



T. C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNDE
ÇALIŞAN SAĞLIK
PROFESYONELLERİNİN BİLGİ,
BECERİ, DENEYİM VE GÖRÜŞLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Mustafa AKGÜN

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. İsmet Galip YOLCUOĞLU**

İSTANBUL-2019

T. C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNDE
ÇALIŞAN SAĞLIK
PROFESYONELLERİNİN BİLGİ,
BECERİ, DENEYİM VE GÖRÜŞLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Mustafa AKGÜN

Tez Danışmanı

Prof. Dr. İsmet Galip YOLCUOĞLU

İSTANBUL-2019

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Anabilim Dalı : Sosyal Hizmet
Program : Sosyal Hizmet Yüksek Lisans Programı
Öğrenci No : 164205072
Öğrenci Adı Soyadı : Mustafa AKGÜN

Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Bilgi, Beceri, Deneyim ve Görüşlerinin Değerlendirilmesi isimli çalışma aşağıdaki jüri tarafından 30.01.2019 tarihinde yapılan sınavda Yüksek Lisans Tezi olarak oybirliğiyle kabul edilmiştir.

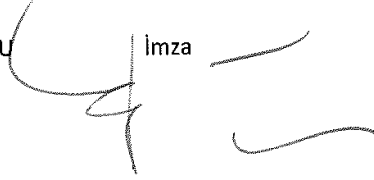
Jüri Başkanı : Dr. Öğr. Üyesi Taner ARTAN
(İstanbul Üniversitesi)

İmza



Danışman : Prof. Dr. İsmet Galip YOLCUOĞLU
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza



Üye : Dr. Öğr. Üyesi Abdulhakim BEKİ
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza



ONAY

Bu tez, yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun tarih ve sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Doç.Dr. Türker Tekin ERGÜZEL
Enstitü Müdür V.

ÖZET

Bu araştırmada, hastane temelli ruh sağlığı hizmetlerinden toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçiş yapan Türkiye’de, ilk toplum ruh sağlığı merkezi olan Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi’nde en az bir yıl görev yapmış sağlık profesyonellerinin (psikolog, sosyal hizmet uzmanı, psikiyatrist, hemşire, ergoterapist) bilgi, beceri, deneyim ve görüşlerini değerlendirmesi amaçlanmıştır. Bu temel amaç doğrultusunda yapılan araştırma ile günümüzde ve gelecekte toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin ve bu hizmetlerin uygulama alanı olan toplum ruh sağlığı merkezlerinin geliştirilmesi yönünde katkı sağlamak hedeflenmiştir.

Nitel araştırma yöntemi kullanılarak hazırlanan bu çalışmada, Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi’nde çalışan 16 sağlık profesyoneli ile yarı yapılandırılmış görüşme formu aracılığıyla, derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Ses kaydı alınan bu görüşmeler öncelikle metne aktarılmış, sonrasında MAXQDA 2018 paket programı kullanılarak içerik analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda veriler beş ana kategoriye ayrılarak alt temalar oluşturulmuştur.

Sağlık profesyonellerinin; toplum ruh sağlığı merkezine ilişkin bakış açılarına, merkezde verilen hizmetlere ve bu hizmetlerde olmazsa olmazlara, kendi mesleki rol ve görevlerine ilişkin görüşlerine, sosyal hizmet uzmanının rol ve görevleri ile sosyal hizmet uygulamalarına yönelik bakış açılarına, uygulama alanında yaşadıkları sorunlara ve uygulamaya yönelik önerilerine ilişkin bulgular tespit edilmiştir. Araştırma bulguları doğrultusunda, sağlık profesyonellerinin bilgi, beceri, deneyim ve görüşlerinden elde edilen sonuçlar ile toplum ruh sağlığı merkezleri, buradan görev yapan sağlık profesyonelleri ve hizmet alanlar için yararlı olacağı düşünülen önerilere yer verilmiştir.

Anahtar Kelimeler: toplum ruh sağlığı merkezi, sağlık profesyonelleri, toplum temelli ruh sağlığı, sosyal hizmet

ABSTRACT

This study aims to evaluate knowledge, skills, experience and opinions of health professionals (psychologists, social workers, psychiatrists, nurses, ergotherapists) who served at least one year in the first community mental health center in Bolu Community Mental Health Center, in Turkey, hospital-based mental health services in the community who have gone to based mental health services. With the research made towards this main purpose, it is aimed to contribute to the development of community-based mental health services and community mental health centers, which are the areas of application of these services.

In this study, which was prepared by qualitative research method, in-depth interviews were conducted with 16 health professionals working in Bolu Community Mental Health Center and semi-structured interview form. These interviews were first recorded in text and then analyzed using the MAXQDA 2018 package program. As a result of the analysis, data was divided into five main categories and sub-themes were formed.

The findings of health professionals' perspectives of the community mental health center, the services provided in the center and the necessities of these services, their views on their professional roles and duties, the points of view and duties of the social worker, their problems in the field of practice and their suggestions for the practice are detected. In line with the findings of the research, the results obtained from the knowledge, skills, experiences and opinions of health professionals, and the community mental health centers, the health professionals who serve and the suggestions that are considered to be useful for the service areas are included.

Keywords: community mental health center, health professionals, community-based mental health, social work

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın başından sonuna kadar, değerli görüş ve önerileri ile bana destek olan tez danışmanı hocam Prof. Dr. İsmet Galip YOLCUOĞLU'na teşekkürlerimi sunarım.

Tezimin oluşması aşamasından itibaren bilgi, görüş ve deneyimlerini ile her zaman destek olan Bolu AİBÜ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi yöneticisi ve başhekimisi Doç. Dr. Hülya ENSARİ'ye ve araştırmama katılan Bolu Toplum Ruh Sağlığının değerli personeline teşekkür ederim.

Tez çalışmamda emeği geçen iş ve yol arkadaşlarım Öğr. Gör. Gökhan GÜNEY ve Öğr. Gör. Tuncay ÇORAK'a teşekkür ederim.

Çalışmamın her aşamasında görüşleri ile desteklerini hiçbir zaman eksik etmeyen ve bir telefon kadar yakın olan arkadaşlarım, meslektaşlarım Öğr. Gör. Barış DEMİREL, Öğr. Gör. Abdulkadir KARABULUT ve Öğr. Gör. Kıvanç UZUN'a teşekkür ederim.

Uzun eğitim yaşamım boyunca özverileri ile yanımda olan canım annem Saadet COŞKUN'a ve biricik kardeşim Eda AKGÜN'e teşekkür ederim.

Ve hayatıma girdiği günden beri her konuda en büyük desteğim olan sevgili eşim... Tez çalışma sürecimin en yakın şahidi olarak stresli zamanlarımda beni rahatlatan, tüm zorlukları benimle birlikte göğüsleyen, gülüşü ile yolumu aydınlatan, meslektaşım, hayat arkadaşım, kıymetli eşim Neslihan ÖZ AKGÜN'e tüm kalbimle sonsuz teşekkür ediyorum.

BEYAN

Bu çalışmanın kendi tez çalışmam olduğunu, planlamasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

30.01.2019

Mustafa AKGÜN



İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
TEŞEKKÜR	iii
BEYAN	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar DİZİNİ	viii
KISALTMALAR DİZİNİ	ix
1.GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Ruh Sağlığı Kavramı	4
2.2. Ruh Sağlığı Hizmet Modelleri	4
2.2.1. Hastane Temelli Ruh Sağlığı Hizmet Modeli	5
2.2.2. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmet Modeli	6
2.2.3. Hastane-Toplum Denge Modeli	7
2.3.Toplum Temelli Ruh Sağlığı	8
2.4. Uygulama Alanı Olarak Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri	16
2.4.1.Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin Tanımı	16
2.4.2. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin Türkiye’deki Gelişimi ve İtalya Trieste Modeli	17
2.4.2.1. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin Türkiye’deki Gelişimi	17
2.4.2.2. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin Gelişimi: İtalya Trieste Modeli.....	19
2.4.3. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin Amaçları	21
2.4.4. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin Fonksiyonları	22
2.4.4.1. Tanı-Tedavi ve TRSM’ye Kayıt	23
2.4.4.2. Bireysel Terapi ve Grup Terapisi	23
2.4.4.3. Bireysel Bakım Planı	23
2.4.4.4. Gezici Ekip-Ev Ziyaretleri	24
2.4.4.5. Psikososyal Müdahaleler	25
2.4.4.6. Rehabilitasyon Hizmetleri	25
2.4.4.7. Kurumlar Arası İşbirliği.....	26
2.4.5. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Verilen Hizmetlerden Faydalanan Bireyler.....	26
2.4.6. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sağlık Profesyonelleri	29
2.4.7. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Ekip Çalışması.....	34
2.5. Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Hizmet	35

2.5.1. Psikiyatrik Sosyal Hizmet.....	35
2.5.2. Psikiyatrik Sosyal Hizmetin Tarihçesi	36
2.5.3. Psikiyatrik Sosyal Hizmet Uygulamaları	37
2.5.4. Psikiyatrik Sosyal Hizmet Alanında Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rol ve Görevleri	38
2.5.5. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Hizmet.....	40
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	42
3.1. Araştırmanın Amacı	42
3.2. Araştırmanın Önemi	43
3.3. Araştırmanın Yöntemi.....	44
3.3.1. Araştırmanın Modeli	44
3.3.2 Katılımcıların Belirlenmesi	45
3.3.3. Veri Toplama Araçları.....	45
3.3.4. Veri Toplama Süreci	46
3.3.5. Verilerin Analizi	47
3.3.6. Etik Konular	47
3.3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	48
3.3.8. Araştırmanın Varsayımları	48
4. BULGULAR	49
4.1. Sağlık Profesyonellerinin TRSM'ye Bakış Açısı ve TRSM'ye İlişkin Değerlendirmeleri	51
4.1.1. Bakış Açısındaki Değişim	51
4.1.2. Hastane TRSM Karşılaştırması.....	55
4.1.3. TRSM'nin Etkililiği, Verimliliği, Gerekliliği.....	57
4.2. TRSM'de Sunulan Hizmetler ve Hizmetlerin Sunumunda Olmazsa Olmazlar	59
4.2.1. TRSM'de Sunulan Hizmetler	60
4.2.1.1. Üyelere Yönelik Hizmetler	60
4.2.1.2. Aileye Yönelik Hizmetler	63
4.2.1.3. Topluma Yönelik Hizmetler	65
4.2.2. Hizmetlerin Sunumunda Olmazsa Olmazlar	66
4.2.2.1. Bilgi, Beceri ve Deneyimler	66
4.2.2.2. Gönüllü Çalışmalar	71
4.2.2.3. Kurumlar Arası İş Birliği.....	73
4.2.2.4. TRSM'de Ekip Çalışması	76
4.2.2.4.A. Rol çatışması ve rol belirsizliği	80
4.2.2.4.B. Ekipte personel dağılımı	83
4.2.2.4.C. Ekipte vaka yöneticiliği	85
4.3 Sağlık Profesyonellerinin Gözünden Mesleki Rol ve Görevleri	86
4.4. Sağlık Profesyonellerinin Gözünden Sosyal Hizmet Uzmanının Rol ve Görevleri ve Sosyal Hizmet Uygulamalarına Yönelik Bakış Açıları	92
4.5. Uygulama Alanında Yaşanan Sorunlar ve Öneriler	100
4.5.1. Sorunlar.....	100
4.5.1.1. Genel Sorunlar	101
4.5.1.2. Damgalama ile İlgili Sorunlar	103
4.5.1.3. Hasta Merkez Arasındaki Bağ Sorunu	104

