek veren Ayfer ÖZBAŞ'a ve tez çalışmasına katılarak teze en büyük katkıyı sağlayan çok sevgili sosyal hizmet bölümü lisans öğrencilerime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Zeynep NEGİZ

18 TEMMUZ 2017

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	vi
TABLolar LİSTESİ	vii
ŞEKİL LİSTESİ	ix
ÖZET	x
SUMMARY	xi
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM: KAVRAMSAL ve KURAMSAL ÇERÇEVE	2
1.1.Ruh Sağlığı Nedir?	2
1.1.1. İstatistiksel ve Klinik Tanım Çerçevesinde Ruh Sağlığı	6
1.1.2.Kuramlar Çerçevesinde Ruh Sağlığı	9
1.1.3. Psikolojik Olgunluk Çerçevesinde Ruh Sağlığı	12
1.2.Ruhsal Hastalık Nedir?.....	14
1.2.1. Ruhsal Hastalığın ve Psikiyatrinin Tarihsel Geçmişi	17
1.2.1.1. İlk ve Eski Çağlar	17
1.2.1.2. Hipokrat ve Sonrası Dönem	18
1.2.1.3. Orta Çağ	19
1.2.1.4. Rönesans.....	20
1.2.1.5.Çağdaş Psikiyatrinin Gelişimi	20
1.2.1.6. Türkiye’de Psikiyatri Tarihi	24
1.3.Ruhsal Hastalıkların Sınıflandırılması	29
1.3.1.Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) (Ruhsal Bozuklukların Tanı ve İstatistiksel Elkitabı)	30
1.4. Başlıca Ruh Sağlığı Bozuklukları	31
1.4.2.İkili (Bipolar) ve İlişkili Bozukluklar	37
1.4.3.Depresyon Bozuklukları.....	38
1.4.3.1.Yeğin (Majör) Depresyon Bozukluğu	39
1.4.4.Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları.....	40
1.4.5.Takıntı-Zorlantı Bozukluğu (Obsesif-Kompulsif Bozukluk) ve İlişkili Bozukluklar	43

İKİNCİ BÖLÜM: SOSYAL HİZMET DİSİPLİNİNDE RUHSAL HASTALIKLARIN YERİ: PSİKİYATRİK SOSYAL HİZMET	46
2.1.Psikiyatrik Sosyal Hizmetin Kavramsal Boyutu	46
2.2.Psikiyatrik Sosyal Hizmetin Tarihsel Gelişimi	49
2.2.1.Dünya’da Psikiyatrik Sosyal Hizmetin Gelişimi.....	49
2.2.2.2.Osmanlı Devleti Dönemi	53
2.2.2.3.Cumhuriyet Dönemi	54
2.3.Psikiyatrik Sosyal Hizmette Kullanılan Kuram ve Yaklaşımlar	54
2.3.1.Medikal Model	55
2.3.2.Sosyal Model.....	55
2.3.3.Biyo-psiko-sosyal Yaklaşım.....	55
2.4.Psikiyatrik Sosyal Hizmetin Uygulama Alanı Olarak Toplum Ruh Sağlığı Merkezi	56
2.4.1.Ruhsal Hastalıkların Sosyal, Ekonomik, Hukuki ve Tıbbi Boyutta Ele Alınması	58
2.4.1.1.Sosyal Boyut.....	58
2.4.1.2.Ekonomik Boyut.....	59
2.4.1.3.Hukuki Boyut	60
2.4.1.4.Tıbbi Boyut.....	60
2.4.2.Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli, Amacı ve Önemi	62
2.4.3.Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Çalışan Sosyal Çalışmacının Görev ve Sorumlulukları..	65
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: ALAN ARAŞTIRMASI.....	68
3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	68
3.2. Araştırma Soruları	69
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	69
3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	70
3.5. Araştırmanın Türü	70
3.6. Veri Toplama Aracı.....	71
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	72
3.8. Verilerin Toplanması.....	72
3.9. Verilerin Analizi.....	73
3.10. Analizler, Bulgular ve Yorumlar	73
3.10.1. Güvenilirlik Analizi.....	73
3.10.2. Varyans Analizi (ANOVA).....	83

TARTIŞMA	109
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	112
KAYNAKLAR.....	115
EKLER.....	127
ÖZGEÇMİŞ	135



KISALTMALAR

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
PDR	: Psikolojik Danışma ve Rehberlik
VT	: Varoluşçu Terapi
GT	: Gestalt Terapi
DT	: Davranışçı Terapi
BT	: Bilişsel Terapi
BDT	: Bilişsel-Davranışçı Terapi
GT	: Gerçeklik Terapisi
RHİÖ	: Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICD	: International Classification of Mental Diseases
OKB	: Obsesif-Kompulsif Bozukluk
BDB	: Beden Disformik Bozukluğu
VD	: Ve Diğerleri
TRSM	: Toplum Ruh Sağlığı Merkez
ASPB	: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Psikoz ve Psikonevroz Ayırımı.....	32
Tablo 2: Şizofrenide Hastalık Öncesi Belirtiler.....	34
Tablo 3: Güvenilirlik Analizi.....	73
Tablo 4: Yaş.....	74
Tablo 5: Cinsiyet.....	74
Tablo 6: Sınıf.....	74
Tablo 7: Öğrenim Türü.....	75
Tablo 8: Yaşadığınız Bölge.....	75
Tablo 9: Ailenizle Mi Yaşıyorsunuz?.....	75
Tablo10: Ailenizin Aylık Geliri.....	76
Tablo 11: Annenin Yaşıyor ya da Vefat Durumları.....	76
Tablo 12: Annenin Öz ya da Üvey Olma Durumları.....	76
Tablo 13: Annenin Yaş Aralığı.....	77
Tablo 14: Annenin Öğrenim Düzeyi.....	77
Tablo 15: Babanın Yaşıyor ya da Vefat Durumları.....	78
Tablo 16: Babanın Öz ya da Üvey Olma Durumları.....	78
Tablo 17: Babanın Yaş Aralığı.....	78
Tablo 18: Babanın Öğrenim Düzeyi.....	79
Tablo 19: Yaşamınızda Travma Olarak Tanımlayabileceğiniz Bir Olay Var Mı?.....	79
Tablo 20: Travma Yaşadıysanız Türünü İşaretleyiniz.....	80
Tablo 21: Herhangi Bir Ruhsal Hastalığınız Var Mı?.....	80
Tablo 22: Teşhis Edilen Ruhsal Hastalığınızı Aşağıda Verilen Liste İçerisinden Bulup İşaretleyiniz	80
Tablo 23: Daha Önce Ruhsal Hastalığı Olan Bir Bireyle Karşılaştınız Mı ya da Birlikte Yaşadınız Mı?.....	81

Tablo 24: Karşılaştığınız ya da Birlikte Yaşadığınız Bu Bireye Yakınlık Dereceniz.....	81
Tablo 25: Yakınlığınız Olan Bu Bireye Hangi Ruhsal Hastalık Teşhisinin Konduğunu Belirtiniz.....	82
Tablo 26: Cinsiyete Göre Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançların Belirlenmesi.....	83
Tablo 27: Öğretim Türüne Göre Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançların Belirlenmesi.....	84
Tablo 28: “Yaşamında Travma Olarak Tanımlayabileceğiniz Bir Olay Var Mı” Sorusu İle Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançların Belirlenmesi.....	85
Tablo 29: “Herhangi Bir Ruhsal Hastalığınız Var Mı” Sorusu İle Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançların Belirlenmesi.....	86
Tablo 30: “Daha önce ruhsal hastalığı olan bir bireyle karşılaştınız mı ya da birlikte yaşadınız mı” Sorusu İle Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançların Belirlenmesi.....	88
Tablo 31: “Karşılaştığınız ya da birlikte yaşadığınız ruhsal hastalıklı bireye yakınlık dereceniz nedir?” Sorusu ile Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançların Belirlenmesi.....	89
Tablo 32: “Yakınlığınız olan ruhsal hastalıklı bireye hangi ruhsal hastalık teşhisinin konduğunu belirtiniz” Sorusu ile Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançların Belirlenmesi.....	91
Tablo 33: Yaş Aralığına Göre Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançların Belirlenmesi.....	97
Tablo 34: Sınıf Seviyelerine Göre Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançların Belirlenmesi.....	99
Tablo 35: Yaşanılan Travmalara Göre Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançların Belirlenmesi.....	100
Tablo 36: Teşhis Edilen Ruhsal Hastalığa Göre Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançların Belirlenmesi.....	102

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Algıyı Etkileyen Faktörler.....	3
Şekil 2: Bireyin İlişkiler Ağı.....	5
Şekil 3: Ruh Sağlığı Tanımlamasında Kullanılan Sınıflandırmalar.....	6
Şekil 4: Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli.....	64



ÖZET

YAU Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans/Doktora Tez Özeti

Tezin Başlığı: Sosyal Hizmet Lisans Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlarının Belirlenmesi: Erzincan Örneği

Tezin Yazarı: Zeynep Negiz

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Recep Çelik

Kabul Tarihi: 18.07.2017

Sayfa Sayısı: XI (ön kısım) + 135 (tez)

Anabilim Dalı: Sosyal Hizmet

Bilim Dalı: Sosyal Hizmet

Ruhsal hastalık, insanoğlu var olduğu zamandan beri süregelen bir hastalık türüdür. Tıpkı bedeninin yıpranması, rahatsızlanması gibi ruhun da çökmesi, yorulması araştırma konusu olmuştur.

Toplumda çeşitli sebeplerden dolayı ruhsal hastalığa karşı kültür temelli belli bir inanç ve tutum geliştirilmiştir. Çoğu zaman bu inanç ve tutum, olumsuz bir dayanağa sahiptir. Bu tez çalışmasında, toplum temelli meslekler içinde yer alan sosyal hizmetin ruhsal hastalıkları nasıl değerlendirdiği, değerlendirirken hangi kriterlere dikkat ettiği ele alınmıştır. Nitekim ruhsal hastalık, olumlu veya olumsuz inançlar ile sosyal hizmet açısından önemli bir yerde durmaktadır. Özellikle müracaatçının ruhsal açıdan ele alınması, sosyal çalışmacının lisans eğitiminde aldığı derslerin niteliğini ortaya koymaktadır. Bu çalışmada nicel araştırma yöntem ve teknikleri kullanılmıştır. Veriler sosyal hizmet lisans öğrencilerinin katkısıyla toplanmış olup SPSS ile istatistiksel analizi yapılmıştır.

Sonuç olarak sosyal hizmet lisans öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançları belirlenmeye çalışılmıştır. Ortaya çıkan veriler çeşitli sosyodemografik özelliklerle yorumlanmıştır. Ruhsal hastalığın öneminin anlaşılması için sosyal hizmet eğitiminde psikiyatrik sosyal hizmetin ne kadar anlamlı bir ders olduğu değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Ruh Sağlığı, Ruhsal Hastalık, Psikiyatrik Sosyal Hizmet

SUMMARY

Yalova University Insitute of Social Sciences Master/PhD Thesis Summary

Thesis Title: The Determination of Beliefs of Social Work Undergraduates for Mental Illness: Erzincan Example

Thesis Author: Zeynep Negiz

Advisor: Assist. Prof. Dr. Recep Çelik

Date of Acceptance: 18.07.2017

Total Number of Pages: XI (pre text) + 135 (main)

Department : Social Work

Field of Study: Social Work

Mental illness is a kind of ongoing illness since humanbeing has existed. The collapse of the spirit has been a research topic just as getting exhausted or becoming sick of body.

Because of the various reasons in society a certain culture based belief or attitude has been developed to the mental illness. Most of the time, this belief and attitude have a negative basis. In this thesis, it has been a mystery that how social works in community based occupations evaluated mental illness, and which criterias it gave attention while evaluating. Thus, as mental illness is being dealed a negative or positive belief (moving in) stands in an important place in terms of social work. Especially, the mental consideration of an client, reveals the quality of lessons of work in licence education. It has been used quantitative research technique and methods. Datas have been collected with helping of social work licence students and have been analyzed statistical SPSS.

Eventually, about mental illness, the belives of social work licence students have been tried to determine. Resulting data has been commented with sociodemographic features. To understand the importance of mental illness, in social work education, it has been evaluated how meaningful lesson is psychiatric social work.

Keywords: Mental Health, Mental Illness, Psychiatric Social Work

GİRİŞ

Günümüzde sıkça ismi anılan ruh hastalığı, bazen halk arasında başkasına hakaret etmek; genelde ise akademik anlamda ruh dünyasına yönelik açıklama yapmak ve teşhis koymak için kullanılan bir kavramdır. Çoğu zaman net bir tanımı yapılamayan, hastalığın sınırı ve seyri değişken olan ruh hastalığı kavramı; biyolojik, psikolojik, sosyolojik faktörler tarafından etkilenmekte, bu faktörlerin toplumsal zemindeki yansımaları olan iletişim, kendini gerçekleştirme gibi unsurları da etkilemektedir.

Genel olarak insanlar tarafından tabu olarak kabul edilen, korkulması, utanılması ve acınması gereken bir hastalık şeklinde algılanan ruh hastalığı, zihinlerde tedavi edilemeyen bir hastalık türüdür. Nitekim kişiler, bu toplumsal damgalanmadan ötürü, kendilerine ya da yakınlarına konan ruhsal bozukluk teşhisini önce inkâr etmektedir ve bu durumda ruhsal bozukluğu kabullenmeyi geciktirmektedir. Bu nedenle kişi, çoğu zaman var olan hastalığı gizlemeyi tercih etmektedir.

İnsanın doğup büyüdüğü, yetiştiği, eğitim aldığı aile ortamı ile sosyal çevresi, kültürel ve geleneksel aktarım yoluyla algı mekanizmasını şekillendirmektedir. Yaşayarak ve öğrenerek şekillenen algı, insanın hayata bakış açısını ortaya koymaktadır. Bu bağlamda kişinin inancı, tutumu toplumsal hayatta önemli bir noktaya karşılık gelmektedir. Özellikle ruh hastalığı gibi önemli ve ciddi bir konu, yanlış inançlar ve tutumlar neticesinde çoğu zaman olumsuz davranışlar ve zihinsel süreçlerin etkisinde kalmaktadır.

Toplumsal alanlarda ürkülen, uzak durulan ruh hastaları, hem kendileri hem de yakınları açısından birçok problemle mücadele etmek zorundadır. Nitekim bu mücadele esnasında psiko-sosyal, sosyo-ekonomik desteğe de ihtiyaç duymaktadırlar. Toplumsal rol üstlenen meslekler içinde yer alan sosyal hizmetin, bu ihtiyacı karşılamaya yönelik var olduğu bilinmektedir ve sosyal hizmet; savunuculuk, arabuluculuk, dağıtıcılık rolleriyle toplumda dışlanmış, ötekileştirilmiş ruh hastalarına ve onların yakın çevrelerine yardım etmeye çalışan önemli bir meslek konumundadır.

Bu anlamda ruhsal hastalığa yönelik inançların olumlu ve olumsuz yönleri, mezun olduktan sonra toplumsal bir mesleği temsil edecek olan sosyal hizmet lisans

öğrencilerince ne anlama geldiği merak konusu olmuştur. Dolayısıyla bu çalışmada öncelikle ruh sağlığının ve ruhsal hastalığının tanımı, tarihsel süreci, sınıflandırılması yapılarak sosyal hizmet disiplininde ruhsal hastalığın neye karşılık geldiği tartışılacaktır.

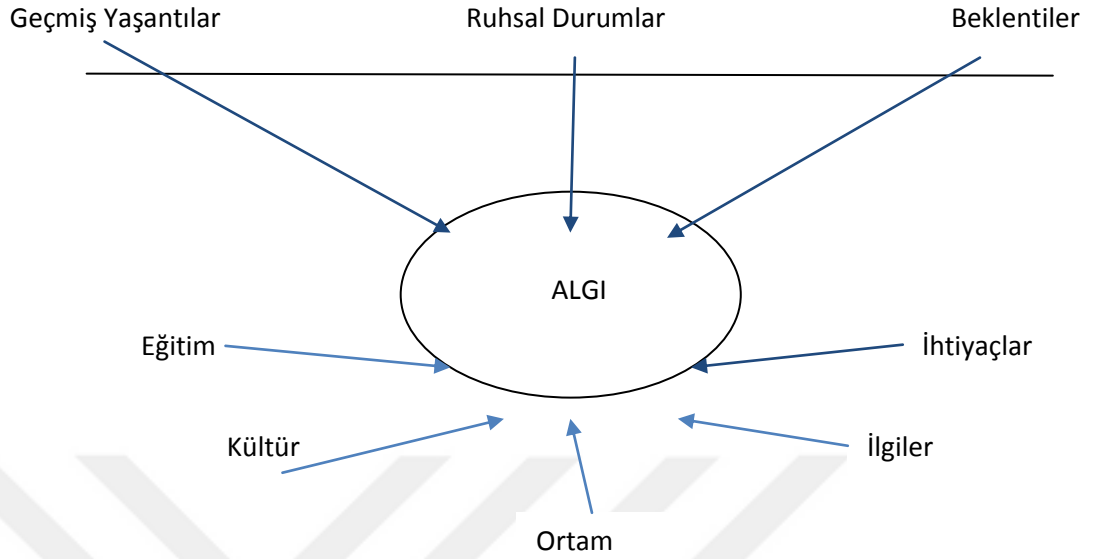
BİRİNCİ BÖLÜM: KAVRAMSAL ve KURAMSAL ÇERÇEVE

1.1.Ruh Sağlığı Nedir?

Birey, içinde yetiştiği ailenin, çevrenin, kültürün, siyasi ve toplumsal ideolojinin etkisindedir. Bireyi çevreleyen bu oluşumlar, bireyin algısını şekillendirmekte düşünce sistemini oluşturmaktadır. İnsan zihni; olayı, durumu, çevreyi, yaşantıyı anlamak ve anlamlandırmak üzerine kurulu olan, şemalardan meydana gelen, bilişsel sürecin işlendiği yerdir (Özdemir vd., 2012: 577). Anlama ve anlamlandırma, bireyi çevreleyen içsel ve dışsal faktörlerin duyular yoluyla algılanması ile gerçekleşir (Okanlı, 2014: 2). Bu doğrultuda algılar, bireyin durumları, olayları anlamaya ve anlamlandırmaya çalıştığı zaman bilgiler elde etmesine katkı sağlayan, elde ettiği bilgiler ışığında davranışlarını şekillendirmeye yardımcı olan deneyimlerdir (Amado, 2002: 66).

İnsan doğduğu andan itibaren ölene kadar algılama işlemini etkileyen çeşitli faktörlerle baş başa kalmaktadır. Bu faktörler; bireyin doğduğu, büyüdüğü ve yetiştiği ortama göre şekillenir, aile ve çevrenin oluşturduğu kültürel değerlere, aldığı eğitime göre benimsenir, kişisel ilgi, alaka ve ihtiyaçlara göre öncelenir, geçmiş yaşantıların getirdiklerine göre tecrübelenir ve geleceğe dair oluşturulan beklentilere, hayallere cevap aranır.

Şekil 1. Algıyı Etkileyen Faktörler



Kaynak: Okanlı (2014: 6)

Tabloda görülen faktörler arasındaki ilişki, zaman içinde kısır döngü olarak devam edebilir, birbirini etkileyebilir, birbirinden etkilenebilir ve değişik faktörler de şemaya eklenebilir. Önemli olan bir durumun değiştiği fark edildiğinde ruhsal anlamda bunu kabullenmesi, içselleştirmesidir.

Bu bağlamda tezin ana ekseninde yer alan ruh sağlığı, ruhsal hastalık, ruhsal bozukluk, ruhsal sorun, anormallik, normallik, anormal ya da normal dışı davranışlar kavramsal çerçevede incelenecek olup bu kavramların nasıl tanımlandığı, tanımlanırken hangi kriterlerin önemli görüldüğü literatüre yansıyan haliyle değerlendirilmeye çalışılacaktır.

Sağlık, karmaşık bir yapıya sahip olduğu için birkaç farklı sebepten dolayı tanımlanması zor bir kavramdır. Tanımlamayı zorlaştıran en temel sebeplerden biri öznel düşüncelerin ve kişisel algıların tanımı etkilemesidir. Çünkü herkes kendi algısına göre sağlığı şekillendirmekte, anlamını genişletmekte veya daraltmaktadır. Genel anlamda sağlık tanımından bahsedebilmek adına; insan bünyesinde meydana gelen fiziksel, ruhsal değişmelerin işlevini yerine getiren, bedenin ve ruhun bir ifadesi olarak dışarıya yansıyan sistemin bütünüdür ifadesi kullanılabilir (Bolsoy ve Sevil, 2006: 78). Bütünün içinden bir parçaya sahip olan ruh sağlığının, genel sağlığı ifade etmede tamamlayıcı bir role sahip olduğu görülmektedir.

Sağlığın tanımını güçleştiren diğer bir sebep, toplumların gelişmişlik seviyeleridir. Çünkü gelişmekte olan ülkeler daha çok beden sağlığı üzerine vurgu yaparken, gelişmiş ülkeler ruhen sağlıklı olmanın yollarını aramakta ve ruh sağlığını korumaya, ruhsal hastalığı önlemeye ya da var olan ruhsal hastalığı en iyi şekilde tedavi etmeye yönelik politikalar üretmeye çalışmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011: 5).

Toplumların yapısı, ekonomik seviyesi, jeopolitik konumu, sosyal imkânlarla erişimi, sosyal refah sistemlerinin işleyişi bireylerin hayat standardını belirlemede önemli bir etkiye sahiptir (Kuey, 1995: 191). Bu önemli etki sağlığın üzerine yansımakta dolayısıyla sağlığın tanımını etkileyen faktörler arasında sayılmaktadır. Bir diğer ifade ile sağlığın tanımı, bu faktörlerin bireylerin hayatına yansımada gizlidir.

Yine de genel kabuller üzerine bir sağlık tanımı yapılmak istendiğinde Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımı başlama noktasını oluşturmaktadır. Çünkü DSÖ (1948) sağlığı; yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir şeklinde tanımlamaktadır.

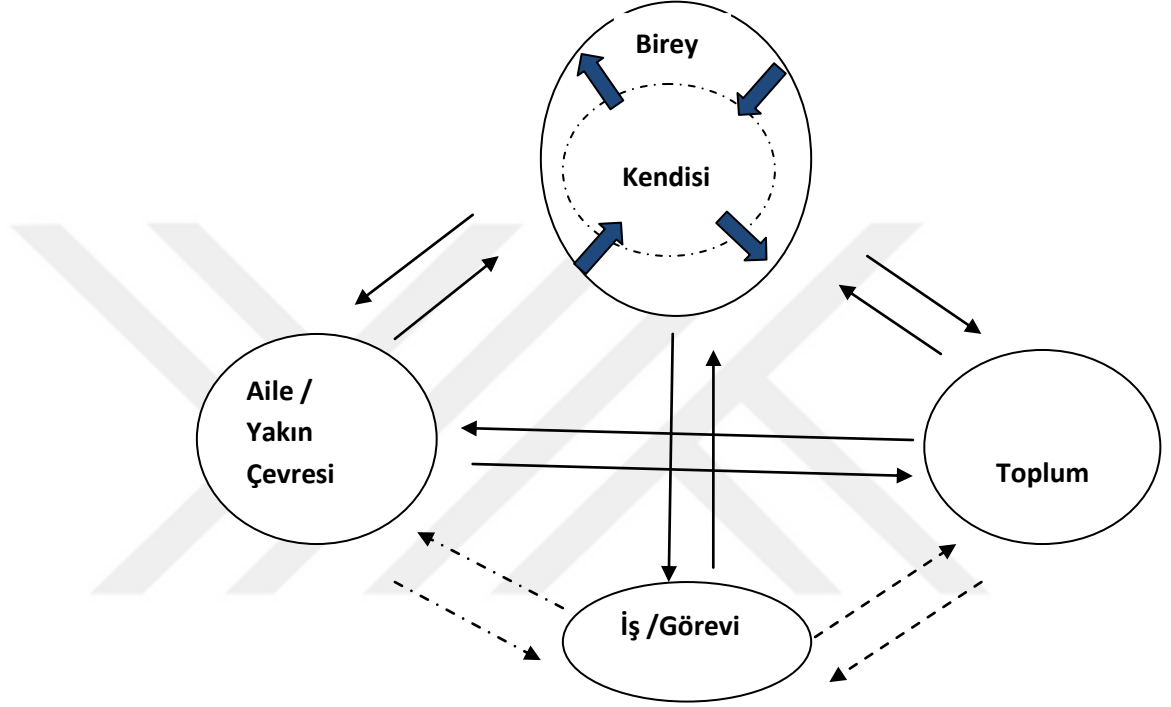
Bireyin “tam bir iyilik hali” ne sahip olması, tanımda önemli bir yer edinmiş ve bütün denklem onun üstüne kurulmuştur. Bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali, denge, düzen ve uyumun varlığına işaret etmiştir. Fakat öznel bir ifade şekli olan “iyilik hali”, bireyi çevreleyen sistemlerin farklı algılamasına da açık kapı aralamıştır (Bolsoy ve Sevil, 2006: 78). Çünkü “Öznel iyilik hali hiçbir zaman nesnel kategorilere ayrılarak incelenemez.” mantığı etkilidir (Güleç, 2016: 31).

Yine de öznel iyilik halinin ülkemizde ruh sağlığı kavramını açıklayan kişiler üzerinde nasıl yer ettiğini görmek adına birkaç kişinin tanımına bakmak yarar sağlayacaktır. Böylelikle ruh sağlığı tanımlarında hangi çerçeveler kullanılmış ve önemsenmiş daha net görülecektir.

Bu noktada ruh sağlığını, Çiğdem Arıkan (1985), “ruh sağlığı bireyin değişen koşullara uyum göstermesi ve bu koşullar gerektirdiğinde tek başına sorumluluk alabilmesi ve bütün bunları bilinçli olarak gerçekleştirebilmesi” olarak değerlendirmiştir (Arıkan, 1985: 8). “‘Ruh Sağlığı’ Mı Dediniz?” başlığı ile 1997 yılında Dünya Ruh Sağlığı Günü'nde konuşma yapan Erol Göka ise, ruh sağlığını birkaç kritere bağlı olarak açıklamıştır. Göka'ya göre “ruhsal bakımdan sağlıklı insan”, yaşama sorumluluğunu

üstlenebilen, yaşama korkusunu yenmiş, hayatla baş edebilen, yaşama sanatını becerebilen ve otantik bir yaşama yolunu seçebilen kimsedir (Göka, 1999: 10). Bu kriterlere dikkat edilerek yapılan tanım ise Yörükoğlu tarafından şu şekilde ifade edilmektedir (Yörükoğlu, 2016: 131): “Kişinin kendi kendisiyle ve çevresiyle dinamik bir denge ve uyum içinde olmasıdır.”

Şekil 2. Bireyin İlişkiler Ağı

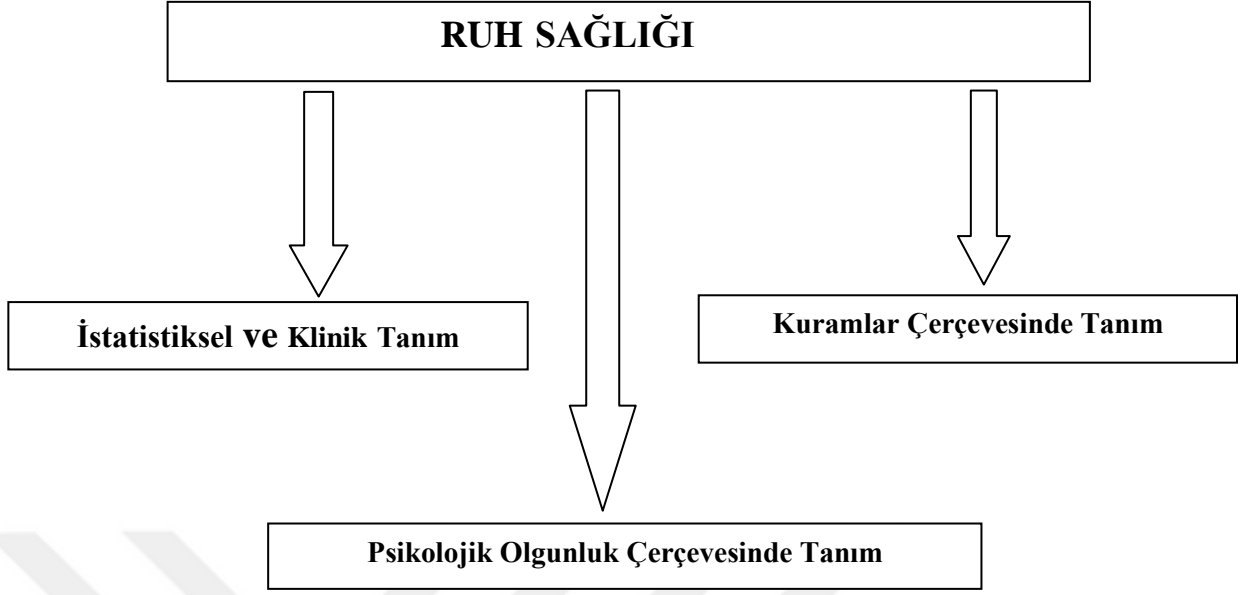


Kaynak: Ünlüoğlu (1996: 8)

Tanımlar incelendiğinde genel olarak hepsinin benzer kriterlere dikkat çektiği fark edilmektedir. Fakat bazı noktalarda kişisel algılar da tanımda yerini almaktadır. Bu durum kimin normal kimin anormal kabul edileceği tartışmasını başlatmaktadır. Dolayısıyla literatürdeki farklı normal tanımlarından bahsetmek normali anlama noktasında yardım edecektir (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 105).

Normal üzerinden hareketle ruh sağlığı üç başlık altında incelenerek konuya bütüncül şekilde bakılmaya çalışılacaktır. Bu başlıklar istatistiksel ve klinik tanım çerçevesinde ruh sağlığı, kuramlar çerçevesinde ruh sağlığı ve psikolojik olgunluk çerçevesinde ruh sağlığı olarak değerlendirilecektir. Her başlık altında ruh sağlığı profesyonellerinin literatüre hangi anlamda katkı sağladığı tartışmaya açılacaktır.

Şekil 3. Ruh Sağlığı Tanımlamasında Kullanılan Sınıflandırmalar



1.1.1. İstatistiksel ve Klinik Tanım Çerçevesinde Ruh Sağlığı

Literatürdeki tanımları iki farklı kategoride incelemek mümkündür. Bunlardan biri istatistiksel tanım, diğeri klinik tanımdır.

İstatistiksel tanım, daha çok tıp alanında kullanılan normal belirmek için üst ve alt sınırların çizildiği istatistiksel bulgulardan meydana gelmektedir. Dolayısıyla toplumdaki çoğunluğun kabul ettiği ve doğru saydığı görüş istatistiksel açıdan normal kabul edilmektedir. Fakat burada bir durum gözden kaçmaktadır. Toplumda meydana gelen ve genel kabul görmüş bir durum başka toplumda yanlış olarak anlamlandırılırsa istatistiksel tanımın göreceli olabileceği sonucu ortaya çıkmaktadır. Göreceli olan bir durum göreceli bir sonuç doğuracağı için başka bir koşulda geçersiz olabilecektir (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 106).

Klinik tanım yapılırken ruhsal bozukluğun ya da ruh sağlığının sınırları kolaylıkla çizilebilmektedir. Yine de net bir normal tanımlamak için klinik tanım tek başına yeterli olamamaktadır. Bu nedenle klinik tanımları kolaylaştırıcı belli başlı kıstaslar ileri sürülmüştür. Söz konusu kıstasların birincisini çevreye uyum oluşturmaktadır. İkinci olarak ise; bireyde aşırı bunaltının (anxiety) ya da başka bir psikiyatrik belirtinin olmaması gerektiği dile getirilmektedir. Ardından bireyin hayattaki var olma sırrını id,

ego, süper ego arasında dengeye bağlamaktadır. Son olarak ise sağlıklı gelişim aşamalarına sahip olmasını ifade etmektedir.

Çevreye uyum sağlayabilme ölçütü bilimsel açıdan doğru kabul edilebilir mi sorusu akla ilk gelen sorudur. Çünkü toplumsal değerler, beklentiler her zaman doğru olmayabilir. Örneğin toplum değerlerine uymayıp toplumu değiştiren, bir toplulukta devrim yapan şahsiyetler normal değildir denilemeyeceğine göre toplumun beklentisine uyan bir kişi her zaman her koşulda normal kabul edilmeyebilir (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 106).

Bireyde aşırı bunaltının (anxiety) ya da başka psikiyatrik belirtinin olmaması, kişinin kendisiyle ve çevresiyle barışık, mutlu, iç huzuru yakalamış olması ile ilişkilendirilebilir. Bu ilişkilendirmede kişinin acı hissetme, kaygı, stres, hırs gibi düşüncelerden arınmış olması da kastedilmektedir. Fakat hayatın olumsuz duygularından sayılan acı, stres, kaygı her durumda normal ya da anormal tanımlamada yeterli olmamaktadır. Örneğin toplumun sorunları karşısında kaygı hisseden, sorunların çözümü için hayatını ortaya koyan kişiye anormal denilemeyeceği gibi, toplum sorunları karşısında kaygı hissetmeyen, kendine zararının dokunmaması için çıkarını düşünen kişi de normal sayılmamaktadır. Dolayısıyla her iki durumda kimin normal kabul edileceği kimin normal kabul edilmeyeceği göreceli bir kavram olarak ortaya çıkmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 106).

İd, ego, süperego psikanalistlerin ortaya attığı normalin bir ölçütüdür. Psikanaliz kuramına göre ruhsal yapı üç bölümden meydana gelmektedir. Altbenlik (id), insan bedeninde doğuştan sahip olunan ruhsal bir yapıdır. Organizmanın temel insani güdülerinin yer aldığı bölümdür. Bu bölümde açlık, susuzluk, saldırganlık gibi güdüler bulunmaktadır. Haz ilkesine göre çalışan altbenlik ruhsal yapının dürtüleyici sistemidir (Yörükoğlu, 2016: 82).

Benlik (ego), kişinin doğduktan sonra eğitim yoluyla şekillenen ruhsal yapısıdır. Benliğin asıl işlevi altbenlik ile dış dünya arasında düzenleyici olmak, denge sağlamaktır. Altbenlikte doğuştan var olan güdülerin tatminini sağlarken gerçeklikle olan ilişkisini düşünür. Bu anlamda aradaki denge mekanizması, gerçeklik ilkesini benimser (Yörükoğlu, 2016: 82-83).

Üstbenlik (süperego), toplumsal değerlere uyum ile ilişkilendirilmektedir. Toplumsal kurallara uymamak, onları reddetmek kişide kaygı, stres, pişmanlık gibi duyguların ortaya çıkmasına sebep olabilir. Bu duygularla üstbenlik kişiyi dizginler, ödüllendirir, cezalandırır. Dolayısıyla kişinin uyum sürecine katkı sağlar (Yörükoğlu, 2016: 84).

Psikanalitik görüşteki id, ego, süperego dikkatli bir şekilde incelendiğinde her şeyin güdülerin tekelinde olduğu, bu güdülerin çevre ile uyum içinde çalışması gerektiği görüşü hâkimdir. Fakat güdüler daha çok öznellik zemininde ortaya çıkarlar. Kişiyi özgüdür. Toplumsal zeminde uyum ise daha farklı göreceli bir sürece atıfta bulunur. Bu görüşü savunanlar bu nedenden dolayı kesin bir normallik ya da anormallik tanımı yapamamaktadırlar (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 106).

Sağlıklı gelişim aşamaları ile ruh sağlığı ya da ruhsal bozukluk tanımı yapılmak istenirse Erikson'un psiko-sosyal gelişim kuramlarına bakmakta yarar olacaktır. Erikson, psiko-sosyal gelişim sürecinin bireyin toplumda var olmasını sağlayan psikolojik, kültürel ve sosyal dinamiklerden oluştuğunu savunmaktadır. Bu bağlamda Erikson, insanın yaşamını ömür boyu etkileyen kişilik yapısına vurgu yaparak biyolojik, genetik ve bilişsel faktörlerin psiko-sosyal gelişim evrelerini şekillendirdiğini ifade etmektedir. Kendi içinde hiyerarşik bir sisteme sahip olan sekiz evre; güvene karşılık güvensizlik, özerkliğe karşı utanç, girişimciliğe karşı suçluluk, başarıya karşı aşağılık duygusu, kimliğe karşı rol karmaşası, yakınlığa karşı yalıtılmışlık, üretkenliğe karşı durağanlık ve benlik bütünlüğüne karşı umutsuzluk olarak literatürde yer almaktadır (Özgüngör ve Kapıkıran, 2011: 114-115). Erikson insan gelişiminde sekiz temel dönemin her birinin bireyin benliğini geliştirdiğini ve yeniden sosyalleşme kazanmasına imkân tanıdığını söylemiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 95). Dolayısıyla ruh sağlığı tanımından bahsetmek gerekirse bu tanım, gelişim dönemlerinden bağımsız olarak yapılamaz (Yörükoğlu, 2016: 125).

Ruh sağlığı tanımı yapılırken tartışma konusu olan normallik kavramı, daha çok anormalliğin olmadığı ya da kabul edilmediği durumlarda pasif olarak kullanılan bir ifade şeklindedir (Güleç, 2016: 9). Offer ve Sabshin (1978), normallik kavramını açıklarken dört çerçeve madde ortaya koymuştur. İlk maddeyi benimseyenlere göre sağlıklı olmak normal olmanın ve normal sayılmanın karşılığıdır. Bu noktada hasta veya hasta değil kavramı, geleneksel bakış açısına atıfta bulunur. İkinci maddeyi kabul edenlere göre

normallik söz konusu değildir. Bu bakış açısı Freud'un ifade ettiği bir cümle ile desteklenmektedir (Geçtan, 2015: 28). "Normal bir ego, normallik kavramı gibi hayal ürünü bir beklentidir." (Güleç, 2016: 10). Üçünü maddeyi destekleyenlere göre normallik ortalama anlamına denk gelmektedir. Çoğunluk orta seviyede uyum gösterenlerden oluşuyorsa normallik söz konusudur. Son maddede ise normalliğin süreç içerisine yayılıp gözlemlendiği belirtilmektedir. İnsan, organizmalardan meydana gelen bir sistem olarak kabul edilir ve sistem, biyolojik, psikolojik ve toplumsal değişkenlerden etkilenerek hayatını sürdüren bir yapıdan oluşur (Geçtan, 2015: 29).

1.1.2.Kuramlar Çerçevesinde Ruh Sağlığı

Literatürde normalliği açıklama çabası üzerine kurulu olan ruh sağlığı tanımlamalarının yanı sıra; psikoloji, psikolojik danışma ve rehberlik (PDR), psikiyatri gibi disiplinlerin yararlandığı psikolojik danışma kuramlarının ruh sağlığını nasıl ele aldığı da önemlidir. Bu anlamda varoluşçu terapi, gestalt terapi, davranış terapisi, bilişsel terapi, gerçeklik terapisi ve danışandan hız alan terapiye göre ruh sağlığı tanımları değerlendirilecektir.

Varoluşçu Terapi (VT), Yalom tarafından "her şeye rağmen yaşama evet demek" olarak nitelenen "trajik optimizm" dir. Trajik optimizm kavramına açıklık getiren yazar şu ifadeleri kullanmaktadır:

"yani trajedi karşısında bile insanların potansiyel olarak yapabileceklerinin iyimserliğidir ki bunlar şu şekilde gerçekleşir: (1) insanın çektiği acıyı bir başarıya dönüştürmesi; (2) yaşadığı suçluluğu kendini daha iyi bir duruma sokacak şekilde değişme fırsatı olarak değerlendirme, (3) yaşamında karşılaştığı geçiş dönemlerinde inisiyatif alarak sorumlu davranışlar sergileme" (Murdock, 2014: 182-183).