4.5.1.4. İstihdam Sorunu	106
4.5.1.5. Hizmet Sunumunda Hasta ve Ailenin Katılımı Sorunu	108
4.5.1.6. Hizmet Verilen Sayı ile İlgili Sorunlar	109
4.5.1.7. Maaş ile İlgili Sorunlar	110
4.5.1.8. Personel Sayısı ve Personelle İlgili Sorunlar	111
4.5.1.9. Politika ile İlgili Sorunlar	113
4.5.1.10. Tükenmişlik ile İlgili Sorunlar	116
4.5.2. Öneriler	117
4.5.2.1. Genel Öneriler	117
4.5.2.2. Damgalama ile İlgili Öneriler	120
4.5.2.3. Hizmet Sunarken İhtiyaç Duyulan Eğitimler ile İlgili Öneriler	121
4.5.2.4. İstihdam ile İlgili Öneriler	124
4.5.2.5. Personelle İlgili Öneriler	126
4.5.2.6. TRSM'ler Arası İlişkilerle İlgili Öneriler	129
4.5.1.7. İdeal TRSM	130
5. TARTIŞMA	132
5.1. Sağlık Profesyonellerinin TRSM'ye Bakış Açıklarına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi	132
5.2. Sağlık Profesyonellerinin TRSM'de Sunulan Hizmetlere ve Olmazsa Olmazlara İlişkin Görüşlerinden Elde Edilen Bulguların Değerlendirmesi	134
5.3. Sağlık Profesyonellerinin Mesleki Rol ve Görevlerine İlişkin Elde Edilen Bulguların Değerlendirilmesi	140
5.4. Sağlık Profesyonellerinin, Sosyal Hizmet Uzmanının Rol ve Görevlerine ve Sosyal Hizmet Uygulamalarına Yönelik Görüşlerinin Değerlendirilmesi	141
5.5. Sağlık Profesyonellerinin Uygulamada Yaşanan Sorunlara ve Uygulamaya Yönelik Önerilerine İlişkin Elde Edilen Bulguların Değerlendirilmesi	143
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	153
6.1. Sonuç	153
6.2. Öneriler	155
KAYNAKLAR	158
EKLER	163
EK 1 Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	163
EK 2 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	165
EK 3 Etik Kurul İzni	167
EK 4 T. C. Sağlık Bakanlığı İzni	168

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Araştırmaya katılan katılımcılara ilişkin bilgiler	50
--	-----------



KISALTMALAR DİZİNİ

- ASDEP** : Aile Sosyal Destek Programı
- BDT** : Bilişsel Davranışçı Terapi
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- EKPSS** : Engelli Kamu Personeli Seçme Sınavı
- İŞKUR** : Türkiye İş Kurumu
- KPSS** : Kamu Personeli Seçme Sınavı
- NASW** : National Association of Social Workers
- SGK** : Sosyal Güvenlik Kurumu
- STK** : Sivil Toplum Kuruluşları
- SYDV** : Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı
- TRSM** : Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
- WHO** : Dünya Sağlık Örgütü

1.GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı; bedensel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır. Bu tanım ışığında, bireyin tam anlamıyla sağlıklı olabilmesi için bedensel sağlığının yanında, ruhsal sağlığının da iyi olması gerektiği ortaya çıkmaktadır. Nitekim ruhsal sağlıkta, bedensel sağlık kadar büyük önem arz etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından dünyada yeti yetimine ve erken ölüme neden olan on hastalıktan beşinin ruhsal hastalıklar olduğu belirtilmektedir (WHO, 2001). Bu durum, ruhsal hastalıkların sadece bir sağlık sorunu olmaktan daha kapsamlı bir anlam taşıdığını göstermektedir.

Ruh sağlığı yerinde olmayan bireylerin tedavisi ve bu bireylere toplumun bakış açısı noktasında yıllar içerisinde değişiklikler yaşanmıştır. Önceleri ruhsal hastalığa sahip olan bireyleri toplumdan soyutlayarak, kurumlara kapatıp tedavi etmeye ilişkin uygulamalar varken, yıllar içerisinde bu bakış açısı değişiklik göstermiş olup, insan haklarını odak alan ve ruhsal hastalığa sahip olan bireylere daha insancıl yaklaşılması gerektiğini gösteren bir hizmet modeli ortaya çıkmıştır. Nitekim yapılan çalışmalar, bireyin tedavisinde sadece medikal modeli kullanmak yerine, insancıl yaklaşımları kullanarak kişiyi çevresi içinde bir bütün olarak değerlendiren biyopsikososyal modelin daha önemli olduğunu göstermiştir (Borrell-Carrió ve ark., 2004). Bu doğrultuda hastane temelli ruh sağlığı modelinden vazgeçilerek, toplum temelli ruh sağlığı modeli uygulanmaya başlanmıştır. Gelişmiş birçok ülke kendi uygulama biçimleri ile toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerini yıllardır uygulamaktadır.

Ruh sağlığı alanına verilen önemin son dönemlerde artması ile birlikte, DSÖ üye ülkelere yönelik, ruh sağlığı ile ilgili hizmetler ile birinci basamak sağlık hizmetlerini birbirine entegre etmeleri ve ruh sağlığı alanına ekonomik anlamda yatırım yapmaları konusunda teşvik edici önerilerde bulunmuştur (WHO, 2001). Bu doğrultuda, 2008 yılından itibaren uygulanmaya başlanan toplum temelli ruh sağlığı modeline verilen önem Türkiye’de giderek artmaktadır. Ruhsal hastalığa sahip olan bireyleri toplumdan soyutlamadan tedavi etmeye yönelik hizmet modeli olan toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin uygulama alanı Türkiye’de toplum ruh sağlığı merkezleridir. Bu merkezlerde farklı mesleklere sahip olan sağlık profesyonelleri, merkeze kayıtlı olan üyelere ve çevresine yönelik bütüncül bir şekilde hizmet vermektedir.

Bu araştırmada, hastane temelli ruh sağlığı hizmetlerinden toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçiş yapan Türkiye’de, ilk kurulan toplum ruh sağlığı merkezi olan Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi’nde bulunan sağlık profesyonellerinin bilgi, beceri, deneyim ve görüşlerini değerlendirmek amaçlanmıştır. Bu temel amaç doğrultusunda yapılan bu araştırma ile günümüzde ve gelecekte TRSM’lerde toplum temelli hizmetlerin geliştirilmesi yönünde katkı sağlaması hedeflenmektedir.

Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı’nda, ruh sağlığı hakkında yapılacak olan çalışmaların, ruh sağlığı konusuna yaklaşımı ve ruh sağlığına ilişkin politikaları da etkileyebileceği belirtilmiştir. Nitekim hastane temelli modelden toplum temelli modele geçişle birlikte var olan tüm sistemin değiştirilmesinin değerlendirilmesi, bu iki modeli karşılaştırılacak, ülkemiz için ne yönde şekillenmesi gerektiğine ilişkin öneriler sunacak olan çalışmaların yapılması, toplum ruh sağlığına ilişkin politikalar ve uygulamalar açısından yararlı olacaktır (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2011). Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı’nda da belirtildiği üzere, toplum temelli ruh sağlığının uygulama alanı olan toplum ruh sağlığı merkezindeki sağlık profesyonelleri ile yapılan bu çalışmanın, bu alanda geliştirilecek olan politikalar ve uygulamalara fayda sağlayacağı dşnlmektedir.

Bu araştırmanın toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinde çalışacak sağlık profesyonellerine, toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alanlara ve konu hakkında akademik araştırmalara ışık tutacağı dşnlmektedir. Ayrıca araştırma konusuyla ilgili olarak mevcut sorunların belirlenmesi, gelecek yıllarda dönüşüm geçirmesi muhtemel olan toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerindeki gelişmelerde ilerleme kaydedilmesine yardımcı olacaktır. Yapılan bu bilimsel araştırma, toplum ruh sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık profesyonellerinin bilgi, beceri, deneyim ve görüşlerinin belirlenmesinde ve hizmetlerin iyileştirilmesinde öneriler getirebilecektir. Nitelikli ve etkin bir toplum temelli ruh sağlığı hizmetinin verilmesi önemlidir. Bu konuda en önemli görüşün bu hizmetin verildiği TRSM’lerde çalışan sağlık profesyonellerine ait olduğu yadsınamaz bir gerçektir. Profesyonellerin bilgileri, becerileri, deneyimleri, görüş ve değerlendirmeleri araştırmayı önemli kılmaktadır. Araştırmada araştırılan konunun bütüncül olarak ele alınması ve derinlemesine analiz edilmesinin TRSM’de çalışan sosyal hizmet uzmanlarına ve diğer sağlık profesyonellerine katkı sağlayacağı dşnlmektedir. Araştırmadan elde edilecek sonuçların, toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinde çalışan sosyal hizmet uzmanlarına ve diğer sağlık profesyonellerine (Psikiyatrist, psikolog, hemşire, ergoterapist), sosyal hizmet alanındaki akademisyenlere ve öğrencilere bir bilgi

kaynağı olacak olması araştırmayı önemli kılmaktadır. Türkiye’de sayısı son yıllarda hızla artmakta olan TRSM’lerde verilen toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinde, sosyal hizmete duyulan ihtiyaçın önemini ortaya koymasından da önem taşımaktadır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ruh Sağlığı Kavramı

Ruh sağlığı, bireyin psikolojik olarak iyi olma hali olarak bilinmektedir. Ruh sağlığı üzerine oldukça fazla tanım bulunmaktadır. Budak (2003), ruh sağlığını; kişinin kaygıdan, işlev kaybına neden olan semptomlardan uzak, yaşamış olduğu çevre ve topluma uyum sağlayıp kendisine yüklenen rolleri yerine getiren, günlük hayat içerisinde karşılaşılabileceği stresli durumlarla normal sınırlar içerisinde baş edebilme yeteneği ile tanımlanan, ruhsal durum olarak ifade etmiştir.

Psikiyatri ve ruh sağlığı denildiğinde akla gelen ilk isimlerden olan Freud'a sağlık nedir diye sorulduğunda "ruh sağlığı, çalışmak ve sevmektir" gibi ayrıntıdan yoksun bir tanım yapmıştır (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2008). Bahadır (2009)'a göre ise ruh sağlığı; bireyin kendisi, çevresi ve yaşadığı topluma uygun davranabilmesi, denge, düzen ve uyum sağlayabilmesi ve gereken özveride bulunabilmesi olarak tanımlanmıştır. Görüldüğü üzere esasında ruh sağlığı üzerine kesin bir tanım yapmak oldukça zordur denilebilir. Öte yandan ruh sağlığı üzerine DSÖ'nün yapmış olduğu tanıma bakıldığında ise DSÖ (1947) sağlığı, sadece hastalığın ya da sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamıştır. Sağlığı bütünsel olarak ele alan bu tanımın kapsadığı kavramlardan biri de bireyin ruh sağlığıdır. DSÖ, ruh sağlığını şöyle tanımlar: "kişinin kendi yeteneklerinin farkına vardığı, hayatın normal sıkıntılarıyla baş edebildiği, üretken olarak çalışabildiği ve kendi toplumuna faydalı olabildiği bir iyilik halidir" (WHO, 2001). Bu doğrultuda bir sonraki bölümde günümüz ruh sağlığı hizmet modelleri ele alınacaktır.

2.2. Ruh Sağlığı Hizmet Modelleri

İnsan biyopsikososyal bir varlıktır. Dolayısı ile bireyin sağlığıda hastalık halide biyolojik, sosyal ve psikolojik olarak bir bütün içerisinde (Uncu ve Akman, 2004). DSÖ tarafından da sağlık bedensel, sosyal ve ruhsal anlamda tam bir iyilik hali olarak tanımlanmıştır (WHO, 2001). Müdahale sürecinde bu üçünü birbirinden bağımsız düşünmek mümkün değildir. Hastalıkların tanı ve tedavisinde de önemli bir yeri olan biyopsikososyal yaklaşım ile bireyi geniş çerçeveden ele alma imkanı bulunmaktadır (Uncu ve Akman, 2004). Bu çerçevede, sağlığın temel unsurlarından olan ruh sağlığı ve ruh sağlığına ilişkin hastalıkları açıklarken zıt iki modelden söz edilebilir. Bu

modellerden medikal model, tıp biliminin kullandığı ve hastalıkların tanısında ve tedavisinde uygulanan eski bir modeldir. Medikal model, ruhsal hastalığı bireyin sahip olduğu bir eksiklik olarak görmektedir. Bu eksikliğin nedenini ise bireyin kendisine bağlamaktadır. Hastalığın genellikle biyolojik yönünü ele almakta ve sosyal yönünü ise göz ardı etmektedir. Sosyal model ise, ruhsal hastalığı bir eksiklik olarak görmek yerine bireyin sahip olduğu bir farklılık olarak görmektedir. Sosyal model, ruhsal hastalığı açıklarken bireyin sosyal çevresine de odaklanmaktadır. Bu modele göre, ruhsal hastalıkların tedavisinde birey ile çevresi arasındaki iletişimin onarılması önemli yer tutmaktadır (Oral ve Tuncay, 2012). Nitekim bireyi çevresinden ayrı olarak düşünmek bir takım unsurların göz ardı edilmesine sebep olur denilebilir. Sosyal hizmet mesleği doğası gereği bireyi çevresi içinde ele alır, bu nedenle de ruh sağlığı ve hastalıklarının tanı ve tedavisinde medikal modele değil sosyal modele dayalı olarak çalışır. İyi bir tedavi süreci için hem tıbbın bilgisini hem de sosyal ve davranış bilimlerinin ortaya çıkardığı bilimsel bilgileri kullanır (Oral ve Tuncay, 2012).

Ruh sağlığı alanında dünyada kullanılan 3 farklı hizmet modeli bulunmaktadır. Bunlar; hastane temelli model, toplum temelli model ve hastane-toplum denge modelidir (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2011). 1800'lerden 1960'lı yıllara kadar var olan "Hastane Temelli Model", 1960'lardan sonra daha çok gelişmiş olan ülkelerde yaygın olarak var olan "Toplum Temelli Model" ve iki modelin birleşimi olan "Toplum-Hastane Denge Modeli" dir (Thornicroft ve Tansella, 2002).

2.2.1. Hastane Temelli Ruh Sağlığı Hizmet Modeli

Dünyada ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin tedavi ve bakımında uygulanan en eski ve geleneksel ruh sağlığı hizmet modelidir. Bu model kapsamında, Avrupa ve Amerika'da "deli hastanesi" ya da "tımarhane" olarak anılan depo hastaneleri kurulmuştur (Alataş ve ark., 2009). Ruhsal hastalığı olan bireyler şehir yaşamından soyutlanmış alanlarda kurulu, fiziki koşulları yetersiz ve yatak kapasitesi oldukça yüksek olan psikiyatri hastanelerinde tedavi edilmektedir (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2011). Bu dönemde hastanelerde tedavi gören ruh sağlığı hastaları, çok kalabalık olan yerlerde aynı anda bütün faaliyetleri yapmak zorunda bırakılmıştır. Burada çalışan sağlık profesyonelleri ile hastalar arasında oldukça katı ve sınırları belli bir ilişki bulunmakta olup, hastalar bu sebeplerle sosyal anlamda bir içe çekilme yaşamışlardır. Ayrıca bu dönemde ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin hastanelerde yatarak tedavi olması, kişiyi

küçük düşüren bir durum olarak görülmüştür (Doğan ve Kocacık, 2006). Hastane temelli modelde, hasta psikososyal açıdan değerlendirilmeyip, sadece hastalığın biyolojik yönü ele alınmıştır. Ruhsal hastalıkların tedavisinde yeterli olmadığı görülen bu modelden 1960'lı yıllarda vazgeçilmeye başlanmıştır (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

2.2.2. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmet Modeli

Toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeli, hastane temelli modelin aksine ruhsal hastalığa sahip bireylerin toplumdaki kopmadan tedavi olmalarına olanak sağlayan bir modeldir (Attepe Özden ve İçağasıoğlu Çoban, 2018). Bu modelin hedef kitlesi ağır ruhsal hastalığa sahip olan bireylerden ve/veya uzun zaman hastanede yatarak tedavi gören hastalardan meydana gelmektedir (Alataş ve ark., 2009). Toplum temelli model, hastalığın sadece tıbbi tedavi boyutunun değil, psikolojik ve sosyal boyutlarının da ele alınması gerektiğinin önemine vurgu yapmaktadır (Attepe Özden ve İçağasıoğlu Çoban, 2018). Nitekim ruhsal hastalıkların tedavisinde tek yönlü bakış açısının toplum düzeyinde yeterli olmayacağı, hastalıkların sebebinin kişinin ailesi ya da toplumdaki kaynaklı olabileceği belirtilmiştir (Özdemir, 2018). Hastaların hastanede yatma sürelerini mümkün olduğunca en aza indirmeyi amaç edinen bu modelde, zorunlu yatışın olması durumunda ise, genel hastaneler içinde bulunan psikiyatri servisleri tercih edilmektedir (Attepe Özden ve İçağasıoğlu Çoban, 2018).

1950'li yıllarda, şizofreni hastalarında tipik antipsikotikler kullanılmaya başlanmıştır. Önemli bir gelişme olarak görülen bu ilaçların kullanımı ile ilacın şizofreni hastalığının belirtilerini geriletmesi beklenmiştir. Sonrasında ise şizofreni hastalarında yaşam kalitesini artırmaya ilişkin olarak, 1960'lı yıllarda ayaktan tedaviye geçilmiştir (Meltzer ve Bond, 1994). Nitekim ağır ruhsal hastalığı olan bireylerde psikososyal müdahalelerin yanında, ilaç tedavisinin uygulanması en faydalı yol olarak görülmüştür (Kurtz ve Richardson, 2011). Ruh sağlığı alanında çalışan sağlık profesyonelleri de bu duruma ilişkin, ruh sağlığı hastanelerinin hastaları iyileştirmekten ziyade; uzun süre hastanede yatarak tedavi görmelerinin, ruhsal hastalığa sahip bireylerin hastalıklarından kaynaklanan bozukluklarını devamlı hale getirdiğini fark etmişlerdir (Zastrow, 2013). Ayrıca, ruhsal hastalıkların tedavi sürecinde hastanın bu sürece katılımı da önemlidir. Hastaların alevlenme/atak dönemlerinin önceden fark edilmesi, erken müdahale edilmesi, takip sağlanması, sosyal destek sağlanması, hastalığın süreci ve tedavisinde önem arz etmektedir (Saruç ve Kaya Kılıç, 2015). Bu noktada hastane temelli model, ruhsal

hastalığa sahip olan bireylerin hastaneye yattıktan sonraki süreci ile kısıtlı olduğu için, bu durum ruhsal hastalıklarda yeterli gelmemeye başlamış ve toplum temelli modele geçilmesinin gerekli olduğunu göstermiştir denilebilir. İnsan hakları gözetilmeksizin ruh sağlığı hastalarının toplumsal yaşamdan izole bir şekilde depo hastanelerde tedavi edilmesinden, 1960'lı yıllarda vazgeçilebilmeye başlanmış ve toplum temelli ruh sağlığı modeline geçiş süreci başlamıştır (Gökçearsan Çıfci ve ark., 2015). Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçiş aşaması ruhsal hastalığa sahip bireylerin insanlık onurlarına ve bağımsızlıklarına daha uygun bir yaklaşımı ifade eder (Yılmaz, 2012). Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçişin başlaması ile birlikte, Dünya Sağlık Örgütü tarafından, ruh sağlığı hizmetlerinin sunumu ile ilgili bir takım öneriler sunulmuştur. Bu öneriler dikkate alınarak, 1960'lı yıllardan sonra büyük olan psikiyatri hastaneleri küçültülmüş, yatak sayıları azaltılmış ve hastane temelli ruh sağlığı hizmetlerinden toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçiş başlamıştır. Almanya'da bu yıllarda psikiyatri hastanelerinin yatak kapasiteleri yarı oranda azaltılmıştır (Bauer ve ark., 2001)

Toplum temelli ruh sağlığı modeli ile ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin hastaneye yatmalarını önlemek, hastaların başkasına ihtiyaç duymadan kendi yaşamlarını idame ettirmelerini sağlamak amaçlanmaktadır. Bu sebeple, hastanede sunulan hizmetlere alternatif olması amacıyla korumalı ev, korumalı işyeri gibi kurumlar kurulmuştur (Yanık, 2007).

2.2.3. Hastane-Toplum Denge Modeli

Türkiye'nin sosyal ve ekonomik koşulları ile insan kaynağı açısından var olan eksikliklerin tamamlanmasının zaman alacağı düşünüldüğünde hastane-toplum denge modelinin en uygun model olduğu ortaya çıkmaktadır (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2011). Bireyleri toplumdan soyutlayıp, hastanede yatılı olarak tedavi etmeye çalışmanın başarılı olmadığı anlaşılmış, tedavi esnasında hastayı toplum ile bütünleştirmenin tedavi sürecini daha başarılı yapacağı görülmüştür. Bu doğrultuda ortaya çıkan hastane-toplum denge modeli, hastane temelli ruh sağlığı hizmet modeli ile toplum temelli ruh sağlığı hizmet modelinin bir araya gelmesi ile ortaya çıkan bir hizmet modelidir (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2011). Hastane temelli modelden vazgeçmek isteyen ancak toplum temelli model içinde yeterli alt yapısı olmayan ülkemiz için alternatif bir model niteliğindedir denilebilir. T. C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011)'nda hastane-toplum denge modeli şu şekilde tanımlanmıştır: Genel hastaneler içinde yeni yatakların olduğu ve

biryandan da toplum psikiyatrisi modelinin oluşturularak, ağır ruhsal hastaların tedavisinin toplum içerisinde yapıldığı, hafif ruhsal hastalıklar için ise verilecek hizmetlerin aile hekimliği sistemine dahil edildiği özgün bir yapılanmadır. İngiltere’de uygulamaları hala devam eden bu modelde psikiyatri hastanelerinin yatak kapasitesi düşürülmüş, buna ek olarak toplum ruh sağlığı sistemi oluşturulmuştur. Bu modelde psikiyatri hastanelerindeki yatak sayılarının azaltılması hedeflenmektedir. Ruhsal hastalıkların tedavisinde ise hastanelerin yanı sıra toplum ruh sağlığı merkezlerinde de hizmet vermek amaçlanmıştır.

2.3.Toplum Temelli Ruh Sağlığı

Tıp bilimin diğer alanlarında olduğu gibi, özellikle koruyucu-önleyici, tedavi edici ve rehabilitasyon amaçlı hizmetler ruh sağlığı alanında da geçerlidir. Toplum temelli ruh sağlığı ise bu hizmetlerin tamamını kapsamaktadır (Songur ve ark., 2017). Toplum temelli ruh sağlığını ele alırken öncelikle toplum ruh sağlığının tanımına değinmek gerekmektedir. Toplum ruh sağlığı, birey ve ilişki içerisinde olduğu yakın çevresine sunulan koruyucu, tedavi ve rehabilite edici bütün ruh sağlığı hizmetlerini kapsayan bir terimdir. Toplum ruh sağlığı hizmetleri, ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin yaşadıkları sorunları çözmelerinde destek olmak ve hastalıkları nedeniyle kaybettikleri toplumsal işlevselliklerini kazanmalarına yardımcı olmak amacıyla yapılan bütün çalışmaları kapsamaktadır (Pektaş ve ark., 2006). Saruç ve Kaya Kılıç (2015) toplum ruh sağlığı kavramının iki temel amacı olduğunu belirtmiştir. Bunlardan biri ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin toplumdan kopmadan tedavisinin yapılması, diğeri ise ülkedeki ruh sağlığı seviyesini iyileştirmektir.

Çalışmanın bu aşamasında toplum temelli ruh sağlığı modeline geçilmeden önceki dönemde, ruhsal hastalığa sahip olan bireylere yönelik var olan uygulamaların nasıl geliştiğine ilişkin olarak, toplum temelli ruh sağlığının tarihsel gelişimi üzerinde durulacaktır.

Ortaçağ Dönemi’nde, batı toplumlarında şizofreni hastalarının toplumdan tecrit edildiği görülmektedir. Şizofreni hastalığının belirtileri bir takım doğaüstü güçlerle ilişkilendirilmiş ve şizofreni hastalarının lanetli olduğuna inanılmıştır (Soygür ve Cankurtaran, 2007). Ayrıca batılı devletlerin akıl hastalarını işkencelere maruz bıraktığı hatta ruhlarına şeytan girme düşüncesi ile öldürülmesi orta çağ dönemine kara leke sürmüştür (Çetin, 2005). Bu dönemde batılı devletlerde ruhsal hastalığa sahip bireylere ilişkin insani olmayan uygulamalar gerçekleştirilmiştir denilebilir.