Yalom'un üç maddede bahsettiği kişilik yapısına sahip olan bireyler, VT'ye göre ruh sağlığı açısından sağlıklı kabul edilmektedir.

Gestalt Terapi (GT), Fritz Perls'in temsilcisi olduğu bir terapidir. Temel felsefesinde bireylerin sürekli gelişim içinde olduğu fikri yatmaktadır. İnsanın psikolojik ve fiziksel olarak birbirinden ayrılmayan bir organizma olarak bir bütün kabul edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (Murdock, 2014: 205; Dinç, 2014: 126). GT, aynı zamanda bireysel seçim yapma ve yaptığı eylemin sorumluluğunu üstlenme, var oluştan gelen iç dengesini bulma ve düzenleme özelliğine atıfta bulunmaktadır (Murdock, 2014: 206; Korkut, 1992: 152). Dolayısıyla GT için ruh sağlığı, bireyin çevresi ile uyumlu olarak

yaşaması, eylemlerinin sorumluluğunu alması, iç dengesini yakalamasıdır (Murdock, 2014: 212).

Davranışçı Terapi (DT), insan doğasına tarafsız bakılması gerektiğini vurgulamaktadır. Davranışın altında yatan sebebin çevrenin bir etkisi ya da yansıması olabileceğini savunmaktadır. Bu nedenle DT'ye göre insanların "iyi" ve "kötü" olarak değerlendirilmeleri gereksiz kabul edilmektedir (Murdock, 2014: 242). Bir diğer ifade ile bireyi çevrenin bir ürünü olarak kabul etmekle birlikte aynı zamanda birey bulunduğu çevrenin de üreticisi konumundadır (Topses, 2012: 68). Bireysel özelliklerin önemsenmediği DT'de çevresiyle uyumlu davranış sergileyen birey, ruhsal açıdan sağlıklı kabul edilmektedir. Kişinin yaşamına devam edebilmesi ve ruh sağlığını koruyabilmesi için uyumlu davranış sergilemesi gerekmektedir (Murdock, 2014: 250).

Bilişsel Terapiler, kaynaklarda Beck'in geliştirdiği Bilişsel Terapi (BT), Ellis'in öne sürdüğü Akılcı Duygu Terapisi veya Akılcı Duygu ve Davranış Terapisi ve Bilişsel-Davranışçı Terapi (BDT) olmak üzere üç alt başlık altında toplanmaktadır. Üç terapi, bilişsel sürece atıfta bulunan, kuram ve uygulama bazında benzerlikleri olan ve bilgi işleme esasını ilke edinen özelliklere sahiptir (Türkçapar vd., 1995: 93).

Beck'in öncüsü olduğu BT, insana ait olan ruhsal tepkilerin algının, anlamanın ve anlamlandırmanın bilişe yansıyan kısmını oluşturmaktadır (Türkçapar ve Sargın, 2012: 9). BT'ye göre insanın düşünme yetisinden duygusuna, duygusundan davranışına kadar topyekûn etkilenmeye açık olması, bireyi çevreleyen sistemler tarafından kaynaklanmaktadır (Türkçapar vd., 1995: 93). BT, insanların çevreye uyum sağlayan organizma olduğunu iddia etmektedir. Psikolojik işlev bozukluğu kuramı olan BT, ruh sağlığı yerinde olan bireyi, çevreye ve topluma adaptasyon sağlayan ve bireyin zihninde karmaşık, işlevsiz inançlara ve düşüncelere yer bırakmayan kişi olarak görmektedir (Murdock, 2014: 319; Türkçapar vd., 1995: 93).

Akılcı Duygu Terapisi veya Akılcı Duygu ve Davranış Terapisinin çıkış noktasını oluşturan temel varsayım, bireyin sahip olduğu bilişsel işlevlerin yeteri kadar önemsenmemesidir. Kişinin, normal şartlarda önemli olan bir durumu ya da olayı yine önemli kabul edip aynı zamanda akılcı olmayan davranış haline dönüştürmesi, birtakım karışık, yanlış inanışlara sahip olduğunu gösterir. Bireyde meydana gelen bu durum,

bireyin ikilemde kalmasına, gelgitler yaşamasına neden olmaktadır. Dolayısıyla kabullenme ve kabullenmeme arasında geçen bu durum şu şekilde ifade edilmektedir: “bireyin ıstırabı insanın ve dünyanın olmasını istediği hali ile olduğu hal arasındaki fark ve kişinin bu farkı kabullenme düzeyi ile belirlenir.” (Özdel, 2015: 17). Ruh sağlığı yerinde olan kişi, yaşanan durumları yanlış anlamlandırmayan, akılcı düşünen ve davranan kişidir.

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), tek bir şemsiye altında bilişsel ve davranışçı terapilerin bir araya gelmesiyle oluşan terapi çeşididir (Özdel, 2015: 10). BDT’ye göre temel amaç, düşüncede ve davranışta işlevsizlikleri yok etmektir. Bu işlem öncelikle bireyin zihninde bulunan karmaşık ve yanlış inanışların; doğrusuyla ve olması gerektiği haliyle yer değiştirmesiyle başlar. Ardından düzeltilen bilişsel yanlışlıklar davranışa yansıtılarak davranışın kalıcı hale gelmesini sağlar (Türkçapar vd., 1995: 95). Dolayısıyla ruhen sağlıklı birey, bilişsel açıdan yanlış düşünmeyen, davranışsal açıdan uyumlu tavır sergileyendir.

Gerçeklik Terapisi, William Glasser tarafından geleneksel psikoanalitiğe tepki olarak doğmuştur (Murdock, 2014: 353). GT kuramının en önemli özelliklerinden birisi seçim kuramına sahip olmasıdır. Bir diğer ifade ile seçim kuramı, GT’nin temel felsefesidir. Glasser (1998: 3), insanın seçme sorumluluğunu “Bizler hissettiğimiz mutsuzluklar da dahil olmak üzere yaptığımız her şeyi biz kendimiz seçiyoruz” cümlesiyle insana atfetmektedir (Murdock, 2014: 360). Seçme teorisi bu noktada bireyin oto kontrolünü ortaya çıkaran, seçimlerin nasıl yapıldığını ve neden yapıldığını sorgulayan bir sisteme sahiptir (Ünüvar, 2012: 11). Bir diğer ifade ile bireyler, kendi kararları doğrultusunda daha iyi seçim yaptıkça hayatlarına daha iyi yön vereceklerdir (Akpınar ve Öz, 2013: 10). Dolayısıyla bu kurama göre, ruh sağlığı açısından sağlıklı birey seçim yapabilen, yaptığı seçimin sorumluluğunu alabilen birey olarak ifade edilmektedir.

Danışandan Hız Alan Terapi, Carl Rogers tarafından ortaya atılan, insanın kendini gerçekleştirme kapasitesinin doğuştan var olduğuna inanılan, danışan ve danışman arasında empati, içtenlik esasına dayanan bir kuramdır (Bilge, 1997: 10). Kuram aynı zamanda danışanın kendi kapasitesini fark edebilmesi için danışmanın ikincil planda olması, ağırlık noktasında danışanın bulunması gerektiğini söylemektedir (Akkoyun, 1982: 63-64). Bu durumun nedeni, Rogers’ın, insanın algısı ve benlik bilinci üzerine

vurgu yapmasında gizlidir. Çünkü insan davranışı algılara göre şekillenmekte ve değişmektedir. Benlik bilinci de bu algıların bir sonucunu olarak ortaya çıkmaktadır. Bir diğer ifade ile benlik sosyalleşme neticesinde şekillenen kişinin kendi varlığının bilincinde olmasıdır (Kağıtçıbaşı, 2010: 126). Bu nedenle, kişilerin ruhen sağlıklı kabul edilebilmesi, benlik bilinci ile yaşam tecrübeleri arasında bir dengenin olmasına bağlıdır (<https://www.pdr.gen.tr/kisisel-rehberlik/danisandan-hiz-alan-yaklasim/>, 31.05.2017).

Genel olarak kuramlar incelendiğinde kişinin kendini gerçekleştirme kapasitesi, yaşamın içselleştirilmesi, olumlu ve olumsuz koşullarda denge kurabilme yeteneği üzerine odaklandığı fark edilmektedir. Çevreye uyum sağlama, dış dünyayı anlama ve algılama, sağlıklı ilişkiler kurabilme kuramların bir diğer önemli özellikleri arasında yer almaktadır.

1.1.3. Psikolojik Olgunluk Çerçevesinde Ruh Sağlığı

Son zamanlarda olgunluk kavramı, psikolojik olgunluk ile bir arada kullanılan, ruh sağlığını değerlendirmeye çalışan kriterler arasında yer alan bir kavramdır. Bilimsel çevrede ruhsal açıdan kimin hangi koşullarda sağlıklı kabul edileceği tartışma konusu iken “olgunluk” ifadesi de bu tartışma da yerini almıştır. Bu tartışmanın ana kaynağını olgunluğun daha çok öznel ifade şekline sahip olması oluşturmaktadır. Çünkü bireyin içinde yer aldığı sistemlerce olgunluk da çevrelenmiş durumdadır. Dolayısıyla nesnel olmayan bir olgunluk tanımının, ruh sağlığı açısından nereye karşılık geldiği önem arz etmektedir (Güleç, 2016: 11).

Gelişim kuramları içerisinde Erikson’un sekiz psiko-sosyal gelişim evresinin, psikolojik olgunluk açısından ele alınması ve değerlendirilmesi gerekmektedir. Özellikle Erikson’un yaşa dair oluşturduğu merdiven basamağı metaforu, olgunlaşma konusuna bütüncül bakılması gerektiğini hatırlatmaktadır. Yaş belli bir seviyeden sonra aşağıya iniyormuş gibi görünse de aslında benlik gelişimine ve yeni işlevlerin kazanılmasına, dış dünyaya doğru açılan bir pencere soluşturmaktadır. Yani Erikson’un kuramına göre yetişkinler ”kimliğe karşı kimlik karmaşası”, “yakınlaşmaya karşı yalıtılmışlık”, “üretkenliğe karşı durgunluk” ve bütünlüğe karşı umutsuzluk” dönemlerinde sağlıklı bir şekilde yer aldıkça olgunlaşma gerçekleşmiş sayılacaktır (Güleç, 2016: 24).

Genel olarak olgunlaşma, yaş ilerledikçe kazanılan bir özellik olarak kabul edilmektedir (Geçtan, 2015: 35). Fakat bebeklikten çocukluğa, çocukluktan ergenliğe, ergenlikten yetişkinliğe doğru geçen her aşama, kendine has bir olgunlaşma yaşamaktadır (Güleç, 2016: 28). Hayat boyu devam eden bir sürecin yansıması olan olgunlaşma, ulaşılmış bir durumu ifade etmemektedir (Kılıçcı, 2006: 10). Bu nedenle psikolojik olgunluk, hayata bütün gelişim dönemlerinde aktif olarak katılan bireylerde görülmektedir (Güleç, 2016: 28).

Toplumsal hayatta birçok problemle mücadele etmek zorunda kalan birey, bu problemlerin üstesinden geldikçe psikolojik olgunluğa erişebilecektir. Bu olgunluk, düştüğü zaman kalkmasını öğrendiğinde ya da var olan gücünü kullandığında ortaya çıkacaktır (Güleç, 2016: 28; Kılıçcı, 2006: 11).

Fakat her problem beraberinde kısıtlanmalar, engellenmeler ve yoksunluklar getirmektedir. Bu durumun bireyi güçlendirdiği bilinmekle birlikte bireyin içinde bulunduğu problemle baş etme mücadelesi, kapasitesinin üstündeysen ruhsal hastalıklara kapı aralamış demektir (Güleç, 2016: 29).

Aynı zamanda psikolojik olgunluk, bu problemleri kapsamlı olarak ele almayı beraberinde getirmektedir. Çünkü problemin küçümsenmesi ya da aşırı abartılması olgunluğa zarar vermektedir. Dolayısıyla hayatın gerçekleri olduğu gibi kabul edildiğinde problemler daha az hasarla atlatılır (Kılıçcı, 2006: 11).

Gerçeği bilen bir kişi, yaşama amacı olan ve bu amaç uğrunda belli bir efor sarf edendir. Bir diğer ifade ile psikolojik olgunluk sahibi kişi hayatta kalabilmek için kendisine yaşama sebebi üreten ve bunu hedef haline getiren kişidir. Bu noktada birey, riskleri iyi analiz edebilmeli, eline geçen fırsatları olması gereken şekilde değerlendirmelidir (Kılıçcı, 2006: 11).

İnsani ilişkiler noktasında sağlıklı iletişim kurabilen kişiler, psikolojik olgunluğa erişmiş kişilerdir. Önce kendisini sonra çevresini sevmeye ve kabullenmeye başlayan bu süreç, olumlu duygularla beslenmektedir (Kılıçcı, 2006: 11). Burada önemli olan nokta bireyin kendisini sevmesi, bencil bir duygu taşımamaktır (Geçtan, 2015: 35). Nitekim insanın içinde bulunduğu resmi, özel kurum ve kuruluşlarla da iletişimi sağlıklı

olmalıdır ki psikolojik açıdan bütüncül bir olgunluktan bahsedilebilsin (Kılıçcı, 2006: 12).

Bu bağlamda olgunlaşmış kişiler için şu ifadeyi kullanmak mümkündür: “olgunlaşmış kişiler duyarlı bir biçimde çevredeki insanların ve olayların farkındadırlar, diğer insanların kendilerinden ne beklediğini görür ve bunları karşılamaya çalışırlar.” (Geçtan, 2015: 32).

Olgunlaşmış kişi üzerinden hareketle psikolojik olgunluk aşağıdaki tanım gibi tanımlanabilir: “Psikolojik olgunluk, gerçekliği doğrudan algılama, diğer insanlarla güven ve içtenliğe dayanan ilişkiler kurma ve yaşadıklarının sorumluluğunu üstlenebilme gibi kişilik özellikleriyle tanımlanmaktadır.” (Güleç, 2016: 28).

Psikolojik olgunluk bir anlamda pozitif ruh sağlığına atıfta bulunmaktadır. Çünkü insanın kendisini ve çevresini sevmesi, güzel duygular beslemesi pozitif psikolojiye sahip olması ile ilgilidir. Bu anlamda pozitif psikoloji, bireylerin hem stresle baş etmelerine yardımcı olan hem de bireysel gelişmenin nasıl olacağını söyleyen önemli bir ruh sağlığı ölçütüdür (Güleç, 2016: 18-19).

Ruh sağlığına yönelik yapılan iyileştirme çalışmaları, pozitif ruh sağlığını öne sürmekte ve belli başlı ruh sağlığı kriterlerini etkilemektedir. Dolayısıyla “pozitif ruh sağlığını artırma, eşitsizlikleri azaltma, sosyal kazanç sağlama, sağlığı iyileştirme, ülkeler ve gruplar arasındaki sağlık farklılıklarını azaltmak” gibi kriterler ruh sağlığını iyileştirmeye dair yapılabilecek eylem planlarına amaç olma özelliği taşımaktadır (Gültekin, 2010: 588).

1.2.Ruhsal Hastalık Nedir?

Ruh sağlığı tanımı normal, normallik vurgusu ile yapılırken ruhsal hastalıklar anormallik, normal dışı davranışlar ile tanımlanmaktadır. Genel olarak ortalama bir tanım üzerinde durulmuş olup kuramlar, bu alanda sözü geçen ekoller değişik perspektifte konuyu değerlendirmeye çalışmışlardır (Kılıçcı, 2006: 1). Ancak normalliğin sınırları çizilerek yapılmaya çalışılan ruh sağlığı tanımı, çoğu zaman netlik kazanamamıştır. Bu nedenle anormallik üzerinden yapılan ruhsal hastalık tanımı, daha kesin bir ifade şekline sahip olduğu görünmektedir.

Ruhsal hastalıklar normal dışı davranışlar ile özdeşleştirilmektedir. Aralarında oluşan bağlantı tarih boyunca değişik şekilde ortaya çıkmış, önemli şahsiyetler üzerine yansımaları ve yazılı metinlere konu olması değerlendirilmiştir. Bu bağlamda ruhsal hastalık toplumsal bir sorun ve her zaman görülme ihtimali olan sağlık problemidir (Keskin vd., 2013: 345).

Özellikle günümüzde ismi sıkça anılan, tarihe damga vurmuş önemli sanatçıların, düşünürlerin ve siyasetçilerin normal dışı davranışlara örnek olabilecek davranışlar sergilediği bilinmektedir. Mozart'ın zehirlenme hezeyanı yaşarken Van Gogh epilepsi nöbeti geçirdikten sonra yaşadığı bilinç bulanıklığı neticesinde kulağını keserek bir fahişeye yollaması, Jean-Jacques Rousseau'nun yaşamının son zamanlarında paranoid eğilime doğru kayması, Osmanlı padişahları arasında Deli İbrahim olarak anılan padişahın büyüklük hezeyanı yaşaması örnek olarak gösterilebilir (Geçtan, 2015: 11).

Tarihsel süreçte normal dışı davranışları edebiyata ve felsefeye ait yazılı olan metinlerde, sanata ait sergilenen oyunlarda görmek mümkündür. Örneğin Oidipus Reks ve Elektra oyununun yazarı Sophokles, Antik Yunan döneminde anne ve babaya duyulan cinsel isteklerin insan davranışına etkilerini kaleme almıştır. Yine İngiliz oyun yazarı ve şairi olan William Shakespeare'in eserlerinde kıskançlık, öç alma, suçluluk hissetme gibi duyguların işlendiği bilinmektedir. Bunun dışında alkol ve uyuşturucu bağımlılığı, şizofreni gibi birçok konu edebiyat ve sanat tarihi içerisinde işlenmiştir (Geçtan, 2015: 11).

Şahsiyetlerden ve ortaya çıkan sanat eserlerinden hareketle normal dışı davranış nedenleri, bu davranışların nasıl anormal kabul edildiği ile alakalı literatürde iki önemli görüş yer almaktadır. Birinci görüş toplumsal normlara uymama olarak açıklanırken; ikinci görüş kişinin gelişmesine, kendisini iyi hissetmesine engel olan davranışlar olarak belirtilmektedir. Bu bağlamda birinci görüşü savunanlar, toplumda çoğunluğun kabul ettiği davranışları normal, azınlığın kabul etmediği bu davranışlar normal dışı sayılmaktadır. İkinci görüşü savunanlar ise toplumsal normların varlığını kabul etmekle birlikte kişinin bireysel gelişimine engel oluyorsa bu normların kabul edilemez olduğunu savunmaktadırlar (Geçtan, 2015: 12).

Normal dışı davranış genel olarak toplumsal değerlerin kabulü ya da reddi üzerine kurgulanmıştır. Dikkat edilmesi gereken nokta kültürden kültüre toplumdan topluma normal dışı davranışın anlamının değişmesidir (Geçtan, 2015: 12). Ancak bazı davranışların tüm dünyada aynı anlama gelmesi, normal ya da normal dışı davranışın evrensel olduğunu ortaya çıkarmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 107).

Bir davranışın normal ya da anormal kabul edilebilmesi için evrensel boyuttaki karşılığına bakılmalıdır. Çünkü davranış üzerinde oluşan olumsuz kriterler yurt içi ve yurt dışı literatürde yerini almış, evrensel bir çizgi kazanmıştır. Bu noktada anormal bir davranıştan söz edebilmek için dört kriterin davranış üzerinde gözlemlenmesi gerektiği vurgulanmıştır. Bu kriterler; “tutarsızlık, aşırılık, uygunsuzluk ve yetersizlik” olarak sıralanmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 107). Unutulmaması gereken nokta bu kriterlerin hemen hemen herkes üzerinde görülebilmesidir. Dolayısıyla davranışın anormal sayılabilmesi, “sürekli ya da yineleyici olması, bireyin verimli çalışmasını bozması, kişilerarası ilişkilerini bozması” gibi özelliklere sahip olmasına bağlıdır (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 108).

Kağıtçıbaşı (1985) ruhsal hastalığı tanımlarken Öztürk ve Uluşahin’in vurguladığı kriterleri kullanmayı tercih etmiştir ve ortalama bir tanıma atıfta bulunmuştur. Bu tanım şu şekildedir: “genel bir anlatımla, bireyin toplum içinde kendine yeterli ve insanca yaşamını sürdürmesi için gerekli olan asgari uyumu gösterememesine neden olan ve organik ya da psişik faktörlerin bir fonksiyonu olarak ortaya çıkan bir durumdur.” (Kağıtçıbaşı, 1985: 8).

Fakat ruhsal bozukluk ve sorun daha çok duygu, düşünce ve davranış değişimleri ile bağdaştırılmaya çalışılan bir kavramdır (Kuey, 1995: 191). Bu nedenle ruhsal hastalık için “insanın duygu, düşünce ve davranışlarında olağan dışı sapmaların, aykırılıkların bulunması” tanımı yapılmaktadır (Bostancı, 2005: 33; Yörükoğlu, 2016: 227). Ancak bu tanıma günümüzde süreklilik arz etmesi, bütün topluma yayılması ve iletişimde çeşitli güçlükler yaşanması gibi hastalığı daha net tablo haline getirecek özellikler eklenmektedir (Küey vd., 1987: 17). Bu kapsamda ruhsal hastalığı, “toplum içindeki sıklık ve kişilerde yarattığı yeti yitimi ile topluma mal olan ekonomik yük açısından ilk sıraları alan” şeklinde tanımlamak mümkündür (Ceylan ve Vardar, 2003: 95). Ruhsal/zihinsel sorun olarak ele alınan ruhsal hastalık, “belirti ve bozukluklar yol

açtıkları bireysel ve toplumsal yitimler nedeniyle ciddi bir sağlık/toplum sağlığı sorunu” olarak kabul edilmektedir (Küey vd., 1994: 205).

1.2.1. Ruhsal Hastalığın ve Psikiyatrinin Tarihsel Geçmişi

Ruhsal hastalıklar, tıbbın bir dalı olan psikiyatri içinde değerlendirilmekte ve psikiyatri ile birbirlerini tamamlayıcı rol üstlenmektedir. Bu durumun en temel sebebi psikiyatrinin ruhsal hastalığın tanısı, tedavisi ve önlenmesi ile uğraş vermesidir. Dolayısıyla ruhsal hastalıkların tarihsel süreçteki yayılımı incelenmek istendiğinde psikiyatri tarihine bakılması gerekmektedir.

Genel olarak psikiyatri tarihini, Dünya’da ve Türkiye’de psikiyatri tarihi şeklinde iki kategoride değerlendirmek mümkündür. Ancak Dünya’da psikiyatrinin tarihi, Öztürk ve Uluşahin’in (2016) ayırdığı dönemler üzerinden incelenmesi konunun toparlayıcı olması adına yarar sağlayacaktır. Söz konusu dönemler İlk Çağlar’dan başlayıp Eski Çağ ve Orta Çağ’ı içerecektir. Ardından Rönesans ile devam edip çağdaş psikiyatrinin gelişimi ve Türkiye’deki psikiyatrinin tarihinden bahsedilecektir.

1.2.1.1. İlk ve Eski Çağlar

İlk çağlar, hastalıkların kötü ruhların yok edilmesine dayanan bir felsefe ile ilişkilendirildiği, doğaüstü güçler ile anlamlandırmaya ve açıklanmaya çalışıldığı bilinmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 1). İkel insanların yer aldığı bu çağda, bilinmemelik karşısında insanın ne kadar güçsüz ve aciz olduğu, hastalıklara ve korku verici olaylara verdiği tepkilerle, baş etme stratejileri ile ortaya çıkmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 2).

Bilinmemelik ile mücadele eden ilk insan, esrarlı bir düşünme yolunu seçerek anlamlandırma ve ilişkilendirme sürecini başlatmıştır. Süreç bazı ritüeller aracılığıyla doğaüstü güce sahip olduğu inanılan kimseler tarafından yönetilmiş, sıkıntıların giderilmesine yardımcı sağaltım çalışmasının ortaya çıkmasını sağlamıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 2).

Sağaltım çalışmasının yanı sıra kafatasında bir deliğin açılması olan, günümüzde trepanasyon ismi ile anılan cerrahi müdahale yöntemi ile de kötü ruhun etkisinden kurtulmaya çalışıldığı da kaynaklarda yerini almıştır (Geçtan, 2015: 35).

Bu dönem hasta profilinin iyi ve kötü ruh olarak ikiye ayrıldığı, güzel konuşmalar yapan kişilerin iyi ruhun etkisinde, farklı ve aşırı davranış sergileyenlerin kötü ruhun himayesinde olduğu düşünülmüştür. Kötü ruhun etkisinde olan insanlar için toplumda olumsuz düşünce hâkim olmuş, tedavilerinde şeytan kaçırma işlemleri uygulanmış, kötü kokan karışımlar koklatılmış, etrafında gürültü yapılmıştır (Geçtan, 2015: 36).

1.2.1.2. Hipokrat ve Sonrası Dönem

Tıp biliminin kurucusu kabul edilen Hipokrat, ruh hastalıklarının seyri hakkında tarih öncesinden haberler vermiştir. İlk ve eski çağda ileri sürülen ruh hastalıklarının kötü ruhtan meydana geldiği iddiasını reddetmiş, konu ile alakalı farklı ve bilimsel perspektifin yolunu açmıştır (Sayıl, 1996: 1).

Hipokrat, bütün hastalıklar gibi ruhsal hastalıkların da bir sebebi olduğunu ve bu sebebin doğüstü güçlerle açıklanmaması gerektiğini savunmuştur. Ruhsal hastalıkların oluşma nedenlerini doğal sebeplere bağlamış, tedavi edilmesi gerektiğini vurgulamıştır (Geçtan, 2015: 36).

Aynı zamanda Hipokrat merkezi sinir sistemine vurgu yapan, bu sistemin beynin kontrolünde olduğunu dile getiren ilk kişi olarak tarihte yerini almıştır. Hipokrat, insanların sevinç, mutluluk, korku, kaygı gibi duyguların beyin tarafından öne sürüldüğünü ve kontrol edildiğini dile getirmiştir. Duyguların karışması, çatışması ve beyindeki problemler neticesinde ruhsal hastalıkların yaşandığı, insanların akıl sağlıklarını yitirdiğini belirtmiştir (İsmailov ve Özakkaş, 1998: 1-2).

Hipokrat'ın yaşadığı süre içinde öne sürdüğü tıbbi tanılar ve uygulamaların yanı sıra ruh hastalığına yönelik kullandığı terimlerin günümüzde de geçerli olduğu bilinmektedir. Kendisinin ruhsal hastalıklara ait maniye, melankoliye ve frenitisi kategorileştirmesi, hezeyan, epilepsi, histeri gibi kavramların klinik tanımlamalarını yapması psikiyatri tarihinde buluş niteliğinde kabul edilmektedir. Ruhsal hastalıkları değerlendirirken genetik faktörün dışında çevrenin ve ailenin de önemli bir etken olduğunu vurgulamıştır

(Öztürk ve Uluşahin, 2016: 2; Geçtan, 2015: 37). Bu kapsamda Hipokrat, diğer disiplinler tarafından benimsenen, önemli bir özelliğe sahip olmuştur. Nitekim kendisi, tıbbın yanı sıra sosyal bilimlerin de kapısını aralamış, sosyal bilimcilere çevrenin hem sorunun nedeni hem de sorunun çözümü olduğunu ifade etmiştir.

Hipokrat, kadar ruhsal hastalıklara yönelik inandığı gerçekleri kendisinden sonra gelen ve izini süren kişilere de aktarmıştır.

“Hipokrat’tan sonra *eski Yunan’ın Eflatun’u, Aristo’su, eski Roma’nın Aesculapiades’i, Cicero’su, Celsus’u, Soranus’u, Kapadokya’nın Aretaeus’u, Bergama’nın Galenos’u* ruhsal bozuklukların doğal açıklamalarına katkıda bulunmuşlar; gizemci-büyüsel düşüncenin geçersizliğini kesinlikle belirtmişlerdir.” (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 3).

Bu kapsamda geniş bir coğrafyaya yayılan Hipokrat’ın öğretileri, Orta Çağ’ın karanlık ve insanlık dışı uygulamaları başlayana kadar devam etmiştir.

1.2.1.3. Orta Çağ

Bu dönem ruhsal hastalıklara ait yersiz, batıl inançların yer aldığı karanlık bir dönemdir. İlk ve Eski Çağ’larda yer alan kötü ruh olgusu, Orta Çağ’da tekrar ortaya çıkmıştır. Üstelik bu durum Hıristiyanlık’ın yayılmasından sonra yaşanmış olup din korumasıyla meşru uygulamalar yapılmaya başlanmıştır (Geçtan, 2015: 38).

Özellikle ruh hastalarının içinden kötü ruhu ve şeytani çıkartmak amacıyla toplumdaki izole bir yaşam tercih edilmiş, yaygın uygulama olarak ruh hastaları zincirlenmiştir. Bu doğrultuda en hafif haliyle ruh hastaları şiddete maruz bırakılmış, çevre tarafından alay edilmiş ve aşağılanmıştır (Sayıl, 1996: 1). Ancak canlı bir şekilde yakılma, öldürme, gibi daha ciddi uygulamalar da Orta Çağ’da yerini almıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 3).

Yapılan uygulamalar daha çok rahiplerin tekeline bırakılmış, din çatısı altında koruma altına alınmıştır. Hafif düzeyde ruhsal rahatsızlığa sahip kişiler, bakımı güç olmayan hasta olarak kabul edilmiş, daha insancıl yöntemlerle içlerindeki şeytandan kurtarılmaya çalışılmıştır. Nitekim papazların tükürüğü, kutsal yerlere ziyaret, dua, kutsal su ve yağ ruh hastalarına yönelik uygulanan tedavi yöntemlerinden sayılmıştır. Bunun dışında bakımı zor ruh hastalarının durumu,

şeytanın gururu ile bağdaştırılmış, çok daha acı ve insanlık dışı betimlemeye, uygulamaya maruz bırakılmıştır. Şeytanın kibri ile mücadele ettiğini düşünen Orta Çağ halkı, ruh hastasına hakaret ederek onu kurtarmaya çalışmıştır. Çünkü o dönemde yaşayan insanlar, psikotik rahatsızlığı bulunanları şeytanın tutsak ettiği kişiler olarak görmüştür (Geçtan, 2015: 39).

1.2.1.4. Rönesans

Yeniden doğuş anlamına gelen Rönesans, ruh hastalarına yönelik yapılan insanlık dışı uygulamaların son bulmasını sağlamıştır. Bu dönemle birlikte kilisenin katı tutumu, yerini sorgulayan ve mantık arayan bir tutuma bırakmıştır. Özellikle bilim, sanat ve felsefede yaşanan değişim, olumlu anlamda ilerleme kaydetmiştir. Her anlamda toplumsal bir değişim söz konusu olmuş, toplumda yer alan her kesim tarafından benimsenmiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 4).

Orta Çağ karanlığından kurtulma, psikiyatrinin mecbur bırakıldığı bir gerçekliktir. Dolayısıyla bu durum, ruhsal hastalıklara yönelik çeşitli bilimsel çalışmanın önünü açmış, yeni uygulamaların ortaya çıkmasını tetiklemiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 4).

1.2.1.5.Çağdaş Psikiyatrinin Gelişimi

Orta Çağ'ın kapanması, bilimsel ilerlemenin devrim niteliği kazanmasını, Rönesans'tan sonra ise bilimsel çalışmaların önemli derecede artmasını sağlamıştır. Bu kapsamda tarihsel süreç psikiyatriye ait çağdaş uygulamaların temelini atıldığını, ilkel yöntemlerin ruh hastalarının tedavisinden çıkartılmaya başladığını göstermiştir.

Çağdaş psikiyatri, kilisenin etkisinde kalan düşünce sisteminin terk edilmesiyle şekillenmiş olup günümüz psikiyatrisinin de yapı taşını oluşturmuştur. 17. yüzyıldan itibaren başlayan bu dönem, rahiplerin ruh hastalıklarının tanı ve tedavisinden uzaklaştırılması, yerine hekim ünvanıyla kişilerin bakması gerektiği fikrini yerleştirmiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 4).

17. yüzyılda ortaya atılan fikir, 18. yüzyılda cevap bulmuş ve Fransa'nın ruh hekimi olarak anılan Philippe Pinel tarafından uygulamaya konmuştur. Psikiyatri

tarihinde hastaları zincirden kurtaran kişi olarak yerini alan Pinel, insancıl yöntemlerin ruh hastalarını tedavi etmede etkili olacağını savunmuştur. Bu bağlamda iletişimin, anlayışın önemini dile getirmiş ve çıkan sonuçların ruh hastalarının iyileşmesinde umut vaat edici olduğunu göstermiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 4; Geçtan, 2015: 40).

Ruhsal hastalıkların tanı ve tedavisine yönelik birtakım görüşler öne süren ve literatüre giren önemli bilim adamları 19. yüzyılda ortaya çıkmaya başlamıştır. Bu dönemde özellikle Alman ve Fransız bilim adamlarının ruhsal hastalıklara ait uygulamaları dikkat çekmiş, ruhsal hastalıkları sınıflandırmaları ve yeni hastalıklar tanımlamaları bilimsel bir kabul bulmuştur. Literatüre katkı sağlayan söz konusu bilim adamlarının isimlerini aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür:

“Fransa’da *Esquirol, Morel, Magnan* ve yüzyılın sonuna doğru *Liebault, Bernheim, Charcot* ve daha sonra *Pierre Janet*; Almanya, Avusturya ve İsviçre’de de 19. yüzyılın başından sonuna doğru *Griesinger, Meynert, Hecker, Kahlbaum, Kraepelin, Breuer, Freud, Bleuler, Jung ve Adler* çağdaş psikiyatrinin kurucusu oldular.” (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 4).

19. yüzyıl, psikiyatrinin yanı sıra bütün bilim dalları için ilerleme ve hız anlamına gelen bir dönem olarak bilinmektedir. Özellikle anatomi, kimya, nöroloji gibi bilim dallarının beynin işlevselliği üzerine yaptığı çalışmalar, bu yüzyılın öne çıkan önemli kazanımları olmuştur. Yine bu dönemde ruhsal hastalıkların nedeni, farklı disiplinlerce farklı perspektifte sorgulanma imkânı bulmuştur. Bu bağlamda ruhsal hastalıkların, organik yaklaşımlarla açıklama dönemine girdiği anlaşılmıştır (Geçtan, 2015: 41).

Bu dönemde organik yaklaşım metoduyla ruhsal hastalıkları değerlendiren Alman ruh hekimi Emil Kraepelin, psikiyatriye çok önemli bir katkılarda bulunmuştur. Günümüzde kullanılan ruhsal hastalıkların sınıflandırılması, Kraepelin’in yaptığı sınıflandırmaya dayanmaktadır. Bu anlamda Kraepelin psikiyatride ilk sistematik sınıflandırmayı 19. yüzyılda literatüre kazandırmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 4; Geçtan, 2015: 41).

Kraepelin’in sınıflandırmasının yanı sıra psikiyatrinin bir diğer önemli kazanımı da bazı hastalıkların isminin konması ve tanımlanmasıdır. Bu anlamda günümüzde ciddi psikotik rahatsızlık olarak bilinen şizofreni, 19. yüzyılda

“dementia praecox” ismiyle tanımlanmış, erken bunama anlamına gelmiştir. O dönemde Kraepelin, ruh hastalıklarını, Dementia praecox (erken bunama) ve manik depresif psikoz (iki uçlu duygudurum bozukluğu) olmak üzere ikiye ayırmış, türlerini alt başlıklar halinde sistematik bir şekilde değerlendirmiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 4; Geçtan, 2015: 41; Arıkan, 1985: 33).

Psikiyatri ekolleri arasında döneminin şarlatanı olarak bilinen Franz Anton Mesmer, 19. yüzyılın ilk başlarında ortaya çıkmıştır. Gezegenlerin insan vücuduna etkilerini iddia eden görüşü yeniden gözden geçirmiş, insan vücuduna yayılan evrensel manyetik bir sıvının yıldızların hareketini sağladığını söylemiştir. Manyetik sıvının insan vücudundaki dağılımını sağlıklı ya da hasta vücut benzetmeleri ile ilişkilendirmiştir. Mesmer, insanlarda bulunan manyetik gücün, bazı insanların manyetik sıvı dağılımından kaynaklanan rahatsızlıkların tedavisinde kullanılabileceğini ileri sürmüştür (Geçtan, 2015: 42).

Bu bağlamda kendisi, Paris’te bir klinik açarak hayvansal manyetizma kavramını dile getirmiş ve kuramını test etmeye başlamıştır. Histerik kökene bağlı duygu ve felçler, telkin yolu ile iyileştirilmeye Mesmer döneminde ortaya atılmış, hipnoz gündeme gelmiştir (Geçtan, 2015: 42). Özellikle histerik kökenli duyguların tedavisinde hipnozun önemli bir yere sahip olması, bilim adamlarının insanın duygu ve düşünce dünyasına yönelmesine katkı sağlamıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 5).

O döneme kadar sadece kadınların histerik duygulara sahip olduğunu söyleyen varsayımın aksine histerinin erkeklerde ve çocuklarda da görülebileceğini ileri süren Fransız nöroloğu Charcot, psikiyatri tarihinde yerini almıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 5). Charcot aynı zamanda histeri kökenli duyguların hipnoz yöntemi ile düzeltilme ihtimali olduğunu da dile getirmiştir (Arıkan, 1985: 34).

19. yüzyıla damgasını vuran ve psikiyatri, psikoloji gibi bölümlere psikanaliz kuramını getiren Freud, bilinç kavramı ile ruhsal hastalıklar arasında ilişki başlatmıştır. Özellikle, bilinç dışı, psiko-sosyal gelişim dönemleri ve rüyalar üzerine kurduğu kuramları, birçok sağaltım yönteminin ve uygulamanın da temelini oluşturmuştur (Sayıl, 1996: 2).

Yine bu döneme katkı sağlayan ve Freud ile aynı dönemde yaşayan Rus fizyoloğu Pavlov'un, koşullandırma yöntemi ile ileri sürdüğü öğretim tekniği ruh bilimiyle ilgilenen disiplinlerce benimsenmiştir. Pavlov, koşullu tepki ile davranışçı ekolü temsil etmiş ve 20. yüzyılı etkileyen Freud'dan sonraki önemli bir isim olmuştur (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 5).

20. yüzyıl, ruhsal hastalıkların organik kökene bağlı olmadığını savunan bir yüzyıldır. Beynin işlevselliğine vurgu yapılan ve ruhsal hastalıklarla ilişkilendirilen geçmiş yüzyıllar terk edilmeye başlanmıştır. Bu durum, 20. yüzyılın ruh hastalıklarına yönelik düşünce sistemiyle alakalı yenilik getirdiğini göstermektedir. Söz konusu yenilik, ruh hastalıklarını meydana getiren nedenin psikolojik kökenli olacağını, organik kökene bağlı olmayacağını işaret etmektedir (Geçtan, 2015: 42).

Yine 20. yüzyılda psikolojiye ait kuram ve yaklaşımları ortaya atan kişiler de psikiyatri tarihini etkilemiş, ruhsal hastalıklara farklı perspektifte bakılması gerektiğini söylemişlerdir. Bu noktada analitik psikoloji görüşünü Carl Jung, bireysel psikoloji kuramını Alfred Adler, bütüncül yaklaşımı Karen Horney, ego psikolojisini Freud, Erikson, Heinz Hartman, David Rapaport, varoluşçuluk kuramını Hedenger temsil etmiştir (Özdemir, 2000: 16).