İslam ve Türk tarihine bakıldığında ise hekimlerin sadece fiziksel hastalıklar ile değil ruhsal hastalıklar ile de çalıştıkları görülmektedir. Ruhsal hastalığı olan bireyler Avrupa ve birçok dünya ülkesinde kötü şartlar altında bakılırken; o dönemde tarihimizde bunun tam tersi uygulamalar olduğu görülmektedir (Ensari, 2013). İslam dünyası doktorları ruhsal hastalığa sahip olan bireylere karşı hoşgörülü bir yaklaşımı benimsemişlerdir. Kudüs ve Bağdat'ta sekizinci yüzyıldan başlayarak bu hastalar için hastaneler yapılmıştır (Soygür ve Cankurtaran, 2007). Osmanlı ve Selçuklu Devleti'nde ruhsal hastalıklara sahip bireylerin tedavisi bimerhane (akıl hastanesi) ve şifahane (hastane)'ler de yapılmıştır. Bu dönemlerin bimerhanelerinde müzikle ve su sesi ile alternatif fiziksel tedavi yöntemleri uygulanmaktaydı (Çetin, 2005). Ayrıca İbni Sina'nın Kanun adlı kitabında ruhsal hastalıkların çeşitleri belirtilmiştir (Soygür ve Cankurtaran, 2007).

Yılmaz (2012), 18. yüzyılın sonlarına doğru ruh sağlığı alanındaki hizmetlerin ortaya çıkışının, Avrupa'da akıl hastalarını ayağını prangadan kurtarmanın ilk adımı olduğuna işaret etmektedir. Bu durum, hastaların toplum ile bütünleşmelerinin gerektiğine olan inancın gelişmesine bağlanabilir. Nitekim Yılmaz (2012), 1970'lerde ruhsal hastalığa sahip bireylerin, toplumdan ve kendi toplumsal rollerinden soyutlanmadan iyileşmelerini sağlamak için, toplum temelli ruh sağlığına ihtiyaç duyulduğunu belirtmektedir. Bu ihtiyaç, hastaların hem sağlıksız olarak hem de toplumla bütünleşmesi gereken bireyler olarak değerlendirilmelerinin önünü açmış, bireyi salt hasta olarak değerlendirmenin yanlış olacağı kanaatine varılmasını sağlamıştır. Yılmaz (2012), toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeline geçilmeden önceki aşamada, ruhsal hastalığa sahip bireylerin sadece hastanelerde hizmet almasının, bireylerin toplumsal, ekonomik ve çevresel sorunlarına yönelik kamunun hizmetlerini geri plana attığının açıkça göstergesi olduğuna işaret etmiştir. Nitekim ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin hastane dışında yaşamını kontrol edebilmeleri, toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri verilmeye başlamadan önce mümkün değildi (Rosenberg ve Rosenberg, 2006; aktaran: Yılmaz, 2012).

Toplum temelli modele geçişle birlikte, dünya genelinde de psikiyatri alanında hizmet veren yataklı tedavi kurumlarının kapatıldığı veya sayısının azaltılma eğiliminde olduğu bilinmektedir (Burns, 2015). Bu alanda tedavi uygulayan kurumlardaki yatak sayısı azaltılarak, ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin toplumdan izole edilmeden tedavi edilmesinin önü açılmıştır denilebilir. Bu kapsamda batılı ülkelerde 1955'teki psikiyatrik

yatak sayısı üçte bir oranında azalma göstermiştir. Ayrıca 1950'lerde Birleşik Krallıkta 160.000 yatarak tedavi gören psikiyatri hastası varken, günümüzde bu sayı 30.000'e düşmüştür. Yine o yıllarda ABD'de 500.000 olan yatılı psikiyatri hasta sayısı 100.000 hasta sayısına düşmüştür (Burns, 2015). Her ne kadar ilk aşamada yatak sayısını azaltılması gerçekleştirilmiş olsa da; akıl hastanelerini reform etmenin zor olacağını, tamamen kaldırılmasının daha iyi olacağını İtalyan Psikiyatrist Franco Bassaglia 1970'li yıllarda belirterek, kurumsuzlaştırmanın öncüsü olmuştur (Portacolone ve ark., 2015). Fakat İtalya'da kurumsuzlaştırma hareketi, ülkenin her tarafında aynı etkiyi yaratmamış özel hastaneler devreye girmiştir (Ulaş, 2008).

Ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin toplumdaki kopmadan, hastanede yatarak tedavi görmelerinin dışında nasıl hizmet alabileceklerine ilişkin farklı çalışmalar ortaya konmuştur. Bu süreçte var olan üç farklı akım ağır ruhsal hastalara hastane dışında hizmet sunmada önemli etkiye sahiptir (Arslan Delice, 2017). Bunlardan ilki olan kulüp-evler akımı, 1940 -1950'lerde ortaya çıkmıştır. Ruhsal hastaların toplum tarafından uğradıkları ayrımcılık ve damgalanma neticesinde yaşadıkları işsizlik, yoksulluk gibi sorunların üstesinden gelmek, karşılıklı birbirlerine destek olmak amacı ile bir araya gelmeleri ile meydana gelmiştir. Bu kulüp-evlerin asıl amacı üyelerin barınma, iş gibi temel ihtiyaçlarını karşılayarak yaşam kalitelerini artırmak olarak belirlenmiştir (Arslan Delice, 2017). Ruhsal hastalığa sahip bireylerin, hastaneye yatışlarını azaltmak için uygulanan diğer alternatif ise kısmi hastane uygulaması olmuştur. 1930'lu yıllarda Moskova'da psikiyatri yatak sayısının az olması ve ihtiyacı karşılamıyor olması, bazı hastaların gündüz hastaneye gelip geceyi evlerinde geçirmelerini zorunlu kılmıştır. 1937 yılında yayınlanan bir makale ile bu kısmi hastane uygulaması ile uygulanan tedavinin tam zamanlı hastaneye göre hemen hemen denk sonuçlar elde ettiği ortaya konmuştur. Cameron (1947) uygulanmaya başlayan bu yeni tedavi akımını 'günlük hastane' şeklinde tanımlamıştır. İlaçlı tedavinin yanı sıra, terapiler ve sosyalizasyon için gerekli olan girişimlerde programa dahil edilmiştir (Arslan Delice, 2017). Türkiye'de gündüz hastanesi kavramı olarak gelişen bu yapılar, günümüzde ya kapatılmış ya da TRSM'lere çevrilmiştir (Doğan, 2016). Bir diğer akım olan çevre terapisi akımı ise, yataklı psikiyatri hastanesine dayanmaktadır. Burada hastanın yaşamı ile ilgili her şey sağlık profesyonellerinin kontrolündedir. Bu yaklaşım ile ruhsal hastalığa sahip bireyler ve hastanın içinde bulunduğu çevre bütün yanları ile ele alınır (Arslan Delice, 2017). Psikiyatrinin de sosyal alanda çalışmalar yapmaya başlaması ruhsal hastalıkları çevresi içinde çok yönlü değerlendirmesi gerekliliğinden başlamıştır (Doğan, 2016). Ruhsal

hastalığa sahip olan bireylerin hastane dışında tedavi olmalarını sağlamak amacıyla ortaya çıkan bu farklı akımlar, belli özellikleri ile toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerini etkilemiştir. Kulüp-ev akımı, hastaların merkeze istedikleri sıklıkta ve süre ile gelip gitmeleri, hastaların işlevselliğine odaklanması açısından toplum ruh sağlığı merkezlerine benzemekle birlikte, bu merkezler kulüp-ev uygulamasına göre daha kapsamlı bir programa sahiptir. Buna ek olarak kısmi hastane akımı ile ortaya çıkan toplum ruh sağlığı merkezlerinde, daha çok hastalığı daha hafif olan hastalara yoğunlaştırılması, bu merkezler için bir standart uygulama getirilmediği takdirde karşılaşılabilecek önemli bir sorundur. Çevre terapisi ise hastaları güçlendirmek, davranışlarını şekillendirmek ve iç görü kazandırmak için kullandığı araçlar ile toplum temelli ruh sağlığı modeli ile örtüşmektedir. Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin sunumu için, kendi alanında uzman birden fazla kurum ortaya çıkmıştır. Buna karşın, ülkemizde ise ağır ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin tedavisinde toplum ruh sağlığı merkezleri beklenen hizmeti tek başına yerine getirmektedir (Arslan Delice, 2017).

Toplum temelli ruh sağlığı modeline ilişkin, T. C. Sağlık Bakanlığı (2011) tarafından yayınlanan Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nda hastane temelli modelden, toplum temelli modele geçilmesi önerilmiş olup, toplum temelli hizmetlerin geliştirilmesi amacıyla sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması hedeflenmiştir. Yapılacak olan yeni yapılanma ile psikiyatri hastanelerindeki yatak kapasitesinin azaltılması, yeni açılacak olanların toplum temelli modele uygun şekilde genel hastaneler içerisinde açılması, coğrafi bölgelere ve nüfusa göre 236 tane TRSM açılması hedeflenmiştir.

Toplum temelli ruh sağlığı, ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerin hastaneye yatışlarının engellenmesi, işlevselliklerini yitirmemeleri ve içinde buldukları toplumdan soyutlanmamaları, tedavi ve takiplerinin devam etmesi için; hastanın yaşadığı ve/veya çalıştığı yerde temel ihtiyaçlarını karşılamayı, karşısına çıkabilecek sorunlarla baş edebilmesi için sorun çözme becerisini geliştirmeyi ve destek sistemlerine ulaşmasını sağlamayı; özetle, hastayı yaşadığı toplum içerisinde tedavi etmeyi amaçlar (Bilge ve ark., 2016).

Bu modelinin uygulanmasında mutlaka olması gereken 10 ana ilke mevcuttur (Sayıl, 2004). Bunlar;

- Sunulan hizmetler bireylere kendi yaşam alanlarında sunulmalı ve kolay ulaşılabilir olmalıdır.
- Bireylerin ihtiyaçlarına cevap verecek şekilde kapsamlı olmalıdır.

- Hizmet süresi esnek olmalıdır.
- Irk, dil, din ayrımı yapılmaksızın duyarlı bir şekilde hizmet sunumu olmalıdır.
- Mümkün olduğunca doğal bir şekilde destek olunmalıdır.
- Hizmet sunumunda hastanın kendi yaşamına ilişkin kontrol sahibi olması sağlanmalıdır.
- Toplumda var olan çalışma, eğitim, boş vakit gibi sistemlerden yararlanılmalıdır.
- Bireylerin güçlü yanlarına odaklanılmalı ve vurgu yapılmalıdır. Kimlik duygusu ve benlik saygısının geliştirilmesi gerekmektedir.
- Hizmet alanın ihtiyaçları kapsamında hizmet planlanmalıdır.
- Hizmet her iki taraf içinde hesaplı olmalıdır.

Ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin tedavisinde kullanılan toplum temelli ruh sağlığı sistemi üç temel unsur üzerine kuruludur (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2011):

- Coğrafi temele dayanan hizmet,
- Hizmetin ekip çalışması ile çok yönlü bir şekilde verilmesi,
- Tanımlanmış olan bölgelere hastalara hizmet için toplum ruh sağlığı merkezi, koruyucu evler, korumalı işyerleri ve psikiyatri servisleri açılması, olarak belirlenmiştir.

Belirlenen bu üç temel unsur doğrultusunda toplum temelli ruh sağlığı hizmeti, farklı alanlardaki sağlık profesyonellerinden oluşan ruh sağlığı ekibi ile belirlenen coğrafi hizmet bölgelerinde etkin bir şekilde çalışmaktadır.

Toplum temelli ruh sağlığında, hizmet verilen ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerin tedavi ve rehabilitasyonunu çok boyutlu olarak ele almak gerekmektedir. Alataş ve arkadaşları (2009) bireyin sahip olduğu sorunları sosyal, ekonomik, hukuki ve tıbbi boyutları ile bir bütün olarak değerlendirmenin önemi üzerinde durmuşlardır. Bireyin sahip olduğu bu boyutları dört ana başlık altında ele almışlardır. Bunlar:

Sosyal Boyut;

- Ağır ruhsal hastalığa sahip olan hastalar, bakıma gereksinim duydukları için aileleri ve toplumla ilişkilerinde bir takım sorunlar yaşarlar.
- Hastanın bakıma muhtaç olmasından dolayı, ailede ekonomik ve sosyal sıkıntılar ortaya çıkar.

- Aileler, hastaya karşı kötü muamelede bulunabilir, hasta ihmal ve istismara maruz kalabilirken kimi zamanda hastalar ailelerine ve yakınlarına fiziksel olarak zarar verebilir.
- Hastalara zaman geçirebilecekleri uygun yer ve koşullar sağlanmadığı zaman, sosyal izolasyona maruz kalabilirler.
- Hastalar toplumda var olan ön yargılar nedeni ile dışlanmaya maruz kalabilirler.
- Ağır ruhsal hastalığa sahip olan hastaların aileleri, karşılaştıkları bu durumun nasıl üstesinden gelecekleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları için çaresizlik duygusu yaşayabilirler.