Kuram ve yaklaşımların etkilediği tedavi hizmet modelleri 20. yüzyılın ikinci yarısında ruhsal hastalığa yönelik farklı gelişim aşamalarının yaşanmasını sağlamıştır. Bu aşamaları şu şekilde sıralamak mümkündür:

- “Psikofarmakolojinin gelişmesi ve ruhsal bozuklukların ilaçla sağaltımının yaygınlaşması;
- Büyük akıl hastanelerinin kapatılması girişimleri ile kurumlarda sağaltım ve bakımdan toplum içinde sağaltım ve bakıma yönelme;
- DSM ve ICD gibi tanı ve sınıflandırma kitaplarının yayınlanması ile hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılmasında ortak ölçütlerin, ortak dilin oluşması;
- Epidemiyolojik ve kültürel psikiyatrinin gelişmesi;
- Nörobilimde ve moleküler genetikte yaşanan büyük gelişmeler;
- Genel hekimlikte ve ruh hekimliğinde etik ilkelerin belirlenmesi ve uygulanması.” (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 5).

1.2.1.6. Türkiye’de Psikiyatri Tarihi

Türk tarihinde psikiyatri, İslamiyet’in kabulünden önceki döneme dayanmaktadır. İslamiyet kabul edilmeden önce kam, otacı ve efsuncu ismiyle anılan kişiler ruh hastalıklarını tedavi etmeye çalışmıştır. Özellikle Orta Asya Türkleri, kam¹ adını verdikleri şamanlar aracılığıyla tedavi hizmetlerini yürütmüşlerdir. Çünkü kamlar², bulunduğu toplumda hekim özelliği ile değer görmüş bir kâhindir. Kamlar, hastalıkların beden ve ruhun birlikteliğinden kaynaklandığını düşünmüş, kâhin özelliği gereğince büyü sözler ile telkin yoluyla tedavi hizmeti vermiştir (Sarı ve Akgün, 2008: 1).

Bu anlamda tedavi planlarını hazırlarken beden ve ruh ayrımı gözetmemiş, hastalıkları bir bütün olarak değerlendirmiştir. Tedaviler, ateş yakmak, davul çalmak, büyü sözler içeren türkü söylemek, oynamak ile gerçekleştirilmiş, bu şekilde bedenden kötü ruh uzaklaştırılmaya çalışılmıştır (Sarı, 1989: 11-33; Akt. Sarı ve Akgün, 2008: 1).

Türklerin İslamiyet’i kabulünün yansıması yönetimden siyasete, ekonomiden sanata, eğitimden sağlığa toplumsal her alanda etkisini göstermiştir. Nitekim genelde tıp tarihi özelde psikiyatri tarihi için de Türk-İslam kültürünün etkisi bir dönüm noktası olmuştur.

1069 yılında Yusuf Has Hacib tarafından kaleme alınan, İslamiyet’in kabulünden sonra ilk yazılı eser olma özelliği gösteren Kutadgu Bilig, çağa tanıklık eden bir eser özelliği göstermektedir. Toplumsal hayata dair izler taşıyan metin, sağlık ile ilgilenen kişiler için bilge sözler söylediği bilinmektedir.

Bu anlamda yazar eserinde Türklere ait olan kamlardan bahsetmiştir. Kamları, hastalıkları tedavi eden tabip, telkin yolu ile tedavi eden efsuncu olarak görmüştür. Kutadgu Bilig’de birçok meslek sıralanmış, tabip ve efsuncu en üst sıralarda yer almıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 6).

Yusuf Has Hacib, tabiplerin özelliklerini ve toplumdaki önemini eserinde bahsetmiştir. İlgili kısım günümüz Türkçesine şu şekilde çevrilmiştir:

¹ Türk budunlarınca samanlara verilen âd (TDK, erişim tarihi 11.06.2017).

²1. Hekim. 2. Düşünür (TDK, erişim tarihi 11.06.2017).

“Bunlardan biri tabiplerdir; bütün hastalıkları ve ağrıları bunlar tedavi ederler. Bu insanlar da senin için lüzumludur; hayat işi onlarsız sağlanamaz. İnsan hayatta iken hastalanabilir; tabibe müracaat ederse, tabip o hastalığı ilaç ile tedavi eder. İnsan için hastalık ölümün arkadaşıdır; yaşayan her insan için de ölüm vardır. Bunlara karşı iyi davran ve onları kendine yakın tut; bunlar lüzumlu insanlardır, haklarını gözet.” (<http://gokturkanitlari.appspot.com/kutadgubilig-ii.html>, 12.06.2017).

Yine Yusuf Has Hacib, tabiplerden sonra efsuncuların görevlerini, o dönem toplumu için önemini de meslekler hiyerarşisinde kaleme almıştır. İlgili kısım günümüz Türkçesine şu şekilde yansımıştır:

“Bunlardan sonra, efsuncular gelir; cin ve periden gelen hastalıkları bunlar tedavi ederler. Bunlar ile de görüşmek-tanışmak gerektir; cin ve peri çarpmasından gelen hastalıkları okutmak lâzımdır. Eğer sana faydaları dokunmasını istersen, ey merd yiğit, onlara karşı da iyi muamele et. Tabip efsuncunun sözünü beğenmez; efsuncu da tabibe kıymet vermez. Birinin sözüne göre, ilaç alınırsa, hastalığa iyi gelir; diğlerinin sözüne göre, muska taşırsan, cinler senden uzaklaşır.” (<http://gokturkanitlari.appspot.com/kutadgubilig-iii.html>, 12.06.2017).

Mesleklerin söz konusu eserde yer alması mesleki uzmanlaşmanın çok eski dönemlere dayandığını göstermektedir. Tabip ile efsuncu, ilgili dönem itibari ile meslek olarak kabul edilmektedir. Ancak tedavi yöntemleri açısından iki mesleğin birbirine ters düştüğü, birbirini beğenmediği anlaşılmaktadır. Günümüzdeki bilimsel atmosfere atıfta bulunan tabip, gözle görünen hastalıklara vurgu yaparken; bilimsel zemine oturmayan ve bilimsel çevrede kabul görmeyen efsuncu, gözle görünmeyene odaklanmaktadır. Bu noktada her ikisinin de bilim çevrelerince kabul edilebilirliği, eski dönemden günümüze kadar tartışma konusu olarak geldiği ortaya çıkmaktadır.

Türklerin İslamiyet’i kabulünden sonra hekimler arasında hastalıklara dair genel bir kanı oluşmuştur. Vücutta yer alan kan gibi maddelerin değişmesi denge sorununu ortaya çıkarmış, akıl hastalıklarının sebebini meydana getirdiği anlaşılmıştır (Sarı ve Akgün, 2008: 4). Örneğin, İslamiyet’in kabulünden sonra yazdığı eserlerde bu kanıyı benimseyen İbn-i Sina yine psikiyatri tarihi açısından değerlendirilmesi gereken bir kişidir. Özellikle Kanun isimli eseri, farklı gözlem içeren bir yapıt olma özelliği göstermektedir. Nitekim eserde, duygusal nedenlerin bazı fiziksel temelli hastalıklarda görülebileceği ve hastalığı tetikleyebileceği kaleme alınmıştır (Yüksel, 2006: 4). Eserde dikkat çeken önemli kısımlardan bir

diğeri de çocuk gelişimi ve kişilik üzerine yaptığı vurgudur. Günümüzde pedagoji alanına ışık tutan cümleler, ilgili bölümde şu şekilde ifade edilmiştir:

“Çocuklara özenle bakım verilmeli, davranışlarının aşırılığa kaçmaması için gözetilmelidir. Saldırgan öfke patlamaları, korku ve bunaltı yatıştırılmalıdır. Bu önlemlerin en iyi biçimde sağlanması, çocuğun doğal istek ve eğilimlerini tanımak; hoşlanmadığı durumları göz önünde tutmakla olur. Çocuğun doğal yetenekleri desteklenmeli; tedirginlik kaynakları giderilmelidir. Böyle bir çocuk yetiştirme, hem beden hem ruh için iyidir... Ruhsal yönden yararlıdır, çünkü erken eğitimle alışkanlıklar ve tutumlar kişiliğe yerleşir... Çocuk altı yaşına gelince öğretim ve eğitim için bir öğretmene gönderilmelidir. Çocuğu birden kitaplarla yüklememeli; eğitim, gelişerek ilerleyen bir sisteme uyarak yapılmalıdır.” (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 6).

İbn-i Sina ilgili bölümde ruh sağlığının en temelde çocukluk çağlarında oluştuğunu ve korunması gerektiğini söylemektedir. Çocuğun tanınması, kişiliğinin gelişmesi, izzetinin ve onurunun korunması adına önemli ipuçları vermektedir. Çocuğa ait doğal yapının yine doğal yollarla korunacağını ve geliştirileceğini dile getirmekte, eğitimin çocuğun fitratına ters düşmeyecek şekilde uygulanması gerektiğini ifade etmektedir. Özellikle beden ve ruh sağlığı yerinde olan nesiller ile oluşacak toplumun gelecek inşası, günümüze kadar gelen yaygın bir kanaati yansıtmaktadır.

İbn-i Sina'yı tıp tarihinde değerli kılan önemli bir özellik ruhu bitkisel, hayvansal ve insani olarak ayırmasıdır. Bitkisel ruh, beslenme ve üreme gibi temel insani ihtiyaçları simgelerken, hayvansal ruh, zihnin algılaması ve bedenin fiziksel hareketi üzerine odaklanmaktadır. İnsani ruh ise kişinin gelecek ideallerini ve ahlaki değerlerini temsil etmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 6). Bu anlamda İbn-i Sina'nın ruhsal sınıflaması, günümüzde yapılan sağlık tanımlarına atıfta bulunur niteliktedir. Özellikle DSÖ'nün tanımı incelendiğinde tarih öncesinden izler taşıdığı kanaati uyanmaktadır.

Yine İbn-i Sina'yı anlamlı kılacak bir başka özellik de ruhsal hastalıkların tedavisine yönelik reçeteyi tarih öncesinden vermesidir. Söz konusu tedaviye ait reçete kayıtlara şu şekilde yansımıştır:

“Tedavinin en iyi yollarından biri hastanın akli ve ruhi güçlerini artırmak, ona hastalıkla daha iyi mücadele etmek için cesaret vermek, hastanın çevresini sevimli hoşa gider hale getirmek, ona en iyi musikiyi dinletmek ve onu sevdiği insanlarla bir araya getirmektir” (Hatunoğlu, 2014: 258).

Türkiye’de psikiyatri tarihi değerlendirilirken özellikle Anadolu Selçuklu ve Osmanlı Devleti döneminde ortaya çıkan uygulamalar ve inşa edilen yapılar bütün Dünya’da ses getirmiştir. Orta Çağ karanlığını yaşamış bir dünya, akıl hastalarına yönelik sert ve acımasız bir tutum sergilerken, Selçuklu ve Osmanlı’daki insani yaklaşım hayretler içinde ele alınmaktadır. İnsan merkezli tedavi hizmeti veren, çeşitli sağaltım çalışmalarını içeren darüşşifalar, günümüze de ışık tutmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 6; Yüksel, 2006: 4).

Türkçe’de darüşşifalar, “şifaevi, şifa kapısı, sıhhat yurdu, sağlık yurdu” anlamına gelmekte, yerine göre “bimarhane, maristan, darülmerza, darülafiye, darüssihha” olarak da bilinmektedir. Darüşşifaları gerek tarih açısından gerekse bilim dalları içerisinde önemli kılan, İslam kültürünün uygulamalara yansımalarıdır (Kılıç, 2012: 42). Anadolu, Selçuklulardan kalma darüşşifalar bakımından tarihsel ve kültürel zenginliğe sahiptir. Günümüze kadar olan darüşşifalar şunlardır:

- ”Mardin Emînüddin Maristanı (1108- 1122 arası)
- Kayseri Gevher Nesibe Tıp Medresesi ve Maristanı (1026)
- Sivas İzzeddin Keykavus Darüşşifası (1217)
- Divriği Turan Melek Darüşşifası (1228)
- Konya Aksaray Darüşşifaları
- Çankırı Cemaleddin Ferruh Darüşşifası (1235)
- Kastamonu Ali B. Süleyman Darüşşifası (1272)
- Tokat Muînüddin Süleyman Darüşşifası (1255-1275)
- Amasya Darüşşifası (1220-1237).” (Kılıç, 2012: 43).

Aklıl hastalarına profesyonelce bir yaklaşımla hizmet etmeye çalışan Osmanlılar, ilaç, müzik, çiçek kokuları, su ve kuş sesi ile tedavi etmeye çalışmışlardır. Hastaları rahatlatmak, uyutmak, için doktorların dozlarını ayarladığı özel şerbetler yapılmıştır (Kılıç, 2012: 55). Osmanlılardan günümüze kalan önemli darüşşifalardan ülkemiz sınırları içerisinde olanlar şu şekilde sıralanmıştır:

- “Bursa Yıldırım Darüşşifası (1400)
- İstanbul Fatih Darüşşifası (1470)
- Edirne 2. Bayezid Darüşşifası (1484-1488)
- Manisa Hafsa Sultan Darüşşifası (1539)
- İstanbul Haseki Sultan Darüşşifası (1550)
- İstanbul Süleymaniye Darüşşifası (1553-1559)
- İstanbul Atik Valide Darüşşifası (1582)
- İstanbul Sultan Ahmet Darüşşifası (1609-1617)” (Kılıç, 2012: 44).

Osmanlı Dönemi'nde açılan darüşşifaların arasında ilk akıl hastanesi olma özelliği gösteren Fatih Darüşşifası, ruhsal hastalık kapsamında önemli bir yere karşılık gelmektedir. Fatih Sultan Mehmet Dönemi'nde yapılan darüşşifa, ilk gerçek akıl hastanesi olarak tedavi hizmetlerini yürütmüştür. Yine Kanuni döneminde açılan Süleymaniye Darüşşifası da akıl hastanesi olarak görevini sürdürmüş, müzikle tedavi yöntemini benimsemiştir.

Sultan II. Selim'in eşi ve Sultan III. Murat'ın annesi olan Nur Banu Sultan, Toptaşı Tımarhanesi ya da Bimarhanesi, ismiyle anılan akıl hastanesini kurdurmuştur. Toptaşı Bimarhanesi kökü Osmanlı'ya dayanan günümüzde de varlığını Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi bünyesinde sürdüren bir akıl hastanesidir (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 7; Yüksel, 2006: 4-5; Sayıl, 1996: 5).

Anadolu Selçuklu ve Osmanlı Devleti zamanında şekillenen ve İslamiyet'in etkisini yansıtan darüşşifalar, genel olarak faaliyetleri buldukları dönem içerisinde kalmış, tarihi miras olarak günümüze yansımıştır. Özellikle ruh hastalarına karşı tutumları, onları tedavi yöntemleri, psikiyatri dünyasında çağdaş yaklaşımlar olarak benimsenen uygulamaların temelini atmıştır. Dolayısıyla Avrupa'yı etkilemiş, Dünya'da akıl hastalarının tedavisine yönelik örnek alınan ülke konumuna gelmiştir (Yüksel, 2006: 5).

Ancak Osmanlı Devleti'nin yıkılmasından sonra ülkemizin tarihsel süreçte yaşamış olduğu değişim, psikiyatrinin farklı bir boyut kazanmasını sağlamış, günümüzdeki mevcut durumun temelini atmıştır.

Bu anlamda Cumhuriyet Dönemi'nde psikiyatri hizmetleri önemli isimler öncülüğünde şekillenmiştir. İlk ruh hekimi Raşit Tahsin ile başlayan psikiyatri serüveni, Mazhar Osman, Faruk Bayülkem, İhsan Şükrü Aksel, Fahrettin Kerim Gökay, Rasim Adasal ile devam etmiştir. Şüphesiz günümüzde psikiyatri disiplininde ismi sıkça anılan M. Orhan Öztürk, Cengiz Güleç, Nevzat Yüksel, Işık Sayıl, Aysel Ekşi, Engin Geçtan gibi daha birçok önemli kişilerin yetişmesinde Cumhuriyet'in ilk yıllarında psikiyatri öncülüğü yapanların emeği yadsınamaz.

Söz konusu psikiyatri hocalarının, sadece ruh hastalıklarının iyileşmesine yönelik hizmet veren ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri ile devlet ve üniversite hastaneleri bünyesinde oluşturulan psikiyatri servislerini kurmaları, yeni klinik hizmeti veren servislerin açılmasına öncülük etmeleri, çocuk ve ergen psikiyatrisi gibi alanlarda branşlaşmayı sağlamaları Türkiye’de psikiyatri tarihi açısından önemli bir yerde durmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 7; Yüksel, 2006: 5-6).

1.3.Ruhsal Hastalıkların Sınıflandırılması

Çeşitli sebeplerden dolayı ruhsal hastalıkların tanımlanması, sınırının çizilmesi oldukça zordur. Bu durum, ruhsal hastalıkları önleme, sağaltma çalışmalarını geciktirmiş olmakla birlikte çoğu zaman hastalıkların sınıflandırılmasını, kategorileştirilmesini, standart bir çerçeveye oturtulmasına yönelik akademik araştırmaları da tetiklemiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 171).

Psikiyatri tarihinde Emil Kraepelin, ilk tanımlayıcı psikiyatrinin diğer bir adıyla betimleyici psikiyatrinin kurucusu kabul edilmektedir. Kraepelin yaptığı tanımlamaların çoğu günümüzde geçerliliğini korumaktadır. Nitekim dementia praecox (erken bunama) ve manik depresif psikoz arasında yaptığı kategorik gurup, bugün de mevcut tanı dizgelerinin ana gövdesini oluşturmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 171; Geçtan, 2015: 41; Arıkan, 1985: 33).

20. yüzyılın ikinci yarısından sonra Kraepelin tarzı betimlemeden uzaklaşıldığı görülmektedir. Özellikle II. Dünya Savaşı’nın gerçekleştiği yıllarda ruhsal hastalığın var olan tanımı değişerek hastaların kişisel ve sosyal çevreleri ile ele alınması gerektiği vurgulanmıştır. Bu anlamda Adolf Meyer, ruhsal hastalıkların sınıflandırılmasını farklı bir perspektiften bakılmasını sağlamıştır. Bireyin çevresi içinde ele alınması, 1940-1980 arası dönemde oldukça önemsenmiş, hastaların aile öykülerinin alınması ile psiko-sosyal etkenler değerlendirilmeye alınmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 171).

Ruh hastalıklarının sınıflandırılmasında sosyal işlevsellik üzerine vurgu yapılması, ruhsal hastalıkların daha geniş yelpazede tanımlanması gerektiğini ortaya çıkarmıştır. Özellikle 1950’lerden sonraki dönemde psikofarmakolojinin gelişmesi, tanımlayıcı psikiyatrisi standart bir zemine yerleştirme ihtiyacı

hissetmiştir. Nitekim hastaların daha homojen guruplar olarak değerlendirilmeye çalışılması, her bireyin kendine özgü ve biricik olmasından kaynaklanmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 172).

Tarihsel süreçte ortaya çıkan bu durum, psikiyatrinin hali hazırda, standart bir zemine oturtulmuş tanı dizgelerine ihtiyacı olduğunu göstermiştir. Ruhsal hastalıkların kategorik olarak sınıflandırılması, tanı dizgelerinin geliştirilmesiyle sağlanmıştır. Bu anlamda Amerika'da geliştirilen Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) (Ruhsal Bozuklukların Tanı ve İstatistiksel Elkitabı) ile DSÖ'nün geliştirdiği International Classification of Mental Diseases (ICD) tüm dünyada geçerli olan tanı dizgelerini oluşturmuştur (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 172).

1.3.1.Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) (Ruhsal Bozuklukların Tanı ve İstatistiksel Elkitabı)

DSM, ilk olarak 1952 yılında yatan hastalar düşünülerek tasarlanmış hiyerarşik bir yapıya sahiptir. 1968 yılında DSM-II olarak çıkan kitapta, Kraepelin tarzı hâkimdir. Ardından 1980 yılında DSM-I ve DSM-II'den farklı sınıflandırmaya sahip DSM-III çıkmıştır. Bu anlamda DSM-III tanı eksenli bir kitap olarak yaygın bir şekilde kullanılmıştır. 1987'de DSM-III, DSM-III-R olarak revize edilmiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 172).

1994'te tanı eşiği şiddet ile ilişkilendirilerek DSM-IV çıkmıştır. DSM-IV'ü DSM-III ve DSM-III-R'den ayıran en önemli özellik, kapsamlı bir şekilde yapılan araştırmalar ve kaynak taramasıdır. 2000 yılında metin kısımları tekrar gözden geçirilerek DSM-IV-TR (Text Revision) yayınlanmıştır. DSM-IV-TR'den sonra Amerikan Psikiyatri Birliği, yeni bir DSM serisi için bekleme kararı almıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 173).

Sürekli olarak sınıflandırmanın değişmesi ve ortak bir kabulün olmaması, DSM-V'in çıkışını geciktirmiştir. 2013 yılında yayınlanan DSM-V, çok eksenli boyutu kaldırmış, tanıları DSM-IV'e göre farklı bir şekilde kategorileştirilmiştir (Şar, 2010: 197-198).

DSM-V’te tanısal ölçütler ve kodlar başlığı altında; nörogelişimsel bozukluklar, şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar, ikiüçlü (bipolar) ve ilişkili bozukluklar, depresyon bozuklukları, kaygı (anksiyete) bozuklukları, takıntı-zorlantı bozukluğu (obsesif-kompulsif bozukluk) ve ilişkili bozukluklar, örselenme (travma) ve tetikleyici etkenle (stresörle) ilişkili bozukluklar, çözülme (dissosiyasyon) bozuklukları, bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozukluklar, beslenme ve yeme bozuklukları, dışa atım bozuklukları, uyku-uyanıklık bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları, cinsel kimliğinden yakınma (hoşnut olmama), yıkıcı bozukluklar, dürtü denetimi ve davranım bozuklukları, madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları, nörobilişsel bozukluklar, kişisel bozuklukları, cinsel sapkınlık (parafili) bozuklukları, diğer ruhsal bozukluklar, ilaçların yol açtığı devinim bozuklukları ve ilaçların diğer yan etkileri, klinik ilgi odağı olabilecek diğer durumlar şeklinde sınıflandırılmıştır.

1.4. Başlıca Ruh Sağlığı Bozuklukları

Ruh hastalıkları ile alakalı sınıflandırma yapılırken genel olarak nevroz ve psikoz etrafında durulduğu bilinmektedir. Psikoz ve nevroz (psikonevroz) ayrımı ile hastalıklar, gerçeklik algısı yitirilmiş veya yitirilmemiş şeklinde ayrılmaktadır. Fakat bu tarz bir ayrım son zamanlarda tercih edilmemeye başlanmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 335).

Günümüzde yer alan kitaplarda psikoz-nevroz ayrımı yapılmassa da kavramsal açıdan psikoz ve nevrozun tanımlanması, ruhsal hastalıkların anlaşılabilirliğini kolaylaştıracaktır. Bu anlamda “nevrozlar, organik bir sebebe bağlı olmaksızın, doğrudan doğruya çevreden gelen olumsuz (menfi) tesirler sonucu şahısta ruhi çatışmaların ve düşünce bozukluklarının ortaya çıkması halidir.” şeklinde tanımlanmaktadır (Saygılı, 2012: 16). Ruh hastalıkları arasında gerçek ile ilişkisi kopmayan ve çevre ile bazı uyum sorunları yaşayan özellikler doğrultusunda karakterize edilmektedir (Arıkan, 1985: 9). Nevrozu açıklarken kullanılan betimlemelerin tam tersi ise psikozu açıklamakta kullanılmaktadır. Aşağıdaki tablo psikoz ve nevroz ayrımını daha net bir şekilde ortaya koymaktadır.

Tablo 1. Psikoz ve Psikonevroz Ayırımı

	Psikoz	Psikonevroz
Hastalığın Şiddeti	Ağır	Görece hafif
Kişilik bütünlüğü ve benlik işlevleri	Dağılmış	Dağılmamış
Benlik sınırları	Belirsiz	Belirli
Beden imgesi	Bozuk	Bozuk Değil
Gerçeği değerlendirme	Bozuk	Bozuk Değil
Varsanılar	Olabilir	Yoktur
Duygulanım Bozukluğu	Olabilir	Olabilir
Düşünce Biçim Bozukluğu	Olabilir	Yok
Bilişsel Yıkım	Olabilir	Yoktur
Savunma Düzenekleri	Gerileme Yadsıma Yansıtma İçe atım Bölünme Somutlaştırma	Bastırma Saplanma Yer değiştirme Yalıtım Karşıt-tepki kurma Yapma-bozma Döndürme Somatizasyon
Topluma Uyum	Bozuk	Yeterli, iyi olabilir.
İş Uyumu	Bozuk	Yeterli, iyi olabilir.
İnsan İlişkileri	Bozuk-tutarsız	Genellikle bozulmaz

Kaynak: Öztürk ve Uluşahin (2016: 336)

Literatüre en son katılan DSM-V, ruhsal hastalıkları oldukça kapsamlı bir şekilde sınıflandırmış, her hastalığı kendi içinde ayrı ayrı tanı ölçütleri ile göstermiştir.

Günlük hayatta kişisel ya da sosyal çevrede görülme ihtimali yüksek olan ama halk arasında ismi bilinmeyen ruhsal hastalıklar da DSM-V’te yerini almıştır.

Her bir ruhsal hastalık kendi içinde önem arz etmektedir. Özellikle kişisel ve toplumsal ruh sağlığı düşünüldüğünde konunun anlaşılır olması gerekmektedir. Ama yine de asgari düzeyde bilinmesi gereken ruhsal hastalıklar bu bölümde değerlendirilecektir. Söz konusu ruhsal hastalıklar; şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar, ikiçülu (bipolar) ve ilişkili bozukluklar, depresyon bozuklukları, kaygı (anksiyete) bozuklukları, takıntı-zorlantı bozukluğu (obsesif-kompulsif bozukluk) ve ilişkili bozukluklar şeklinde ele alınacaktır. Bu hastalıklar DSM-V’te yer aldığı şekliyle incelenecek olup klinik tablolar anlaşılır hale getirilmeye çalışılacaktır.

1.4.1.Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar

DSM-V tanı dizgesi kitabında bu başlık altında şizotörü (şizotipal) kişilik bozukluğu, sanrılı bozukluk, kısa psikoz bozukluğu, şizofrenimsi (şizofreniform) bozukluk, şizofreni, şizoduygulanımsal (şizoaffektif) bozukluk, maddenin/ilacın yol açtığı psikoz bozukluğu, başka bir sağlık durumuna bağlı psikoz bozukluğu, katatoni, başka bir ruhsal bozukluğa eşlik eden katatoni (katatoni belirleyicisi), başka bir sağlık durumuna bağlı katatoni bozukluğu, tanımlanmış diğer bir şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluk ve tanımlanmamış şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluk yer almaktadır.

Ruhsal hastalıklar içinde hala net bir açıklaması yapılamayan şizofreni, oldukça karmaşık, ağır bir ruhsal hastalığı ifade etmektedir. Bir ruh sağlığı bozukluğu olan şizofreni, halüsinasyon, düşünce bozuklukları, sanrı, toplumdan kendini geri çekme, benliğini önemsememe gibi karakteristik özelliklere sahiptir (Burns, 2006: 26). Toplumda şizofreni, daha çok korku, tedirginlik ile özdeşleşen ve bu tip hastalardan kaçılması gereken bir hastalık olarak bilinmektedir. Dolayısıyla şizofreni “insan ilişkilerinden ve gerçeklerden uzaklaşarak, kendine özgü bir içe-kapanım (otizm) dünyasında yaşadığı; düşünüş, duyuş ve davranışlarda önemli bozuklukların görüldüğü ağır ruhsal bozukluktur.” şeklinde tanımlanabilir (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 189).

Ruhsal bozukluklar içinde kronik bir hal alan şizofreni, hallüsinasyon ve hezeyan ile seyreden, davranış üzerinde kognitif, emosyonel ve farklı fonksiyonel bozulmalarla devam eden ve yeniden kötüleşme ihtimali olan klinik bir bozukluktur (Yavuz, 2008: 49). Yeti yitimine en çok yol açan, toplumda her yüz kişiden birinde görülme ihtimali olan bir ruh hastalığıdır (Altınova, 2016: 2).

Günümüzden uzak bir zamanda toplumun bazı kesiminde yaşayan insanlar, şizofreniyi karakter bozukluğu ya da bölünmüş benlik olarak kabul etmiştir. Oldukça yanlış bir ifade şekline sahip olan bu açıklama, hastalığın ömür boyu kişide meydana getirdiği sosyal ve mesleki işlevsizliği, ilişki kurma ve sürdürme problemini ve bunların kronik bir hal almasını göz ardı etmektedir (Faustman, 2014: 71).

Hastalığın etyolojisinde kesin kabul görmüş nedenlere rastlamak mümkün değildir. Bunun nedeni hastalığın başlangıç ve sonlanışta çeşitli biçimler almasıdır (Özpoçraz ve Tamam, 1998: 26).

Işık (2006), şizofrenide hastalık öncesi belirtileri aşağıdaki topladaki gibi ifade etmiştir (Belene, 2009: 17):

Tablo.2 Şizofrenide hastalık öncesi belirtiler

Nörotik belirtiler	Anksiyete, huzursuzluk, kızgınlık, irritabilite
Duygudurumla ilişkili belirtiler	Depresyon, zevk alamama, suçluluk duyguları, intihar düşünceleri, duygudurumda oynamalar
İstek değişiklikleri	Apati, dürtü kaybı, ilgi kaybı, halsizlik, enerji azlığı
Fiziksel belirtiler	Somatik yakınmalar, kilo kaybı, uyku düzensizlikleri
Eşik altı psikotik belirtiler	Algısal tuhaflıklar, şüphecilik, beden ve dış dünya algısında değişiklikler
Bilişsel değişiklikler	Dikkat ve konsantrasyon bozuklukları, zihinsel meşguliyetler, gündüz düşleri, düşüncede somutlaşma
Davranış değişiklikleri	İşlevsellikte azalma, sosyal geri çekilme, dürtüsellik, tuhaf davranışlar, saldırgan tutumlar
Diğer	Obsesif kompulsif belirtiler, dissosiyatif yaşantılar, kişiler arası duyarlılık artışı.

Yukarıda yer alan tablodan da anlaşılacağı gibi şizofrenide duygularda küntleşme ve yüzeysellik söz konusudur. Hasta olayları aşırı şekilde abartır ya da olaylara karşı aşırı vurdumduymaz olur (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 191).

Hasta üzerinde ortaya çıkan bir diğer sorun da düşünce alanındaki bozukluklardır. Düşünce dünyasına ait mantık halkası koştığı için anlamsız ve tutarsız ifadeler ortaya çıkmaktadır. Özellikle şizofrenide hastalarında oldukça sık görülen gerçek ile ilgisi olmayan bir sürü saplantılar meydana gelmektedir. Bunların en önemlisi sanrı (hezeyan), gerçeğe aykırı olan, mantık çerçevesine oturmeyen ve değiştirilemeyen saplantılı düşüncelerdir (Yörükoğlu, 2016:262).

Algı bozuklukları içinde yer alan hallüsinasyon (varsanı), belli bir nesneyi başka bir biçimde idrak etmek ya da nesnesiz olarak algılamadır. Hallüsinasyonlar, beş duyu organları vasıtasıyla ortaya çıktığı için hastanın duyuusal deneyimleridir. Kokma, görme, dokunma, tatma gibi duyumlar içinde şizofrenide en çok işitme varsanısının görüldüğü bilinmektedir (Burns, 2006: 27).

Şizofrenide meydana gelen devinim (hareket) bozuklukları, hastalığın tanısını koymada kullanılan bir diğer ölçüttür. Hasta aynı hareketi tekrar tekrar yapabilir, ilginç el kol hareketleri sergileyebilir (manyerizm), sürekli sırtabilir (grismas), donakalabilir (katatoni) (Güney, 1996: 163).

Fakat yine de şizofreniye ait nedenleri daha iyi analiz edebilmek adına tanı ölçütlerine bakmak fayda sağlayacaktır. DSM-V tanı dizgesinde şizofreni için belirtilen ölçütler şunlardır:

- A. “Aşağıdaki belirtilerden ikisinden (ya da daha çoğundan) her biri, bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir sürenin önemli bir kesiminde bulunur. Bunlardan en az birinin (1), (2) ya da (3) olması gerekir.
 1. Sanrılar.
 2. Varsanılar.
 3. Darmadağın konuşma (örn. sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılma konuşma).
 4. İleri derecede dağınmık davranış ya da katatoni davranışı.
 5. Silik (negatif) belirtiler (duygusal katılımda azalma ya da kalkışmama).
- B. Bu bozukluğun başlangıcından beri geçen zamanın önemli bir kesiminde, iş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi, bir ya da birden çok alanda işlevsellik düzeyi, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altındadır (ya da çocukluk ya da ergenlikte başlamışsa, kişilerarası, okulda ya da işle ilgili işlevsellik, erişilmesi beklenen düzeye erişemez).
- C. Bu bozukluğun süregiden bulguları en az latı ay sürer. Bu altı aylık evre, A tanı ölçütünü karşılayan, en az bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa süreli) belirtileri (açık evre belirtilerini) kapsamalıdır ve ön (prodromal) ve artakalan (rezidüel) belirti evrelerini kapsayabilir. Bu bozukluk, ön ya da artakalan evreleri sırasında, yalnızca silik (negatif) belirtilerle ya da bu hastalığın A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha çok belirtinin eşik altı

biçimleriyle (örn. yadırganacak denli olağana aykırı inançlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendini gösterebilir.

- D. Şizoduygulanımsal (şizoaffektif) bozukluk ya da psikoz özelliklerini gösteren depresyon bozukluğu ya da ikuçlu (bipolar) bozukluk dışlanır, çünkü ya 1) açık evre belirtileriyle eşzamanlı olarak yeğın (majör) depresyon ya da mani dönemleri ortaya çıkmamıştır ya da 2) açık evre belirtilerinin olduğı sırada duygudurum dönemleri ortaya çıkmışsa bile, bunlar hastalığın açık ve artakalan dönemlerinin toplam süresinin az bir kesiminde bulunmuştur.
- E. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
- F. Otizm açılımı kapsamında bir bozukluk ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, şizofreni tanısı konabilmesi için gerekli diğere belirtilerin yanı sıra belirgin sanrılar ya da varsanılar da en az bir aylık (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir süreyle varsa, ayrıca şizofreni tanısı da konur.”

Gençlik yıllarında belirmeye başlayan şizofreni, DSM-V tanı ölçütlerinde de yer alan sanrı (hezeyan), varsanı (halüsinasyon), deorganizasyon, künt duygulanım, ajitasyon şeklinde affektif belirtilerle karakterize edilerek kavramsal perspektifte ele alınmaktadır (Arslantaş ve Adana, 2011: 253).

DSM-V’te yer alan klinik ölçütler, başlangıç yaşı, cinsiyet, sosyal background, sosyal uyarı, yüksek emosyonel ifade gibi faktörlerden etkilenmektedir. Şizofreni hastaları değerlendirilirken bu faktörler de göz önünde bulundurulmalıdır (Yavuz, 2008: 53).

1.4.1.2.Şizofreni Alt Tipleri

Hastalığın çeşitli şekillerde oluşması hastalık tiplerini de etkilemektedir. Bu anlamda şizofrenide paranoid tip, dağınık (deorganize/hebefrenik) tip, katatonik tür, ayrışmamış (undifferentiated) tir, basit şizofreni, kalıntı (rezidüel) şizofrenidir.

Paranoid tipte düzenli olan fakat sistematik olmayan bir ve daha fazla hezeyan görülen tiptir (Köknel, 1999: 308). Bu tip düşünce bozuklukları ile karakterize edilmektedir. Hasta, kötülük göreceğini düşünen, kendisini aşırı güçte donatılmış hissedenden, kuşku duyan, alingan olan profildedir (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 205).

Dağınık (deorganize/hebefrenik) tip, gevşek ve kopuk çağrışımaların varlığı, sistemli hezeyanların yokluğu, davranışlarda aşırı küntlük ve dağınıklık özelliklerini içermektedir (Saygılı, 2012: 66). Bu tarz hastaların dış dünya ile

ilişkisi yoktur. Hasta daha çok kendine özel dünyasında yaşamaktadır. Dolayısıyla hastaların davranışlarında ilkel ve çocuksu özelliklerin görülmesi, kendilerine has dünyada yaşamalarından kaynaklanmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 205).

Katatonik tip, devinim bozukluklarının ağır bastığı bir alt şizofreni tipidir. Davranışlarda tepkisizlik, hareketsizlik, yavaşlama görülmektedir (Köknel, 1999: 308). Katatoni hastaları dışarı ile olan iletişime kapalı hastalardır. Yeme, içme, uyuma, konuşma gibi özelliklerini yitirmiş gibidirler (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 205).

Ayrışmamış (undifferentiated) tip, şizofreni tanısı olabilecek belirtilere sahip olup ancak alt tiplerde görülen herhangi bir tanı gibi ayrılmış değildir. Hastalığın sınırları net olarak hiçbir türe uymamaktadır (Yavuz, 2008: 54).

Basit şizofreni, yavaş yavaş başlayan bir şizofreni türüdür. Fiziksel hareketlerin yitirilmesi, yaşamın sınırlandırılması ve düşünce içeriğinin kaybedilmesi ile karakterize edilmektedir (Güney, 1996: 165).

Kalıntı (rezidüel) şizofreni tipi, hastaların akut şizofreni evresini geçirdikten sonra aktif evre kriterlerine uymayan belirti göstermektedir. Bu anlamda hastalık negatif belirtilerle, azalmış hezeyanlarla ya da hafif hallüsinasyonlarla ortaya çıkmaktadır (Merin, 2014:67-68). Dolayısıyla bu tipte belli bir psikotik özellik meydana gelmemektedir (Saygılı, 2012: 66). Hastaların daha çok duygulanım ve bilişsel alanlarında bozulma belirtileri vardır. Bu nedenle hastalarda ilgisizlik, isteksizlik, donukluk, durgunluk gibi özellikler meydana gelmektedir (Köknel, 1999: 309).

1.4.2. İkiüçlü (Bipolar) ve İlişkili Bozukluklar

DSM-V tanı dizgesi, İkiüçlü (Bipolar) Bozukluğu'nu I ve II olmak üzere iki ayrı şekilde ele almakta, mani, hipomani ve majör depresyon dönemleri ile ilişkilendirerek hastalığın özelliğini, seyrini, şiddetini anlatmaktadır.

Bir duygudurum bozukluğu olan ikiüçlü bozukluk, iki farklı zıt kutuptan meydana gelmektedir. Hastalığın bir ucu aşırı neşeli, benlik saygısı yüksek olan mani dönemi ile ifade edilirken diğer ucu ise çökkünlük, yaşamdan zevk alamamak ve depresyon ile anlatılmaktadır (Yazıcı ve Çakır, 2009: 106).

Hastalığın karakterize edilmesi mani ve hipomani dönemleri üzerine kuruludur. Nitekim ikiüçlü bozukluğun tanısı ve anlaşılabilirliği için mani ve hipomani dönemlerinin tanımları önem arz etmektedir. Bu anlamda maninin tanımı aşağıdaki gibidir:

“*Mani*, çökkünlük durumunun tam tersi, aşırı neşeli, bazen de öfkeli, coşkulu bir duygudurum içinde düşünce, konuşma, devinimde hızlanma, benlik kabarması, aşırı güçlülük, büyüklük duyguları ve sanrıları ile belirli genel bir kabarma, taşkınlık, coşma ile giden bir duygudurum bozukluğu dönemidir.” (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 297).

Mani dönemi ile ilgili bilinmesi gereken belirti ve bulgular genelde şöyle sıralanmaktadır:

- “Aşırı neşeli, coşkulu, taşkın ya da öfkeli duygudurum
- Kendine güvenin artması, büyüklük düşünceleri
- Uyku gereksiniminin azalması
- Aşırı konuşkanlık, basınçlı konuşma
- Düşüncelerinin hızlanması, fikir uçuşması
- Dikkat dağınıklığı
- Amaçlı devinimlerde artma ya da psikomotor hızlanma
- Zevk veren uğraşlara aşırı ilgi.” (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 300).

Mani dönemin aşırı, coşkulu ve hızlı olarak betimlenmesinin aksine hipomanide daha sakin, çevreyle daha az problem yaşayan, işlevselliğin çok bozulmadığı, psikotik özellikler taşımayan bir duygudurum tablosu çizilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 297; Yazıcı ve Çakır, 2009: 106). Bu anlamda hipomani için şu şekilde tanım yapılması mümkündür:

“Hipomani en az dört gün süren, hastaneye yatış gerektirmeyecek, kişinin yaşamında sarsıcı etkisi olmayan ve psikotik belirtilerin bulunmadığı ama duygudurumda ve işlev düzeyindeki değişikliğin başkaları tarafından fark edildiği bir klinik tablo olarak tanımlanmaktadır.” (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 300).

1.4.3. Depresyon Bozuklukları

Günlük hayatta mutlu olarak yapılan işlerin bir süre sonra yerini mutsuzluğa bırakması, anlamını kaybetmesi, sürekli üzgün, kederli ve karamsar bir duygudurum halinin yaşanması depresyon belirtilerini göstermektedir. Depresyon yaşayan kişilerde hayatın tadını alamama, her şeyi olumsuz düşünme, geçmişi gelecekte olacak olayların sorumlusu kılma durumu hakimdir (Tayca, vd., 2006: 101). Genel olarak depresyon tanısı koyabilmek ve depresyonu anlayabilmek için aşağıdaki belirtilere bakılmalıdır:

- “Mutsuzluk, hüznün, keder, ağlama,
- Değersizlik duyguları, suçluluk düşünceleri, hastalığı kendisine bir ceza gibi algılama, başarısızlık ve çaresizlik düşünceleri,
- Tekrarlayıcı ölüm, intihar düşünceleri,
- Dikkatini toplayamama, kararsızlık, dalgınlık,
- Psikomotor yavaşlama ya da ajitasyon,
- Uyku sorunları, uykuya dalamama, sık, erken, dinlenmemiş uyanma, fazla uyuma,
- İştah sorunları, iştahsızlık, kilo kaybı, aşırı yeme,
- Güçsüzlük, yorgunluk, bitkinlik, enerji kaybı,” (Mete, 2008: 5).

Depresyon geçirdiğinin farkında olmayan ya da depresyon yaşadığını önemsemeyen hayattan kopmuş kişilere yardımcı olabilmek adına depresyonun asgari belirtilerini bilmek yönlendirme noktasında fayda sağlayacaktır.

1.4.3.1.Yeğın (Majör) Depresyon Bozukluğu

Depresyon bozuklukları modern çağın en önemli sorununu meydana getirmektedir. Nitekim bir iddiaya göre 2020 yılına kadar majör depresyon problemlerinin artacağı öngörülmektedir (Yazıcı ve Çakır, 2009: 119). Bu durum ruh hastalığı problemlerinin artacağını, toplum olarak klinik hizmetlere daha çok ihtiyaç duyulacağını göstermektedir.

Bir veya birden çok majör depresif dönemin yaşandığı, içinde mani, hipomani ya da karma dönemlerin yer almadığı bir depresyon türüdür (Yazıcı ve Çakır, 2009: 125). Majör depresyon, DSM-V’te çökkünlük durumu ile eş değer görülmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 269). Dolayısıyla çağın sorunu olarak görülen ve uzun süre de bu şekilde kabul edilecek olan majör depresyonun ana belirti ve bulguları aşağıdaki gibidir:

“A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk almamadır.

1.Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örn. ağlamaklı görünür). (**Not:** Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygudurum olabilir.)

2.Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (öznel anlatıma göre ya da gözlemlerle belirlenir).

3.Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (örn. bir ay içinde ağırlığının % 5’inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma. (**Not:** Çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama göz önünde bulundurulmalıdır.)

- 4.Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.
 - 5.Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, öznel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).
 - 6.Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü).
 - 7.Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısız olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).
 - 8.Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (öznel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir).
 - 9.Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.
- B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
- C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
- D. Yeğın depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.
- E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da hipomani dönemi geçirilmemiştir.” (Amerikan Psikiyatri Birliğı, 2013: 92-94).

1.4.4.Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları

İnsanın sahip olduğu olumlu ve olumsuz duygular kişiliğini oluşturmaktadır. Sevgi, nefret, sevinç, üzüntü, korku gibi duygudurumu ifade eden kelimeler, insanın ruh dünyasına ait izler taşımaktadır (Kaya ve Varol, 2004: 33). Özellikle insanın bir olaydan, kişiden, durumdan, süreçten, nesneden ürkmesi, korku duygusunu tetiklemektedir. Korkunun aşırı hal alması da birtakım kaygı problemlerinin belirmeye başladığını göstermektedir. Bu anlamda kaygı, korkunun yaygınlaşmış bir hal almasıdır (Dağ, 1999: 167). Bir diğer ifade ile kaygı, korkunun kaynağı kaybolmuş, nedeni belirlenememiş ya da nedeninin bilinçdışında olduğu duygudur (Yüksel, 2006: 143).

Kaygı kelimesi “anxiety” kelimesi ile eş değer kabul edilmektedir. Ancak psikiyatri alanında söz sahibi akademisyenlerden Öztürk ve Uluşahin (2016), kaygıyı açıklarken bir durumun bilinmesine ya da bir başkasına karşı duyulan endişe, merak olarak nitelendirmektedir. Özellikle yoğun kaygı yaşanan dönemi açıklamada kaygı kelimesinin yetersiz kaldığını ifade etmektedir. Bu nedenle kaygı yerine bunaltı kelimesinin kullanılması gerektiğini vurgulamaktadır.

Kavramsal ve klinik açıdan bunaltı kelimesinin tercih edilmesinin daha uygun olacağını ifade etmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 337).

DSM-V’te bu bölümde ayrılma kaygısı bozukluğu, seçici konuşmazlık (mutizm), özgül fobi, toplumsal kaygı bozukluğu (sosyal fobi), panik bozukluğu, agorafobi, yaygın kaygı bozukluğu, maddenin/ilacın yol açtığı kaygı bozukluğu, başka bir sağlık durumuna bağlı kaygı bozukluğu, tanımlanmış diğer bir kaygı bozukluğu, tanımlanmamış kaygı bozukluğu yer almaktadır.

Yaygın bunaltı ya da anksiyete bozukluğu olarak adlandırılan bozukluk, sürekli endişe halinde olma durumunu anlatmaktadır. Bir şeylerin yolunda gitmediği, muhakkak kötü bir şeyin olacağına ait inanç yer almaktadır. Bu durum gündelik hayatta yoğun bir şekilde yaşandığı için insanların toplumsal ilişkilerine de zarar vermektedir (Tükel, 2009: 66).

Panik bozukluğu, ne zaman başlayacağı öngörülemeyen, ansızın ortaya çıkan panik ataklarla karakterize edilen bir kaygı bozukluğudur (Tükel, 2002: 7). Ancak panik nöbetleri kaygı bozukluklarının yanı sıra diğer ruhsal bozukluklarda da görülebilir (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 342).

Panik atakların beklenmedik bir anda kalabalık içinde gerçekleşmesi kişide bir takım korkuların yaşanmasını da tetiklemektedir. Özellikle metro, vapur, uçak, tiyatro, sinema gibi toplu alanlarda olmaktan rahatsızlık duymaktadırlar. Bu anlamda panik bozukluğu yaşayan hastalarda toplu yerlerden kaçma, kendi haline çekilme, yalnız kalma gibi davranışlar meydana gelmektedir. Fobik bozukluklar içinde yer alan bu durum agorafobi olarak adlandırılmaktadır (Tükel, 2009: 62).

Fobik bozuklukların bir diğer çeşidi olan sosyal fobi, kişinin yaptığı bir davranışın, söylediği bir sözün başkaları tarafından eleştirileceği, gülüneceği, alay edileceği, ya da kızılacağına dair olan inancı ifade etmektedir. Sosyal fobisi olan kişiler, sürekli eleştirileceklerini ve aşağılanacaklarını düşünmektedirler. Bundan dolayı bu korkuları, terleme, titreme, çarpıntı, kızarma şeklinde vücutlarında yer almaktadır (Dilbaz, 1997: 18).

Özgül fobi, anormal korku duygusu ile ifade edilen nesnelere ya da durumlardan kaçmadır. Örümcek, kapalı yer, yükseklik fobileri özgül fobilere örnek teşkil etmektedir. Görmediği, duymadığı, hissetmediği sürece hasta normal hayatına devam edebilmektedir. Sadece fobi nesnesi ya da durumu aniden ortaya çıkınca panik derecesinde problem yaşanmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 350).

Özgül fobiler, belirli bir canlıdan, nesneden, durumdan korkma durumunda meydana gelen bozukluktur. Bu özelliği ile özgül fobiler, sosyal fobi ve agorafobiden ayrılmaktadır (Köknel, 1999:354). Nitekim özgül fobi tanısı koyabilmek için aşağıdaki üç temel özelliğin kişide bulunması gerekmektedir:

- a) Anksiyete, panik bozukluğunda olduğu gibi beklenmedik, YAB’de olduğu gibi serbest ve süregelen değil, özgül bir nesne ya da duruma bağlıdır.
- b) Korkunun boyutu, ortaya çıkışına neden olan uyaran ile açıklanamaz, gerçek durumla orantısızdır.
- c) Kişi, tepkisinin aşırı ve anlamsız olduğunun tümüyle farkındadır.” (Tükel, 2009: 77).

İnsanın her zaman bir nesneden veya durumdan korkma ihtimali vardır. Fobileri daha iyi ayırt edebilmek için kategorize edilmesi kolaylık sağlayacaktır. Dolayısıyla fobiler nesne fobisi, durum fobisi ve işlev fobisi olarak üç grupta incelenmektedir (Çevik, 1996: 227).

Nesne fobisi, kedi, köpek, örümcek, böcek, eşyadan; durum fobisi, asansör, yükseklik, kalabalık yer, karanlıktan; işlev fobisi ise terleme, yüz kızarması, altına kaçırma ile örneklendirilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 350).

Ayrılma kaygısı ya da anksiyetesi bozukluğu, bireyin bağlandığı figürden ayrılacağını düşünmesi ya da ayrılması sonucu ile oluşan bir bozukluktur. Daha çok çocukluk dönemine atıfta bulunulan bir kaygı sorunudur (Diriöz vd., 2012: 2). Bu anlamda ayrılma kaygısı “en az 4 hafta boyunca çocuğun evden ya da evde bağlandığı kişiden ayrılmaya bağlı olarak gelişim düzeyine göre beklenenden fazla ve yineleyici anksiyete duyması” ile ilgilidir (Erermiş vd., 2009: 15).

Nitekim ayrılma kaygısı, 12 yaş altı çocuklarda daha sık görülmektedir. Ayrılma durumu gerçekleşeceği zaman aşırı bunaltı yaşaması, korku duyması çocuğun gelişimsel dönemlerini olumsuz etkilemektedir. Ancak unutulmaması gereken

nokta çocukluk dönemleri arasında 1-3 yaş arası oluşan bağlılık, ayrılmayı reddetmektedir. Bu durum o dönem itibari ile normal kabul edilmektedir. Ayrıca ayrılma bunaltısı, çocukluk dönemi rahatsızlığı olarak kabul edilse de erişkinleri de ilgilendiren bir bozukluktur. Sadece erişkinlerde 18 yaştan sonra ortaya çıktığı bilinmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 606).

1.4.5. Takıntı-Zorlantı Bozukluğu (Obsesif-Kompulsif Bozukluk) ve İlişkili Bozukluklar

Bu bölümde DSM-V tanı dizgesinde beden algısı bozukluğu, biriktiricilik bozukluğu, trikotillomani (saç yolma bozukluğu), deri yolma bozukluğu, maddenin/ilacın yol açtığı takıntı-zorlantı bozukluğu ve ilişkili bozukluk, başka bir sağlık durumuna bağlı takıntı-zorlantı bozukluğu ve ilişkili bozukluk, tanımlanmış diğer bir takıntı-zorlantı bozukluğu ve ilişkili bozukluk ve tanımlanmamış takıntı-zorlantı bozukluğu ve ilişkili bozukluk yer almaktadır.

Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB), çocukluk dönemlerinden itibaren başlayan, kişinin hayatını olumsuz etkileyen yineleyici düşünce ve eylemlerden meydana gelen bir bozukluktur (Öner ve Aysev, 2001: 409). Bir diğer ifadeyle bireyin aktivitelerini olumsuz bir şekilde etkileyen ve bu nedenle yoğun bunaltı sorunu yaşanan OKB, “düşünce ve mantık düzeyinde ortaya çıkan, anlamsızlığı, gereksizliği, yersizliği, hasta tarafından kabul edilen, hastanın irade ve isteği dışında inatçı biçimde sürekli olarak yinelenen takıntılı ve zorlu düşüncelerdir” şeklinde tanımlanmaktadır (Köknel, 1989: 232).

Obsesyon, bireyin zihninde yer alan istemsiz düşüncelerdir. Bu düşüncelerle başa çıkmak için bireyin geliştirdiği anlamsız, tekrarlı davranışlara da kompulsiyon ismi verilmektedir (Çevik, 1996: 229; Bayar ve Yavuz, 2008: 185). Egoya yabancı olan obsesyonlar, bireyin yaşadığı yoğun bunaltının nedenidir (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 364; Çevik, 1996: 229).

OKB'nin özelliklerini şu şekilde sıralamak mümkündür:

1. “Herhangi bir düşünceye veya impulsun içerden gelen bir zorlamayla sürekli olarak bireyin aklına gelmesi
2. Sıkıntı, korku ve dehşet duygusunun ortaya çıkarak bireyin buna karşı bir şeyler yapmak için kendini zorlaması

3. Obsesyon veya kompulsiyonun kendine yabancı olduğu bilinmesine rağmen, kişinin istenmeyen, kabul edilmeyen ve kontrol edilemeyen bu duygu,, düşünce ve eylemler içinde olması
4. Hastanın, bu düşüncelerinin abşurd ve gerçek dışı olduğunu bilerek iç görüsünü muhafaza etmesi
5. Hastanın, bu düşünce ve isteklerine bütün gücüyle karşı koymaya çalışması”(Çevik, 1996: 229).

Beden Algısı Bozukluğu ya da Beden Disformik Bozukluğu (BDB), kişinin olmayan beden kusurunu var sanması ya da bedeninde var olan küçük bir kusuru abartarak kafasına taktığı bozukluk türüdür (Ray vd., 2012: 547). Bir diğer ifade ile BDB, “görüntüde imajine edilmiş ya da hafif kusurla zihinsel meşguliyet ve onun yarattığı klinik olarak belirgin sıkıntı veya işlevsellikte bozulma olarak tanımlanmıştır.” (Karamustafalıoğlu ve Karamustafalıoğlu, 2000: 107). Bu bozukluk, Antik Yunan’da en çirkin kadın olarak nitelendirilen Dismorphia’dan esinlenmiş, disformik ismi ile kavramlaştırılmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 376; Ray vd., 2012: 548).

Vücut şekli, ölçüsü, yapısı ile barışık olamama durumu klinik tabloyu oluşturmaktadır. BDB olan kişiler, bedeninden memnun olmadığı için kişisel, sosyal çevrelerinde problem yaşamakta, mesleklerini icra ederken performans düşüklüğü ile karşı karşıya kalmaktadırlar (Yücel, 2009: 183).

Kıl yolma hastalığı olarak bilinen trikotilomania bozukluğu, bireyin sürekli olarak vücudunun belli yerlerinde tüysüz alan oluşturmasıdır (Konkan vd., 2011: 265). Özellikle kişinin, saçlarını kontrolsüz bir şekilde yolduğu bir bozukluktur. Saça ek olarak kaş, kirpik gibi vücudun diğer bölümlerinde yer alan kılları yolma istekleri vardır (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 378). Trikotilomania bozukluğu yaşayan kişiler, hastalığın sebep ve sonuç yönüyle problem yaşamaktadır. Aynı zamanda bu rahatsızlık, kişilerin vücutlarında gözle görünür bir açıklık meydana getirdiği için duygudurumlarında bozulma oluşturmaktadır (Konkan vd., 2011: 268).

Deri yolma bozukluğu, kişinin cildinde herhangi bir dermatolojik problem olmamasına karşılık sürekli olarak derisine hasar vermesi ile karakterize edilen bir bozukluktur (Çetinay Aydın ve Gülseren, 2014: 402). Trikotilomania ile birlikte görülme ihtimali yüksek olup genellikle ergenlik döneminde başlayan bir bozukluk olarak ifade edilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 378).

Biriktiricilik bozukluğu, başlangıçta gelecekte işe yarar düşüncesiyle hareket edilen, fakat ilerleyen zamanlarda değersiz ve anlamsız eşyaların da biriktirilmesiyle ortaya çıkan bir bozukluktur (Bulut vd., 2015: 319). Aynı zamanda bu bozukluk, kişisel yaşama müdahale eden bir halk sağlığı sorunudur. Kişinin kendi yaşadığı alanı sınırlandırması ve çevresine zarar vermesi yönüyle bu hastalık, ciddi bir problem halini almaktadır. Nitekim bireysel olarak görünen bu bozukluk toplumsal bir sağlık sorununun yaşanmasına neden olmaktadır (Kanat vd., 2016: 139).



İKİNCİ BÖLÜM: SOSYAL HİZMET DİSİPLİNİNDE RUHSAL HASTALIKLARIN YERİ: PSİKIYATRİK SOSYAL HİZMET

2.1.Psikiyatrik Sosyal Hizmetin Kavramsal Boyutu

Sosyal hizmet, birey, aile, toplum dikkate alınarak yapılan mesleki uygulama ve akademik bir disiplindir. Mesleğin uygulama boyutunu, toplumun ve insanın meydana getirdiği sorunlar ile bu sorunlara yönelik ortaya çıkan spesifik müdahale yöntemleri oluşturmaktadır (Kongar, 1972: 1).

Her bilim dalı bireyi kendi alanına göre analiz ederken insanın çok boyutlu yapısı, sorunların anlaşılması ve çözümü noktasında sosyal hizmet mesleğini disiplinler arası işbirliğine götürmektedir. Sosyal hizmet her alana dair bilgisini sistemleştirerek olaylara, sorunlara farklı perspektiften bakmaktadır. Bu noktada psikiyatrik sosyal hizmet, sosyal hizmet disiplini içinde kendisine önemli bir yer edinmiştir.

Sağlık alanındaki sosyal hizmet uygulamaları çok kısa bir süredir ülkemizde varlığını sürdürmektedir. Sağlık alanında son yıllarda ortaya çıkan sorunlar ve bu sorunları oluşturan psiko-sosyal nedenler; sosyal hizmet disiplininin bu alanda yer edinmesi gerekliliğini doğurmuştur. Özellikle ruh sağlığı alanında ortaya çıkan sorunların insanı bütünüyle etkilediği sonucu psikiyatrik sosyal hizmetin doğmasına neden olmuştur.

Gerek yurt içi gerekse yurt dışı uygulamalarda psikiyatrik sosyal hizmetin eski bir tarihe dayandığı bilinse de mesleki ve akademik anlamda ülkemizde yeni yeni dikkate alınmaktadır. Bu noktada psikiyatrik sosyal hizmet, birey, aile, toplum temelli sorunları analiz ederek bunların ruh sağlığına olan etkilerini ortaya çıkarmaktadır. Sistem içerisinde bireyi etkileyen sosyal, ekonomik, aile, iş hayatı psikiyatrik sosyal hizmetin uygulama sahasına işaret etmektedir (Bahar ve Savaş, 2013: 85).

Psikiyatrik sosyal hizmet, toplumun nabzını iyi tutabilecek bir niteliğe sahiptir. Toplumun bir bütün olarak fotoğrafının çekilmesini ve bu fotoğrafta meydana gelen eksiklerin görülmesini sağlamaktadır. Bu anlamda bu alanda çalışan sosyal hizmet uzmanının iki temel görev alanı vardır:

- 1.Hastane içi görevler (psiko-sosyal bilgi toplama, toplanan bilgilerin tedavinin yararına düzenlenmesi, taburculuk işlemlerinin yapılması, sosyal çevresiyle bağlantıya geçilmesi)
- 2.Tedavi sonrası takip (Bahar ve Savaş, 2013: 86).

Bu iki görev alanı sosyal hizmet mesleğini, uygulama sahasında diğer mesleklerden ayırmaktadır. Bir diğer ifade ile tedavinin toplumdaki uzantısını oluşturmaktadır. Yani toplum temelli uygulamalar yapması ayırt edici özelliğini oluşturmaktadır (Bahar ve Savaş, 2013: 86).

Psikiyatrik sosyal hizmet, ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik uygulanan psikiyatri hizmetlerinin bir parçasıdır. Ruh hastalarının toplum içinde rehabilite edilmesine yardımcı olan, toplumdan uzaklaşmamasını sağlayan bir alandır (Özden, 2017: 127).

Sosyal hizmet literatüründe sosyal çalışma ve sosyal hizmet kavram kargaşası psikiyatrik sosyal hizmet üzerinde de görülmektedir. Örneğin sosyal çalışma sözlüğünde psikiyatrik sosyal çalışma şeklinde ifade edilen kavram şu şekilde tanımlanmaktadır:

“Ruh hastalarının toplumla yakınlaşma, olabildiğince uyum ve sağaltımları, özellikle sosyal sağaltımları için bir dizi meslek yöntem ve tekniklerini, bu arada önemle, sosyal destek dizgelerini kullanarak yapılan sosyal sağlık çalışması, ki sonunda genel sağaltıma hizmet eder ve onun ayrılmaz bir parçasıdır.” (Tomanbay, 1999: 207).

Psikiyatrik sosyal çalışma ifadesini kullanmayı tercih edenlerden biri de Çiğdem Arıkan'dır. Sosyal hizmet alan yazınına “Psikiyatrik Sosyal Çalışma ve Psikiyatrik Ortamlarda Ekip Çalışması” yüksek lisans teziyle giren Arıkan, psikiyatrik sosyal çalışmayı, ruhsal hastalıkların, duygusal bozuklukların koruyucu, önleyici, tedavi edici hizmetlerinden ortaya çıkan bir etkinlik olarak açıklamaktadır (Arıkan, 1985: 90).

“Türkiye’de Psikiyatrik Sosyal Hizmet” doktora tezini yazan Özdemir (2000), psikiyatrik sosyal hizmet kavramını aşağıdaki gibi tezinde kullanmayı tercih etmiştir:

“Koruyucu, geliştirici ve tedavi edici, ruh sağlığı hastalıkları kurumlarında bu kurumların amaçları doğrultusunda, hizmet verdiği müracaatçı grubuna kendi bilimsel mesleki bilgisi doğrultusunda mesleki yöntemler kullanarak, müracaatçı grubunun topluma işlevsel olarak dönmesini amaçlayan bu bağlamda hasta, hastalığı, ailesi, çevresi, işi, vb sistemi bir bütün içinde inceleyen ve bu sistemin başta sosyal olmak üzere, psikolojik ve ekonomik sorunlarının giderilmesinde kişi, grup ve toplumlara profesyonel yardımı amaçlayan sosyal hizmet etkinlikleridir.” (Özdemir, 2000: 25-26).

Psikiyatrik sosyal hizmet kavramını kullanan bir diğere isim ise Işıl Bulut'tur. "Ruh Hastalığının Aile İşlevlerine Etkisi" isimli kitabında aileye yönelik uygulanan psikiyatrik sosyal hizmeti tanımlamıştır. Söz konusu psikiyatrik sosyal hizmet tanımı şu şekildedir:

"Psikiyatrik sosyal hizmet, akıl ve ruh sağlığının korunmasına, ruhi ve akli yönlerden birçok güçlükleri olan kişilerin güçlüklerinin saptanmasında ve onların toplum içinde daha sağlıklı, daha yeterli ve sosyal işlevlerini daha etkili bir biçimde yerine getiren bireyler haline dönüşmelerinde yardımcı olan bir meslektir." (Bulut, 1993: 23).

Bland ve Renouf (2001), ruhsal hastalıkların sosyal bağlamı ve sosyal sonuçlarını, ruh sağlığı alanında mesleki uygulama yapan sosyal hizmete atfetmektedir. Sosyal hizmetin bireyi çevresi ile birlikte değerlendirmesi sosyal bağlamı oluştururken ruhsal sorunların bütün topluma olan etkisi sosyal sonuçları ortaya çıkarmaktadır (Saruç ve Duyan, 2009: 42).

Psikiyatrik sosyal hizmet bu noktada önemli bir yere karşılık gelmektedir. Özellikle ruhsal bozukluklara yönelik tedavi öncesi ve sonrasında yapılan uygulamaların hastane dışına çıkması, toplum temelli ruh sağlığı hareketinin önem kazanması, evsiz, kimsesiz hastaların takibinin ve yönlendirilmesinin yapılması sosyal hizmetin psikiyatri içindeki işlevselliğini artırmaktadır (Turan, 1990: 11).

Nitekim tarihsel süreç, psikiyatri alanında uygulanan sosyal hizmet faaliyetlerinin mesleki rol ve özelliklerini içeren örnekleri oluşturmaktadır. Uygulamalara bakıldığında disiplinler arası yaklaşımın neticesinde sosyal çalışmacının psikiyatri tedavi ekibinin içinde yer aldığı görülmektedir. Bu durumun ana sebeplerinden biri giderek artan ve karmaşık hale gelen krizlerin ve travmaların olmasıdır (Arıkan ve Dilek, 1996: 13).

Dolayısıyla psikiyatrik sosyal çalışma, toplum ruh sağlığı programları çerçevesinde çeşitli psikiyatrik kuruluşlarda yürütülerek daha anlamlı bir hal almış, çeşitli uygulamaları da meydana getirmiştir. Bu uygulamalar ile zihinsel-duygusal bozuklukları olan insanlara yardım etmek, toplum ruh sağlığını yaygınlaştırmak amaçlanmıştır (Arıkan, 1985: 24).

2.2.Psikiyatrik Sosyal Hizmetin Tarihsel Gelişimi

2.2.1.Dünya’da Psikiyatrik Sosyal Hizmetin Gelişimi

Sosyal hizmet, karmaşık yaşam koşulları içinde bulunan bireyi, aileyi, toplumu odak noktasına alarak insanlara yardım etme amacını hedefleyen, insan gereksinimlerini karşılamak ve insan potansiyelinin geliştirilmesi üzerinde uğraş veren bir disiplindir. Zaman içerisinde meydana gelen toplumsal değişme, insanı ve onun çevresini etkileyerek sosyal hizmet alanının temel çıkış noktasını oluşturmuştur (Kongar, 1978: 3-4).

Değişen toplumsal yapı insan ihtiyaçlarını çeşitlendirmiş ve yeni boyut kazandırmıştır. İnsan olmanın doğasında var olan yardımlaşma, paylaşma gibi duygular yardımlaşma faaliyetlerinin önünü açmıştır. Toplumsallığın ön plana çıktığı ilk andan itibaren birlikte hareket etme felsefesi, toplumsal dinamikleri meydana getirmiştir. Bu dinamikler, dini inancın gerekleri doğrultusunda oluşmuştur (Koşar, 2014: 3).

Sosyal sorunların kilit noktasını oluşturan tüm dünyayı sosyal anlamda olumsuz etkileyen ve bütün dengeleri değiştiren sanayi devrimi ve kentleşmedir. Sanayi devrimi toplumsal hayatta birtakım kolaylıkları beraberinde getirirse de sosyal sorunların farklılaşmasına ve derinleşmesinde de neden olmuştur. Sanayileşmenin etkisi toplumsal yapının en önemli parçası olan ailenin bütünlüğü üzerinde görülmüştür. Kadın ve çocuklar iş hayatına girerek, uzun çalışma saatleriyle düşük ücret alarak çalışmaya başlamışlardır. Böylece fabrika yaşamı köyden kente göç eden ailenin toplumsal sistem içerisinde kaybolmasına sebep olmuştur (Özdemir, 2008: 49).

Sanayileşmenin hızı ile toplumsal yapının bu duruma adaptasyonu doğru orantılı olamamıştır. Bu durumu ortaya çıkaran en önemli etken ekonomik sıkıntılardır. Düşük ücretlerle uzun süre çalışan insanlar geçimlerini sağlayacak imkânlardan yoksun olmuşlardır (Güleç, 2014: 489). Nitekim bu süreç beraberinde sağlık, barınma, eğitim gibi sorunları getirmiştir. Bu sorunlar, mevcut pek çok toplumsal sorunun temelini meydana getirmiştir. İşsizlik, yoksulluk insanların biyolojik ve ruhsal sorunlar yaşamasına neden olmuştur (Duyan vd., 2008: 12-13).

Sanayi devriminin getirisi olan kapitalizm, ekonomik, sosyal ve toplumsal yapıyı bozmuştur. Tarıma dayalı ekonomisi olan toplumlar, fabrikalarda çalışmaya başlamış ve emeğin önemsenmediği düzenin içine girmiştir. Bu düzen, toplumsal yapının çözülmesine sebep olmuştur. Kadın, aile, çocuk başta olmak üzere toplumsal dinamikleri sarsmış, toplumda farklı rollerin benimsenmesine neden olmuştur. Kadının ve çocuğun iş yaşamında yer alması, köylünün fabrikada çalışması, toprağın, emeğin önemsenmemesi sosyal yapıyı bozmuştur. Bozulan yapılara müdahale etmek için oluşturulan sosyal uygulamalar, sosyal hizmet alanının hizmet yönünü belirlemiştir. Bu anlamda kapitalizmin sürekli yayılan ve uygulanan bir sistem olması sosyal hizmetin var olma nedenini vurgular hale gelmiştir (Kesgin, 2012: 53).

Psikiyatrik sosyal hizmetin tarihi, psikiyatri tarihinden çok da bağımsız değildir. Psikiyatri tarihinde yer alan hastalıkların keşfi, hastalara davranış şekli, hastanelerin yapısı, tedavi yöntemleri ruhsal açıdan bir dizi olumlu ve olumsuz gelişmeleri beraberinde getirmiştir (Öztürk, 2000: 19).

Akademik anlamda psikiyatrik sosyal hizmetin tarihi 1900'lü yıllara dayanmaktadır. Bu tarihlerde sosyal hizmet mesleğine bilimsel bir zemin oluşturulmak istenmiştir. Bu anlamda sosyal hizmet mesleğinin ilk kitabı olan Sosyal Teşhis 1917 yılında Mary Richmond tarafından kaleme alınmıştır. Kitapta yardım işlerinin profesyonel zeminde nasıl işlemesi gerektiğinin teorik ve metodolojik özellikleri vakalar ile birlikte anlatılmıştır (Koşar, 2014: 4).

Richmond, sosyal teşhisin önemini yazdığı kitapla vurgularken Jarrett ise Richmond'a ek olarak psikiyatrinin sosyal teşhis ve tedavi süresince etkili olduğunu savunur. Bu durumun sosyal hizmet alanlarını psikiyatri zemininde birleştirdiği kanısını oluşturmaktadır. Jarrett göre teşhis, ruhsal hastalıkları açıklamak için betimsel bir araç olarak kabul edilmiştir. Aynı zamanda o dönemde tıbbın ilerlemesinin bir sonucu olarak ruhsal hastalıklara karşı ilgi arttığı görülmektedir. Bu durum ruh sağlığı hareketinin (mental hygiene movement) oluşmasını tetiklemiştir. Bir anlamda ruh hastalıklarına, psikiyatriye ait analizlerin sosyal çalışmacılar tarafından yararlanılmasını sağlamış, sosyal hizmet uzmanlarının işlerine yardımcı olmuştur (Acar ve Çamur Duyan, 2003: 5).

Tarihsel süreçte psikiyatri sosyal hizmet alanında görüşlerini bildiren kişilerden biri de Reynolds'tur. Sosyal hizmetin, ruh sağlığı hareketi içerisindeki konumunu değerlendirmiştir. Sosyal hizmet mesleğinin klinik uygulama örneğini oluşturan Reynolds, getirdiği yenilikçi düşüncelerle ruh sağlığı akımının oluşturduğu algıyı eleştirmiştir. Sosyal hizmet uzmanının psikiyatri tedavi ekibinde psikiyatriste yardım eden biri haline geldiğini dile getirmiştir (Öztürk, 2000: 20).

Bu durum sosyal hizmet mesleğinin diğer meslekler içinde farklı bir konumda bulunmasını zorlaştırmıştır. Sosyal hizmet mesleğinin tanımı iyi bir şekilde yapılır ve sınırları iyi bir şekilde çizilirse mesleğin hak ettiği değere kavuşacağını savunmuştur.

Sosyal hizmet, Birinci Dünya Savaşı'na kadar diğer disiplinlerden kesin anlamda ayrılmamıştır. Sosyal hizmet mesleğinin içeriği, uygulamaları, teorisi diğer bilimlerle özellikle tıp alanı ile iç içe girdiği görülmektedir (Duyan vd., 2008: 15).

Aynı zamanda Birinci Dünya Savaşı sırasında psikiyatrik sosyal hizmetin uygulamalarının ilk örnekleri yer almaktadır. Birinci Dünya Savaşı sırasında yaşanan olaylar orduyu ve orduya katılanların ailelerini etkilemiştir. Savaşın en büyük etkisi kişilerin ruhsal durumları üzerinde görülmüştür.

Kadın, çocuk, aile savaş gerisinde ordudan gelecek haberleri beklerken maddi manevi sıkıntı çekmekteydi. Aynı zamanda askerlerin de savaş sırasında psikolojilerinin bozulması, birtakım travmaya maruz kalmaları orduda psikiyatri kliniklerinin oluşmasına neden olmuştur. Sosyal hizmet uzmanları, psikiyatri sosyal hizmetin de temellerinin atıldığı yer olan nöro-psikiyatri kliniklerinde ilk defa görev almışlardır. Sosyal destek almak isteyen ailelere psikiyatri ve psikoloji alanlarından faydalanarak yardım edilmiştir (Arıkan, 1985: 94).

Bu süreyi takiben hastane odaklı sosyal hizmet anlayışı tarihtekini yerini almaya başlamıştır. Sosyal kişisel çalışmanın ilk uygulaması hastanelerde görülmektedir. Dr. Cabot 1905 yılında bu uygulamayı Boston'da başlatarak sosyal kişisel çalışmanın öncüsü olmuştur (Acar ve Çamur Duyan, 2003: 6).

Cabot'un sosyal hizmet alanına kazandırmış olduğu ve sonraları psikiyatrik ve tıbbi sosyal hizmetin temelini oluşturacak olan çalışmalar; hastanın taburcu olduktan sonraki

süreçleri ile ilgilenmek, ailesine yönelik sosyo-ekonomik destek verebilmek için aile incelemesi gerçekleştirmek, hastalığın nüksetme ihtimaline karşı ve hastanın nekahet dönemini başarıyla atlatabilmesi için hasta yakınlarını bilgilendirmek şeklinde sıralanabilecektir. Cabot'un bu çalışması ilerleyen zamanlarda sosyal çalışma mesleği ile hemşirelik hizmetleri arasındaki farklılığı da belirginleştirecek bir form içerisinde devam etmiştir (Acar ve Çamur Duyan, 2003: 6).

Ülkemizde psikiyatrik sosyal hizmetin tarihsel oluşumu daha köklü çalışmalara ve süreçlere dayanmaktadır. Bu kapsamda Anadolu Selçukluları, Osmanlı İmparatorluğu ve Cumhuriyet dönemindeki psikiyatrik sosyal hizmet açısından ele alınacaktır.

2.2.2. Türkiye’de Psikiyatrik Sosyal Hizmet Gelişimi

2.2.2.1. Anadolu Selçuklu Devleti Dönemi

Anadolu Selçukluları döneminde ortaya çıkan darüşşifalar, genelde sosyal hizmet özelde ise psikiyatrik sosyal hizmet uygulamalarının en köklü yapılarıdır. Faaliyetleri buldukları dönem içinde kalsa da tarihi miras olarak günümüze kadar gelmiştir (Acıduman, 2010: 10).

Özellikle İslamiyet’i kabul ettikten sonra şekillenen hayat tarzı yapılan uygulamalara da yansımıştır. Hastane olarak bilinmekle beraber içerisinde çeşitli yapılar oluşturulmuştur. Darüşşifaları bu noktada kompleks bir hastane sisteminin öncüsü olarak kabul etmek mümkün gözükmemektedir (Kılıç, 2012: 42).

Türkçe’de Darüşşifalar, “şifaevi, şifa kapısı, sıhhat yurdu, sağlık yurdu” anlamına gelmektedir. Darüşşifalar yerine göre “bimarhane, maristan, darülmerza, darülafiye, darüssıhha” olarak da isimlendirilmiştir. Ancak darüşşifaların en çok bimaristan ismiyle anıldığı bilinmektedir (Kemaloğlu, 2014: 3; Kılıç, 2012: 42).

Anadolu Selçuklularında darüşşifalarda İslam dünyasının izleri görülmektedir (Kemaloğlu, 2014: 2). Bu konuda örnek aldıkları ilk hastane 707 yılında Emevi Halifesi tarafından kurulmuştur. 765 yılında bu hastaneyi Abbasi halifesinin ve Bağdat’ın kurucusu tarafından geliştirildiği öğrenilmiştir (Kılıç, 2012: 42).

Anadolu Selçukluları örnek aldıkları medeniyet çerçevesinde ilk dafrüşşifasını Nişabur'da kurmuştur. "1066 yılında Bağdat'ta Nizamiye Medresesi ve Hastanesi, 1154 Şam'daki Nureddin Hastanesi, Bağdat Şiraz, Berdesir, Kâşân, Ebher, Zencan, Harran, Mardin'deki Hastaneler takip etmiştir." (Kılıç, 2012: 43).

Darüşşifalar, şehre gelen yolcuların hastalarının tedavi edildiği yer olmakla beraber bunun yanı sıra ekonomik yoksunluk içinde olan kimsesiz muhtaç kişilere kalacak ve sığınacak yer tahsis etmiştir (Acıduman, 2010: 10). Genellikle ticaret yollarına yakın yerlerde kurulan darüşşifalar, tüccarların, ticaretle ilgilenen görevlilerin, seyyahların, yolcuların hastalandıkları zaman tedavi edildiği mekânları oluşturmuştur. Bu noktada darüşşifalar bütün hizmetlerini karşılıksız yapmıştır (Kılıç, 2012: 45).

Darüşşifaların yaptırılmasında İslamiyet'in etkisi görülmektedir. İnsana hizmet etmek, insana insan olduğu için değer vermek, Allah rızası için bu dünyada bir şeyler yapmak darüşşifaların asıl amacını oluşturmaktadır (Kemaloğlu, 2014: 12).

2.2.2.2.Osmanlı Devleti Dönemi

Anadolu Selçukluların kurduğu darüşşifalar Osmanlı Devleti'ni etkilemiştir. Osmanlı Devleti, yönetimi altında bulunan her yere darüşşifalar kurarak Anadolu Selçukluları'ndan kalan mirasa zaman zaman katkıda bulunmuştur. Bu anlamda darüşşifalar, cami, medrese, imaret, kervansaray gibi yapılarla bir araya gelerek külliye şeklini almıştır. Genellikle padişah ve zengin kimseler tarafından yaptırılan darüşşifalar, bugünkü hastaneler gibi hizmet veren, kimsesiz muhtaç insanlara yardım eden profile sahiptir (Ceylan, 2012: 46).

Darüşşifalar bütün hastalıkların tedavilerinden yararlanan yerler olmakla beraber akıl hastalarının da hizmetten faydalandığı yerler olmuştur. Darüşşifalarda akıl hastalarına yönelik birkaç oda ayrıldığı bilinmektedir. Ancak Süleymaniye Darüşşifası'nda bu durumun böyle olmadığı, akıl hastalarına bir bölüm verildiği görülmüştür.

Darüşşifalarda akıl hastası olan kimsesiz hastalar tedavi olabileme imkanı bulmuştur. Ailelerin bakmakta zorluk çektiği akıl hastaları da darüşşifalara yatırılmıştır. Zaman içerisinde akıl hastalarına hizmet veren darüşşifalar, tımarhane haline gelmiştir. İstanbul darüşşifaları bu duruma örnek oluşturmaktadır (Kılıç, 2012: 54).