Ekonomik Boyut;

- Hastalar bakıma gereksinim duydukları için ailelerine bağımlı yaşamaktadırlar. Bu durum aile üyelerinden en az bir kişinin sağladığı verimin azalmasına ya da hiç çalışmamasına neden olabilir.
- Hastalar, eğitimlerini tamamlamada zorluk çektikleri için herhangi bir meslek sahibi olamayabilirler ya da meslek sahibi olanlar da hastalıklarının getirdiği sorunlar nedeni ile işi bırakabilirler.
- Ekonomik olarak yetersiz koşullarda yaşamlarını sürdürmelerine neden olabilir.
- Takip ve tedavileri düzenli yapılmadığı zaman, hastalığın atak dönemlerinin şiddeti artar ve hasta yataklı tedaviye daha sık ve uzun süre ihtiyaç duyar. Bu durum ekonomik anlamda hastanın yükünün artmasına neden olur.

Hukuki Boyut;

- Hastaların takip ve hukuki kayıtlarının düzenli olmaması nedeni ile hukuki işlemlerde yanlışlık yapılmasına, hastanın ve/veya hasta yakınlarının hak ihlaline sebep olabilir.
- Düzenli kayıtların ve takibin olmaması, hastanın silah ruhsatı alma, askere alınma, sürücü belgesi verilmesi gibi yaşadığı toplum açısından risk taşıyan bir takım eylemleri gerçekleştirmesine neden olabilir.
- Hasta ve yakınları sahip oldukları haklar konusunda yeteri kadar bilgi ve bilince sahip olmadıkları zaman hak kaybı yaşayabilirler.
- Vasilerin hasta ile olan ilişkileri takip edilmemekte ve eğer ihmal, ilgisizlik var ise bu durumun ilgili yerlere bildiri yapılmamaktadır.

Tıbbi Boyut;

- Hastalığın yaşam boyu sürmesi mümkün olabileceği gibi hastaların tedaviye olan uyumları/uyumsuzluğu düzenli olarak takip edilirse hastanın atak dönemleri, şiddeti ve yataklı tedaviye ihtiyacı azalabilir.
- Hastanın alevlenme dönemleri öncesi verdiği belirtiler hakkında ailesi ve/veya yakınlarına bilgi verilebilir ya da bu belirtiler sağlık profesyonelleri tarafından tespit edilirse, önlenir.
- Ailenin hastalıkla ilgili bilgilendirilmesi önemlidir. Böylece ailenin hasta, hastalık ve tedaviye ilişkin bakış açısı değişir ve bu durum tedavi sürecini olumlu etkiler.
- Hastalarla kurulan 'iyileştiren ilişki' hastalığın seyrini olumlu yönde etkiler.
- Hasta uygun tedavi, takip ve rehabilitasyon ile öz bakımını sağlayabilecek duruma gelebileceği gibi bunun yanı sıra üretken bir birey haline de gelebilir.

Hastalığın sosyal, ekonomik, hukuki ve tıbbi boyutları ele alındığında, toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin önemi bir kez daha anlaşılmaktadır. Hastaların, prognozlarının olumlu yönde seyretmesi, içinde buldukları aileye olan bağımlılıklarının en aza indirilmesi ve toplum içerisinde üretken birer birey olarak yer almaları için, hastalığın bütün boyutları ile ele alınması ve uygun tedavi, takip ve rehabilitasyonun sağlanması gerekmektedir.

Toplum temelli ruh sağlığı modelinin, bireylerin ruhsal hastalığının teşhisinden önceki süreçten başlayıp, teşhis edilen hastalığın seyri ve tedavi süreçlerini bir bütün olarak kapsadığı ve koruyucu ruh sağlığı kapsamında uygulanan hizmetlerle de örtüştüğü söylenebilir. Koruyucu ruh sağlığı hizmetleri, ruhsal hastalığın ortaya çıkmadan önlenmesi, risk oluşturabilecek faktörlerin belirlenmesi, erken teşhis edilmesi ve tedavi süreci ile bu hastalığa sahip olan hastaların toplumdaki soyutlanmadan ruh sağlığının korunması amacı ile birinci, ikincil ve üçüncül olmak üzere üç farklı düzeyde sunulan hizmetlerdir (Attepe Özden, 2015).

Bu kapsamda birincil, ikincil ve üçüncül düzeyde sunulan koruma hizmetleri şu şekildedir (Aksaray ve ark., 1999; Doğan, 2002a; Gültekin, 2010; Attape Özden, 2015; T. C. Milli Eğitim Bakanlığı, 2012; WHO, 2002; WHO 2004):

Birincil Koruma;

- Bireyin çevresinde stres yaratan unsurları belirleyerek, bunların azaltılması,

- Stresin yoğunluğunu azaltmak ya da strese sebep olan faktörleri yok etmeye yönelik çalışmalar yapılması, risk altında olan bireylere yönelik sosyal destek programlarının geliştirilmesi,
- Alkol ve madde bağımlılığının olumsuz etkilerinin bireylere öğretilmesi,
- Ebeveyn olacak bireylerin annelik ve babalık becerilerinin artırılarak çocuk gelişimine dair bilgi verilmesi,
- Yaşamın çeşitli dönemlerinde (emeklilik, boşanma gibi) bireylere destek olunması ve eğitimler yapılması,
- Psikiyatrik hastalıkların genetik yolla geçişinin önlenmesine yönelik çaba sarf edilmesi,
- Toplumun sağlığını (fiziksel, ruhsal) yükseltmek için çalışmalar yapılması,
- İşsiz olan bireylere ve kimsesiz olan çocuklara eğitim sağlanması ve destek olunması.

İkincil Koruma;

- Hastalıkların erken teşhis edilmesi ve tedavisi için sunulan hizmetlerin iyileştirilmesi,
- Çocuklarda erken teşhisi sağlamak için, eğitim sistemi içerisindeki öğretmenlerin bilgilendirilmesi,
- Hastalık tanısı konan hastalara ve ailelerine yönelik hastalık ve süreciyle ilgili bilgilendirme yapılması,
- Ortaya çıkabilecek ani ruh sağlığı sorunlarında başvurulabilecek kurum ve kuruluşların tanıtılması,
- Kendine zarar verme girişiminde bulunmaya neden olabilecek krizler yaşayan bireylere yönelik, destek alabilecekleri telefon hatları kurulması,
- Hastaneden taburcu olduktan sonrada bireyin takibinin yapılması,
- Krize müdahale durumları ve hastalıklar hakkında bilgi edinmeleri için halkın eğitilmesi.

Üçüncül Koruma;

- Hastalığın tedavisinde rehabilitasyonun göz ardı edilmemesi,
- Akut durumlarda ne yapılabileceğine ilişkin birey ve aileye eğitim verilmesi ve tedavi hizmetlerinin sürdürülmesi,

- Hastalığın tedavi ve rehabilitasyon döneminde birey ve aileye destek olunması, takiplerin yapılması ve ev ziyaretlerinde bulunulması,
- Taburcu olduktan sonraki aşamada destek grupları oluşturulması ve toplumda var olan kaynaklara ulaşımın sağlanması,
- Hastanın durumuna uygun tedavi yöntemlerinin uygulanması ve toplumsal destek sistemlerinin harekete geçirilmesi,

olarak belirtilmektedir.

2.4. Uygulama Alanı Olarak Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri

Ruhsal hastalıkların tedavisinde bireyin psikososyal yönünün ihmal edilmemesi gerektiğine yönelik farkındalık, yapılan araştırmalar neticesinde oluşmuştur (Kuşgözoğlu ve Akbıyık, 2007). Bireyin psikososyal yönünün de ele alınması gerektiğinin fark edilmesi ile birlikte, hastane temelli modelden toplum temelli modele geçiş başlamış ve birey çok yönlü olarak ele alınmıştır. Bu kapsamda, toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin uygulama alanını olarak, ülkemizde toplum ruh sağlığı merkezleri ortaya çıkmıştır. Çalışmanın bu aşamasında toplum ruh sağlığı merkezleri, bu merkezin Türkiye ve İtalya'da ki gelişimi, amaçları, fonksiyonları, merkezde sunulan hizmetten faydalanan bireyler, merkezde çalışan sağlık profesyonelleri ve ekip çalışması üzerinde durulacaktır.

2.4.1. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin Tanımı

Toplum temelli ruh sağlığı modeli ile bu alanda çalışan ekibin 100.000 nüfusu barındıran coğrafi alana hizmet sunması planlanır. Bu ekipte, psikiyatrist, psikolog, psikiyatri hemşiresi ve sosyal çalışmacı bulunur. Bu modelde hizmet sunan ekip aktiftir, bir yerde sabit değildir ve hizmet alan hastanın yaşam alanına giderek hizmet sunar. Bu ekibin genellikle hastaneden ayrı bir merkezi bulunmaktadır. Bu merkezde görev alan ekip personelinin görev ve sorumlulukları bellidir. Hizmet sunulacak olan her hasta için kayıt alınır ve o hastaya özgü yapılacak olanlar bireysel bazda yazılı olarak planlanır. Burada amaç, kronik ağır ruhsal hastalığı olan bireylerin yaşadıkları yerde de takip ve tedavilerinin yapılmasıdır. Böylece bu hastalar toplumdan dışlanmadan, toplumla iç içe yaşamlarını sürdürmüş olacaktır (Yanık, 2007). Thornicroft ve arkadaşlarının (2016)'da yapmış oldukları tanıma göre; toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri bireylerin ihtiyaçlarına cevap verecek şekilde kolay elde edilebilir ve kültürel anlamda kabul edilebilir olmalı, bireylerin hedeflerini ve güçlü yanlarını dikkate almalı, imkanlar

dahilinde kaynaklar sunmalı ve iyileşme odaklı bir şekilde uygulamaları içermelidir. Toplum temelli modelin bir gereği olarak ülkemizde açılan TRSM'lerin ana yapısı toplum temelli ruh sağlığı modeline dayanmaktadır. Bu modelin ana yapısı ise; birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden oluşmaktadır (Ensari, 2008). Bilge ve arkadaşları (2016) tarafından toplum ruh sağlığı merkezi, ağır ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin tedavi ve takiplerinin ayaktan yapıldığı, rehabilitasyon faaliyetleri kapsamında iş ve uğraşı terapilerinin uygulandığı, grup terapisi, bireysel terapilerin yapıldığı, toplumsal işlevselliklerinin artırılmasının amaçlandığı, psikiyatri klinikleri ile işbirliği içerisinde çalışmalarını yürüten, ihtiyaç halinde gezici ekiplerle üyelerin yaşadıkları yerlerde takiplerinin yapıldığı merkezler olarak tanımlanmıştır.

2.4.2. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin Türkiye'deki Gelişimi ve İtalya Trieste Modeli

1960'lı yıllardan itibaren ruh sağlığı alanına ilişkin bir takım değişim hareketleri gelişmiş ülkelerde başlamıştır (Alataş ve ark., 2009). Böylelikle ruhsal hastaların tedavisinde daha insancıl uygulamalar benimsenmiştir. Alternatif tedavi uygulamaları bulma çabası sonucunda, toplum ruh sağlığı merkezlerinin ortaya çıkmasına zemin hazırlanmıştır (WHO, 2003). 1950 ve 1960'lı yıllarda ağır ruhsal hastaları toplumsal yaşama kazandırmak amacı ile psikiyatri hastanelerinden çıkarmak ve toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin temeli olan, toplum ruh sağlığı merkezlerinin açılması, ruhsal hastalığı olan hastalara ilişkin toplumsal bakış açısını değiştirmiştir (Sönmez, 2009).

Bu kapsamda toplum ruh sağlığı merkezlerinin Türkiye'de ve çeşitli ülkelerdeki gelişimini ele almak doğru olacaktır.