Akıl hastalarına profesyonelce bir yaklaşımla hizmet etmeye çalışan Osmanlılar, ilaç, müzik, çiçek kokuları, su ve kuş sesi ile tedavi etmeye çalışmışlardır. Özellikle ruh hastalıklarını müzikle tedavi yöntemi, Osmanlı Devleti'nde batıya örnek teşkil etmektedir (Erer ve Atıcı, 2010: 30). Hastaları rahatlatmak, uyutmak için doktorların dozlarını ayarladığı özel şerbetler de ruh hastalarına yönelik uygulanan diğer tedavi yöntemini oluşturmaktadır (Kılıç, 2012: 55).

2.2.2.3.Cumhuriyet Dönemi

Cumhuriyet Dönemi içinde yer alan psikiyatrik sosyal hizmet uygulamaları, yataklı tedavi hizmeti veren üniversiteler, belediyeler, vakıf hastaneleri, askeri hastaneler ile Sağlık Bakanlığı çatısı altında bulunan İstanbul, Samsun, Manisa, Adana, Elazığ, Trabzon ve Bolu illerinde bulunan Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi (RSHH) tarafından yürütülmektedir. Kamu dışındaki özel sektörde ruh sağlığına yönelik hizmet veren hastanelerde de psikiyatrik sosyal hizmet uygulamaları bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011: 7).

Toplum temelli ruh sağlığı hizmeti kapsamında toplum ruh sağlığı merkezlerinde (TRSM) de psikiyatrik sosyal hizmet uygulamaları aktif bir şekilde yer almaktadır (Altınova, 2016: 43).

2.3.Psikiyatrik Sosyal Hizmette Kullanılan Kuram ve Yaklaşımlar

Sosyal hizmet uygulamalarında kullanılan sistem kuramı, ekolojik yaklaşım, güçler perspektifi, çözüm odaklı yaklaşım gibi kuram ve yaklaşımlar psikiyatrik sosyal hizmette de uygulanmaktadır. Bunun yanı sıra psikiyatri alanının kendine özel bir alan olması, birey, aile ve toplumla sosyal çalışma uygulamasını da gerekli kılmıştır (Özden, 2017: 128).

Psikiyatrik sosyal hizmetin tıp alanı içinde yer alması, medikal model kullanımını ortaya çıkarmaktadır. Yine psikiyatrik sosyal hizmet, toplum uzantısı olarak yürütülen mesleği icra ettiği için sosyal modelin kullanımını ayrıcalıklı kılmaktadır. Bu bağlamda biyo-psiko-sosyal modeller yaklaşımının psikiyatrik sosyal hizmete uygulama sahasında yönlendirdiği anlaşılmaktadır.

2.3.1. Medikal Model

Hastalığın tamamen mekanik yönüne odaklanmış olan bu yaklaşım, hastalıkların yapılan tetkikler ve gözle görülen sonuçlar ile ele alınması gerektiğini savunmaktadır. Bu model geleneksel bir yaklaşımın da simgesi konumundadır. Hastalığın sadece çözümü üzerinde durulan bu modelde, hastalığı etkileyen sosyo-ekonomik ve psiko-sosyal özellikler göz ardı edilmektedir. Aynı zamanda ruh hastalığına yönelik olumsuz tavır sergilediği için ruh sağlığında problem yaşayan kişileri kötü olarak nitelendirmekte ve kişileri sorumlu tutmaktadır. Sorunların çözümü için sadece profesyonel yaklaşımın kabul edilebileceğini söylemektedir (Oral ve Tuncay, 2012: 99).

2.3.2. Sosyal Model

Ortaya çıkan ruh sağlığı problemine bütüncül açıdan bakan bu model, sosyal çevrenin, kişilerin ruh sağlığı üzerinde olumlu ve olumsuz etkiye sahip olduğunu savunmaktadır. Sosyal model bütüncül bir bakış açısıyla biyo-psiko-sosyal yaklaşım ışığında sosyal değişkenlere dikkat çekmektedir. Medikal modelin aksine ruh sağlığında problem yaşayan kişilere karşı olumlu veya olumsuz bir bakış açısı sergilememektedir. Tarafsız bir yapıda kalarak hastalığın iyileştirilme sürecinde toplum ve birey arasında köprü görevini üstlenmektedir. Sorunların çözümü noktasında toplumun değiştirilmesi gerektiğini ifade etmektedir (Oral ve Tuncay, 2012: 99).

2.3.3. Biyo-psiko-sosyal Yaklaşım

Hastalıkların tek bir açıdan ele alınamayacağını, bir bütün olarak hastalıklara yönelik daha farklı sonuçlar elde edilebileceğini savunmaktadır. Hastalıklar karmaşık halde ve birbirini etkileyen çeşitli unsurlarla bir arada olduğu için sosyal, kültürel çevrenin iyi bilinmesi gerektiğini belirtmektedir. Kişilerin ruh dünyasını etkileyen unsurların bulunması, toplumda meydana gelen aksaklıkların ve eksikliklerin psikopatolojisinin anlaşılması bu yaklaşımı karakterize etmektedir (Oral ve Tuncay, 2012: 99).

Bu noktada psiko-sosyal kuram önemli bir yerde durmaktadır. Sosyal çalışma uygulamasını şekillendiren psiko-sosyal kuram, bireyin ilişki zeminini ve kaynaklara ulaşımı kontrol ederek diğer kuramları da etkilemektedir (Teater, 2014: 16).

2.4.Psikiyatrik Sosyal Hizmetin Uygulama Alanı Olarak Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

Çağımızın en büyük sorunlarından biri ruh sağlığı bozukluklarıdır. Çeşitli sebeplerle bozulan ruh sağlığı, kişinin sosyal, kişisel ve aile hayatını etkileyerek psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik birtakım sorunları beraberinde getirmektedir. Ortaya çıkan bu sorunlarla mücadele etmek için ruhsal hastalıkların erken teşhis edilmesi, hastalığın toplum içinde tedavisinin sağlanması gibi koruyucu-önleyici-tedavi edici hizmetlerin ortaya çıkmasını etkilemektedir (Attepe Özden, 2015: 192). Bu bağlamda koruyucu ruh sağlığı hizmetleri kapsamında toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri önemli bir yerde durmaktadır.

Dünya’da toplum temelli ruh sağlığı hizmetine geçişi hızlandıran birtakım faktörlerin meydana geldiği bilinmektedir. Bunlar psikiyatrinin tarihi dönemlerinde ayrıntılı olarak ele alınmaktadır. Özellikle Avrupa’nın Orta Çağ Karanlığı diye adlandırılan dönemi ruh hastalarına yapılan kötü muameleler ile anılmaktadır. Bu nedenle Avrupa tarihi açısından ruh hastaları toplumdan uzaklaşması, tecrit edilmesi gereken varlıklar olarak nitelendirilmiştir.

Ancak Avrupa tarihi için geçerli olan bu kötü tablo, ülkemiz için geçerli değildir. Ülkemizin geniş ve zengin tarihi mirası, bilimsel tarihimize olumlu bir şekilde yansımaktadır. Ruh hastalarına ve hastalıklarına verdikleri önem, Anadolu Selçuklu ve Osmanlı Devleti’nde yapılan uygulamalar üzerinde görülmektedir. Nitekim tarih öncesinden ruh hastalarının toplum içinden uzaklaştırılmadan tedavi edilmesi anlayışını ortaya koyan bu uygulamalar günümüzdeki uygulamalara örnek teşkil etmektedir (Alataş vd., 2009: 26). Bu anlamda TRSM’ler ülkemizin yabancı olmadığı bir uygulama metodu olarak faaliyet göstermektedir.

Ülkemizde ve Dünya’da kabul görmüş üç tip ruh sağlığı hizmet modeli bulunmaktadır. Bu modeller, hastane temelli model, toplum temelli model ve toplum-hastane denge modeli olarak bilinmekte, ruh hastalığına ve ruh hastalarına yönelik hizmet vermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011: 21).

Ruh sağlığı alanında farklı model denemesinin yapılmasında önemli bir tetikleyici insan odaklı yaklaşım olmuştur. Ortaya çıkan bu durum hastane temelli yaklaşımdan toplum

temelli yaklaşıma geçişi hızlandırmıştır. Ağır ruhsal bozukluğu olan hastalar ile uzun süre hastanede yatması gereken hastalar toplum temelli modelin hedef kitlesini meydana getirmiştir. Toplum temelli modelde hastaların sadece medikal tedaviye ihtiyaç duymadığı, aksine ekonomik, sosyal, tıbbi ve hukuki desteğe de ihtiyaç duyduğu ortaya çıkmıştır. Bu anlamda ruhsal hastalık, bir halk sağlığı sorunu olarak literatürde yerini almıştır (Alataş vd., 2009: 27).

Tarihsel süreçte ortaya çıkan hizmet modellerinin sonucunu tartışmak, ruh hastalıklarına yönelik gelinen noktayı analiz etmek ve hastaları kurum merkezli tedaviden toplum merkezli tedavi içinde değerlendirmesini yapmak üzere DSÖ, Avrupa Bölgesi ülkeleri sağlık bakanlıkları temsilcilerinin katılımı ile 2005 yılında Helsinki’de bir toplantı gerçekleştirmiştir. Toplantı sonucunda Avrupa ülkeleri için ruh sağlığı eylem planı ortaya çıkarılmıştır. Bu eylem planına göre ana başlıklar 12 maddede toplanmış olup aşağıdaki gibi özetlenmiştir:

- “1. Bütün bireyler için ruh sağlığını geliştirmek,
2. Halk sağlığı politikalarının ruh sağlığı hizmetlerine potansiyel etkisini dikkate almak,
3. Damgalama ve ayrımcılıkla mücadele etmek,
4. Riskli yaşam evrelerine özgü aktiviteler geliştirmek,
5. İntiharı ve ruh sağlığı sorunlarını önlemek,
6. Ruh sağlığı sorunları için iyi bir birinci basamak bakımına erişimi sağlamak,
7. Ağır ruhsal hastalığı olan kişiler için toplum temelli hizmetlerle etkin bakım sunmak,
8. Sektörler arasında işbirliği kurmak,
9. Yeterli ve yetkin işgücü oluşturmak,
10. Ruh sağlığının durumu ve ihtiyaçları ile ilgili yeterli bilgi temin etmek,
11. Yeterli ve kayda değer miktarda maddi kaynak sağlamak,
12. Etkinliği değerlendirmek ve yeni bulgular elde etmek için çalışmalarını desteklemek.” (Sağlık Bakanlığı, 2011: 3).

Dünya’da ve ülkemizde ruh hastalıklarına yönelik olarak ortaya çıkan bu tutum, ülkemizin ruh sağlığı politikasını etkilemiştir. 2005 yılında hazırlanan ruh sağlığı eylem planını Sağlık Bakanlığı dikkate almış, 2006 yılında “Ulusal Ruh Sağlığı Politikası” metnini yayınlamaya karar vermiştir. İlgili metinde DSÖ’nün ruh sağlığına yönelik evrensel politikaları yer almıştır. Ruh sağlığı alanında istenilen çağdaş yaklaşımlar metnin ana çerçevesini oluşturmuştur. Ulusal Ruh Sağlığı Politikası’na ait öne sürülen temel öneriler ise şu şekilde sıralanmıştır:

- “– Ruh sağlığı sisteminin toplum temelli olması, genel sağlık sistemine ve birinci basamağa entegre edilmesi,

- Toplum temelli rehabilitasyon çalışmalarının yapılması,
- Ruh sağlığı alanına ayrılan paranın artırılması,
- Ruh sağlığı hizmetlerinin kalitesinin artırılması,
- Ruh sağlığı alanı ile ilgili yasaların çıkarılması,
- Damgalamaya karşı hasta haklarının savunulması,
- Ruh sağlığı alanında eğitim, araştırma ve insan gücünün artırılması.” (Sağlık Bakanlığı, 2011: 4).

Helsinki’de ortaya atılan eylem planı ile Ulusal Ruh Sağlığı Politikamız incelendiğinde temelde aynı noktalara vurgu yapıldığı fark edilmektedir. Özellikle damgalamaya yönelik hasta haklarını korumak, ruh hastalıklarının tedavisinde maddi kaynakları sağlamak, insan ve toplumsal kaynakları bir araya getirmek ülkemizin ve Dünya’nın ruh hastalıklarına yönelik ortak amaçlarını oluşturmaktadır. Aynı zamanda toplum temelli bir ruh sağlığı hizmetinin sunulması gerektiği diğer bir ortak görüşü meydana getirmektedir.

2.4.1.Ruhsal Hastalıkların Sosyal, Ekonomik, Hukuki ve Tıbbi Boyutta Ele Alınması

Ulusal ve uluslararası eylem planı TRSM’lerin kurulmasını hızlandırmış, toplum temelli bir anlayışın benimsenmesini sağlamıştır. Nitekim TRSM’ler ruh hastalıklarının sadece medikal tedavi yöntemi ile iyileştirilmeye çalışıldığı anlayışını ortadan kaldırmıştır.

Ruhsal hastalığın sadece biyolojik yönüne odaklanarak çözülmeye çalışılması, hastalıklarda sosyal, hukuki, ekonomik boyutları eksik bırakmaktadır. Özellikle hastayı yaşadığı çevre içinde ele almayan anlayış hastalığı tüm boyutları ile değerlendirmeye engel olmaktadır. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı’nda öne sürülen sosyal, ekonomik, hukuki ve tıbbi boyut, hasta ve hasta yakınlarının yaşadığı sorunları ve hissettikleri duyguları kategorize haline getirmiştir.

2.4.1.1.Sosyal Boyut

- “–Ağır ruhsal hastalığı olan hastalar çoğu kez bakıma ihtiyaç gösterirler, bu durum ailenin yaşadığı ekonomik ve sosyal yükü daha da ağırlaştırır,
- Hastalar aileleri ve toplumla ilişkilerinde güçlükler yaşamaktadırlar,
 - Ailelerin ihmali ve istismarı ile karşılaşılabılır,
 - Hastalar, hastalığın pozitif belirtileri sebebiyle kendilerine ve başta aileleri olmak üzere çevrelerine fiziksel olarak zarar verme potansiyeli taşıyabilirler,
 - Ev ve hastane dışında zamanını değerlendirebileceği koşullardan yoksun olmaları nedeniyle sosyal izolasyonları kalıcı hale gelmektedir,
 - Toplumsal önyargı ve dışlamalara maruz kalmaktadırlar. Bundan sadece hasta değil aile de zarar görmektedir,

–Aileler karşı karşıya kaldıkları bu ağır sorunla nasıl baş etmeleri gerektiği konusunda bilgi sahibi olmadıklarından maruz kaldıkları sonuçlar sebebiyle çaresizlik hissetmektedirler.” (Sağlık Bakanlığı, 2011: 23).

Yukarıda, genel olarak, hasta ve yakınlarının karşılaştığı sosyal sıkıntılardan bahsedilmektedir. Ruhsal hastalığın kendisi ciddi bir problem iken hastalığın beraberinde getirdiği dışlanma, ötekileştirme gibi güçlükler hem hastaya hem de çevresine ağır duygusal yıkımlar yaşatmaktadır. Ruhsal hastalığın aile içinde bilinmemesi, fark edilmemesi ya da önemslenmemesi gibi durumlar sosyal boyuta zarar veren diğer önemli bir konuyu meydana getirmektedir. Hastalığın bilinmemesi ayrı bir kısmı alanını oluştururken hastalığı inkâr, kabul etmeme daha farklı bir bölümü oluşturmaktadır. Çünkü ruhsal bozukluk genelde halk arasında anlaşılamayan, tıbbi bir rahatsızlık olarak görülmektedir. Ancak hastalığın hastanın çevresi tarafından sürekli reddedilmesi hastaya en büyük zararı vermektedir. Nitekim hastalığın önlenmesi ve etkili tedavinin uygulanabilmesi için ilk atılacak adım hastalığın kabullenilmesi sürecidir.

2.4.1.2.Ekonomik Boyut

“–Hastalar ailelerine bağımlı yaşamaktadırlar,
–Hastalığın çeşitli dönemlerinde bakıma ihtiyaç duyulduğundan aileden en az bir kişinin çalışma veriminin azalmasına ya da hiç çalışmamasına neden olmaktadır,
–Eğitimlerini tamamlamada güçlük çekmeleri nedeniyle meslek sahibi olamamaktadırlar,
–Meslek sahibi olmuş hastalar gerek hastalığın birincil etkileri gerekse iletişimde yaşadıkları güçlükler ve sosyal beceri yoksunluğu nedeniyle verimli çalışmamakta veya işlerini bırakmaktadırlar,
–Yetersiz ekonomik koşullarda yaşamlarını sürdürmektedirler,
–Düzenli takip ve tedavileri yapılamadığı zaman alevlenme sıklığı ve şiddeti artmakta ve hastaneye yatış sıklığı ve süresi uzamaktadır. Bu sebeple zaten çoğunlukla ekonomik değer üretmeyen hastanın ülke ekonomisine maliyeti artmaktadır,
–Hasta çoğu kez düzenli takip ve tedavi olanağına ulaşamadığından alevlenme belirtileri ağır olmakta, tedaviye ulaşması ancak kolluk kuvvetlerinin müdahalesi ve çoğunlukla yaşadığı yerden uzakta başka bir şehre nakli ile mümkün olmakta bu durumda hem sosyal hem de ekonomik maliyetleri artırmaktadır.” (Sağlık Bakanlığı, 2011: 23).

Ruhsal bozukluğun fark edildikten sonra tedavi altına alınması, devlete, hastaya ve hasta yakınlarına maddi yük oluşturmaktadır. Hastalar hastalığın getirdiği sorunlar nedeniyle eğitimlerine devam edememekte, düzenli bir işte çalışmamaktadır. Dolayısıyla ruhsal bozukluğu olan bireylerin ülke ekonomisine katkısı tartışmalı bir

konu şeklinde ele alınmaktadır. Ruhsal hastalığın en büyük sıkıntılarında biri de kendilerine bakan kişilerin çalışmalarına engel olmalarıdır. Düzenli bakıma ihtiyaç duyan hastalar, aile, akraba, komşuları tarafından yardım edilmektedir. Hasta yakınları başlangıçta hastanın duygusal yükünü hafifletmek için yanında olma ihtiyacı hissederken sonraları hastalığın tedavisi için çalışmak zorunda oldukları gerçeğiyle karşılaşmaktadırlar. Bu sebeple ruhsal hastalık çift yönlü maddi bir sorun olarak değerlendirilmektedir.

2.4.1.3.Hukuki Boyut

“–Çoğu mümeyyiz olmayan hastaların düzenli tıbbi ve hukuki kayıtlarının olmaması ve ilgili yerlerin haberdar olmaması nedeniyle yanlış hukuki işlemler yapılabilmekte ve hasta ve/veya ikinci kişilerin hak ihlali söz konusu olabilmektedir,

–Yine aynı nedenlerle hastanın askere alınması veya silah ruhsatı alması gibi hasta ve toplum açısından risk oluşturabilecek işlemler yapılabilmektedir,

–Hastalar ve yakınları, sosyal hakları konusunda bilgilendirilme ve bilinçlendirilme eksikliği nedeni ile hak kaybına uğramaktadırlar,

–Vesayet altına alınan hastaların bir kısmında, vasilerinin ilgisizliği ve ihmali olabilmekte, ancak bunun tespiti, takibi ve gerekli mercilere bildirim yapılamamaktadır.” (Sağlık Bakanlığı, 2011: 23-24).

Hukuki boyuttaki en önemli mesele, hasta ve yakınlarının hak kaybına uğramalarıdır. Bu durumun engellenebilmesi için kanun koyucuların ruhsal hastalığı geniş çapta ele almaları gerekmektedir. Konu ile alakalı bir diğer mesele, hastalığın fark edilmeyerek hastanın askere gitmesi, silah kullanmasıdır. Burada öncelikli görev ailelere düşmektedir. Ailelerin ruhsal hastalık konusunda bilinçlenmesi, hastalıklardan kaçmak yerine onlarla yüzleşmesi gerekmektedir.

2.4.1.4.Tıbbi Boyut

“–Hastalık, yaşam boyu sürmekle birlikte çoğu kez iyi planlanmış ve sürdürülebilir bir medikal tedaviye iyi yanıt verir. Hastalığın sık alevlenmesinde ve hastaneye yatış gerektirmesinde medikal tedavinin sürdürülememesi önemli rol oynar. Hastaların tedavisi ve tedaviye uyumu/uyumsuzluğu periyodik olarak takip edilirse alevlenme sıklığı, şiddeti ve/veya hastaneye yatış sıklığı azalabilmektedir,

–Hastalığın alevlenme döneminden önce ortaya çıkan bazı uyarıcı işaretler vardır. Bu işaretler erken tanınıp müdahale edilirse hastalık alevlenmeyebilir. Uyarıcı işaretler hastaya ve/veya yakınlarına öğretilir veya sağlık personeli tarafından tespit edilebilirse erken medikal müdahale yapılabilir ve alevlenme önlenir,

- Hastalığın prognozunda ailenin hastaya, hastalığa ve tedaviye ilişkin tutumu belirleyici bir rol oynar. Aile hastalıkla ilgili bilgilendirilirse hastaya karşı, hastalık ve tedaviye ilişkin tutumu iyileştirilebilir ve bu da prognozu olumlu etkiler,
- Sık alevlenme hastalarda kalıcı bilişsel kayıplara yol açar ve bunun sonucunda hastalık belirtileri yüzünden sosyal izolasyona maruz kalmış olan hasta tamamen soyutlanabilir ve kendi bakımına ilişkin en temel rutinleri bile yapamaz hale gelebilir. Yukarıda sıralanan müdahalelerle alevlenme sıklığı azaltılacağından hastaların yıkımı önlenebilir veya geciktirilebilir,
- Psikiyatride yalnız ağır ruhsal hastalığı olan hastalar için değil bütün hastalık grupları için “iyileştiren ilişki” kavramı vardır. Bizzat hastayla kurulan ilişkinin kendisinin iyileştiren, belirtileri sınırlayan bir etkisi bulunmaktadır. Ailelerinin bile sağlıklı bir ilişki kur(a)madığı hastalara yapılan periyodik ziyaret, onunla ilgilenilmesi ve yardım çabaları hastalığın hem doğasını, hem de prognozunu olumlu etkileyecektir,
- Ağır ruhsal hastalığı olan hastalar çoğu kez zeka ve beceri sorunu olmayan hastalardır. Uygun terapi ve rehabilitasyon programlarıyla en azından öz-bakımlarını sağlayabilecekleri gibi üretime de katkıda bulunabilirler. Takipler sırasında uygun hastaların terapi ve rehabilitasyon programlarına yönlendirilmesi sağlanabilir, böylece hem bakım verenin yükü azaltılabilir hem de hastanın evden çıkması ile pek çok yarar elde edilebilir (sosyal işlevsellikte artış, üretime katkı ve özgüvende artış, maddi koşullarının iyileşmesi vb.)” (Sağlık Bakanlığı, 2011: 24).

Tıbbi boyut, sadece medikal tedavinin ele alındığı ve değerli görüldüğü bir mesele değildir. Aksine sosyal işlevselliği, ekonomiyi de beraberinde getiren çok boyutlu bir tedavi anlayışına atıfta bulunmaktadır. Nitekim ruhsal hastalığın ömür boyu düzenli tedavi edilmesi anlayışı tıbbi boyutun içinde önemli bir yerde durmaktadır. Düzenli tedavi ile ruh hastalarının alevlenme dönemleri geciktirilebilmektedir. Dolayısıyla hastalığın daha kötüye gitme süreci ötelenmektedir. Medikal tedavinin etkili bir şekilde yürütülebilmesi için psikiyatri ekibinin hastaya yaklaşımı ele alınması gereken konulardan biridir. Hasta ve yakınları söz konusu ekip tarafından hastalık hakkında bilgilendirilmeli, hastalığın uyarıcı işaretleri anlatılmalı, sık sık hasta ziyaretleri ile hastanın motivasyonu yükseltilmelidir. Bu sayede ruhsal hastalığın olumsuz seyri değişecektir. Medikal tedaviye ek olarak hastanın toplum tarafından kabulünü sağlayacak, hastaya toplum içinde var olduğunu hissettirecek işlerin yaptırılmasıdır. Bu anlamda ergo terapi ve rehabilitasyon çalışmaları hastaya ve yakınlarına sunulabilir. Hastanın bu sayede kişisel bakım ve becerilerini yapabilmesi, iletişim gücünün artırılması, sosyal izolasyon durumunun ortadan kaldırılması sağlanabilir.

2.4.2. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli, Amacı ve Önemi

Hastane temelli model ile hastanın sosyal, ekonomik, hukuki ve tıbbi sorun alanlarına yönelik etkin, verimli çözüm önerileri üretilememektedir. Özellikle hastalığın alevlenme evresinde hastaneye getirilen hasta için birtakım sorunlar ortaya çıkmaktadır. Nitekim bu sorunlar, bir halk sorununa işaret ettiği için hastane temelli sistemin değiştirilmesini ve toplum temelli psikiyatri modeline geçilmesini öncelikli hale getirmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011: 24).

TRSM'ler toplum psikiyatrisi uygulamasının çekirdek kurumu olarak kabul edilmektedir (Sayıl, 2004: 21). Bu kapsamda Sayıl (2004)'te TRSM'ler ile ilgili yedi oluşumlu bir aşamadan bahsetmektedir. İlk basamakta toplum psikiyatrisi ilkeleri dikkate alınarak uygulama yapılmaktadır. İkinci basamakta sınırları belli olan bir sektörleşmeden söz edilmektedir. Sektörleşme ile sınırlı bölgede yaşayan kişiler ifade edilmektedir. Üçüncü basamakta TRSM'nin toplumsal ihtiyacı belirlenmektedir. Dördüncü basamakta epidemiyolojik bilgiler ortaya çıktıktan sonra klinik ve sosyal ihtiyaçlar analiz edilmektedir. Sistemik ve düzenli bir şekilde yapılmış vaka kaydı dördüncü basamak için kolaylaştırıcı bir rol oynamaktadır. Beşinci basamakta ruh hastalıkları yeti yitimi bakımından değerlendirilerek aciliyet durumuna göre düşük, orta, yüksek gruplar şeklinde kategorize edilmektedir. Altıncı basamakta ruh sağlığı bozulmuş hastaların bireysel, sosyal, ekonomik, hukuki, tıbbi ihtiyaçları kapsamlı bir şekilde yaşadıkları çevre içinde değerlendirilmektedir. Yedinci basamak diğer bütün basamaklarda yer alan hizmetlerin etkili bir şekilde ulaştırılmasını hedeflemektedir. Son basamak için önemli olan üç nokta bulunmaktadır. Bunlar bakımın sürekliliği, bakımın koordinasyonu ve bakımın entegrasyonudur (Sayıl, 2004: 22-24).

Sayıl'ın toplum temelli ruh sağlığı modeli için ifade ettiği yedi basamağı Yanık (2009), üç kriter etrafında toplamış bulunmaktadır. Söz konusu kriterler aşağıdaki gibidir:

1. Coğrafi temelli hizmet,
2. Ruh sağlığı ekibi ile verilen hizmet,
3. Tanımlanmış bölgeye hizmet için kurulmuş 20 yataklı psikiyatri servisi, Gündüz Hastanesi ve Rehabilitasyon Merkezi ve bakım kurumları.” (Yanık, 2007: 9).

Yanık'ın (2007) ve Sayıl'ın (2004) bahsettiği toplum ruh sağlığı modelinin uygulanabilmesi için ülke belli bir coğrafi bölgeye ayrılmaktadır. Coğrafi bölge ile sınırlı bir yerde yaşayan insanların oluşturduğu sektörleşmeye atıf yapılmaktadır. Bu

bölgeler ülke nüfusunun 100 bin ile 300 binlik kısmını oluşturmaktadır. Yeterli sayısal çoğunluğa ulaşan bölgelerde toplum ruh sağlığı merkezinin açılması planlanmaktadır. TRSM’de her hasta için yapılacak kayıt işlemi ve bireysel faaliyetler yazılı olarak planlanmıştır. Bu şekilde bir sistemin uygulanması, kronik ve ağır ruhsal rahatsızlığı olan hastaların takip ve tedavilerini kolaylaştırmaktadır. Böyle bir düzenin sağlanabilmesi, ruh sağlığı ekibinin sistemli bir şekilde çalışmasına bağlıdır.

TRSM’deki asıl amaç hastaların toplum içinde soyutlanmalarını önlemektir. Bunun yanı sıra dışlanma ve damgalama gibi insan onurunu zedeleyen olumsuz duyguları ortadan kaldırmak ve hastaların toplumla birlikte yaşamalarını sağlamaktır (Gökçearslan Çifci vd., 2015: 168).

Bu amaçlar doğrultusunda Sağlık Bakanlığı 2006 yılında ruh sağlığı politikasında değişikliğe gitmiş, hastane temelli modelden toplum temelli modele geçme kararı almıştır. Toplum temelli modelin ilk basamağı olarak bilinen Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) açılması planlanmıştır. Sağlık Bakanlığı TRSM’lerin açılmasına yönelik 2009’da aldığı karar ile pilot çalışmalarını başlatmıştır. Çıkan sonuçlar değerlendirilerek 2011 yılında Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge yayınlanmış ve uygulamaya koyulmuştur.

Sağlık Bakanlığı tarafından TRSM’lere yönelik çıkartılan bu yönerge ile aşağıdaki hedefler amaçlanmıştır:

“ağır ruhsal bozukluğu olan hastalara, toplum temelli ruh sağlığı modeli çerçevesinde psikososyal destek hizmetlerinin verilmesi, takip ve tedavilerinin gerektiğinde evde sağlık hizmetleri uygulamasına entegre bir şekilde yaşadıkları ortamda sunulabilmesi için, Sağlık Bakanlığına ait yataklı sağlık tesislerine bağlı olarak faaliyet göstermek üzere toplum ruh sağlığı merkezlerinin kurulması ve işleyişi, asgarî fizikî şartları ile bulundurulması gereken araç, gereç ve personel standardının ve ilgili personelin görev, yetki ve sorumlulukları ile uygulamanın denetimine ilişkin usul ve esasların belirlenerek hizmetin etkin ve ulaşılabilir bir şekilde sunulmasını sağlamaktır.” (Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge, 2011).

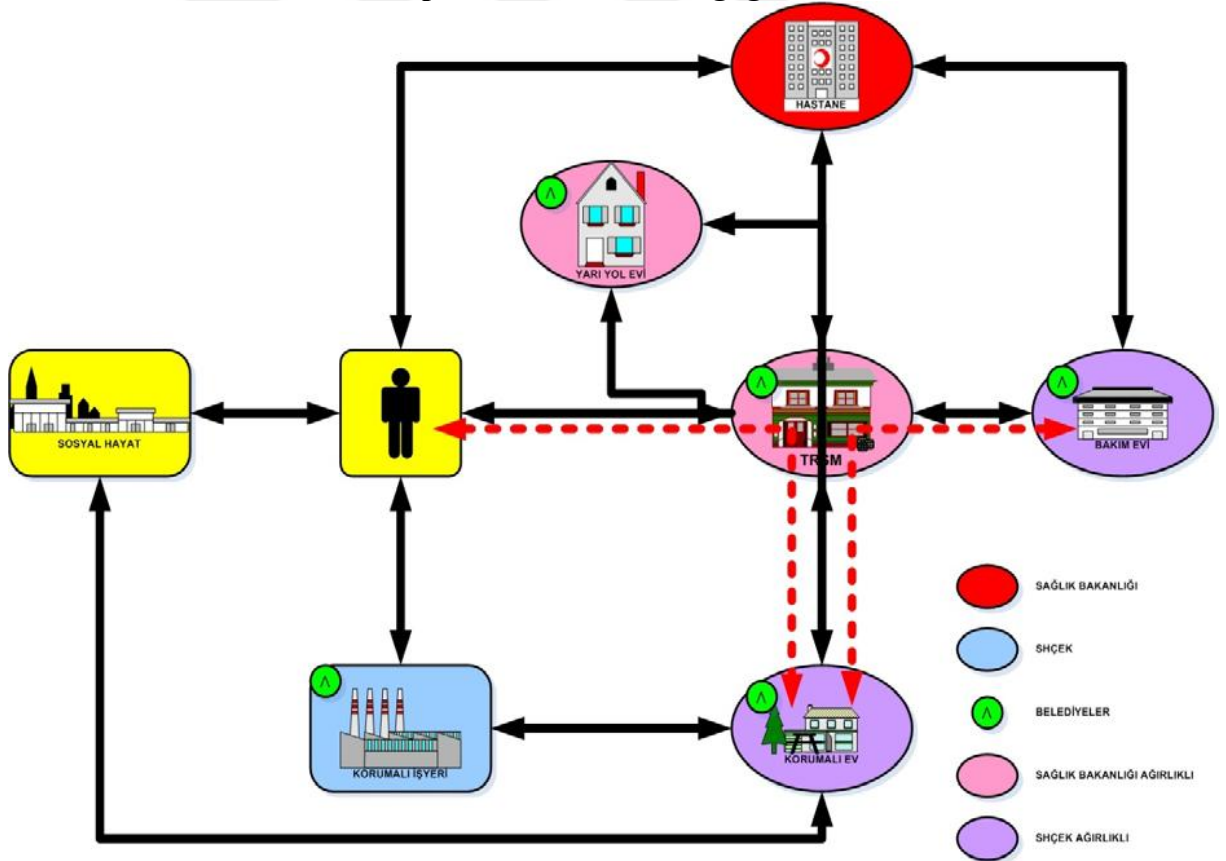
TRSM’lere yönelik çıkartılan bu yönerge ile ağır ruhsal bozukluğu olan hastalar sosyal çevrelerinden uzaklaştırılmadan aileleri yanında tedavi olma imkânı bulmaktadır. Psikiyatrist, sosyal çalışmacı, psikolog, hemşire, uğraş terapisti gibi meslek elemanları bir ekip halinde hareket ederek ruhsal bozukluğu olan kişileri topluma kazandırmaya çalışmaktadır. Ruh sağlığı bozulan kişiler, TRSM’de bulunan ergo terapi ile beceri

eğitimi kazanarak bir iş sahibi olabilmektedirler. Bu sayede öz bakım becerilerini kullanmasına yardımcı olarak kişilere toplumsal hayatta var olduğu hissettirilmektedir.

Ruhsal bozukluğu olan hastalar TRSM'de ya da kendi yaşadıkları çevrede gezici ekipler eşliğinde yapılan ev ziyaretleri ile tedavi edilmekte, düzenliliği ve sürekliliği olan kontroller ile hastalığın alevlenme dönemleri geciktirilmektedir. Ruh sağlığı bozulmuş kişilerin sosyal çevreden uzaklaşmadan tedavi altına alınmaları sosyal izolasyonu önleyen bir göreve sahiptir. Bu sayede hasta ve yakını kurum temelli bakımın getirdiği ağır ruhsal yıkımı yaşamamaktadır (Ensari vd., 2013: 109).

TRSM'lere yönelik oluşturulan bu amaçlar ve anlatılan uygulamalar Şekil 4'te Őematize edilmiştir. Söz konusu Şekil 2011 yılında Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nda ortaya çıkmıştır.

Şekil 4. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli



Toplum temelli modelde ana hedefi hastanın ailesinin veya yakınlarının yanında yaşamını sürdürmesi oluşturmaktadır. Fakat bunun sağlanamadığı koşullarda hastaları büyük hastanelere yatırmak yerine toplum içinde onun bir parçası olarak yaşayabilecekleri yerlere yerleştirmek gerekmektedir.

Bu kapsamda şekil 4 incelendiğinde TRSM merkez kurum olarak Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerden hastaları transfer etmektedir. Bakımevi ya da korunaklı ev üzerinden TRSM'ye; TRSM'den de bakımevi ya da korunaklı eve hasta gelmektedir. Yine şekil 4 incelendiğinde ruh sağlığı bozulmuş birey hastane ortamından sosyal hayatın yaşandığı alana doğru bir ilerleme kat etmektedir. Hastane ortamında sağlanan medikal tedavi sosyal bir ortam ile desteklenerek ruh hastalığının tedavisini kolaylaştırmaktadır. Toplumsallık üzerinden çizilen bu şekil hasta ve yakınına TRSM'nin amaçlarına yönelik faaliyetleri sunmaktadır.

Ancak şekil 2011 yılında oluşturulduğu için TRSM'ye yardımcı olabilecek bazı kurumlarda değişiklik meydana gelmiştir. Örneğin SHÇEK yerine şuan Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (ASPB) hizmet vermektedir. Dolayısıyla TRSM'lere uyum sağlayacak ve entegre olacak sosyal hizmet kurumu ASPB'dir.

2.4.3. Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Çalışan Sosyal Çalışmacının Görev ve Sorumlulukları

TRSM'de çalışan ruh sağlığı ekibi psikiyatri uzmanı, psikolog, psikiyatri hemşiresi, sosyal çalışmacı, ergoterapist, uğraş terapisti ve diğer yardımcılarından meydana gelmektedir. Bu ekibin önemli bir özelliği aktif bir şekilde hareket edebilmesidir. Sadece TRSM'ye bağlı kalmayan ekip, hastayı yaşadığı çevre içinde tedavi altına almaktadır. Bu nedenle TRSM'ler ana hastanenin dışında kurulacak şekilde planlanmaktadır.

Ekipte yer alan her meslek dalı için görev ve sorumluluklar TRSM'ler Hakkındaki Yönerge'de belirlenmiştir. Sosyal çalışmacı, psikolog ve hemşirenin ortak görev ve sorumlulukları ile ekipte bulunan her mesleğin kendine özgü görev ve sorumlulukları da açıkça ifade edilmiştir (Saruç ve Kaya Kılıç, 2015: 59).

Söz konusu yönergeye göre madde 10'da geçen sosyal çalışmacı, psikolog ve hemşirenin ortak görev ve sorumlulukları şunlardır:

- “ 1)Merkeze gelen hasta veya yakınlarına merkezin amacı ve işleyişi hakkında bilgi vermek.
- 2)Hastalara bireysel danışmanlık hizmeti vermek, grup terapisi yapmak ve psikososyal beceri eğitimi vermek.
- 3) Hasta ve ailelerine psiko-eğitim vermek.
- 4) Gezici ekibinin çalışmalarına katılmak.
- 5) Ev ziyareti sırasında yatış endikasyonu gerektiren bir durum tespit edilirse, hastanın ilgili kliniğe nakledilmesini sağlamak.
- 6) Sosyodemografik veri formunu doldurmak, takip görüşmelerinde izlem ölçeklerini kullanmak.
- 7) İstatistiksel bilgilerin toplanmasında ve değerlendirilmesinde görev almak.
- 8) Merkeze devamı sağlanamayan hasta veya yakınlarıyla irtibat kurmak ve merkezin hastayla bağlantısını oluşturmak.
- 9) Toplumun bilgilendirilmesiyle ilgili ve damgalama karşıtı çalışmalar yapmak.” (Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge, 2011).

Sosyal çalışmacı, psikolog ve hemşirenin ortak görev ve sorumlulukları incelendiğinde genel olarak bilgilendirme, bilinçlendirme, eğitim verme çalışmalarında buldukları fark edilmektedir. Hasta ve yakınının iletişim kurmada güçlük çektiği noktalarda ara bulucu görevini üstlenmektedirler. Ev ziyaretleri ile hasta ve yakınının alevlenme döneminde göremediği ya da fark edemediği biyo-psiko-sosyal-ekonomik nedenleri tespit ederek kurumlar arası işbirliği çalışmasını organize etmektedirler. Aynı zamanda ev ziyaretleri ile TRSM'ye düzenli gelmeyen hastalar tespit edilerek tedaviye tekrar yönlendirmeleri sağlanmaktadır. Hasta ve yakınının TRSM'ye gelmek istemeyişinin altında yatan barınma, maddi destek gibi sebepler yine gezici ekibin gözlemleri neticesinde anlaşılmaktadır.

Ekip çalışması ile TRSM'de aktif görev alan sosyal çalışmacının ortak görevleri dışında kendisine ait görev ve sorumlulukları ilgili yönergede bahsedilmektedir. Söz konusu sosyal çalışmacıya ait görev ve sorumluluklar şu şekilde belirtilmiştir:

- “1) Merkezin sorumlu olduğu bölgedeki hastaların tespit edilmesi ve merkeze kaydını temin etmek için ilgili kurum ve kişilerle irtibat kurar,
- 2) Hasta ve/veya yakınlarıyla irtibat kurarak merkez hakkında bilgi verir ve merkeze davet eder,
- 3) Hastaneye yatışı gereken, bakıma muhtaç ya da çalışabilecek duruma gelmiş hastaların; hastane, bakım kurumu, korumalı iş yeri ihtiyacına cevap verebilmek için ilgili kurumlarla irtibat kurar,
- 4) Damgalama karşıtı çalışmalar için kurumlar arası işbirliğini sağlar ve geliştirir,

- 5) Hastaları sosyal ve hukuki hakları konusunda bilgilendirir, karşılaştıkları güçlüklerin çözümlenmesinde destek hizmeti verir,
- 6) Sivil toplum kuruluşları ve diğer kurumlarla ilişkileri sağlar.” (Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge, 2011).

Sosyal çalışmacıya çizilen görevlere bakıldığında, sosyal çalışmacının, TRSM'nin ana damarını oluşturduğu ortaya çıkmaktadır. Nitekim hastanın tespiti, TRSM'ye kaydı sosyal çalışmacı vasıtasıyla yapılmaktadır. Bu anlamda sosyal çalışmacı, mesleki uygulama biçimi olarak arabuluculuk rolünü yerine getirmektedir.

Sosyal çalışmacı, ruh sağlığı bozulmuş bireylerin aciliyet durumlarına göre hastaneye yatışına yardımcı olmaktadır. Yatışı yapılan hasta ve çevresinin ekonomik desteğe ihtiyacı var ise bunun temin edilmesini sağlamaktadır. Aynı zamanda hasta yakınının iş arama talebine katkıda bulunarak şehirde bulunan iş imkânlarını devreye koymaktadır. Hastaneden çıkışı sağlanan hastanın takip ve tedavilerine devam ederek kendisini gerçekleştirmeye yardımcı olacak iş bulma arayışına destek olmaktadır.

Ruh sağlığı bozulmuş bireylerin en sık karşılaştığı sorun alanı olan damgalama ve ötekileştirme ile mücadelede sosyal çalışmacı aktif rol oynamaktadır. Toplum mesleği olarak kabul gören sosyal hizmet, halk arasında korkup kaçılan bir konumda olan ruh hastalarını topluma, toplumu da ruh hastalarına benimsetmektedir. Bu anlamda sosyal çalışmacı mesleki uygulama olarak arabuluculuk görevini yerine getirmektedir.

Hastaların karşılaşılabilecekleri hak ihlalleri konusunda hasta ve yakınları önden bilgilendirmektedir. Hasta ve hasta hakları kapsamında hukuki sınırları gerek ev ziyaretleri ile gerekse TRSM'de yardımcı olmaktadır.

Sosyal çalışma mesleğinin en önemli görevlerinden birisi olan sivil toplum kuruluşları ile ortak hareket etme, ruhsal rahatsızlığı olan bireylere yönelik faaliyetlerde de kullanılmaktadır. Sivil toplum kuruluşları aracılığıyla ruh sağlığı bozulmuş bireyler ve yakınları için toplumsal algılar bu sayede değişme imkânı bulabilmektedir. Özellikle sivil toplum kuruluşlarının duyarlı çalışmaları damgalama ile mücadele etmek zorunda kalan ruh hastaları ve çevrelerine çok büyük destek vermektedir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: ALAN ARAŞTIRMASI

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Dört yıllık üniversite hayatında temel eğitimden geçen sosyal hizmet bölümü lisans öğrencileri, müfredatta yer alan dersler çerçevesinde akademik anlamda bilgi birikimi kazanmaktadır. Öğrenciler, eğitim süreci bittikten sonra sosyal çalışmacı unvanı ile bir gurup müracaatçı ile sosyal hizmet mesleğini uygulamaya çalışmaktadır. Bu bağlamda mesleğin uygulama boyutu akademik kazanımlar ile şekillenmekte ve desteklenmektedir. Daha çok dezavantajlı grup olarak nitelenen müracaatçı kitlesi ile muhatap olan sosyal hizmet mesleği, zor, yıpratıcı ve kronikleşmiş birçok durumun çözülmesi için uğraş vermektedir. Sorunun çözümü için problem tespiti ile işe başlayan sosyal çalışmacı, durumun analizini yapmak için bir takım mesleki bilgilerini kullanmaktadır. Bu noktada sorunlar, akademik alt yapıya dayanan mesleki bilgi vasıtasıyla bütüncül yaklaşımla çözülmeye çalışılmaktadır.

Sosyal çalışmacı, müracaatçıyı değerlendirirken aile yapısı, kültürel özellikler, gelir, eğitim durumu, suç işleme eğilimi, alkol-madde kullanımı, göç, sosyal işlevsellik, ruh sağlığı gibi çeşitli değişkenler kullanmakta, sorunların sosyo-ekonomik ve psiko-sosyal yansımalarına bakmaktadır. Sorunların çözümü noktasında ruh sağlığı, sosyal çalışmacı için önemli bir kriter olarak kabul edilmektedir. Çünkü ruh sağlığı yerinde olmayan birey, toplumsal hayata katılamaz, kendini gerçekleştiremez. Bu bilinçle hareket eden sosyal çalışmacı, çoğu zaman sorunların temelini ruhsal hastalıkların oluşturduğunu, aynı zamanda ruh sağlığında meydana gelen değişmelerin, sosyo-ekonomik hayata olumsuz bir şekilde yansıdığı farkındadır.

Sosyal çalışmacının mesleki hayatta ruh sağlığına dair akademik bilgisini kullanması, müracaatçıda meydana gelen krizin ve travmanın çözümüne katkı sağlamaktadır. Bu anlamda holistik yaklaşım gereği psikoloji ve psikiyatri disiplinlerinden faydalanarak, müracaatçının ruh dünyasını anlamaya ve anlamlandırmaya çalışmaktadır.

Uygulamalı bir meslek ve akademik bir disiplin olarak sosyal hizmetin, ruh sağlığı ve ruhsal hastalık ile ilişkisi bu çalışmanın ana çerçevesini meydana getirmektedir. Dolayısıyla bu araştırmanın temel amacı, sosyal hizmet lisans öğrencilerinin ruhsal

hastalığa yönelik inançlarını değerlendirmek, tutumlarını ve bakış açılarını analiz etmektir. Temel amacın yanı sıra sosyal hizmet eğitiminde disiplinler arası yaklaşımın önemi belirtmek, ruhsal hastalıkları değerlendirirken sosyo-demografik özelliklerin yansımalarını ortaya koymak, psikiyatrik sosyal hizmet dersinin önemini vurgulamak ve ruhsal hastalıkların farkındalığı ile yapılan sosyal hizmet mesleğinin önemini açıklamak bu araştırmanın diğer amaçlarını oluşturmaktadır.

3.2. Araştırma Soruları

Araştırmanın sonunda söz konusu amaçlar doğrultusunda aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır:

- Sosyal hizmet lisans birinci sınıf öğrencileri ile üçüncü sınıf öğrencileri arasında ruhsal hastalıklara yönelik inançlar açısından fark var mıdır?
- Sosyal hizmet lisans öğrencileri ruhsal hastalıkları nasıl anlamlandırmaktadır?
- Ruhsal hastalıklar ile ilgili olarak disiplinler arası yaklaşım sosyal hizmet eğitiminde nerede durmaktadır?
- Psikiyatrik sosyal hizmet dersi, öğrencilerin ruhsal hastalıkları değerlendirme kriterlerini etkilemiş midir?
- Ruhsal hastalıklara yönelik inançlar üzerinde sosyo-demografik özellikler etkili olmuş mudur?
- Sosyal hizmet bölümü lisans öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeğinden aldığı ortalama puanlar nelerdir?

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma, 2015-2016 eğitim öğretim yılı bahar dönemi içinde Erzincan Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi bünyesinde yer alan sosyal hizmet birinci, ikinci ve üçüncü sınıf normal ve ikinci öğretim lisans bölümü öğrencileri ile yapılmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerin sayısı, 2015-2016 eğitim öğretim yılı bahar döneminde kesin kayıt yaptıranlar arasından rast gele seçilmiştir. Bu bağlamda normal öğretim bünyesinde birinci sınıf öğrencilerinden 62, ikinci sınıf öğrencilerinden 66, üçüncü sınıf öğrencilerinden 68; ikinci öğretim bünyesinde ise birinci sınıf öğrencilerinden 67, ikinci sınıf öğrencilerinden 64, üçüncü sınıf öğrencilerinden 66 kişinin kesin kayıt yaptırdığı

öğrenilmiştir. Normal öğretim içinde 196, ikinci öğretim içinde ise 197 öğrenci kesin kayıt yaptırmış olup toplam 393 öğrenci araştırmanın ana evrenini oluşturmuştur.

Araştırma nicel veri toplama yöntemi ile yapılmış olup ana kütle içinde yer alan toplam altı sınıftan aynı oranda örneklem seçilmiştir. % 95 güven düzeyi için % 5 hata payı örneklemin oluşturulmasında kullanılmıştır. Bu noktada seçme işlemi ana kütle üzerinden %5 hata payı dikkate alınarak $n = \frac{N}{1+(N*0,05^2)}$ formülü ile hesaplanmış, sonuç 198,23455 şeklinde bulunmuştur (Saracel vd., 2002:28). Örneklem yaklaşık olarak 198 kişiden meydana gelmiş ve yeterli görülmüştür. Anketlerin hatalı olup olmama durumu göz önünde bulundurularak 53 kişi daha örnekleme eklenmiş, toplam 251 kişi ile araştırma gerçekleştirilmiştir.

3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Erzincan Üniversite İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi'ne bağlı Sosyal Hizmet Bölümü, 2012-2013 eğitim öğretim yılında açılmış ve öğrenci kabulüne başlamıştır. Üniversite içerisinde yeni kurulan bir bölüm olduğu için 2015-2016 eğitim öğretim yılında mevcut 6 sınıfla araştırmaya başlanmıştır. Araştırmanın yapıldığı döneme kadar, normal ve ikinci öğretim bünyesinde yer alan birinci, ikinci, üçüncü sınıf öğrencileri bölümde aktif olarak derslere katılmıştır. Bu bağlamda sosyal hizmet bölümünde henüz mezun verilmemiş ve dördüncü sınıf öğrencilerinin olmaması araştırmanın sınırlılığını oluşturmuştur. Dördüncü sınıf öğrencileri olmuş olsaydı daha çok öğrenciye ulaşılabilecek ve mezun gözüyle RHİÖ daha iyi analiz edilebilecekti. Araştırmanın bir başka sınırlılığını ise 2015-2016 eğitim öğretim yılı bahar döneminde kesin kayıt yaptıran derslere devam etmeyen öğrencilerin olmasıdır.

3.5. Araştırmanın Türü

Altunışık ve arkadaşları (2010), araştırma yaklaşımlarının çeşitli başlıklar altında sınıflandırıldığını ifade etmektedir. Bu başlıkları, benimsenen yönteme, kullanılan araştırma yöntemine, kapsadıkları süreye ve amaçlarına göre sınıflandırmaktadırlar. Bu tez çalışması da amaçlarına göre sınıflandırma içinde yer alan tanımlayıcı araştırma özelliği taşımaktadır. Tanımlayıcı araştırmalar, bireyin, grubun, olgunun veya durumun

fotoğrafını çeken araştırmalardır. Bu araştırma türünün amacı, mevcut durumu analiz etmektir (Altunışık vd., 2010: 68).

3.6. Veri Toplama Aracı

Araştırma yöntem ve teknikleri içinden nicel yöntem, bu çalışmanın çıkış noktasını oluşturmuştur. Araştırmada, demografik bilgi formu ve ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği (Beliefs Toward Mental Illness Scale) ile hazırlanmış anket kullanılmıştır.

Demografik bilgi formunda toplam 15 soru yer almış olup ankete katılan öğrencilerin kendileri ve çevreleri ile alakalı ruhsal hastalığa yönelik düşünceleri, sosyo-demografik özellikleri öğrenilmeye çalışılmıştır.

Hirai ve Clum (2000) tarafından Amerika'da geliştirilen ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği (RHIÖ), araştırmada kullanılan ana ölçektir. Ölçek, bireylerin farklı kültürel özellikleri ile ruhsal hastalıklara yönelik olumlu ve olumsuz inançları anlamlandırmaya çalışmaktadır. Aynı ölçek, psikotik özelliğe göre gruplama yapmamış olup ruhsal hastalık ifadesine yer vermiştir. Asya ve Amerikalı öğrenciler üzerinde ölçeği uygulayan Hirai ve Clum, Cronbach Alpha Katsayısının geçerlilik ve güvenilirlik noktasında farklılaştığını ortaya çıkarmıştır. Amerikan toplumu için Cronbach Alpha Katsayısı 0.89, $\bar{X} = 43.1 \pm 15.3$ bulunurken Asya toplumu için Cronbach Alpha Katsayısı 0.91, $\bar{X} = 56.1 \pm 19.2$ bulunmuştur.

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği, 6'lı Likert Tipi ölçek özelliği göstermektedir. Ölçek, "Tamamen katılmıyorum: 0, Çoğunlukla katılmıyorum: 1, Kısmen katılmıyorum: 2, Kısmen katılıyorum: 3, Çoğunlukla katılıyorum: 4, Tamamen katılıyorum: 5" gibi puanlamaya sahiptir. Ölçeğin, "Tehlikeli Alt Ölçeği, Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Alt Ölçeği, Utanma Alt Ölçeği" olmak üzere üç alt ölçekten meydana geldiği bilinmektedir.

"Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Geçerlilik ve Güvenirlik" başlığı ile doktora tezini yazan Ayşegül Bilge (2006), daha sonra Olcay Çam (2008) ile birlikte Türkiye'deki geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını yapmıştır. Bilge ve Çam'ın (2008) ortak çalışmasında ölçek toplam Cronbach Alpha kat sayısı .82 bulunmuş olup alt ölçeklerde durum farklılık göstermiştir. Bu anlamda Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde

Bozulma alt ölçeği .80, Tehlikeli alt ölçeği .71 ve Utanma alt ölçeği .69 olarak hesaplanmıştır.

Tehlikeli Alt Ölçeği: Ruhsal hastalıkların ve hastaların tehlikeli olduğunu ifade eden 8 maddeden oluşmaktadır. Ankette bu alt ölçek; 1.,2., 3.,4.,5., 6.,7., 13. maddeleri içermekte olup 0-40 puan aralığına sahiptir.

Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Alt Ölçeği: Ruhsal hastalıkların kişilerarası ilişkiyi etkileme ve buna bağlı çaresizlik durumlarını değerlendirmektedir. Kişilerarası ilişkide bireyin kendini engellemesi ve çaresizlik yaşaması, ruhsal hastalıklı bireylere yönelik duygusal etkileşim ve etkilenmeden kaynaklandığını söylemektedir. Alt ölçek toplam 11 maddeden meydana gelerek 0-55 puan aralığında bir değere sahip olmaktadır. Söz konusu maddeler ankette; 8, 9, 10, 11, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21.maddelere karşılık gelmektedir.

Utanma Alt Ölçeği: Bu alt ölçek tarafından ruhsal hastalık, utanılması gereken bir durum olarak algılanmaktadır. Ankette toplam 2 maddeyi içeren, 0-10 puan aralığında değer alan alt ölçek, 12. ve 15. maddeleri kapsamaktadır.

Ölçek hem toplam puan, hem de alt ölçek puanları üzerinden yorumlanmakta olup, ölçek ve alt ölçeklerden alınan yüksek puan olumsuz inancı ifade etmektedir.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

RHİÖ'yü Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik testinden geçiren Ayşegül Bilge'den, anketin tez çalışmasında kullanılması için mail yoluyla izin alınmıştır. Ardından Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü aracılığıyla yapılan yazışmalar neticesinde Erzincan Üniversitesi Rektörlüğü, anketin uygulanmasını uygun görmüş olup İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi'ne bağlı Sosyal Hizmet Bölümü'nde araştırmanın yapılmasına yönelik 22.04.2016 tarihinde yazılı onay vermiştir.

3.8. Verilerin Toplanması

Erzincan Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü öğrencilerine tez çalışması hakkında kısa bir bilgi verilerek ankete katılımın gönüllülük esasına dayalı olduğu ifade edilmiştir. Ankete katılmayı kabul eden öğrencilere,

demografik form ve RHİÖ'yü içeren anket formu verilerek cevaplamaları istenmiştir. Cevaplama işlemi bittikten sonra anket formu öğrencilerden geri toplanmıştır.

3.9. Verilerin Analizi

Veriler, istatistiksel değerlendirmenin yapıldığı SPSS (Statistical Package For Social Science) 16 version programı yardımıyla analiz edilmiştir. Bu bağlamda tez çalışmasında veriler ile ilgili olarak güvenilirlik analizi, frekans analizi ve ANOVA diye bilinen varyans analizi yapılmıştır.

3.10. Analizler, Bulgular ve Yorumlar

3.10.1. Güvenilirlik Analizi

Veri toplama aracının güvenilirliğini, bir diğer ifadeyle verilerin içsel tutarlılıklarını tespit etmek amacıyla Cronbach's Alpha değerleri hesaplanmıştır.

Cronbach's Alpha değeri, sorular veya ifadeler arası korelasyona bağlı uyum değeridir. Bu değer, ölçeklerdeki soruların güvenilirlik düzeylerini göstermektedir. Cronbach's Alpha değerinin 0,70 ve daha üzerinde olduğu durumlarda ölçeğin güvenilir olduğu kabul edilir. Ancak sosyal bilimlerde bu sınır, soru sayısının az olduğu durumlarda 0,60 ve üzeri olarak da kabul görmektedir (Sipahi vd., 2008: 89).

Söz konusu Cronbach's Alpha değerleri aşağıdaki Tablo 2'de görülebilmektedir.

Tablo 3. Güvenilirlik Analizi

Ölçek	İfade Sayısı	Cronbach's Alpha(α)
Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar	21	0,842

Yukarıdaki tabloda da görüleceği üzere ölçeğin genel güvenilirliği 0,842 ($\alpha=0,842$) olarak tespit edilmiştir. İlgili değer 0,70'in üzerinde olduğu için uygulanan anket oldukça güvenilir niteliktedir.

Örnekleme İlişkin Tanıtıcı Bilgiler (Frekans Analizi)

Tablo 4. Yaş

		Frequency	Percent		
	17-19	40	15,9		
	20-22	186	74,1		
	23-25	21	8,4		
	25 ve üstü	4	1,6		
	Total	251	100,0		

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş durumları analiz edildiğinde 20-22 yaş aralığının % 74,1'lik bir orana sahip olduğu anlaşılmaktadır. Araştırmada 20-22 yaş aralığını sırasıyla 17-19, 23-25 ve 25 ve üstü yaş aralığı takip etmektedir. 17-19 yaş aralığında % 15,9 oranında öğrenci bulunmaktadır.

Tablo 5. Cinsiyet

		Frequency	Percent		
Valid	Kadın	124	49,4		
	Erkek	127	50,6		
	Total	251	100,0		

Cinsiyete göre araştırmaya katılan kişiler incelendiğinde araştırmanın % 49,4 lük kısmını kadınların, %50,6'lık kısmını ise erkeklerin oluşturduğu anlaşılmaktadır. Bu anlamda araştırmaya az bir farkla erkek öğrencilerin katılımı yoğun olmuştur.

Tablo 6. Sınıf

		Frequency	Percent		
Valid	1.Sınıf	80	31,9		
	2.Sınıf	86	34,3		
	3.Sınıf	85	33,9		
	Total	251	100,0		

Araştırmaya katılan öğrenciler sınıf bazında değerlendirildiğinde % 34,3'lük bir oranla 2. sınıfların katılımı yüksektir. İkinci sınıfları sırasıyla % 33,9 ile üçüncü sınıflar, %31,9 ile birinci sınıflar takip etmektedir.

Tablo 7. Öğretim Türü

		Frequency	Percent		
Valid	Normal öğretim	126	50,2		
	İkinci öğretim	125	49,8		
	Total	251	100,0		

Araştırmaya katılan öğrencilerden 126 kişi normal öğretim, 125 kişi ikinci öğretim öğrencisidir. Normal öğretim öğrencileri % 50,2'lik bir oranla araştırmaya yoğun katılım göstermişlerdir.

Tablo 8. Yaşadığınız Bölge

		Frequency	Percent		
Valid	Akdeniz	32	12,7		
	Doğuanadolu	80	31,9		
	Ege	10	4,0		
	Marmara	6	2,4		
	Güneydoğu	44	17,5		
	İçanadolu	35	13,9		
	Karadeniz	43	17,1		
	Total	250	99,6		
Missing	System	1	,4		
Total		251	100,0		

Sosyo-demografik özellikler arasında yer alan yaşadığınız bölge sorusuna öğrencilerin %31,9'luk bir kısmı Doğu Anadolu Bölgesi'nde yaşadığını ifade etmiş bulunmaktadır. Araştırmaya katılan öğrenciler incelendiğinde % 2,4 Marmara Bölgesi ile % 4,0 Ege Bölgesi'nde yaşayanlar az bir kısmı meydana getirdiği anlaşılmaktadır.

Tablo 9. Ailenizle Mi Yaşıyorsunuz?

		Frequency	Percent		
Valid	Evet	214	85,3	85,9	85,9
	Hayır	35	13,9	14,1	100,0
	Total	249	99,2	100,0	
Missing	System	2	,8		
Total		251	100,0		

Öğrenciler, % 85,3 oranında ailesinin yanında yaşadığını, % 13,9 oranında ise ailesi ile yaşamadığını ifade etmektedir. Ailesi ile yaşayanların sayısının fazla olduğu

görüldüğünde aile kurumunun güçlü yapısı ve etkisinin olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 10. Ailenizin Aylık Geliri

		Frequency	Percent		
Valid	0-1300	79	31,5		
	1300-2000	67	26,7		
	2000-3500	78	31,1		
	3500 ve üstü	25	10,0		
	Total	249	99,2		
Missing	System	2	,8		
Total		251	100,0		

Öğrencilerin ailelerine yönelik ekonomik durumu incelendiğinde çoğunluğun 0-1300 aralığında gelire sahip olduğu anlaşılmaktadır. Bu gelir grubuna ait öğrenciler çalışmanın % 31,5'lik bir kısmını meydana getirmektedir. 3500 ve üstü gelir grubuna dahil olan öğrenciler ise bulgular içinde en düşük orana sahip olup araştırmanın % 10'una denk gelmektedir.

Tablo 11. Annenin Yaşıyor ya da Vefat Durumları

		Frequency	Percent		
Valid	Yaşıyor	245	97,6		
	Vefat etti	5	2,0		
	Total	250	99,6		
Missing	System	1	,4		
Total		251	100,0		

Araştırmaya katılan öğrenciler içinde annesi vefat edenlerin sayısı % 2'lik bir bölümü meydana getirmektedir. Annesi hayatta olan öğrencilerin oranı % 97,6 ile araştırmanın büyük bir çoğunluğunu oluşturmaktadır.

Tablo 12. Annenin Öz ya da Üvey Olma Durumları

		Frequency	Percent		
Valid	Öz	248	98,8		
	Üvey	3	1,2		
	Total	251	100,0		

Öğrencilerin % 98,8'lik bir kısmının annesinin öz olduğu, % 1,2'lik kısmının ise annesinin üvey olduğu Tablo 12 incelendiğinde öğrenilmektedir. Bu durumda ankete katılan öğrencilerin çoğunluğunun öz annesi ile yaşamakta olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 13. Annenin Yaş Aralığı

		Frequency	Percent		
Valid	35-45	118	47,0		
	45-56	109	43,4		
	57-67	22	8,8		
	68 ve üstü	1	,4		
	Total	250	99,6		
Missing	System	1	,4		
Total		251	100,0		

Öğrencilerin annelerinin yaş aralığı incelendiğinde % 47'sinin 35-45 yaş aralığını oluşturduğu fark edilmektedir. Ancak 68 ve üstü yaş aralığına sahip annesi olanlar ise anketin % 0,4'ünü oluşturduğu anlaşılmaktadır. Dolayısıyla ankete katılan öğrencilerin çoğunluğunun annesi orta yaş diye ifade edilen bir yaş aralığına sahiptir.

Tablo 14. Annenin Öğrenim Düzeyi

		Frequency	Percent		
Valid	İlköğretim	139	55,4		
	Lise	33	13,1		
	Önlisans	3	1,2		
	Lisans	9	3,6		
	Okula gitmedi	66	26,3		
	Total	250	99,6		
Missing	System	1	,4		
Total		251	100,0		

Araştırmaya katılan öğrencilerin annelerine yönelik eğitim durumları incelendiğinde annelerin % 55,4'lük bir oranla ilköğretim mezunu olduğu bilgisine ulaşılmaktadır. İlköğretim mezunu olan anneleri % 26,3 ile okula gitmeyen anneler takip etmektedir. Ön lisans mezunu annelerin % 1,2 ile araştırmanın en düşük oranına sahip olduğu, lisans mezunu olan annelerin ise araştırmada % 3,6'ya sahip olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 15. Babanın Yaşıyor ya da Vefat Durumları

		Frequency	Percent		
Valid	Yaşıyor	241	96,0		
	Vefat etti	8	3,2		
	Total	249	99,2		
Missing	System	2	,8		
Total		251	100,0		

Araştırmaya katılan öğrenciler içinde babası vefat edenlerin sayısı % 3,2'lik bir bölümü oluşturduğu fark edilmektedir. Bu öğrenciler araştırma içinde sekiz kişiden meydana gelmekte olup babası yaşıyor olanlar ise araştırmanın % 96'sını oluşturduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 16. Babanın Öz ya da Üvey Olma Durumları

		Frequency	Percent		
Valid	Öz	241	96,0		
	Üvey	3	1,2		
	Total	244	97,2		
Missing	System	7	2,8		
Total		251	100,0		

Öğrencilerin % 96'lık bir kısmının babasının öz olduğu, % 1,2'lik kısmının ise babasının üvey olduğu Tablo 16 incelendiğinde öğrenilmektedir. Bu durumda ankete katılan öğrencilerin çoğunluğunun öz babası ile yaşamakta olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 17. Babanın Yaş Aralığı

		Frequency	Percent		
Valid	35-45	58	23,1		
	45-56	148	59,0		
	57-67	32	12,7		
	68 ve üstü	1	,4		
	Total	239	95,2		
Missing	System	12	4,8		
Total		251	100,0		

Öğrencilerin babalarının yaş aralığı incelendiğinde % 59'unun 45-56 yaş aralığına sahip olduğu fark edilmektedir. Buna karşılık 68 ve üstü yaş aralığına sahip babası olanların araştırmanın % 0,4'ünü oluşturarak en düşük orana sahip olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 18. Babanın Öğrenim Düzeyi

		Frequency	Percent		
Valid	İlköğretim	134	53,4		
	Lise	57	22,7		
	Önlisans	8	3,2		
	Lisans	31	12,4		
	Lisansüstü	2	,8		
	Okula gitmedi	12	4,8		
	Total	244	97,2		
Missing	System	7	2,8		
Total		251	100,0		

Araştırmaya katılan öğrencilerin babalarına yönelik eğitim durumları incelendiğinde babaların % 53,4'lük bir oranla ilköğretim mezunu olduğu bilgisine ulaşılmaktadır. İlköğretim mezunu olan babaları % 22,7 ile lise mezunu babalar takip etmektedir. Lisans mezunu olan babalar araştırmada % 12,4'lük bir orana sahipken ön lisans mezunu babalar % 3,2'lik bir orana sahip olduğu anlaşılmaktadır. Öğrencilerin babaları arasında okula gitmeyenlerin oranı % 4,8 iken lisansüstü eğitim yapan babalar % 0,8'lik bir oranı meydana getirmektedir.

Tablo 19. Yaşamınızda Travma Olarak Tanımlayabileceğiniz Bir Olay Var Mı? (Soru 9)

		Frequency	Percent		
Valid	Evet	55	21,9		
	Hayır	196	78,1		
	Total	251	100,0		

Tablo 19 incelendiğinde öğrencilerin % 78,1'lik kısmı yaşamında travma olarak tanımlayabilecekleri bir olay olmadığını ifade etmektedir. Ancak araştırma bulgularına göre yaşamlarında travma olarak tanımlayabilecekleri bir olay olan öğrenciler ise % 21,9'lük bir oranı meydana getirmektedir.

Tablo 20. Travma Yaşadıysanız Türünü İşaretleyiniz (Soru 10)

		Frequency	Percent		
Valid	Deprem	9	3,6		
	Sel	1	,4		
	Yangın	3	1,2		
	İstismar	1	,4		
	Savaş	7	2,8		
	Trafik Kazası	6	2,4		
	Ölüm	22	8,8		
	Ailenin Dağılması Parçalanması	5	2,0		
	Total	54	21,5		
Missing	System	197	78,5		
Total		251	100,0		

Tablo 20 incelendiğinde öğrencilerin % 8,8'lik kısmının ölüm, % 3,6'lık kısmının deprem olayı yaşadığı anlaşılmaktadır. % 0,4'lük bir kısmının istismar olayına maruz kaldığı, % 2,4'lük kısmının ise trafik kazası geçirdiği öğrenilmektedir.

Tablo 21. Herhangi Bir Ruhsal Hastalığınız Var Mı? (Soru 11)

		Frequency	Percent		
Valid	Evet	17	6,8		
	Hayır	234	93,2		
	Total	251	100,0		

Öğrencilerin % 93,2'lik bölümünün ruhsal hastalığı olmadığı, % 6,8'lik bölümünün ise ruhsal hastalığı olduğu Tablo 21'den anlaşılmaktadır.

Tablo 22. Teşhis Edilen Ruhsal Hastalığınızı Aşağıda Verilen Liste İçerisinden Bulup İşaretleyiniz (Soru 12)

		Frequency	Percent		
Valid	Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar	2	,8		
	Depresyon Bozuklukları	5	2,0		
	Kaygı Bozuklukları	3	1,2		
	Takıntı Zorlantı Bozuklukları	1	,4		
	Beslenme ve Yeme Bozuklukları	1	,4		

	Madde ile İlişkili Bozukluklar	1	,4		
	Kişilik Bozuklukları	3	1,2		
	Total	16	6,4		
Missing	System	235	93,6		
Total		251	100,0		

Tablo 22 incelendiğinde öğrencilerin % 0,8'inin şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozuklukları olduğu, % 2'sinin depresyon bozuklukları yaşadığı, % 1,2'sinin ise kaygı bozukluklarına sahip olduğu anlaşılmaktadır. Öğrenciler arasında % 1,2'lik kısımda kişilik bozuklukları teşhisi almış kişiler bulunmaktadır. Yine öğrenciler içinde % 0,4 oranında madde ile ilişkili bozukluklara sahip kişiler olduğu fark edilmektedir.

Tablo 23. Daha Önce Ruhsal Hastalığı Olan Bir Bireyle Karşılaştınız Mı ya da Birlikte Yaşadınız Mı? (Soru13)

		Frequency	Percent		
Valid	Evet	86	34,3		
	Hayır	164	65,3		
	Total	250	99,6		
Missing	System	1	,4		
Total		251	100,0		

Araştırmaya katılan öğrencilerin % 65,3'ü daha önce ruhsal hastalığı olan bir bireyle karşılaşmadığını ya da yaşamadığını ifade etmektedir. % 34,3'ü ise ruhsal hastalığı olan bireyle karşılaştığını veya birlikte yaşadığını söylemektedir.

Tablo 24. Karşılaştığınız ya da Birlikte Yaşadığınız Bu Bireye Yakınlık Dereceniz (Soru 14)

		Frequency	Percent		
Valid	Anne	4	1,6		
	Baba	1	,4		
	Kızkardeş	2	,8		
	ErkekKardeş	6	2,4		
	Akraba	29	11,6		
	Komşu	12	4,8		
	Arkadaş	31	12,4		
	Total	85	33,9		
Missing	System	166	66,1		

Total	251	100,0		
-------	-----	-------	--	--

Tablo 24 incelendiğinde araştırmaya katılan öğrencilerin birinci dereceden akrabalarına bakılarak % 1,6 oranında annesinde, % 0,4 oranında babasında, % 0,8 oranında kız kardeşinde, % 2,4 oranında erkek kardeşinde ruhsal hastalık bulunduğu anlaşılmaktadır. Diğer akrabaları değerlendirildiğinde % 11,6'sının, komşularının % 4,8'inin, arkadaşlarının % 12,4'ünün ruhsal hastalığa sahip olduğu fark edilmektedir.

Tablo 25. Yakınlığınız Olan Bu Bireye Hangi Ruhsal Hastalık Teşhisinin Konuğunu Belirtiniz (Soru15)

		Frequency	Percent		
Valid	NörogelişimselBozukluk	4	1,6		
	ŞizofreniAçılımıKapsamındaPsi kozlaGidenDiğerBozukluklar	20	8,0		
	İkiüçlüBozukluk	2	,8		
	DepresyonBozuklukları	11	4,4		
	KaygıBozuklukları	9	3,6		
	TakıntıZorlantıBozuklukları	11	4,4		
	Örselenem TetikleyiciEtkenleliş kiliBozukluk	2	,8		
	ÇözülmeBozuklukları	1	,4		
	BedenselBelirtiBozuklukları	1	,4		
	BeslenmeYemeBozuklukları	1	,4		
	UykuUyanklıkBozuklukları	2	,8		
	YıkıcıBozukluklarDürtüDenetim iDavranımBozuklukları	3	1,2		
	MaddeilelişkiliBozukluklar	3	1,2		
	NöroBilişselBozukluklar	2	,8		
	KişilikBozuklukları	5	2,0		
	DiğerRuhsalBozukluklar	4	1,6		
İlaçlarınYolAçtığıDevinimBozu klukları	3	1,2			
Total	84	33,5			
Missing	System	167	66,5		
Total		251	100,0		

Araştırmaya katılan öğrenciler, yakınlığı bulunan bireylerde % 1,6 oranında nörogelişimsel bozukluk, % 8 oranında şizofreni açılımı kapsamında psikoza giden

diğer bozukları olduğunu ifade etmektedir. Tablo 25 incelendiğinde öğrenci yakınlarının % 4,4'ünün depresyon bozuklukları ile takıntı zorlantı bozuklukları yaşadığı, % 3,6'sının ise kaygı bozukluklarına sahip olduğu öğrenilmektedir. Madde ile ilişkili bozukluklarda % 1,2'lik bir oranın, kişilik bozukluklarında ise % 22lik bir kısmın öğrencinin çevresinde olduğu anlaşılmaktadır.

3.10.2. Varyans Analizi (ANOVA)

Araştırmanın değişkenlerine ilişkin demografik özelliklere göre gruplar arasında farklılık olup olmadığının tespiti ve böylece araştırmanın hipotezlerini test etmek amacıyla varyans analizi bir diğer ifadeyle fark testleri yapılmıştır.

Tablo 26. Cinsiyete Göre Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançların Belirlenmesi

Tehlikeli	Ortalama	t değeri	Sig.
Kadın	2,9544	,724	,470
Erkek	2,8806		
Çaresizlik			
Kadın	2,7064	1,891	,060
Erkek	2,4831		
Utanma			
Kadın	,5983	-2,071	,039
Erkek	,9516		
Genel			
Kadın	2,6220	1,344	,181
Erkek	2,4850		

H₁: Cinsiyete göre katılımcıların ruhsal hastalığa yönelik genel inançları arasında farklılık vardır.

H_{1a}: Cinsiyete göre katılımcıların ruhsal hastalığa yönelik inançların “tehlikeli” boyutuna ilişkin inançları arasında farklılık vardır.

H_{1b}: Cinsiyete göre katılımcıların ruhsal hastalığa yönelik inançların “çaresizlik” boyutuna ilişkin inançları arasında farklılık vardır.

H_{1c}: Cinsiyete göre katılımcıların ruhsal hastalığa yönelik inançların “utanma” boyutuna ilişkin inançları arasında farklılık vardır.

Tablo 26 incelediğinde; araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyetlerine göre ruhsal hastalığa ilişkin genel inançları bir farklılık olmadığı görülmektedir ($p=0,181>0,05$). Bu durumda H1 hipotezi reddedilmiştir. Ancak ruhsal hastalığa yönelik inançların alt boyutlarına göre farklılık olup olmadığı incelendiğinde ise; tehlikeli ve çaresizlik boyutlarına ilişkin istatistiksel olarak kadın ve erkek katılımcılar arasında anlamlı farklılık yok iken, utanma boyutunda kadın ve erkek katılımcılar arasında anlamlı farklılık olduğu görülmektedir ($p=0,039<0,05$). Buna göre, araştırmaya katılan erkek öğrencilerin utanma boyutuna ilişkin inançları, kadın öğrencilerininkine göre daha yüksektir ($0,951>0,598$). Bu bulgulara göre; H1a ve H1b hipotezleri reddedilirken, H1c hipotezi ise kabul edilmiştir.

Tablo 27. Öğretim Türüne Göre Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançların Belirlenmesi

Tehlikeli	Ortalama	t değeri	Sig.
Normal Öğretim	2,9511	,678	,498
İkinci Öğretim	2,8819		
Çaresizlik			
Normal Öğretim	2,6994	1,789	,075
İkinci Öğretim	2,4880		
Utanma			
Normal Öğretim	,8208	,472	,637
İkinci Öğretim	,7397		
Genel			
Normal Öğretim	2,6098	1,183	,238
İkinci Öğretim	2,4893		

H₂: Öğretim türüne göre katılımcıların ruhsal hastalığa yönelik genel inançları arasında farklılık vardır.

H_{2a}: Öğretim türüne göre katılımcıların ruhsal hastalığa yönelik inançların “tehlikeli” boyutuna ilişkin inançları arasında farklılık vardır.

H_{2b}: Öğretim türüne göre katılımcıların ruhsal hastalığa yönelik inançların “çaresizlik” boyutuna ilişkin inançları arasında farklılık vardır.

H_{2c}: Öğretim türüne göre katılımcıların ruhsal hastalığa yönelik inançların “utanma” boyutuna ilişkin inançları arasında farklılık vardır.

Tablo 27 incelediğinde; araştırmaya katılan öğrencilerin öğretim türlerine göre ruhsal hastalığa ilişkin genel inançları arasında bir farklılık olmadığı görülmektedir ($p=0,238>0,05$). Bu durumda H₂ hipotezi reddedilmiştir. Ruhsal hastalığa yönelik inançların alt boyutlarına göre farklılık olup olmadığı incelendiğinde ise; tehlikeli, çaresizlik ve utanma boyutlarına ilişkin istatistiksel olarak normal öğretim ve ikinci öğretim öğrencileri arasında anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Bu bulgulara göre; H_{2a}, H_{2b} ve H_{2c} hipotezleri de reddedilmiştir.

Tablo 28. “Yaşamında Travma Olarak Tanımlayabileceğiniz Bir Olay Var Mı” Sorusu İle Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançların Belirlenmesi

Tehlikeli	Ortalama	t değeri	Sig.
Evet	2,8546	-,653	,514
Hayır	2,9346		
Çaresizlik			
Evet	2,5883	-,036	,971
Hayır	2,5935		
Utanma			
Evet	,9815	1,262	,208
Hayır	,7219		
Genel			
Evet	2,5407	-,099	,921

Hayır	2,5526		
-------	--------	--	--

H₃: Travma yaşama durumuna göre katılımcıların ruhsal hastalığa yönelik genel inançları arasında farklılık vardır.