2.4.2.1. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin Türkiye'deki Gelişimi

Türkiye'de 1960'lı yıllarda, Faruk Bayülkem tarafından hastane dışı toplum psikiyatrisi servisleri oluşturulmuştur. Bu dönemde İstanbul'da 1962 yılında 7 tane ruh sağlığı dispenseri, daha sonra 1970 yılında gündüz hastanesi ve 1977 yılında ise yarı yol evi ve korumalı iş yeri açılmıştır. Fakat bu merkezler sonraları kullanılmayarak, kapatılmıştır (Bayülken, 1977; aktaran: Arslan Delice 2017) Gündüz Hastanesi programı ise tekrar 1 Mart 2004 yılında Kocaeli Üniversitesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı'na bağlı olarak çalışmaya başlamıştır. Burada hem tıbbi tedavi hem de rehabilitasyon çalışmaları birlikte yürütülmüştür. Hasta ve yakınları için Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimleri gibi

geniş kapsamlı hizmetlerin verildiği bu kurum, bir takım parasal ve idari nedenler sebebiyle daha sonra kapanmıştır (Yıldız, 2005). Bir takım girişimlerde bulunulmasına rağmen psikiyatri hastanelerine alternatif olarak ortaya çıkan kurumlar çeşitli nedenlerle kapanmak zorunda kalmıştır denilebilir. Bu doğrultuda, Türkiye’de toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeline geçiş aşamasında, ruh sağlığı alanında oldukça kısıtlı kaynaklar olduğu görülmüştür. Bu nedenle öncelikle, toplum temelli hizmet modelinin, kurum temelli hizmet modeline alternatif olarak ortaya çıkması gerektiği savunulmuştur (Avrupa Komisyonu, 2009).

Ülkemizde ruh sağlığı hizmetlerinde var olan sorunların tespiti T. C. Sağlık Bakanlığı Eylem Planı (2011)’nda şu şekilde belirtilmiştir: Ülkemizde var olan hastane temelli modelde verilen hizmetlerde, hastanın alevlenme dönemlerinde hastaneye yatırıldığı ve bakımı kendisi ya da yakınları tarafından sağlan (a)mayan hastaların çok uzun yıllar hastanede yatırılarak bakımının gerçekleştirildiği görülmektedir. Hastalara verilen hizmetlerde genellikle alevlenme dönemlerine odaklanılmış, alevlenme dönemine girmesine neden olan etmenler göz ardı edilmiş ve hastanın toplumsal işlevselliğini geliştirmek amaç edinilmemiştir. Hastalığı ile ilgili iç görü kazanmamış olan hastaların, hastaneden ayrıldıktan sonra kontrollere gelmeleri ve ilaç kullanmaları tamamen kendilerine ve ailelerinin sorumluluğuna bırakılmıştır. Bu durum hastaların, hastalıklarının alevlenme sürecine girmesine neden olacak sorunlar ile hastane dışında tek başlarına kalmasına, bu sorunlar ile başa çıkamamalarına ve daha sık alevlenme dönemi yaşayıp, daha sık hastaneye yatmalarına sebep olmaktadır. Hastaların aileleri genellikle hasta ve hastalıkla ilgili bilgiye ve kurum desteğine sahip olamadıkları için tükenmişlik yaşamaktadırlar. Ayrıca toplum tarafından hastalara yönelik damgalama eylemi de pekişmektedir. Sürekli olarak kendini tekrar eden ve döner kapı olarak isimlendirilen bu durum, hastane temelli modelin hastaların ihtiyaçlarına yetişememesine ve bu alanda hizmet veren sağlık profesyonellerinin tıbbi tedavinin yanı sıra psikososyal müdahalelere yeterli zaman ve enerji bulamamasına, oldukça dolu olan hastanelerde asgari düzeyde hizmet verilmesine neden olmaktadır. Bu kapsamda hastane temelli modelde yaşanan olumsuzluklar, toplum temelli modele geçilmesi gerektiğini ortaya koymuştur denilebilir. Ancak, T. C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011)’nda ruh sağlığı alanında insan gücünün yeterli olmaması, kısa sürede toplum temelli ruh sağlığı modeline geçilmesini zorlaştıracak için öncelikle toplum-hastane denge modeline geçileceği ifade edilmiştir. Bu doğrultuda bir takım reform hareketlerinin başlatıldığı söylenebilir. İnsan hakları savunucuları, uluslararası kurumlar ve ruh sağlığı

alanında çalışan profesyonellerin önerileri ile Türkiye’de ruh sağlığı alanında reform hareketleri başlamıştır. Bu reform süreci, Sağlık Bakanlığı’nın 2006 yılında yayınlanan Ulusal Ruh Sağlığı Politikası metni ile başlamış olup, 2011 yılında Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı’nın (2011-2023) yayınlanması ile hızlanmıştır.

2006 yılında Ulusal Ruh Sağlığı Politikası metni yayınlanarak, ruh sağlığı politika reformuna dair yedi ana öneri sunmaktadır (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2011):

- “1. Ruh sağlığı sisteminin toplum temelli olması, genel sağlık sistemine ve birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesi,*
- 2. Toplum temelli rehabilitasyon çalışmalarının yapılması,*
- 3. Ruh sağlığı alanında ayrılan paranın artırılması,*
- 4. Ruh sağlığı hizmetlerinin kalitesinin artırılması,*
- 5. Ruh sağlığı alanı ile ilgili yasaların çıkarılması,*
- 6. Damgalamaya karşı hasta haklarının savunulması,*
- 7. Ruh sağlığı alanında eğitim, araştırma ve insan gücünün artırılması.”*

Aynı dönemde, T. C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011)’na göre nüfusu yüz binin üzerinde olan yerleşim yerlerinde bir merkez açılması; toplamda 236 tane toplum ruh sağlığı merkezi açılması planlanmıştır. 2008 yılında, Bolu Ruh Sağlığı Hastanesi’nde, pilot bir çalışma olarak ilk Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmete girmiştir (Yılmaz, 2012). Sağlık Bakanlığı’nın 06/03/2014 tarih ve 9453 sayılı Bakan Onayı ile yürürlüğe giren Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge’nin 11. Maddesinde

“Ağır ruhsal bozukluğu bulunan hastalara ait kayıt ve istatistiklerin tutulması, kayıtlı hastaların güçlendirilmesini ve toplumla bütünleşmesini hedef alan rehabilitasyon, psikososyal beceri kazandırma ve desteklemeye ilişkin plan, program ve çalışmaların yapılması, hastalık durumlarının değerlendirilmesi, tedavi edilmesi ve izlenmesi, topluma, hasta yakınlarına, sağlık personeline ve diğer ilgili personele ağır ruhsal bozukluklar alanında eğitim verilmesi esastır.”

şeklinde belirtilmektedir.

Yönergede, ruhsal hastalıkların tedavisinde bütüncül bir yaklaşımın benimsenmesi, hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi ve tedavide rehabilitasyona yer verilmesi gerektiği sonucuna varılmaktadır. Toplum ruh sağlığı merkezleri tarafından verilmesi beklenen bu hizmetler, ruhsal hastalığa sahip bireylerin işlevselliğini artırmada ve toplumda kendilerine yer edinmelerinde önemli bir etkiye sahiptir.

2.4.2.2. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin Gelişimi: İtalya Trieste Modeli

Kurum temelli ruh sağlığı hizmetlerinde yaşanan sıkıntılar sonucunda, toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin uygulanmaya başlandığı görülmüştür. İtalya toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçişte öncü ülke olmuştur (Yılmaz, 2012). Ağustos 1971'de Franco Basaglia'nın Trieste Psikiyatri Hastanesi'nin başına geçerek, bu hastanede alternatif yöntemler kullanmaya başlamasıyla, toplum temelli hizmetlere ilişkin dönüşümü başlatmıştır (Dell'Acqua, 2012). İlk ruh sağlığı merkezleri 1975'te hastaneden taburcu edilen bireyleri desteklemek amacı ile kurulmuştur. O dönemde sadece gündüzlü hizmet veren bu merkezler, daha sonra günün 24 saatinde hizmet vermeye başlamıştır (Dell'Acqua, 2012). 1978 yılında 180 Sayılı Yasa olarak anılan psikiyatri reformu başlatılarak; ruhsal hastalığa sahip bireylerin hastaneye yatırılmasını sonlandırmak, tedavilerini sosyal çevresi içinde sürdürmek ve hastaneleri kapatmak amaçlanmıştır. Bu doğrultuda, 1980 yılında Trieste Psikiyatri Hastanesi kapatılmıştır (Dell'Acqua, 2012). 1984 yılında İtalya'da reform değerlendirme çalışması yapılmış, 675 tane TRSM ve genel hastanelerin içinde 236 tane psikiyatri servisine ulaşılmıştır (Ulaş, 2008).

Trieste'de kurulan ruh sağlığı merkezleri, ili dört bölgeye ayırmış ve dört toplum ruh sağlığı merkezi kurarak haftanın her günü, 24 saat esasına dayanarak hizmet vermeye başlamıştır. Bu merkezlerde bulunan ekipler sadece evde değil, hizmet alan bireyin bulunduğu herhangi bir yerde hizmet verecek şekilde hazırlanmıştır (Dell'Acqua, 2012).

Trieste'de uygulanmaya başlanan bu modelde aşağıdaki amaçlar yer almaktadır (Yılmaz, 2012) :

- Ruhsal hastalığa sahip bireylerin kendi kaderini tayinin desteklenmesi.
- Ruhsal hastalığa sahip bireylerin yaşamlarının kontrolünü tekrar kazanmalarının sağlanması,
- Toplumsal dışlanmanın yok edilmesi için kurum temelli hizmetlere son verilmesi.

Toplum ruh sağlığı merkezleri Trieste modelinin temelini oluşturmaktadır. Bu merkezlerde ilaç tedavisinin yanında, farklı terapi modelleri de uygulanmaktadır. Birey odaklı verilen hizmetlerle, bireyin de katılımı ile bireye özđu tedavi planları oluşturulmaktadır. Psikiyatri hemşireleri ve sosyal hizmet uzmanları ile merkezden hizmet alan bireyler arasında oluşan toplumsal ilişki, hastalığın tedavisinde önemli bir iyileştirici olarak rol almaktadır. Hizmet alan bireylerin, merkezden ayrıldıktan sonra da düzenli ev ziyaretleri ile takipleri yapılmaktadır (Yılmaz, 2012). Ayrıca bu modelde, ruhsal sorun yaşayan bireylere, kendi isteği dışında ruh sağlığı hizmeti verilememekte

olup, istek dışı yatışlar ancak mahkeme kararı ile olmaktadır. Ancak mahkeme kararı olsa dahi öncelikle yapılması beklenen bireyin ikna yoluyla yatışının gerçekleştirilmesidir (Yılmaz, 2012). Toplum ruh sağlığı merkezlerinde ruhsal hastalığa sahip olan bireylerinde tedavi sürecine doğrudan dahil edildiği, hasta merkezden ayrıldıktan sonrada ev ziyaretleri ile takibin devam ettiği, sağlık profesyonelleri ile hasta arasında katı olmayan bir ilişkinin kurulduğu söylenebilir. Trieste Modeli'nde ruh sağlığı sorunu yaşayan bireylerin istihdam edilmesi amacı ile de sosyal kooperatifler kurulmuştur. Toplum ruh sağlığı merkezleri ile sosyal kooperatifler işbirliği içerisinde çalışmalarını yürütmektedir. Sosyal kooperatiflerin kar etmesi durumunda, elde edilen kar, çalışanlar ve işletmeciler arasında adaletli olarak dağıtılmaktadır (Yılmaz, 2012).

2.4.3. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin Amaçları

Toplum temelli ruh sağlığı, ağır ruhsal hastalığı olan bireylerin hastaneye yatışlarını azaltarak, toplumdan uzaklaşmanın ve işlevselliğinin azalmasının önüne geçilmesini; aynı anda da tedavilerinin ve takiplerin yapılması amacı ile bireyin yaşadığı çevrede gereksinimlerini karşılamayı ve bireyi sorunlarının üstesinden gelmede güçlendirmeyi amaçlar (Hannigan, 1999). Ruhsal hastalıkların tedavisinde kabul edilen güncel iyileştirme yaklaşımları, hastanın yapamadıklarından çok, yapabildiği güçlü yanları ile yapabileceklerine odaklanmaktadır (Carpenter ve Thaker, 2002). Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinde de bireyin kendi kararını vermesi ve güçlendirilmesi için yeteri kadar sağlık profesyonelinin desteği olması en temel koşuldur (Yılmaz, 2012). Bu doğrultuda, toplum ruh sağlığı merkezlerinde uygulanacak olan hizmet modelindeki ana amaçların başında, ruhsal hastalığı olan bireylerin kendi yerleşim yerlerinde düzenli tedavisinin sağlanması, hastaneye yatışların en aza indirilmesi, ailesinden ve sosyal çevresinden soyutlanmadan rehabilitasyonunun sağlanması, hasta ve ailesinin güçlendirilmesi gelmektedir (Ensari, 2011). Dolayısı ile ruhsal hastalığa sahip bireylerin çevresine danışmanlık, eğitim ve psikolojik destek hizmetleri verilmelidir (Yılmaz, 2012). Ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerin, toplum ruh sağlığı merkezlerinden gerekli hizmetleri almaları ve bu hizmetler neticesinde toplumda başkalarına bağımlı olmadan, minimum destekle bağımsız bir şekilde yaşamalarına olanak tanıyan becerilere sahip olmaları hedeflenmektedir (Arslan Delice, 2017).