H_{3a}: Travma yaşama durumuna göre katılımcıların ruhsal hastalığa yönelik inançların “tehlikeli” boyutuna ilişkin inançları arasında farklılık vardır.

H_{3b}: Travma yaşama durumuna göre katılımcıların ruhsal hastalığa yönelik inançların “çaresizlik” boyutuna ilişkin inançları arasında farklılık vardır.

H_{3c}: Travma yaşama durumuna göre katılımcıların ruhsal hastalığa yönelik inançların “utanma” boyutuna ilişkin inançları arasında farklılık vardır.

Tablo 28 incelediğinde; araştırmaya katılan öğrencilerin yaşamlarında herhangi bir travma yaşayıp yaşamama durumlarına göre ruhsal hastalığa ilişkin genel inançları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($p=0,921>0,05$). Bu durumda H₃ hipotezi reddedilmiştir. Ruhsal hastalığa yönelik inançların alt boyutlarına göre farklılık olup olmadığı incelendiğinde ise; tehlikeli, çaresizlik ve utanma boyutlarına ilişkin istatistiksel olarak yaşamlarında herhangi bir travma yaşayan ile yaşamayan öğrenciler arasında anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Bu bulgulara göre; H_{3a}, H_{3b} ve H_{3c} hipotezleri de reddedilmiştir.

Tablo 29. “Herhangi Bir Ruhsal Hastalığınız Var Mı” Sorusu İle Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançların Belirlenmesi

Tehlikeli	Ortalama	t değeri	Sig.
Evet	2,4833	-2,329	,021
Hayır	2,9485		
Çaresizlik			
Evet	2,4659	-,580	,563
Hayır	2,6017		
Utanma			

Evet	1,1471	1,178	,240
Hayır	,7522		
Genel			
Evet	2,2653	-1,515	,131
Hayır	2,5707		

H₄: Ruhsal hastalığı olup olmama durumuna göre katılımcıların ruhsal hastalığa yönelik genel inançları arasında farklılık vardır.

H_{4a}: Ruhsal hastalığı olup olmama durumuna göre katılımcıların ruhsal hastalığa yönelik inançların “tehlikeli” boyutuna ilişkin inançları arasında farklılık vardır.

H_{4b}: Ruhsal hastalığı olup olmama durumuna göre katılımcıların ruhsal hastalığa yönelik inançların “çaresizlik” boyutuna ilişkin inançları arasında farklılık vardır.

H_{4c}: Ruhsal hastalığı olup olmama durumuna göre katılımcıların ruhsal hastalığa yönelik inançların “utanma” boyutuna ilişkin inançları arasında farklılık vardır.

Tablo 29 incelediğinde; araştırmaya katılan öğrencilerin herhangi bir ruhsal hastalığı olup olmama durumlarına göre ruhsal hastalığa ilişkin genel inançları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($p=0,131>0,05$). Bu durumda H₄ hipotezi reddedilmiştir.

Ruhsal hastalığa yönelik inançların alt boyutlarına göre farklılık olup olmadığı incelendiğinde ise; çaresizlik ve utanma boyutlarına ilişkin herhangi bir ruhsal hastalığı olanlar ile olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilirken ($p>0,05$), tehlikeli boyutuna ilişkin ise herhangi bir ruhsal hastalığı olanlar ile olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüştür ($p=0,021<p=0,05$). Bu bulguya göre, ruhsal hastalığı olanların olmayanlara göre tehlikeli boyutuna ilişkin inançlarının ortalaması daha düşüktür (2,483<2,948). Bir diğer ifadeyle, araştırmaya katılan öğrencilerden ruhsal hastalığı olduğunu beyan edenler etmeyenlere göre ruhsal hastalıkları daha az tehlikeli olarak görmektedirler. Bu bulgulara göre; H_{4a} hipotezi kabul edilirken, H_{4b} ve H_{4c} hipotezleri ise reddedilmiştir.

Tablo 30. “Daha önce ruhsal hastalığı olan bir bireyle karşılaştınız mı ya da birlikte yaşadınız mı” Sorusu İle Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançların Belirlenmesi

Tehlikeli	Ortalama	t değeri	Sig.
Evet	2,9756	,852	,395
Hayır	2,8847		
Çaresizlik			
Evet	2,7558	2,006	,046
Hayır	2,5096		
Utanma			
Evet	,8253	,354	,724
Hayır	,7611		
Genel			
Evet	2,6583	1,605	,110
Hayır	2,4885		

H₅: Ruhsal hastalığı olan bir bireyle karşılaşma ya da yaşama durumuna göre katılımcıların ruhsal hastalığa yönelik genel inançları arasında farklılık vardır.

H_{5a}: Ruhsal hastalığı olan bir bireyle karşılaşma ya da yaşama durumuna göre katılımcıların ruhsal hastalığa yönelik inançların “tehlikeli” boyutuna ilişkin inançları arasında farklılık vardır.

H_{5b}: Ruhsal hastalığı olan bir bireyle karşılaşma ya da yaşama durumuna göre katılımcıların ruhsal hastalığa yönelik inançların “çaresizlik” boyutuna ilişkin inançları arasında farklılık vardır.

H_{5c}: Ruhsal hastalığı olan bir bireyle karşılaşma ya da yaşama durumuna göre katılımcıların ruhsal hastalığa yönelik inançların “utanma” boyutuna ilişkin inançları arasında farklılık vardır.

Tablo 30 incelediğinde; araştırmaya katılan öğrencilerin ruhsal hastalığı olan bir bireyle karşılaşma ya da yaşama durumlarına göre ruhsal hastalığa ilişkin genel inançları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($p=0,110>0,05$). Bu durumda H5 hipotezi reddedilmiştir.

Ruhsal hastalığa yönelik inançların alt boyutlarına göre farklılık olup olmadığı incelendiğinde ise; tehlikeli ve utanma boyutlarına ilişkin ruhsal hastalığı olan bir bireyle karşılaşma ya da yaşama durumuna göre katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilirken ($p>0,05$), çaresizlik boyutuna ilişkin ise ruhsal hastalığı olan bir bireyle karşılaşma ya da yaşama durumuna göre katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüştür ($p=0,046<p=0,05$). Bu bulguya göre, ruhsal hastalığı olan bir bireyle karşılaşmış ya da yaşamış olan katılımcıların, ruhsal hastalığı olan bir bireyle karşılaşmamış ya da yaşamamış olanlara göre çaresizlik boyutuna ilişkin inançlarının ortalaması daha yüksektir ($2,755>2,509$). Bir diğer ifadeyle, araştırmaya katılan öğrencilerden ruhsal hastalığı olan bir bireyle iletişime geçmiş olanların geçmeyenlere göre ruhsal hastalıklara ilişkin çaresizlik hissiyatları daha yüksektir. Bu bulgulara göre; H5b hipotezi kabul edilirken, H5a ve H5c hipotezleri ise reddedilmiştir.

Tablo 31. “Karşılaştığımız ya da birlikte yaşadığımız ruhsal hastalıklı bireye yakınlık dereceniz nedir?” Sorusu ile Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançların Belirlenmesi

Tehlikeli	Ortalama	F değeri	Sig.
Anne	2,6667	,789	,581
Baba	3,2500		
Kız Kardeş	2,8750		
Erkek Kardeş	3,0208		
Akraba	3,1435		
Komşu	2,6477		
Arkadaş	2,9537		

Çaresizlik			
Anne	1,7955	2,215	,051
Baba	4,4545		
Kız Kardeş	3,4545		
Erkek Kardeş	2,8939		
Akraba	2,9675		
Komşu	2,4463		
Arkadaş	2,7121		
Ütanma			
Anne	,5000	,720	,635
Baba	1,5000		
Kız Kardeş	1,0000		
Erkek Kardeş	,9167		
Akraba	1,2222		
Komşu	,2273		
Arkadaş	,6290		
Genel			
Anne	1,9841	1,601	,161
Baba	3,7143		
Kız Kardeş	3,0000		
Erkek Kardeş	2,7540		
Akraba	2,8626		
Komşu	2,3333		

Arkadaş	2,5989		
---------	--------	--	--

H₆: Karşılaşılan ya da birlikte yaşanan ruhsal hastalıklı bireyle yakınlık derecesine göre katılımcıların ruhsal hastalığa yönelik genel inançları arasında farklılık vardır.

H_{6a}: Karşılaşılan ya da birlikte yaşanan ruhsal hastalıklı bireyle yakınlık derecesine göre katılımcıların ruhsal hastalığa yönelik inançların “tehlikeli” boyutuna ilişkin inançları arasında farklılık vardır.

H_{6b}: Karşılaşılan ya da birlikte yaşanan ruhsal hastalıklı bireyle yakınlık derecesine göre katılımcıların ruhsal hastalığa yönelik inançların “çaresizlik” boyutuna ilişkin inançları arasında farklılık vardır.

H_{6c}: Karşılaşılan ya da birlikte yaşanan ruhsal hastalıklı bireyle yakınlık derecesine göre katılımcıların ruhsal hastalığa yönelik inançların “utanma” boyutuna ilişkin inançları arasında farklılık vardır.

Tablo 31 incelediğinde; araştırmaya katılan öğrencilerin karşılaştıkları ya da birlikte yaşadıkları ruhsal hastalıklı bireylerle yakınlık derecelerine göre ruhsal hastalığa ilişkin genel inançları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($p=0,161>0,05$). Bu durumda H₆ hipotezi reddedilmiştir. Ruhsal hastalığa yönelik inançların alt boyutlarına göre farklılık olup olmadığı incelendiğinde ise; tehlikeli, çaresizlik ve utanma boyutlarına ilişkin öğrencilerin karşılaştıkları ya da birlikte yaşadıkları ruhsal hastalıklı bireylerle anne, baba, kardeş, akraba, arkadaş gibi yakınlık derecelerine göre inançları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Bu bulgulara göre; H_{6a}, H_{6b} ve H_{6c} hipotezleri de reddedilmiştir.

Tablo 32. “Yakınlığımız olan ruhsal hastalıklı bireye hangi ruhsal hastalık teşhisinin konduğunu belirtiniz” Sorusu ile Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançların Belirlenmesi

Tehlikeli	Ortalama	F değeri	Sig.
Nörogelişimsel Bozukluk	2,4063	,644	,834
Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikoza Giden Bozukluklar	3,0956		
İkiuçlu (Bipolar)	3,0000		

Bozukluk			
Depresyon Bozuklukları	3,1111		
Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları	2,7917		
Takıntı-Zorlantı Bozukluğu (Obsesif Kompulsif Bozukluk)	2,6125		
Örselenem (Travma) ve Tetikleyici Etkenle (Stresörle) İlişkili Bozukluk	2,9375		
Çözülme (Dissosiyasyon) Bozuklukları	2,1250		
Bedensel Belirti Bozuklukları	3,1250		
Beslenme ve Yeme Bozuklukları	2,8750		
Dışa Atım Bozuklukları			
Uyku –Uyanıklık Bozuklukları	3,1250		
Cinsel İşlev Bozuklukları			
Cinsel Kimliğinden Yakınma			
Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetimi ve Davranım Bozuklukları	2,8125		
Madde ile İlişkili Bozukluklar	3,0000		
Nörobilişsel Bozukluklar	2,8750		
Kişilik Bozuklukları	3,1875		
Cinsel Sapkınlık (Parafili) Bozuklukları			
Diğer Ruhsal Bozukluklar	3,3750		

İlaçların Yol Açtığı Devinim Bozuklukları	3,2500		
Çaresizlik			
Nörogelişimsel Bozukluk	2,0455		
Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Bozukluklar	2,8864		
İkiuçlu (Bipolar) Bozukluk	2,2727		
Depresyon Bozuklukları	2,6446		
Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları	2,2626		
Takıntı-Zorlantı Bozukluğu (Obsesif Kompulsif Bozukluk)	3,1636		
Örselenem (Travma) ve Tetikleyici Etkenle (Stresörle) İlişkili Bozukluk	2,2727		
Çözülme (Dissosiyasyon) Bozuklukları	2,8182	,651	,829
Bedensel Belirti Bozuklukları	3,3636		
Beslenme ve Yeme Bozuklukları	2,3636		
Dışa Atım Bozuklukları			
Uyku –Uyanıklık Bozuklukları	2,1364		
Cinsel İşlev Bozuklukları			
Cinsel Kimliğinden Yakınma			
Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetimi ve Davranım Bozuklukları	2,6364		

Madde ile İlişkili Bozukluklar	2,9697		
Nörobilişsel Bozukluklar	2,7273		
Kişilik Bozuklukları	2,7091		
Cinsel Sapkınlık (Parafili) Bozuklukları			
Diğer Ruhsal Bozukluklar	2,9545		
İlaçların Yol Açtığı Devinim Bozuklukları	2,8636		
Utanma			
Nörogelişimsel Bozukluk	1,2500		
Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Bozukluklar	,8158		
İkiuçlu (Bipolar) Bozukluk	,2500		
Depresyon Bozuklukları	,5000		
Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları	,5000		
Takıntı-Zorlantı Bozukluğu (Obsesif Kompulsif Bozukluk)	,3182	1,992	,027
Örselenem (Travma) ve Tetikleyici Etkenle (Stresörle) İlişkili Bozukluk	,7500		
Çözülme (Dissosiyasyon) Bozuklukları	2,5000		
Bedensel Belirti Bozuklukları	2,0000		
Beslenme ve Yeme Bozuklukları	,0000		
Dışa Atım Bozuklukları			

Uyku –Uyanıklık Bozuklukları	1,5000		
Cinsel İşlev Bozuklukları			
Cinsel Kimliğinden Yakınma			
Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetimi ve Davranım Bozuklukları	,0000		
Madde ile İlişkili Bozukluklar	5,5000		
Nörobilişsel Bozukluklar	,5000		
Kişilik Bozuklukları	,7000		
Cinsel Sapkınlık (Parafili) Bozuklukları			
Diğer Ruhsal Bozukluklar	,3750		
İlaçların Yol Açtığı Devinim Bozuklukları	2,1667		
Genel			
Nörogelişimsel Bozukluk	2,1071		
Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Bozukluklar	2,8375		
İkiuçlu (Bipolar) Bozukluk	2,3571		
Depresyon Bozuklukları	2,5503	,513	,929
Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları	2,2963		
Takıntı-Zorlantı Bozukluğu (Obsesif Kompulsif Bozukluk)	2,6667		
Örselenem (Travma) ve Tetikleyici Etkenle (Stresörle) İlişkili	2,3810		

Bozukluk			
Çözülme (Dissosiyasyon) Bozuklukları	2,5238		
Bedensel Belirti Bozuklukları	3,1429		
Beslenme ve Yeme Bozuklukları	2,3333		
Dışa Atım Bozuklukları			
Uyku –Uyanıklık Bozuklukları	2,4524		
Cinsel İşlev Bozuklukları			
Cinsel Kimliğinden Yakınma			
Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetimi ve Davranım Bozuklukları	2,4524		
Madde ile İlişkili Bozukluklar	3,0714		
Nörobilişsel Bozukluklar	3,0000		
Kişilik Bozuklukları	2,6786		
Cinsel Sapkınlık (Parafili) Bozuklukları			
Diğer Ruhsal Bozukluklar	2,8690		
İlaçların Yol Açtığı Devinim Bozuklukları	2,9524		

H₇: Yakını olunan ruhsal hastalıklı bireyin teşhis türüne göre katılımcıların ruhsal hastalığa yönelik genel inançları arasında farklılık vardır.

H_{7a}: Yakını olunan ruhsal hastalıklı bireyin teşhis türüne göre katılımcıların ruhsal hastalığa yönelik inançların “tehlikeli” boyutuna ilişkin inançları arasında farklılık vardır.

H_{7b}: Yakını olunan ruhsal hastalıklı bireyin teşhis türüne göre katılımcıların ruhsal hastalığa yönelik inançların “çaresizlik” boyutuna ilişkin inançları arasında farklılık vardır.

H_{7c}: Yakını olunan ruhsal hastalıklı bireyin teşhis türüne göre katılımcıların ruhsal hastalığa yönelik inançların “utanma” boyutuna ilişkin inançları arasında farklılık vardır.

Tablo 32 incelediğinde; araştırmaya katılan öğrencilerin ruhsal hastalıklı yakınının teşhis türüne göre ruhsal hastalığa ilişkin genel inançları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($p=0,929>0,05$). Bu durumda H7 hipotezi reddedilmiştir.

Ruhsal hastalığa yönelik inançların alt boyutlarına göre farklılık olup olmadığı incelendiğinde ise; tehlikeli ve çaresizlik boyutlarına ilişkin yakını olunan ruhsal hastalıklı bireyin teşhis türüne göre katılımcıların inançları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilirken ($p>0,05$), utanma boyutuna ilişkin ise yakını olunan ruhsal hastalıklı bireyin teşhis türüne göre katılımcıların inançları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüştür ($p=0,027<p=0,05$). Bu bulguya göre, ruhsal hastalıklı bireye konulan teşhise göre yakını olan katılımcıların utanma boyutuna ilişkin inançlarının ortalaması değişmektedir. Madde bağımlılığına ilişkin hastalıklarda hasta yakınlarının utanma duygusu en yüksek seviyede iken (5,50), ikiüçlü (bipolar) bozukluklar (0,25) ve obsesif-kompulsif bozukluklarda (0,31) hasta yakınlarının utanma duygusunun daha düşük seviyelerde olduğu anlaşılmaktadır. Bu bulgulara göre; H7c hipotezi kabul edilirken, H7a ve H7b hipotezleri ise reddedilmiştir.

Tablo 33. Yaş Aralığına Göre Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançların Belirlenmesi

Tehlikeli	Ortalama	F değeri	Sig.
17-19	3,0486	1,672	,174
20-22	2,9125		
23-25	2,8553		
25 ve üstü	2,1875		
Çaresizlik			
17-19	2,5381	1,968	,120

20-22	2,5819		
23-25	2,9646		
25 ve üstü	1,8636		
Utanma			
17-19	,7763		
20-22	,7793	,696	,555
23-25	,6429		
25 ve üstü	1,8333		
Genel			
17-19	2,5685		
20-22	2,5429	2,192	,090
23-25	2,7451		
25 ve üstü	1,5873		

H₈: Katılımcıların yaş aralıklarına göre ruhsal hastalığa yönelik genel inançları arasında farklılık vardır.

H_{8a}: Katılımcıların yaş aralıklarına göre ruhsal hastalığa yönelik inançların “tehlikeli” boyutuna ilişkin inançları arasında farklılık vardır.

H_{8b}: Katılımcıların yaş aralıklarına göre ruhsal hastalığa yönelik inançların “çaresizlik” boyutuna ilişkin inançları arasında farklılık vardır.

H_{8c}: Katılımcıların yaş aralıklarına göre ruhsal hastalığa yönelik inançların “utanma” boyutuna ilişkin inançları arasında farklılık vardır.

Tablo 33 incelediğinde; araştırmaya katılan öğrencilerin yaş aralıklarına göre ruhsal hastalığa ilişkin genel inançları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($p=0,090>0,05$). Bu durumda H₈ hipotezi reddedilmiştir. Ruhsal hastalığa yönelik inançların alt boyutlarına göre farklılık olup olmadığı incelendiğinde ise; tehlikeli, çaresizlik ve utanma boyutlarına ilişkin farklı yaş gruplarındaki öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Bu bulgulara göre; H_{8a}, H_{8b} ve H_{8c} hipotezleri de reddedilmiştir.

Tablo 34. Sınıf Seviyelerine Göre Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançların Belirlenmesi

Tehlikeli	Ortalama	F değeri	Sig.
1. Sınıf	2,9081	1,367	,257
2. Sınıf	3,0236		
3. Sınıf	2,8214		
Çaresizlik			
1. Sınıf	2,5189	,349	,706
2. Sınıf	2,6329		
3. Sınıf	2,6182		
Utanma			
1. Sınıf	,8733	,361	,697
2. Sınıf	,6914		
3. Sınıf	,7824		
Genel			
1. Sınıf	2,4963	,563	,570
2. Sınıf	2,6254		
3. Sınıf	2,5277		

H₉: Katılımcıların öğrenim gördükleri sınıflara göre ruhsal hastalığa yönelik genel inançları arasında farklılık vardır.

H_{9a}: Katılımcıların öğrenim gördükleri sınıflara göre ruhsal hastalığa yönelik inançların “tehlikeli” boyutuna ilişkin inançları arasında farklılık vardır.

H_{9b}: Katılımcıların öğrenim gördükleri sınıflara göre ruhsal hastalığa yönelik inançların “çaresizlik” boyutuna ilişkin inançları arasında farklılık vardır.

H_{9c}: Katılımcıların öğrenim gördükleri sınıflara göre ruhsal hastalığa yönelik inançların “utanma” boyutuna ilişkin inançları arasında farklılık vardır.

Tablo 34 incelediğinde; araştırmaya katılan öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıflarına göre ruhsal hastalığa ilişkin genel inançları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($p=0,570>0,05$). Bu durumda H9 hipotezi reddedilmiştir. Ruhsal hastalığa yönelik inançların alt boyutlarına göre farklılık olup olmadığı incelendiğinde ise; tehlikeli, çaresizlik ve utanma boyutlarına ilişkin farklı sınıflarda öğrenim gören öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Bu bulgulara göre; H9a, H9b ve H9c hipotezleri de reddedilmiştir.

Tablo 35. Yaşanılan Travmalara Göre Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançların Belirlenmesi

Tehlikeli	Ortalama	F değeri	Sig.
Deprem	2,8438	,631	,677
Sel	.		
Yangın	2,0000		
İstismar	.		
Göç			
Savaş	2,6875		
Trafik Kazası	3,1667		
Ölüm	2,8693		
Ailenin Dağılması ve Parçalanması	3,0000		
Çaresizlik			
Deprem	2,5657	1,020	,431
Sel	1,0000		
Yangın	2,0000		
İstismar	2,3636		
Göç			
Savaş	2,5152		

Trafik Kazası	2,4848		
Ölüm	2,8268		
Ailenin Dağılması ve Parçalanması	2,3818		
Utandırma			
Deprem	,5000		
Sel	2,5000		
Yangın	1,5000		
İstismar	1,0000		
Göç		,449	,865
Savaş	1,3571		
Trafik Kazası	,3333		
Ölüm	1,2143		
Ailenin Dağılması ve Parçalanması	,5000		
Genel			
Deprem	2,3810		
Sel	.		
Yangın	1,9286		
İstismar	.		
Göç		,466	,799
Savaş	2,4365		
Trafik Kazası	2,5397		
Ölüm	2,6757		
Ailenin Dağılması ve Parçalanması	2,5000		

H₁₀: Yaşanılan travma türüne göre katılımcıların ruhsal hastalığa yönelik genel inançları arasında farklılık vardır.

H_{10a}: Yaşanılan travma türüne göre katılımcıların ruhsal hastalığa yönelik inançların “tehlikeli” boyutuna ilişkin inançları arasında farklılık vardır.

H_{10b}: Yaşanılan travma türüne göre katılımcıların ruhsal hastalığa yönelik inançların “çaresizlik” boyutuna ilişkin inançları arasında farklılık vardır.

H_{10c}: Yaşanılan travma türüne göre katılımcıların ruhsal hastalığa yönelik inançların “utanma” boyutuna ilişkin inançları arasında farklılık vardır.

Tablo 35 incelediğinde; araştırmaya katılan öğrencilerin yaşadıkları travma türüne göre ruhsal hastalığa ilişkin genel inançları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($p=0,799>0,05$). Bu durumda H10 hipotezi reddedilmiştir. Ruhsal hastalığa yönelik inançların alt boyutlarına göre farklılık olup olmadığı incelendiğinde ise; tehlikeli, çaresizlik ve utanma boyutlarına ilişkin öğrencilerin yaşadıkları depresyon, sel, yangın vb. travma türlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Bu bulgulara göre; H10a, H10b ve H10c hipotezleri de reddedilmiştir.

Tablo 36. Teşhis Edilen Ruhsal Hastalığa Göre Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançların Belirlenmesi

Tehlikeli	Ortalama	F değeri	Sig.
Nörogelişimsel Bozukluk			
Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Bozukluklar	4,2500		
İkiuçlu (Bipolar) Bozukluk			
Depresyon Bozuklukları	2,1500	,913	,536
Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları	1,6250		
Takıntı-Zorlantı Bozukluğu (Obsesif Kompulsif Bozukluk)	3,0000		
Örselenem (Travma) ve			

Tetikleyici Etkenle (Stresörle) İlişkili Bozukluk			
Çözülme (Dissosiyasyon) Bozuklukları			
Bedensel Belirti Bozuklukları			
Beslenme ve Yeme Bozuklukları	3,1250		
Dışa Atım Bozuklukları			
Uyku –Uyanıklık Bozuklukları			
Cinsel İşlev Bozuklukları			
Cinsel Kimliğinden Yakınma			
Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetimi ve Davranım Bozuklukları			
Madde ile İlişkili Bozukluklar	1,7500		
Nörobilişsel Bozukluklar			
Kişilik Bozuklukları	3,0000		
Cinsel Sapkınlık (Parafili) Bozuklukları			
Diğer Ruhsal Bozukluklar			
İlaçların Yol Açtığı Devinim Bozuklukları			
Çaresizlik			
Nörogelişimsel Bozukluk			
Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Bozukluklar	2,3636	1,247	,376

İkiuçlu (Bipolar) Bozukluk			
Depresyon Bozuklukları	2,1091		
Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları	1,5758		
Takıntı-Zorlantı Bozukluğu (Obsesif Kompulsif Bozukluk)	3,0000		
Örselenem (Travma) ve Tetikleyici Etkenle (Stresörle) İlişkili Bozukluk			
Çözülme (Dissosiyasyon) Bozuklukları			
Bedensel Belirti Bozuklukları			
Beslenme ve Yeme Bozuklukları	2,6364		
Dışa Atım Bozuklukları			
Uyku –Uyanıklık Bozuklukları			
Cinsel İşlev Bozuklukları			
Cinsel Kimliğinden Yakınma			
Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetimi ve Davranım Bozuklukları			
Madde ile İlişkili Bozukluklar	3,0909		
Nörobilişsel Bozukluklar			
Kişilik Bozuklukları	3,4242		
Cinsel Sapkınlık (Parafili) Bozuklukları			

Diğer Ruhsal Bozukluklar			
İlaçların Yol Açtığı Devinin Bozuklukları			
Utandırma			
Nörogelişimsel Bozukluk			
Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Bozukluklar	3,0000		
İkiüçlü (Bipolar) Bozukluk			
Depresyon Bozuklukları	1,1000		
Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları	,0000		
Takıntı-Zorlantı Bozukluğu (Obsesif Kompulsif Bozukluk)	4,5000		
Örselenem (Travma) ve Tetikleyici Etkenle (Stresörle) İlişkili Bozukluk		1,141	,412
Çözülme (Dissosiyasyon) Bozuklukları			
Bedensel Belirti Bozuklukları			
Beslenme ve Yeme Bozuklukları	,0000		
Dışa Atım Bozuklukları			
Uyku –Uyanıklık Bozuklukları			
Cinsel İşlev Bozuklukları			
Cinsel Kimliğinden Yakınma			
Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetimi ve Davranım			

Bozuklukları			
Madde ile İlişkili Bozukluklar	,0000		
Nörobilişsel Bozukluklar			
Kişilik Bozuklukları	1,1667		
Cinsel Sapkınlık (Parafili) Bozuklukları			
Diğer Ruhsal Bozukluklar			
İlaçların Yol Açtığı Devinim Bozuklukları			
Genel			
Nörogelişimsel Bozukluk			
Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Bozukluklar	.		
İkiuçlu (Bipolar) Bozukluk			
Depresyon Bozuklukları	2,0286		
Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları	1,4444		
Takıntı-Zorlantı Bozukluğu (Obsesif Kompulsif Bozukluk)	3,1429	1,288	,366
Örselenem (Travma) ve Tetikleyici Etkenle (Stresörle) İlişkili Bozukluk			
Çözülme (Dissosiyasyon) Bozuklukları			
Bedensel Belirti Bozuklukları			
Beslenme ve Yeme Bozuklukları	2,5714		

Dışa Atım Bozuklukları			
Uyku –Uyanıklık Bozuklukları			
Cinsel İşlev Bozuklukları			
Cinsel Kimliğinden Yakınma			
Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetimi ve Davranım Bozuklukları			
Madde ile İlişkili Bozukluklar	2,2857		
Nörobilişsel Bozukluklar			
Kişilik Bozuklukları	3,2143		
Cinsel Sapkınlık (Parafili) Bozuklukları			
Diğer Ruhsal Bozukluklar			
İlaçların Yol Açtığı Devinim Bozuklukları			

H₁₁: Teşhis edilen ruhsal hastalığına göre katılımcıların ruhsal hastalığa yönelik genel inançları arasında farklılık vardır.

H_{11a}: Teşhis edilen ruhsal hastalığına göre katılımcıların ruhsal hastalığa yönelik inançların “tehlikeli” boyutuna ilişkin inançları arasında farklılık vardır.

H_{11b}: Teşhis edilen ruhsal hastalığına göre katılımcıların ruhsal hastalığa yönelik inançların “çaresizlik” boyutuna ilişkin inançları arasında farklılık vardır.

H_{11c}: Teşhis edilen ruhsal hastalığına göre katılımcıların ruhsal hastalığa yönelik inançların “utanma” boyutuna ilişkin inançları arasında farklılık vardır.

Tablo 36 incelediğinde; araştırmaya katılan öğrencilerin teşhis edilen ruhsal hastalığına göre ruhsal hastalığa ilişkin genel inançları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($p=0,366>0,05$). Bu durumda H₁₁ hipotezi reddedilmiştir. Ruhsal hastalığa yönelik inançların alt boyutlarına göre farklılık olup olmadığı incelendiğinde ise; tehlikeli, çaresizlik ve utanma boyutlarına ilişkin öğrencilerin teşhis edilen herhangi

bir ruhsal hastalığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Bu bulgulara göre; H1 1a, H1 1b ve H1 1c hipotezleri de reddedilmiştir.



TARTIŞMA

Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği (RHİÖ), Hirai ve Clum (2000) tarafından ortaya atılmış, Ayşegül Bilge tarafından ise Türkiye’de geçerliliği ve güvenilirliği sağlanmıştır. Bu anket ile kişilerin ruhsal hastalığa ait inançları ve bu inançların temelini neye dayandığı öğrenilmeye çalışılmıştır.

Nitekim yapılan çalışmalarda özellikle inançlar üzerinde bireysel ve kültürel olumsuz algı ve tutumların etkili olduğu ortaya çıkmıştır. Bu anlamda ruhsal hastalıkla ilgili toplumda kabul görmüş belli bir takım inanış ve düşünceler, Çam ve Bilge’nin (2007)’de yazdığı makalede şu şekilde sıralanmıştır:

- “-Ruhsal hastalıkların kalp hastalıkları gibi gerçek bir hastalık değildir,
- Ruh hastaları kurumlarda kilitli tutulmalıdır,
- Ruh hastası olan birey asla normal yaşamına dönemez,
- Ruh hastaları tehlikelidir, ruh hastaları düşük gelirli işlerde çalışabilir.”

Ortaya çıkan sonuç değerlendirildiğinde ruhsal hastalığa yönelik inançların daha somut bir şekilde ele alınması gerektiğidir. Yine bu alanda doktora tez çalışması yapan Bağ (2003), Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Tutumları Ölçeği’nin Türkçe versiyonu üzerinden sağlık personelinin ruhsal sorunu olan bireyle aynı iş yerinde çalışmak istemeyeceği ortaya çıkmıştır. Eğitimli bir kesimi temsil eden ve sağlık alanında çalışan kişilerin korku/dışlama puanı yüksek bulunmuştur.

Türkiye’de 1971 yılından sonra ruhsal hastalığa yönelik tutumlar içinde inançlar da sorgulanmaya çalışılmıştır. Bireylerin ve toplumun inanç boyutları ölçülmüş, kavramsal boyutta değerlendirme yapılmıştır. Ancak yapılan araştırmalar, toplum temelli araştırmalara daha çok ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir. Özellikle ruhsal hastalıklara yönelik olumlu inançlar artarken net bir inanç ölçeğinin olmaması eksikliği meydana getirmektedir.

Yine Türkiye’de ruhsal hastalığa yönelik inançları belirlemeye çalışan eserler literatürde yerini almıştır. Bu anlamda üniversite öğrencilerinin ve ilahiyat fakültesi öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançları belirlenmiş, diğer yapılacak çalışmalara örnek oluşturmuştur.

Ünal ve arkadaşlarının 2010 yılında yaptığı çalışmada üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançları incelenmiştir. Yapılan bu çalışmada üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik olumsuz düşüncelere sahip olduğu ortaya çıkmıştır.

Konu ile alakalı diğer bir çalışma ise Güngörmüş ve arkadaşları tarafından 2014 yılında gerçekleştirilmiştir. İlahiyat fakültesi öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançlarının belirlenmesi üzerine kurulu olan araştırmada, öğrencilerin % 14.5'inin ruhsal hastalığı olan bireylerin öncelikli olarak din görevlisine gitmesi gerektiğini söylemiştir. Bu anlamda bu çalışma, ülkemizde ruhsal hastalıklara yönelik çözüm aramak için dini ve geleneksel yöntemlere başvurulduğunu destekleyen çalışmalara örnek oluşturmuştur.

Literatürde fark edilen eksiklik sonucunda bu tez çalışmasının örneklemini oluşturan sosyal hizmet bölümü lisans öğrencileri de incelenmeye değer görülmüştür. Yapılan araştırmada araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyetlerine göre ruhsal hastalığa yönelik genel inançları açısından bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p=0,181>0,05$). Ancak, utanma alt ölçeğinde kadın ve erkek katılımcılar arasında anlamlı farklılık olduğu ortaya çıkmıştır ($p=0,039<0,05$).

Araştırmaya katılan öğrencilerin öğretim türlerine göre ruhsal hastalığa ilişkin genel inançları ($p=0,238>0,05$) ile öğrencilerin yaşamlarında herhangi bir travma yaşayıp yaşamama durumlarına göre ruhsal hastalığa ilişkin genel inançları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,921>0,05$).

Yine araştırmaya katılan öğrencilerin herhangi bir ruhsal hastalığı olup olmama durumlarına göre ruhsal hastalığa ilişkin genel inançları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülürken ($p=0,131>0,05$); tehlikeli boyutuna ilişkin alt ölçekte, herhangi bir ruhsal hastalığı olanlar ile olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu anlaşılmıştır ($p=0,021<p=0,05$). Bu bulguya göre, ruhsal hastalığı olanların olmayanlara göre tehlikeli boyutuna ilişkin inançlarının ortalaması daha düşük olduğu ortaya çıkmıştır ($2,483<2,948$).

Araştırmaya katılan öğrencilerin ruhsal hastalığı olan bir bireyle karşılaşma ya da yaşama durumlarına göre ruhsal hastalığa ilişkin genel inançları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p=0,110>0,05$). Ancak aresizlik boyutuna ilişkin alt ölçekte, ruhsal hastalığı olan bir bireyle karşılaşma ya da yaşama durumuna göre katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ortaya çıkmıştır ($p=0,046<p=0,05$).

Araştırmaya katılan öğrencilerin ruhsal hastalıklı yakınının teşhis türüne göre ruhsal hastalığa ilişkin genel inançları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($p=0,929>0,05$). Fakat, utanma boyutuna ilişkin alt ölçekte yakını olunan ruhsal hastalıklı bireyin teşhis türüne göre katılımcıların inançları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p=0,027<p=0,05$).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sosyal hizmet, akademik çalışmalarında ve mesleki uygulamalarında ele aldığı kitleyi ruh ve beden sağlığı üzerinden değerlendirmektedir. Kişilerin var olan sağlığını korumak ve geliştirmek ya da sağlık problemi yaşayanların sağlığını tehlikeye atan sosyal, ekonomik ve beşeri faktörleri ortadan kaldırmak sosyal hizmetin çalışma konusunu oluşturmaktadır.

Sosyal hizmet disiplininin ve mesleğinin yaklaşık 50 yıldır Türkiye’de uygulandığı ve bu süre içerisinde sosyal hizmetin belli konulara yöneldiği bilinmektedir. Özellikle aile, çocuk, kadın, engelli konularına ayrı bir önem atfedilmiştir. Bunun yanı sıra bütün sosyal hizmet alanları, ruh sağlığı çerçevesinde değerlendirilmeye başlanmıştır. Nitekim ruh sağlığı ya da ruhsal hastalığın müracaatçı kitlesinde önemli bir yere karşılık geldiği bilinmektedir.

Literatür incelendiğinde ruh sağlığı ve hastalıkları alanında bulunan eserlerin daha çok psikiyatri disiplinine ait olduğu bilinmektedir. Psikiyatrik sosyal hizmet alanında yararlanılabilen bu kaynaklar yardımcı niteliği taşımaktadır. Alan yazında ortaya çıkan eserlerin ilgilendikleri hedef kitle ile hastalık türleri psikiyatrik sosyal hizmete yardımcı bir diğer akademik kolaylıktır.

Yapılan bu çalışmada, genelde sosyal hizmet özelde ise psikiyatrik sosyal hizmet açısından ICD-10 ve DSM-V gibi tanı sınıflandırmalarının önemli bir yerde durduğu fark edilmiştir. Müracaatçı profilinde ortaya çıkan ruhsal durumu anlama ve anlamlandırma çalışmaları tanı sınıflandırmalarında yer alan ölçütlere göre olmalıdır. Ruhsal hastalığa yönelik bilimsel zeminden uzaklaşarak hissi düşünmek, müracaatçıda oluşan krizin büyümesine ya da yeni kriz çıkmasına sebep olabilir. Bu durumu önlemek için tanı kriterlerinin sosyal hizmet diline yansımış hali iyi bilinmelidir.

Her bir ruhsal hastalık kendi içinde önemli bir takım sorunları beraberinde getirmektedir. Bu sorunlar çoğu zaman sosyal-mesleki işlevsizlik olarak ortaya çıkmakta, bireysel ve toplumsal hayatı olumsuz etkilemektedir.

Ruh sağlığı bozulmuş kişinin sosyal hayatta ilişki ağı zayıflamaktadır. Dolayısıyla kişi bireysel dünyasına çekilerek istemsiz bir şekilde sosyal-izole bir hayatı tercih

etmektedir. İlk olarak ailesine çevresine uzaklaşan birey, zaman içinde toplumsal hayattan kendini soyutlamaktadır. Bu noktada çalışma hayatı da olumsuz etkilenmektedir.

Eğer kişi evli ise problem halkasına daha farklı sorunlar eklenmektedir. Özellikle bakmakla sorumlu olduğu eş, çocuk var ise ekonomik sıkıntıları beraberinde getirmektedir. Aynı zamanda bu durum, ruh sağlığı bozulan aile bireyinin hastalığının anlaşılmasında ailede çözümleri başlatmaktadır. Dolayısıyla bu durum, sosyal hizmet müdahalesini gerekli kılmaktadır.

Ruhsal hastalığın tedavisinin hem devlet hem aileler açısından ağır ve külfetli olması bu konunun ayrı bir gerçekliğini oluşturmaktadır. Nitekim sosyal güvenlik sistemi ve sosyal hizmet birlikteliği bu konuya yardımcı olabilecek gibi görünmektedir. Hastalığın tedavisine yönelik kamu hastanelerini tercih edenler maddi imkânlarının artmasıyla özel hastaneleri seçeceği de ortadadır. Dolayısıyla kamu hastanelerinde ruhsal hastalıkların tedavisinde daha etkin ve aktif sonuçların görülebilmesi adına psikiyatrik sosyal hizmetin iş birliğine katılması sağlanmalıdır.

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin ve çevrelerinin yaşadığı bir diğer önemli sorun, damgalama (stigma) ile mücadele edecek olmalarıdır. Ruh sağlığı bozulmuş şekilde bir yorum kişiyi işinden edebilir, ailesinden ayırabilir. Bu nedenle bireyi ve çevresini mağdur etmemek için ruhsal bozuklukla ilgili iyi tanı konulmalıdır. Aynı zamanda toplumsal meslek kabul edilen sosyal hizmetin bu noktada müracaatçıyı iyi anlaması gerektiği bir kere daha ortaya çıkmaktadır. Nitekim damgalamanın getirdiği sorunlarla mücadele eden psikiyatrik sosyal hizmetin, asıl kendisinin damgalamayı oluşturmasına neden olmaması gerekmektedir. Bu nedenle sosyal çalışmacılar, gerek akademik gerekse hizmet içi eğitimler ile ruh sağlığına yönelik bilgi temelini güçlendirmelidir.

Psikiyatrik sosyal hizmet uygulaması belli teorik alt yapısıyla ruhsal hastalıkları değerlendirmektedir. Ancak bu değerlendirmeyi yaparken sosyal çalışmacı aile, çocuk, genç, yaşlı, mülteci, sığınmacı, engelli ayrımına dikkat etmelidir. Nitekim her sorun alanı kendine özgü müdahale yöntemini beraberinde getirmektedir. Bu noktada hastalığın sağaltımı, psiko-sosyal müdahalesi iyi öğrenilmelidir.

Psikiyatrik sosyal hizmet alanında hizmet veren sosyal çalışmacıların ruh hastalığına y6nelik mesleki uygulama yaparken için yasal prosed6r6ne dikkat etmelidir. Yaptığı mesleki pratiğin hem sosyal çalışmacıyı hem de hastayı koruyan sınırı iyi bilinmelidir.

Yine psikiyatrik sosyal hizmet alanında hizmet veren sosyal çalışmacıların tıbbi ve psikiyatrik terminolojiye hâkim olmaları da gerekmektedir. Bunun için literat6rde psikiyatrik sosyal hizmet alanını doğrudan veya dolaylı y6nden ilgilendiren eserlerin iyi okunması ve analiz edilmesi 6nemli bir yere karşılık gelmektedir. Bu anlamda 2000li yıllarda psikiyatrik sosyal hizmete ait yazılan eserlerin sayıca çok olması, bu konunun g6n6m6zde 6nemli bir yere oturduğunu g6stermektedir. Literat6r tarandığında doğrudan psikiyatrik sosyal hizmeti ilgilendiren konulara yer verilmesi g6r6lecek olup bu alanın sosyal hizmet disiplini içerisinde yer almasını hızlandırdığı kanaati ortaya çıkacaktır. Aynı zamanda bu durum alan yazınında psikiyatrik sosyal hizmet ile ilgili çalışmaların daha da çok artması gerektiğini ve incelenen eserler ile psikiyatrik sosyal hizmetin daha farklı alanlarda da çalışma yapabileceğini g6stermektedir.

Sonuç olarak psikiyatrik sosyal hizmete y6nelik bilgi temelinin iyi oluşturulması bu çalışmanın ayrı bir 6nem kazanmasını sağlamıştır. Uygulamada yanlışlık yapılmaması için psikiyatrik sosyal hizmet eğitimi ciddiye alınmalıdır.

Sosyal hizmet lisans eğitimi toplam d6rt yıldan ve sekiz d6nemden meydana gelmektedir. Eğitim 6đretim d6nemi içinde genel olarak sadece bir d6nem psikiyatrik sosyal hizmete ayrılmaktadır. Dersler, kendi içinde ruhsal hastalığa yer verse de temel bir eğitim niteliği taşımamaktadır. Dolayısıyla tek d6nemde verilen psikiyatrik sosyal hizmet dersi, mesleki uygulamada ruh hastalarına y6nelik yanlış uygulama yapılmasına meydan verebilir. Bu sorunu 6nleyebilmek için dersler ilk olarak iki ayrı d6nemde işlenebilir. İkinci olarak 6đrencilerin toplum ruh sağlığı merkezi (TRSM) b6nyesinde yer almaları sağlanabilir. Bunun için 6niversiteler ile Sağlık Bakanlığı b6nyesinde bulunan TRSM'ler, protokol imzalayabilir. B6ylelikle 6đrencilerin ruh hastalarına y6nelik yapılan hizmetlerin yerinden g6rmesi sağlanabilir.

Nitekim ruh hastalarına y6nelik yaptığı çalışmalarla toplumun uzantısı olarak kabul edilen psikiyatrik sosyal hizmetin, hastanın ve hastalığın b6t6n6ne ulaşan sosyal bir MR 6zelliği taşıdığı TRSM b6nyesinde yapılan mesleki çalışmalardan anlaşılmaktadır.

KAYNAKLAR

- ACAR, Hakan ve Gülsüm Çamur Duyan; (2003), “Dünyada Sosyal Hizmet Mesleğinin Ortaya Çıkışı ve Gelişimi”, **Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi**, C.14, S.1, s.1-19.
- ACIDUMAN, Ahmet; (2010), “Darüşşifalar Bağlamında Kitabeler, Vakıf Kayıtları ve Tıp Tarihi Açısından Önemleri - Anadolu Selçuklu Darüşşifaları Özelinde”, **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası**, C.63, S.1, s.9-15.
- AKKOYUN, Füsün; (1982), “Empatik Anlayış Üzerine”, **Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi**, C.15, S.2, s. 63-69.
- AKPINAR, Orkide ve F. Selda Öz; (2013), “Gerçeklik Terapisi: Özellikler, Temel Kavramlar, Tedavi, Uygulama Ve Değerlendirme”, **Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi**, C.12, S.43, s.1-22.
- ALATAŞ, Gazi, Akfer Karaoğlan, Mehtap Arslan ve Medaim Yanık; (2009), “Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli ve Türkiye’de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Projesi”, **Nöropsikiyatri Arşivi**, C.46, S. Özel Sayı, s.25-29.
- ALTINOVA, Hasan Hüseyin; (2016), **Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerde Bağlanma ve Gruplarla Sosyal Hizmet Müdahalesi**, Birinci Baskı, Sosyal Çalışma Yayınları, İstanbul.
- ALTUNIŞIK, Remzi, Recai Coşkun, Serkan Bayraktaroğlu, Engin Yıldırım; (2010), **Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı**, Altıncı Baskı, Sakarya Yayıncılık, Sakarya.
- AMADO, Sonia; (2002), “Algı Süreçleri: Sürücülük ve Yol Tasarımı İlişkisi”, **Türk Psikoloji Yazıları**, C.5, S.9-10, s.65-81.
- AMERİKAN PSİKİYATRİ BİRLİĞİ; (2013), *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*, Beşinci Baskı (DSM-V), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı’ndan, çev., Ertuğrul Köroğlu, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

ARIKAN, Çiğdem; (1985), *Psikiyatrik Sosyal Çalışma ve Psikiyatrik Ortamda Ekip Çalışması*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

ARIKAN, Çiğdem ve Ladiper Dilek; (1996), **Ruh Hastalıklarının Tedavisinde Psiko-Sosyal Bir Boyut**, Şafak Matbaacılık, Ankara.

ARSLANTAŞ, Hülya ve Filiz Adana; (2011), “Şizofreninin Bakım Verenlere Yüğü”, **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar**, C.3, S.2, s.251-277.

AYDIN, Pınar Çetinay ve Leyla Gülseren; (2014), “Deri Yolma Bozukluğu”, **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar**, C.6, S.4, s.401-428.

BAHAR, Güven, Haluk A. Savaş; (2013), “Ruh Sağlığı Çalışmalarında Sosyal Hizmet Mesleğinin Rolü”, **Yeni Symposium**, C.51, S.2, 83-90.

BAYAR, Reha ve Mesut Yavuz; (2008), “Obsesif Kompulsif Bozukluk”, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No:62, s.185-192.

BAĞ, Beyhan; (2003), *Sağlık Personelinin Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Tutumlarının Araştırılması*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

BELENE, Emine; (2009), *Şizofreni’de Anksiyete Belirtilerinin, Pozitif, Negatif ve Depresif Belirtiler, İntihar Düşüncesi, İçgörü ve Yaşam Kalitesi Açısından İncelenmesi*, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı, Bakırköy Ord. Prof. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 9. Psikiyatri Birimi.s

BİLGE, Ayşegül; (2006), *Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Geçerlilik Ve Güvenirlik Çalışması*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

BİLGE, Ayşegül, Olcay Çam; (2008), “Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeğinin Geçerliliği ve Güvenilirliği”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, C.9, S.2, 91-96.

BİLGE, Filiz; (1997), “ Danışandan Hız Alan ve Bilişsel Davranışçı Yaklaşımlarla Yapılan Grupla Psikolojik Danışmanın Üniversite Öğrencilerinin Kızgınlık Düzeyleri Üzerine Etkisi”, **Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi**, C.2, S.8, s. 9-16.

BLAND, Robert ve Noel. Renouf; (2001), “Social Work And The Mental Health Team”, **Australasian Psychiatry**, Vol. 9, No. 3, s. 238-241.

BOLSOY, Nursen ve Ümran Sevil; (2006), “Sağlık-Hastalık ve Kültür Etkileşimi”, **Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, C.9, S.3, s.78-87.

BOSTANCI, Nihal; (2005), “Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Stigma ve Bunun Azaltılmasına Yönelik Uygulamalar”, **Düşünen Adam**, C.18, S.1, s.32-38.

BULUT, Süheyla Doğan, Kadir Özdel ve Cebail Kısa; (2015), “Belirtiden Bozukluğa İstifleme”, **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar**, C.7, S.3, s.319-332.

BULUT, Işıl; (1993), **Ruh Hastalığının Aile İşlevlerine Etkisi**, Başbakanlık Kadın ve Sosyal Hizmetler Müsteşarlığı Yayınları, Ankara.

BURNS, Tom; (2006), *Psikiyatri: Kısa Bir Giriş*, Çev., S. Erdem Türközü, Nika Yayınevi, Ankara.

CEYLAN, M. Emin ve Melek K. Vardar; (2003), “ Ruh Hastaları ve Türkiye”, **Düşünen Adam**, C.16, S.2, s. 95-107.

CEYLAN, İbrahim; (2012), **Türklerde Cerrahinin Gelişimi**, Türk Cerrahi Derneği Yayınları, Ankara.

ÇAM, Olcay ve Ayşegül Bilge; (2007), “ Ruh Hastalığına Yönelik İnanç ve Tutum”, **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, S.8, s.215-223.

ÇEVİK, Abdülkadir; (1996), “Psikonevrozlar”, Editör: Sayıl, Işık, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ders Kitabı, ANTIP A.Ş. Yayınları, s. 215-241.

ÇİFTÇİ, Elif Gökçe Arslan, Fulya Akgül Gök, Ezgi Arslan; (2015), “Kurum Bakımından Toplum Temelli Bakıma Geçiş: Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rolü”, **Toplum ve Sosyal Hizmet**, C.26, S.1, s.163-176.

DAĞ, İhsan; (1999), “Psikolojinin Işığında Kaygı”, **Doğu Batı Düşünce Dergisi**, Yıl 2, S.6, s. 167-174.

DİLBAZ, Nesrin; (1997), “Sosyal Fobi”, **Psikiyatri Dünyası**, S.1, s.18-24.

DİNÇ, Mehmet; (2014), “Gestalt ve Bilişsel Davranışçı Terapideki “Şimdi ve Burada” İlkesindeki Benzerlik ve Farklılıklar”, **Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi**, S.3, s.126-127.

DİRİÖZ, Meliha, Tunç Alkın, Beyazıt Yemez, Elif Onur ve Neslihan Eminağaoğlu; (2012), “Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri İle Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketinin Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliği”, **Türk Psikiyatri Dergisi**, C.23, S.2, s.1-13.

DUYAN, Veli, Özge Özgür Sayar ve Mahmut Özbulut; (2008), **Sosyal Hizmeti Tanımak ve Anlamak**, Öncü Basımevi, Ankara.

ENSARİ, Hülya, Bülent Kadri Gültekin, Derya Karaman, Ayşegül Koç ve Ali Fuat Beşkardeş; (2013), “Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Hizmetlerinin Şizofreni Hastalarındaki Yaşam Kalitesi, Yeti Yitimi, Genel ve Sosyal İşlevsellik Üzerine Etkisi: Bir Yıllık İzleme Sonuçları”, **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, S.13, s.108-114.

ERER, Sezer ve Elif Atıcı; (2010), “Selçuklu ve Osmanlılarda Müzikle Tedavi Yapılan Hastaneler”, **Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, C.36, S.1, s.29-32.

ERERMİŞ, Serpil, Emel Bellibaş, Burcu Özbaran, Nagehan Demiral Büküşoğlu, Ender Altıntoprak, Tezan Bildik ve Saniye Korkmaz Çetin; (2009), “Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu Olan Okul Öncesi Yaş Grubu Çocukların Annelerinin Mizaç Özellikleri”, **Türk Psikiyatri Dergisi**, C.20, S.1, s.14-21.

FAUSTMAN, William O; (2014), “Şizofreniye Ne Sebep Olur?”, Genel Editör: Yalom, Irvin D., Editör: Vinogradov, Sophia, Şizofreni Terapisi, s. 71-95, çev., Fulya Kaya, Prestij Yayınları, İstanbul.

GEÇTAN, Engin; (2015), **Psikodinamik Psikiyatri ve Normaldışı Davranışlar**, Yirmikinci Basım, Metis Yayınları, İstanbul.

GÖKA, Erol; (1999), **Bilimlerin Vicdanı Psikiyatri**, Birinci Baskı, Ütöya Yayınevi, Ankara.

GÜLEÇ, Cengiz; (2016), **Pozitif Ruh Sağlığı**, Üçüncü Baskı, Arkadaş Yayınları, Ankara.

GÜLEÇ, Yasin; (2014), “Sosyal Hizmetlerin Yeniden Yapılandırılmasında Yerel Yönetimlerin Önemi ve İşlevi, Bağcılar Engelliler Sarayı Örneği”, **Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi**, Yıl:2 S.1, s.486-500.

GÜLTEKİN, Bülent Kadri; (2010), “Ruhsal Bozuklukların Önlenmesi: Kavramsal Çerçeve ve Sınıflandırma”, **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar**, C.2, S.4, s. 583-594.

GÜNEY, Melike; (1996), “Şizofreniler”, Editör: Sayıl, Işık, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ders Kitabı, ANTIP A.Ş. Yayınları, s.153-171.

GÜNGÖRMÜŞ, Kübra, Mine Ekinci ve Mehtap Daş; (2014), “İlahiyat Fakültesi Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlarının Belirlenmesi”, **Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi**, C.11, S.2, s.45-51.

HATUNOĞLU, Aşkı; (2014), “Türk İslam Hekimlerinin Psikoloji Biliminin Gelişimine Katkıları Ve Psikolojik Hastalıklara Tedavi Yöntemleri”, **Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi**, C.2, S.5, s.255-263.

HIRAI, Michiyo, George A. Clum; (2000), “Development, Reliability, and Validity of the Beliefs Toward Mental Illness Scale”, **Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment**, Vol. 22, No.3, s.221-236.

İŞİK, Erdal; (2006), **Güncel Şizofreni**, Format Matbaacılık, Ankara.

İSMAİLOV, Nadir Vedanoğlu ve Tahir Özakkaş; (1998), **Azerbeycan Tıp Eğitiminde Psikiyatri**, Özak Yayınevi.

KAĞITÇIBAŞI, Çiğdem; (2010), **Benlik, Aile ve İnsan Gelişimi Kültürel Psikoloji**, Birinci Basım, Koç Üniversitesi Yayınları, İstanbul.

KANAT, Bilgen Biçer, Umut Altunöz, Sevinç Kırıcı, Gülbahar Baştuğ ve Erguvan Tuğba Özel Kızıl; (2016), “Farklı Demansı Olan Üç Olguda Biriktirme Davranışı”, **Türk Psikiyatri Dergisi**, C.27, S.2, s.138-142.

KARAMUSTAFALIOĞLU, Oğuz ve Nesrin Karamustafalıoğlu; (2000), “Beden Disformik Bozukluğu”, **Düşünen Adam**, C.13, S.2, s.107-109.

KAYA, Mevlüt ve Kübra Varol; (2004), “İlahiyat Fakültesi Öğrencilerinin Durumluk-Sürekli

Kaygı Düzeyleri Ve Kaygı Nedenleri (Samsun Örneği)”, **Ondokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, S.17, s.31-63.

KEMALOĞLU, Muhammet; (2014), “XI.-XIII. Yüzyıl Türkiye Selçuklu Devletinde Dârüşşifalar”, **Düşünce – Yorum Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi**, C.7, S.13, s.289-301.

KESGİN, Bedrettin; (2012), **Kamu Sosyal Politikalarında Sosyal Yardım**, Açılım Kitap, İstanbul.

KESKİN, Ahmet, İlhami Ünlüoğlu, Uğur Bilge ve Çınar Yenilmez; (2013), “Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı, Cinsiyetlere Göre Dağılımı ve Psikiyatrik Destek Alma ile İlişkisi”, **Nöropsikiyatri Arşivi**, S.50, s.344-351.

KILIÇ, Abdullah; (2012), **Anadolu Selçuklu Ve Osmanlı Şefkat Abideleri: Şifahaneler**, Diasan Basım, İstanbul.

KILIÇCI, Yadiğar; (2006), **Okulda Ruh Sağlığı**, Beşinci Basım, Anı Yayıncılık, Ankara.

KONGAR, Emre; (1972), **Sosyal Çalışmaya Giriş**, Ayyıldız Matbaası, Ankara.

KONGAR, Emre; (1978), **İnsanı Yönlendirme ve Sosyal Hizmetler (Sosyal Çalışmaya Giriş)**, Şafak Matbaası, Ankara.

KONKAN, Ramazan, Ömer Şenormancı ve Mehmet Z. Sungur; (2011), “Trikotillomani: Tanı, Farmakoterapi ve Kognitif Davranışçı Terapisi”, **Klinik Psikofarmakoloji Bülteni**, C.21, S.3, s. 265-274.

KORKUT, Fidan; (1992), “Gestalt Yaklaşımına Dayalı Olarak Yapılan Bireysel Danışmanın Sürekli Kaygı Üzerindeki Etkisi”, **Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi**, S.7, s.151-162.

KOŞAR, Nesrin Güran; (2014), “Mary E. Richmond ve Sosyal Teşhis Kitabı”, Yayına Hazırlayan: Işıkhana, Vedat, Sosyal Hizmet ve Toplumla Çalışma, Ankara.

KÖKNEL, Özcan; (1999), **Günlük Hayatta Ruh Sağlığı**, Birinci Basım, Alfa Yayıncılık, İstanbul.

KÖKNEL, Özcan; (1989), **Genel ve Klinik Psikiyatri**, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.

KUEY, Levent; (1995), “Ruhsal Bozukluklara İlişkin Halkın Tutum ve Davranışları”, **Kriz Dergisi**, C.3, S.1, s.191-193.

KÜEY, Levent, Savaş Kültür ve Günseli Girgin; (1994), “Birinci Basamakta Ruhsal Sağlık ve Bozukluklar”, **Kriz Dergisi**, C.2, S.1, s.205-208.

KÜEY, Levent, Bedirhan Üstün ve Cengiz Güleç; (1987), “Türkiye’de Ruhsal Bozukluklar Epidemiyolojisi Araştırmaları Üzerine Bir Gözden Geçirme Çalışması”, **Toplum ve Hekim**, S.44, s.16-30.

METE, Hayriye Elbi; (2008), “Kronik Hastalık ve Depresyon”, **Klinik Psikiyatri**, C.11, Ek 3, s. 3-18.

MERIN, Edward L.; (2014), “Şizofreni Tanısını Nasıl Koyarız?”, Genel Editör: Yalom, Irvin D., Editör: Vinogradov, Sophia, Şizofreni Terapisi, s. 41-70, çev., Fulya Kaya, Prestij Yayınları, İstanbul.

MURDOCK, Nancy L.; (2014), **Psikolojik Danışma ve Psikoterapi Kuramları**, Çeviri Editörü: Füsün Akkoyun, Nobel Yayınevi, Ankara.

OKANLI, Ayşe; (2014), “Duyum ve Algı Kavramları”, Editörler: Soyad, Ad, Çocuk Psikolojisi ve Ruh Sağlığı, Atatürk Üniversitesi Açıköğretim Yayınları, s.1-20.

ÖNER, Pınar ve Ayla Aysev; (2001), “Çocuk ve Ergenlerde Obsesif Kompulsif Bozukluk”, **Sürekli Tıp Eğitim Dergisi (STED)**, C.10, S.11, s.409-411.

ÖZDEL, Kadir; (2015), “Dünden Bugüne Bilişsel Davranışçı Terapiler: Teori ve Uygulama”, **Türkiye Klinikleri**, C.8, S.2, s.10-20.

ÖZDEMİR, Osman, Pınar Güzel Özdemir, Muhammed Tayyib Kadak ve Serhat Nasıroğlu; (2012), “Kişilik Gelişimi”, **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar**, C.4, S.4, s. 566-589.

ÖZDEMİR, Uğur; (2000), **Türkiye’de Psikiyatrik Sosyal Hizmet**, İlk Baskı, Aydınlar Matbaası, Ankara.

ÖZDEMİR, İsmail Mansur; (2008), *Küreselleşme Sürecinde Türkiye’de Sosyal Devlet ve Sosyal Hizmetler*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

ÖZDEN, Seda Attepe; (2017), “Psikiyatri Kliniğinde Sosyal Hizmet Uygulamaları”, Editörler: Özden, Seda Attepe ve Emre Özcan, Tıbbi Sosyal Hizmet, Nobel Yayınları, s. 125-135.

ÖZDEN, Seda Attepe; (2015), “Koruyucu Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Sosyal Hizmetin Rolü”, **Toplum ve Sosyal Hizmet**, C.26, S.1, s.191-204.

ÖZGÜNGÖR, Sevgi ve Necla Acun Kapıkıran; (2011), C.4, S. 36, s. 114-126.

ÖZPOYRAZ, Nurgül ve Lut Tamam; (1998), “Şizofrenik Bozukluk”, **Galenos S. Ocak**, s.26-31.

ÖZTÜRK, M. Orhan ve N. Aylin Uluşahin; (2016), **Ruh Sağlığı ve Bozuklukları**, Ondördüncü Baskı, BAYT Ltd. Şti., Ankara.

RAY, Perihan Çam, Mehmet Emin Demirkol ve Lut Tamam; (2012), “Beden Disformik Bozukluğu”, **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar**, C.4, S.4, s.547-565.

SARACEL, Nüket, Belkıs ÖZKARA, Mehmet KARAKAŞ, Şuayip ÖZDEMİR, Ramazan YELKEN, Süleyman DÜNDAR, Yusuf KARACA; (2002), **Afyon ili Tüketim Analizi: Tüketici Davranışları Ve Eğilimi**, Afyon Kocatepe Üniversitesi Yayınları, No:27, Afyon.

SARI, Nil ve Burhan Akgün; (2008), “Türk Tarihinde Psikiyatride Bakış”, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No:62, s.1-24.

SARUÇ, Semra ve Veli Duyan; (2009), “Psikiyatride Ekip Çalışması ve Sosyal Hizmet Bakış Açısı”, **Kriz Dergisi**, C.17, S.1, s.37-44.

SARUÇ, Semra, Ayten Kaya Kılıç; (2015), “Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden Hizmet Alan Hastaların Sosyal Profili ve Merkezde Verilen Hizmetler”, **Toplum ve Sosyal Hizmet**, C.26, S.2, s.53-72.

SAYIL, Işık (ed.); (2004), **Bireyden Toplumda Ruh Sağlığı**, Birinci Baskı, Erler Matbaacılık, İstanbul.

SAYIL, Işık; (1996), “Psikiyatride Giriş”, Editör: Sayıl, Işık, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ders Kitabı, ANTIP A.Ş. Yayınları, s.1-6.

SAYGILI, Sefa; (2012), **Ruh Hastalıkları ve Korunma Yolları**, Elit Kültür Yayınları, İstanbul.

SİPAHİ, Beril, E. Serra Yurtkoru ve Murat Çinko; (2008), **Sosyal Bilimlerde SPSS’le Veri Analizi**, Beta Basım Yayım Dağıtım, İstanbul.

ŞAR, Vedat; (2010), “DSM-5 Taslak Tanı Ölçütlerine Genel Bir Bakış: "Batı Cephesinde Yeni Bir Şey Yok" Mu?”, **Klinik Psikiyatri**, S.13, s.196-208.

TAYCAN, Okan, Leman Kutlu, Selma Çimen ve Nurcan Aydın; (2006), “Hemşirelerde Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyinin Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi”, **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, S.7, s.100-108.

T.C. Sağlık Bakanlığı; (2011), Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023), Sağlık Bakanlığı Yayın No: 8 4 7, Ankara.

TEATER, Barbra; (2014), “Yöntem ve Kuramlara Giriş”, Çeviri Editörü: Karatay, Abdullah, Sosyal Hizmet Kuram ve Yöntemleri, s.1-24, Nika Yayınevi, Ankara.

Türk Dil Kurumu; “Kam”,

http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.593d99e5eac937.54537639, 11.06.2017.

TOMANBAY, İlhan; (1999), **Sosyal Çalışma Sözlüğü**, Selvi Yayınevi, Ankara.

TOPSES, Gürsen; (2012), “Davranışçı Ve Varoluşçu–Hümanistik Psikolojik Danışma Kuramlarının Ayırteci Ve Örtüşen Nitelikleri”, **International Journal of New Trends in Arts, Sports & Science Education**, C.1, S.3, s.67-75.

TUNCAY, Tarık ve Meltem Oral; (2012), “Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rol ve Sorumlulukları”, **Toplum ve Sosyal Hizmet**, C.23, S.2, s.93-114.

TURAN, Nihal; (1990), “Psikiyatrik Krize Müdahale ve Sosyal Hizmet”, **Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Dergisi**, C.8, S.1-2-3-, s.11-15.

TÜKEL, Raşit; (2009), “Anksiyete Bozuklukları”, Editörler: Kulaksızoğlu, Işın B., Raşit Tükel, Alp Üçok, İlhan Yargıç ve Olcay Yazıcı, Psikiyatri, İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi, s.58-90.

TÜKEL, Raşit; (2002), “Panik Bozukluğu”, **Klinik Psikiyatri**, Ek 3, s.5-13.

TÜRKÇAPAR, M. Hakan ve A. Emre Sargın; (2012), “Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler: Tarihçe ve Gelişim”, **Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi**, C.1, S.1, s.7-14.

TÜRKÇAPAR, M. Hakan, Mehmet Z. Sungur ve Asena Akdemir; (1995), “Çocuk ve Ergenlerde Bilişsel Terapiler”, **Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi**, C.2, S.2, s.93-100.

ÜNAL, Satı, Filiz Hisar, Bülent Çelik ve Zeynep Özgüven; (2010), “Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançları”, **Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi**, C.23, S.3, s.145-150.

ÜNLÜOĞLU, Gülören; (1996), “Ruh Sağlığı ve Boyutları”, Editör: Sayıl, Işık, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ders Kitabı, ANTIP A.Ş. Yayınları, s.7-24.

ÜNÜVAR, Ayşe; (2012), *Gerçeklik Kuramına Dayalı Psiko-Eğitim Programının Lise Öğrencilerinin Denetim Odağı Ve Yılmazlık Düzeyi Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

YANIK, Medaim; (2007), “Türkiye Ruh Sağlığı Sistemi Üzerine Değerlendirme ve Öneriler Ruh Sağlığı Eylem Planı Önerisi”, **RCHP, Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar Dergisi**, Özel Sayı, 1-80.

YAVUZ, Ruhi; (2008), “Şizofreni”, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No:62, s.49-58.

YAZICI, Olcay, Sibel Çakır; (2009), “Duygudurum Bozuklukları”, Editörler: Kulaksızoğlu, Işın B., Raşit Tükel, Alp Üçok, İlhan Yargıç ve Olcay Yazıcı, Psikiyatri, İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi, s.106-128.

YILDIZ, Özgür; (2012), “Kuruluşundan 2. Meşrutiyete Kadar Hamidiye Etfal Hastanesi Üzerine Bir Değerlendirme”, **The Journal of Academic Social Science Studies**, C.5, S.5, s.391-411.

YÖRÜKOĞLU, Atalay; (2016), **Gençlik Çağı Ruh Sağlığı ve Ruhsal Sorunlar**, Onbeşinci Basım, Özgür Yayınları, İstanbul.

YÜCEL, Başak; (2009), “Somatoform Bozukluk”, Editörler: Kulaksızoğlu, Işın B., Raşit Tükel, Alp Üçok, İlhan Yargıç ve Olcay Yazıcı, Psikiyatri, İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi, s.175-186.

YÜKSEL, Nevzat; (2006), “Psikiyatrinin Tarihçesi”, Editör: Yüksel, Nevzat, Ruhsal Hastalıklar, MN Medikal & Nobel, s.1-7.

YÜKSEL, Nevzat; (2006), “Anksiyete Bozuklukları”, Editör: Yüksel, Nevzat, Ruhsal Hastalıklar, MN Medikal & Nobel, s.143-181.

“Danışandan Hız Alan Yaklaşım”, <https://www.pdr.gen.tr/kisisel-rehberlik/danisandan-hiz-alan-yaklasim/>, 31.05.2017.

“Otaçılar Birle Katılmaknı Ayur/Tabipler ile Münâsebeti Söyler”, <http://gokturkanitlari.appspot.com/kutadgubilig-lii.html>, 12.06.2017.

“Muazzimler Birle Katılmaknı Ayur/Efsuncular İle Münâsebeti Söyler”, <http://gokturkanitlari.appspot.com/kutadgubilig-liii.html>, 12.06.2017.

“Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge”,
<http://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1347,trsm-yonerge--doc.doc?0>, 26.07.2017.



EKLER

EK A

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1.Yaş aralığınızı belirtiniz:

17-19 20-22 23-25 25 ve üstü

2.Cinsiyet:

Kadın Erkek

3.Sınıfınız:

1.sınıf 2. Sınıf 3.Sınıf

4.Öğretim türü:

Normal Öğretim İkinci Öğretim

5.Yaşadığınız bölge:

Akdeniz Doğu Anadolu Ege Marmara
Güneydoğu Anadolu İç Anadolu Karadeniz

6.Ailenizle mi yaşıyorsunuz?

Evet Hayır

7.Ailenizin Aylık Geliri?

0-1300 TL 1300-2000 TL 2000-3500 TL 3500 TL ve Üstü

8. Lütfen tabloda yer alan ebeveynlerinizle ilgili soruları doğru bir şekilde yanıtlayınız

A) Annenizin	B) Babanızın
1. Yaşıyor <input type="checkbox"/> Vefat Etti <input type="checkbox"/>	1. Yaşıyor <input type="checkbox"/> Vefat Etti <input type="checkbox"/>
2.Öz <input type="checkbox"/> Üvey <input type="checkbox"/>	2.Öz <input type="checkbox"/> Üvey <input type="checkbox"/>
3. Yaşı: 35-45 <input type="checkbox"/> 46-56 <input type="checkbox"/> 57-67 <input type="checkbox"/> 68 ve üstü <input type="checkbox"/>	3. Yaşı: 35-45 <input type="checkbox"/> 46-56 <input type="checkbox"/> 57-67 <input type="checkbox"/> 68 ve üstü <input type="checkbox"/>
4.Öğrenim Düzeyini işaretleyiniz: İlköğretim <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Önlisans <input type="checkbox"/> Lisans <input type="checkbox"/> Lisansüstü <input type="checkbox"/> Okula gitmedi <input type="checkbox"/>	4.Öğrenim Düzeyini işaretleyiniz: İlköğretim <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Önlisans <input type="checkbox"/> Lisans <input type="checkbox"/> Lisansüstü <input type="checkbox"/> Okula gitmedi <input type="checkbox"/>
5.Mesleği :	5.Mesleği :

9.Yaşamınızda travma olarak tanımlayabileceğiniz bir olay var mı? (Cevabınız HAYIR ise lütfen 10. Soruyu Atlayınız.)

Evet Hayır

10.Travma yaşadysanız, türünü işaretleyiniz.

Deprem Sel Yangın İstismar Göç
Savaş Trafik Kazası Ölüm Ailenin dağılması ve parçalanması

11.Herhangi bir ruhsal hastalığınız var mı? (Cevabınız HAYIR ise lütfen 12. Soruyu Atlayınız.)

Evet Hayır

12. Teşhis edilen ruhsal hastalığınızı aşağıda verilen liste içerisinde bulup işaretleyiniz.

- Nörogelişimsel Bozukluk
- Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar
- İkiuçlu (Bipolar) Bozukluk - Depresyon Bozuklukları - Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları
- Takıntı-Zorlantı Bozukluğu (Obsesif - Kompulsif Bozukluk)
- Örselenem (Travma) ve Tetikleyici Etkenle (Stresörle) İlişkili Bozukluk
- Çözülme (Dissosiyasyon) Bozuklukları
- Bedensel Belirti Bozuklukları - Beslenme ve Yeme Bozuklukları - Dışa Atım Bozuklukları
- Uyku-Uyanıklık Bozuklukları - Cinsel İşlev Bozuklukları - Cinsel Kimliğinden Yakınma
- Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetimi ve Davranım Bozuklukları
- Madde İle İlişkili Bozukluklar - Nörobilişsel Bozukluklar - Kişilik Bozuklukları
- Cinsel Sapkınlık (Parafili) Bozuklukları - Diğer Ruhsal Bozukluklar
- İlaçların Yol Açtığı Devinim Bozuklukları

13. Daha önce ruhsal hastalığı olan bir bireyle karşılaştınız mı ya da birlikte yaşadınız mı? (Cevabınız HAYIR ise lütfen 14. ve 15. Soruyu Atlayınız.)

Evet Hayır

14. Karşılaştığınız ya da birlikte yaşadığınız bu bireye yakınlık dereceniz nedir?

Anne Baba Kız Kardeş Erkek Kardeş Akraba Komşu
Arkadaş

15. Yakınlığınız olan bu bireye hangi ruhsal hastalık teşhisinin konduğunu belirtiniz.

- Nörogelişimsel Bozukluk

- Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar

- İkiuçlu (Bipolar) Bozukluk - Depresyon Bozuklukları - Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları

- Takıntı-Zorlantı Bozukluğu (Obsesif - Kompulsif Bozukluk)

- Örselenem (Travma) ve Tetikleyici Etkenle (Stresörle) İlişkili Bozukluk

- Çözülme (Dissosiyasyon) Bozuklukları

- Bedensel Belirti Bozuklukları - Beslenme ve Yeme Bozuklukları - Dışa Atım Bozuklukları

- Uyku-Uyanıklık Bozuklukları - Cinsel İşlev Bozuklukları - Cinsel Kimliğinden Yakınma

- Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetimi ve Davranım Bozuklukları

- Madde İle İlişkili Bozukluklar - Nörobilişsel Bozukluklar - Kişilik Bozuklukları

- Cinsel Sapkınlık (Parafili) Bozuklukları - Diğer Ruhsal Bozukluklar

- İlaçların Yol Açtığı Devinim Bozuklukları

EK B

RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİ-RHIÖ

(BELIEFS TOWARD MENTAL ILLNESS SCALE -BMI)

Aşağıdaki ifadeler, sizin ruhsal hastalığa yönelik inançlarınızı ölçmek için geliştirilmiştir. Bu ifadeleri dikkatlice inceleyerek en doğru şekilde yanıtlamanız oldukça önemlidir. Ankete vereceğiniz yanıtlar araştırmacılar dışında hiç kimse tarafından okunmayacak ve farklı bir amaçla kullanılmayacaktır. Aşağıdaki her bir maddenin yanına, ilgili madde için size göre uygun gelen sayıyı işaretleyiniz. Lütfen size uygun olan tek bir kutucuğa X işareti koyarak yanıtınızı belirtiniz.

0.Tamamen katılmıyorum	1.Çoğunlukla katılmıyorum	2.Kısmen katılmıyorum	3.Kısmen katılıyorum	4.Çoğunlukla katılıyorum	5.Tamamen katılıyorum
-------------------------------	----------------------------------	------------------------------	-----------------------------	---------------------------------	------------------------------



	0	1	2	3	4	5
Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği						
1.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin başkalarına zarar verme olasılığı, sağlıklı bir bireye göre daha fazladır.						
2.Ruhsal hastalıklar, fiziksel hastalıklara göre, daha uzun bir iyileşme süreci gerektirir.						
3.Davranışları tehlikeli olması nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireylerden uzak durmak iyi bir fikirdir.						
4.“Ruhsal hastalık” ifadesi beni rahatsız eder.						

5.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin, sorumluluğu az olan bir işte çalışması gerekir.					
6.Ruhsal hastalığı olan bireylerin suç işleme olasılığı daha fazladır.					
7.Ruhsal hastalıklar tekrarlayıcıdır.					
8.Ruhsal hastalık teşhisi alırsam; patronumun, arkadaşlarımın ve başkalarının, hakkımda düşünecekleri şeyler beni endişelendirir.					
9.Ruhsal hastalık teşhisi konmuş bireyler, hastalıklarının olumsuzluklarını ömür boyu yaşayacaklardır.					
10.Bir kez ruhsal hastalık tedavisi alan bireyler, gelecekte tekrar tedaviye gereksinim duyma eğilimindedirler.					
11.Ruhsal hastalığı olan bireylerin dakik olma veya sözünde durma gibi toplumsal kurallara uyması zordur.					
12.İnsanlar daha önce ruhsal hastalık tedavisi alan bir birey ile yakın arkadaşlık kurduğumu bilseydi, utanırdım.					
13.Bana zarar verebileceği nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireyden korkarım.					
14.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin iyi anne- baba olma olasılığı daha düşüktür.					
15.Ailemden bir bireyin ruhsal hastalığı olsa, utanırım.					
16.Ruhsal hastalığın tamamen iyileşebileceğine inanmıyorum.					

17.Sorumluluk alamadıkları için ruhsal hastalığı olan bireylerin kendi başlarına yaşayabilmeleri çok uygun değildir.						
18.Çoğu birey ruhsal hastalığı olan bir bireyle, bile bile arkadaşlık kurmaz.						
19.Ruhsal hastalığı olan bireylerin davranışları önceden tahmin edilemez.						
20.Ne kadar tedavi edilirse edilsin, ruhsal hastalığın iyileşmesi mümkün değildir.						
21.Çalışma ekibimdeki ruhsal hastalığı olan bir bireyin yaptığı işe güvenemem.						

EK C
ANKET KULLANIM İZİN BELGESİ

← → ↻ ⓘ posta.erzincan.edu.tr/#3

zimbra Ara ZEYNEP NEGİZ

Posta Kişiler Takvim Görevler

Kapat Yanıtla Tümüne Yanıt Ver İlet Sil İstenmeyen Posta İşlemler

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği İle İlgili 3 mesaj

Kimden: aysegul bilge 1.2.2016
Kime: zeynep uyanik

Sevgili Zeynep ölçeği tezinde kullanabilirsin.
Başarılar
Doç.Dr. Ayşegül BİLGE

Kimden: zeynep uyanik 1.2.2016
Kime: aysegul bilge

Sayın Ayşegül Hocam;

İsmim Zeynep Uyanık. Erzincan Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümünde araştırma görevlisi olarak çalışmaktayım.Yüksek lisansta tez aşamasındayım.Tez konumla alakalı anket çalışmasına ihtiyacım var.Literatür incelemesinde "Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği" ne ulaştım.Eğer izniniz olursa anket çalışmamda sizin ölçeğinizden yararlanabilir miyim?

Şimdiden ilginiz için teşekkür ederim hocam.İyi çalışmalar.

ÖZGEÇMİŞ

Zeynep NEGİZ, 2014 yılı temmuz ayında Yalova Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü'nden mezun olmuştur. 2014-2015 eğitim öğretim yılı güz döneminde Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimine başlamıştır. 2014 yılının bitimine yakın Erzincan Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü'ne araştırma görevlisi olarak atanmıştır. Araştırma görevlisi olarak halen çalışmaktadır.