Toplum temelli ruh sağlığı modelinin temelini oluşturan TRSM'lerin amacı, ağır ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin kendi yaşadıkları çevrede tedavi ve takiplerinin yapılması, böylece toplumdan kopmadan iç içe yaşamalarının sağlanmasıdır (T. C. Sağlık

Bakanlığı, 2011). Ayrıca, toplum ruh sağlığı merkezlerinden hizmet alan bireylerin yaşam kalitelerini yükseltmek için onlara yardım etmek amaçlanmaktadır. Hastalığa ilişkin semptomların ortadan kaldırılması hem tıbbi tedavi ile hem de yaşam kalitelerinin artırılması ile ilgilidir (Arslan Delice, 2017). Cnaan ve arkadaşları (1988)'e göre de, toplum ruh sağlığı merkezlerinin amacı, ağır ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin, toplumdan kopmadan yaşamaları için her türlü desteği sağlamaktır. Merkezin edindiği bu amaç temelde diğer bütün amaçların temelini oluşturmaktadır. Bu amacın gerçekleştirilip gerçekleştirilemediğini öğrenmenin yolu ise, hastaların toplum içerisinde kimseye bağımlı olmadan kendi başlarına ne kadar bağımsız yaşadıkları ile ilgilidir.

2.4.4. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin Fonksiyonları

Toplum ruh sağlığı merkezlerinde farklı mesleklerden oluşan sağlık profesyonelleri, ekip çalışması içerisinde hizmet sunmaktadır. TRSM'den hizmet alan bireylere;

- Tıbbi tedavi
- Bireysel terapi ve grup terapileri
- Psiko-eğitimler
- Kişisel-sosyal beceri eğitimi,
- Aile eğitimi,

gibi hizmetler sunulmaktadır.

İhtiyaç duyulan zamanlarda, sağlık profesyonelleri gezici ekip-ev ziyaretleri ile hastaları yaşam alanlarında ziyaret ederek takiplerini sağlamaktadır (Ensari, 2011). TRSM'ler ağır ruhsal hastalığa sahip olan bireylere toplum temelli model kapsamında takip ve tedavi yapan, psikososyal anlamda destek veren, hastaların yaşam alanlarında takiplerini sağlayan, psiko-eğitimler ile hastayı ve ailesini bilgilendiren kurumlardır. Bu merkezlerde, hastaların kayıt altına alınması süresinden başlayarak, takiplerinin yapılması, rehabilitasyon hizmetlerinin sunulması ve topluma kazandırılması amacı ile pek çok hizmet bütüncül bir bakış açısı ile ekip çalışması içerisinde sunulmaktadır (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2011). Merkezden hizmet alan üyelere bakım planı kapsamında çalışmalar yapılarak, sadece ihtiyaç duyulduğunda yataklı servise yönlendirme yapılmaktadır. Hastaları ekonomik anlamda desteklemek amacı ile istihdamları sağlanmaya çalışılmakta, gerekli durumlarda ilgili kurum ve kuruluşlarla iletişime geçilerek barınma sorunları çözülmektedir. TRSM'de verilen sosyal beceri kazandırma

eğitimi ile gelişim gösteren hastaların, korumalı ev veya korumalı işyerlerine yönlendirmeleri sağlanmaktadır (Ensari, 2011).

Yapılan çalışmalar, merkezde sunulan hizmetler ile hastaların pek çok yönden desteklendiği, sosyal ve bilişsel anlamda geliştiği ve yeti yitiminin azaldığını göstermektedir (Ensari ve ark., 2013). Ensari ve arkadaşları (2013), toplum ruh sağlığı merkezlerinde verilen hizmetler ile ağır ruhsal hastalıklardan olan şizofreni hastalarında yaşam kalitesinin arttığını, yeti yitimlerinin azaldığını ve işlevselliklerinin olumlu yönde etkilendiğini belirtmiştir.

2.4.4.1. Tanı-Tedavi ve TRSM'ye Kayıt

TRSM tarafından hizmet sunulan coğrafi bölgede yaşayan ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerin tespit edilerek, merkeze kaydının yapılması hizmetlerde ilk basamağı oluşturmaktadır (Arslan Delice, 2017). Merkeze kaydı yapılan her hastanın detaylı iletişim bilgileri alınarak, bağlı olduğu birinci basamak sağlık kuruluşunun tespiti yapılmaktadır. Psikoz tanısı almış olan ve ICD-10 tanı kriterine göre F 20-29 ve F 31 arasında tanı alan ağır ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin tedavi planlaması bu aşamada yapılarak, ihtiyaçları doğrultusunda gerekli planlamalar yapılmaktadır (Ensari, 2013).

2.4.4.2. Bireysel Terapi ve Grup Terapisi

TRSM'de kayıtlı olan ağır ruhsal hastalığa (psikoz, bipolar bozukluk, şizofreni gibi) sahip olan bireyler, ihtiyaçları doğrultusunda merkezde bulunan psikolog ile bireysel görüşmeler yapmaktadır (Ensari, 2013). Nitekim ağır ruhsal hastalıkların tedavisinde psikolojik faktörler ve psikososyal faktörlerin bir arada uygulanmasının tedavide etkinliği artırdığı belirtilmektedir. Bu kapsamda grup terapileri yapmanın birçok avantajı bulunmaktadır (Arslan Delice, 2017). Merkezde psikoz tanısı mevcut olan hastalar ile belirlenen konu çerçevesinde etkileşim grupları yapılmaktadır (Ensari, 2013).

2.4.4.3. Bireysel Bakım Planı

Bireysel bakım planı merkezden hizmet alan tüm psikoz hastaları için uygulanmaktadır. Hastanın hastanede yatarak tedavi gördüğü dönemden başlayarak planlanır ve taburculuk sonrası hizmet sunulan TRSM ile devam eder. Hastanın ihtiyaçları tespit edilerek, her hasta için bireysel hedefler oluşturulur ve bu hedefler doğrultusunda gerekli çalışmalar merkez çalışanları tarafından uygulanır (Ensari, 2013).

Bireysel bakım planı ile amaçlanan, hastanın içinde bulunduğu durumun tespitini yapmak, içinde yaşadığı toplumdan soyutlanmadan, yakınları ile birlikte olmasını sağlamak, sahip olduğu sosyoekonomik ve tıbbi konularda destek sağlamaktır (Ensari, 2013). Ensari (2013), Bakım planı, merkezde çalışan psikiyatrist önderliğinde, diğer sağlık profesyonellerinin de katılımı ile multidisipliner bir şekilde planlanmaktadır.

2.4.4.4. Gezici Ekip-Ev Ziyaretleri

18.-19. yüzyılda ruh sağlığı hastaları tedavileri sonrasında hastaneden taburcu olduklarında, sağlık profesyonelleri tarafından kendi yaşam alanlarında ziyaret edilmeleri gerçekleştirilerek, hastane ile hasta arasında bağ kurulması sağlanmıştır (French, 1948; aktaran: Özdemir, 2018). Türkiye’de ise gezici ekip-ev ziyaretleri ilk defa 05.11.2008 tarihinde başlamıştır. Bir hastane aracı ile haftanın bir günü gerçekleştirilmiştir. 15.02.2011 tarihinden itibaren ise, gezici ekipler bölge olarak, 4 ayrı bölgeye ayrılmış olup, her bölgeden sorumlu ekipler oluşturulmuştur (Ensari, 2013). Ensari (2013), TRSM tarafından gezici ekip-ev ziyaretleri aşağıda belirtilen amaçlar doğrultusunda gerçekleştirildiğini ifade etmektedir.

- Merkezden hizmet alan ve ağır ruhsal hastalığı olan bireyleri yaşadıkları yerde değerlendirmek,
- TRSM’ye davet ederek, rehabilitasyon çalışmalarına katılmalarını sağlamak,
- TRSM’ye düzenli olarak gelmeyen hastaların takiplerini sağlamak,
- Birinci basamak sağlık çalışanları ile iletişim ve koordinasyon sağlayarak, hastaların tedavi takiplerinin yapılmasını sağlamak,
- Oluşturulan bakım planı ile oluşturulan hedeflere yönelik çalışmalar yürütmek,
- Gerekli durumlarda hedefler doğrultusunda işbirliği ve koordinasyona ihtiyaç duyulan kurumlarla bağlantı kurmak.

Gezici ekip-ev ziyaretlerinde öncelik verilen hasta grubu, hastaneye tekrar eden yatışları olan ve risk değerlendirmesinde öncelikli olması gereken hastalardır. Bu hasta grubu belirlenir ve takip tedavisi öncelikli olarak yapılır. Risk grubu içerisindeki hastalar ev ziyaretleri ile kontrol altında tutulmakta ve hastaneye yatışlarının azaltılması sağlanmaktadır (Ensari, 2013). Ayrıca, TRSM’ye kayıtlı olmasına rağmen, merkeze devam etmeyen hastaların bakım planları doğrultusunda verilmesi gereken hizmetler, gezici ekip ev ziyaretleri aracılığı ile gerçekleştirilir (Ensari, 2013).

2.4.4.5. Psikososyal Müdahaleler

TRSM'den hizmet alan üyelere, bireysel bakım planı kapsamında, ihtiyacı olan psikososyal müdahalelerde bulunulur. Üyenin psiko-eğitimler, aile eğitimleri ve ruhsal toplumsal beceri eğitimlerinden hangisine ihtiyacı olduğu değerlendirilerek o yönde hizmet sunumu gerçekleştirilir (Ensari, 2013). Ağır ruhsal hastalığı olan bireylere uygulanan psikososyal müdahalelerle bir takım unsurlar hedeflenmektedir. Hizmet alan hastaya psiko-eğitimler aracılığı ile hastalığının belirtilerini ve özelliklerini, alternatif tedavi yollarını, hastalığın seyrini anlatarak hastayı tedavi sürecine dahil etmek amaçlanmaktadır. Böylece hastalığın tekrar nüksetmesi ve bireyin bundan etkilenmesi engellenmeye çalışılmaktadır. Ayrıca hastanın aile içi ilişkilerini ve kişiler arası ilişkilerini geliştirmek ve böylece toplumda sosyal işlevselliğini artırmak, hastanın günlük rutin aktivitelerini gerçekleştirmesini sağlamak ve yaşam kalitesini artırmakta hedeflenmektedir (Yıldız, 2005). Psikososyal müdahaleler ile aile ve hastalarda tedavinin daha etkili hale geldiği, hastanın toplumsal uyumunun ve tedaviye ilişkin işbirliğinin arttığı, yaşam kalitesinin yükseldiği görülmüştür (Doğan, 2008).

2.4.4.6. Rehabilitasyon Hizmetleri

Ağır ruhsal hastalıklar bireyin yaşamında pek çok olumsuzluğu beraberinde getirmekle birlikte, toplumdaki soyutlanmış bir şekilde verimsiz bir yaşam sürmesine sebep olmaktadır (Ensari, 2008). Hastalık bireyde yeti kaybına sebep olduğundan dolayı, birey günlük ihtiyaçlarını dahi karşılayamayacak düzeye gelmektedir. TRSM'de uygulanan iş-ugraş aktivitelerinde usta öğreticiler ve halk eğitim merkezi öğretmenleri görev almaktadır. Bu alanda görev alacak olan öğretmenlere, psikoz tanısı almış olan hastalara yaklaşım konusunda hizmet içi eğitimler verilmektedir (Ensari, 2013). Bu kapsamda, TRSM'de iş-ugraş terapilerinin yapıldığı atölyeler büyük öneme sahiptir. Atölyeler, hastaların boş vakit geçirdiği yerlerden ziyade, psiko-eğitim ya da diğer eğitimlerden edindiği becerilerin test edildiği, desteklenmesi gereken yönlerinin desteklendiği, bilişsel ve sosyal becerilerini artırmak için çalışmaların yapıldığı yerlerdir. Hangi hastanın, hangi atölyeden yararlanacağı bireysel bakım planı doğrultusunda yapılan değerlendirmeler ve bu değerlendirmeler neticesinde koyulan hedefler doğrultusunda belirlenir (Arslan Delice, 2017). Ayrıca, TRSM'den hizmet alan üyelerin merkezde var olan aktivitelere katılmasını zorunlu tutmak yerine, ilgi ve yeteneği olup da uygulamasını yapmadığı aktivitelere katılımının sağlanması esastır. Üyelerin sürekli aynı

iş-uğraş aktivitelerine katılması yerine, kendi istek ve tercihleri doğrultusunda farklı aktivitelere katılması sağlanmış olacaktır (Ensari, 2013).

2.4.4.7. Kurumlar Arası İşbirliği

Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinde bütüncül bir yaklaşım ile sadece sağlık alanında değil sosyal hizmet alanında da adımlar atılmasının ancak kurumlar arası işbirliği sisteminin oluşturulması ile mümkün olduğuna vurgu yapılmıştır (Yılmaz, 2012).

Toplum ruh sağlığı merkezlerinin sağlıklı bir şekilde hizmetleri yürütebilmesi ve hedeflerine ulaşabilmesinde kurumlar arası işbirliği önem arz etmektedir. TRSM’de amaç, sadece merkeze kayıtlı olan hastaların tıbbi tedavilerinin yapılması değil aynı zamanda sosyoekonomik sorunlarının da giderilmesidir (Ensari, 2013) bu amaçlar doğrultusunda işbirliği ve koordinasyon içerisinde olması gereken bir takım kurum ve kuruluşlar mevcuttur. Bu kurum ve kuruluşlar, aile ve sosyal politikalar il müdürlüğü, İŞKUR, sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakfı, belediyeler, kaymakamlıklar, muhtarlıklar, sosyal güvenlik kurumu, müftülük olarak sıralanabilir (Arslan, Delice, 2017). Ayrıca sivil toplum kuruluşları, emniyet müdürlüğü, halk eğitim merkezi, valilik, diğer vakıflar sürekli işbirliği ve iletişim içinde bulunulması gereken yerlerdir. Toplumda ruh sağlığı hastalarına yönelik olan damgalama ile de mücadele edebilmek içinde kurumlar arası işbirliğinin geliştirilmesi ve bu işbirliğinin işlevsel olması önemlidir (Ensari, 2013).

2.4.5. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Verilen Hizmetlerden Faydalanan Bireyler

Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin hedef kitlesi ağır ruhsal hastalığa sahip olan ve/veya uzun süre ruh sağlığı hastanesinde yatış yapan bireylerdir (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

TRSM’de, Dünya Sağlık Örgütü’nün belirlemiş olduğu ICD-10 hastalık sınıflandırılmasında F20-29 arasında bulunan ve F31 olarak belirlenen, şizofreni, bipolar affektif bozukluk, şizoaffektif bozukluk, organik olmayan psikoz olarak adlandırılan ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylere hizmet verilmektedir (Ensari, 2013). Psikoz olarak anılan ağır ruhsal hastalıklar öncelikle hastanede tedavi ve takibi gerekli kılmaktadır. Psikozlar, bir beyin hasarına ya da bilişsel bir bozukluğa bağlı olmadığında fonksiyonel psikoz olarak tanımlanmaktadır. Fonksiyonel psikozların ise en çok görüleni şizofreni ve bipolar bozukluktur (Cüceloğlu, 2013).

Çalışmanın bu aşamasında, TRSM’de hizmet verilen ağır ruhsal hastalıklardan olan şizofreni ve bipolar bozukluk üzerinde durulacaktır.

Şizofreni;

Şizofreni geçmişten günümüze kadar bütün zaman dilimlerinde, tüm toplumda en az %1 oranında görülen, tedavisi gerçekleştirilmemesi halinde bireyde ciddi yeti yitimine yol açan ağır ruhsal hastalıklardan birisidir (Çetin, 2005). Nitekim şizofreni, ruhsal hastalıklar arasında bireyde en fazla hasar yaratan psikozdur (Morgan, 2009).

Şizofreni kavramı, bireyin zihnindeki bölünmeleri belirtmek amacı ile ilk kez 1919’da Eugen Bleuler tarafından kullanılmaya başlanmıştır (Burns, 2015). Beynin birçok fonksiyonunu kapsayan, değişiklik gösteren, yıkıcı etkileri olan bir klinik sendromdur. Hastadan hastaya ve zaman içinde görülmesi değişiklik gösterebilir. Hastalığın bireye etkisi daima ağırdır ve uzun süre etkisini korur. Hasta için, bireysel ve ekonomik anlamda zararları çok fazladır ve dünyadaki önemli halk sağlığı sorunlarından biridir (Buchanan ve Carpenter, 2007). En ağır ruhsal hastalık olarak nitelendirilebileceğimiz şizofreni hastalığı dünya genelinde kadınları ve erkekleri aynı derecede etkilemektedir. Ancak hastalığın kadınlarda ve erkeklerde başlama yaşı birbirinden farklıdır (Burns, 2015). Şizofreni hastalığının en temel özelliği, bireyin düşünme yapısında bozukluklar oluşmasıdır. Bu bozukluklar genelde varsanı, halüsinasyon, delüzyon ve tuhaf konuşmalar şeklinde belirtileri ortaya çıkarır (Cüceloğlu, 2013). Şizofreni hastalığı bireyde, bilişsel yetersizlik, toplumsal rolünde verim düşüklüğü, ekonomik güçlük ve sosyal destek unsurlarında azalma gibi pek çok sorun yaşamasına neden olan süregelen ve/veya tekrarlayıcı bir hastalıktır (Birchwood ve Spencer, 2003). Öztürk ve Uluşahin (2014) şizofreniyi, genç yaşta ortaya çıkan, her iki cinsiyette de eşit olarak görülme sıklığı olan, bireyin gerçek yaşamdan uzaklaşarak kendi dünyasında yaşadığı; bilhassa düşünce, duyum ve davranışlarda bozulmalara neden olan, iyileşme ve tekrarlamalarla devam eden önemli bozuklukların kendini gösterdiği bir psikoz, olarak tanımlamıştır.

Şizofreni hastalarının tedavisinde ilk olarak yapılması gereken hastaya ilaç tedavisi uygulamak olsa da, ilaç tedavisinin yanı sıra bireyin yaşam koşullarının da değişmesi ve iyileşmesi gerekmektedir (Koroğlu, 2013). Ağır ruhsal hastalıkların tedavisinde ilaç kullanımının önemli bir yeri olduğu, belirtilerin birçoğunu azalttığı ya da tamamen yok ettiği, uzun süre kullanıldığında nüksetme oranını düşürdüğü yapılan çalışmalarla belirtilmiştir. Fakat sadece ilaç tedavisi ile bu hastalıklar tam anlamıyla

iyileşememektedir. Bu ilaçlara olumlu yanıt veren hastalarda bile bilişsel ve sosyal anlamda pek çok kayıp söz konusu olmaktadır (Doğan, 2002b). Aile içi ilişkilerden kaynaklı sorunların azaltılması, bireyin sosyal destek unsurlarının artırılması, karşılaşılabilecek zorlukların en aza indirilmesi hastalığın tedavisinde yer alan önemli diğer etkenlerdendir (Köroğlu, 2013). Nitekim şizofreni hastalığının tedavisinde, dünyada kabul görmeye başlayan yeni yaklaşımlar toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri kapsamında hastalığın çok boyutlu olarak ele alınması gerektiği yönündedir (Drake ve Bellack, 2005). Bu kapsamda, şizofreni hastalığında uygulanan psikososyal tedavi yöntemleri, uygulanan hastaya, kuruma ve topluma göre farklılık gösterebilmektedir (Yılmaz, 2005). Bununla birlikte, şizofreni tanısı almış olan bireylerin iş ve okul yaşamlarının olması, yaşamlarını bağımsız olarak sürdürebilmeleri ve sosyal yaşamlarının var olması hastalığın iyiye gittiğinin göstergesi olarak kabul edilebilir (Köroğlu, 2013).

Bipolar Bozukluk;

Bipolar bozukluk, bireyin ailesini, sosyal yaşamını ve iş yaşamını önemli ölçüde etkileyen bir ağır ruhsal hastalıktır. Hastalığın ortaya çıkmasında kalıtsal özelliklerin önemli bir yeri vardır (Köroğlu, 2013). Şizofrenide olduğu gibi bipolar bozukluğunun da bireyde ve ailesinde yarattığı hasarın oldukça büyük olduğu söylenebilir. Bipolar bozukluğun en önemli özelliği, bireyde meydana gelen duygu durum değişiklikleridir. Hastada görülen duygu durum değişikliklerinin bir tarafı coşkunluk (mani) iken diğer tarafı çökkünlük (depresyon) tür. Bu duygu durum değişikliği dönemleri bazen günlerce bazen ise haftalarca sürebilir (Köroğlu, 2013). Yaşanan bu duygu değişimi coşku dönemi, normal davranış dönemi ve çöküntü dönemi olmak üzere devamlılık arz etmektedir. Coşku dönemi haftalar, aylar sürebilir. Bu dönemi normal davranış dönemi takip eder. Daha sonra ise çöküntü dönemi başlar. Bu dönemler her zaman aynı sıra ile oluşmayabilir ve bu dönemlerin ne zaman başlayacağı ya da süresi bilinemez (Cüceloğlu, 2013). Hasta depresif dönemde iken, içinde bulunduğu depresyondan dolayı fazlaca acı çeker ve intihar girişiminde bulunabilir. Bunun aksine coşkunluk (mani) döneminde ise hasta aşırı hareketlidir, etrafına karşı güven ve enerji doludur (Burns, 2015).

Bipolar bozukluk, tedavisi ile ilgili umutsuzluğa kapılmamak gereken bir hastalıktır. Bu hastalıkta ilaç tedavisi, psikoterapi, kendi kendini yönetme becerilerinin kazandırılması gibi yöntemlerle dönemler arası (mani-depresyon) geçişler kontrol altına alınabilir ve yeni dönemlerin oluşması da önlenir (Köroğlu, 2013).

2.4.6. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sağlık Profesyonelleri

Ruh sağlığı hastalığı ile çalışan profesyonel disiplinler; bütüncül bir yaklaşım ile hastalığa sahip bireyin iyilik halini artırmayı amaçlamalıdır (Rosenberg and Rosenberg, 2006; aktaran: Yılmaz 2012). Ruh sağlığı hizmetlerinin kaliteli ve etkin olması için, toplum ruh sağlığı merkezlerinde hizmet verecek olan meslek elemanlarının yetiştirilmesi ve istihdam edilmesi oldukça büyük önem arz etmektedir. Ancak Yılmaz (2012) toplum ruh sağlığı merkezleri için yeterli bir politika yapılmamakla birlikte özellikle istihdam konusunda da yeterli bir kadronun sağlanmadığına vurgu yapmıştır. Örneğin; Sağlık Bakanlığı'nda çalışan sosyal hizmet uzmanı ile ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanı diğer sağlık profesyonellerine göre sayı olarak daha azdır (Yılmaz, 2012).

Ensari ve arkadaşları (2013) TRSM'de çalışan sağlık profesyonellerinin görevlerini; hastaların merkeze kayıtları yapıldıktan sonraki süreçte oluşturulan bakım planları ile tedavilerinin gerçekleştirilmek, damgalama ile mücadele çalışmaları yapmak, sosyoekonomik sorunlarını gidermek, kurumlar arası işbirliği yaparak toplumda bilgi ve bilinci artırmak, hastaları topluma tekrar kazandırmak olarak belirtmişlerdir.

Ülkemizde ruh sağlığı hizmeti genel olarak tıbbi alanla kısıtlandığı için, hizmet sunumunda görev yapanlarda genellikle psikiyatristler ile hemşireler olmaktadır. Bununla birlikte esasında ruh sağlığı alanında hizmet veren belirli uzmanlık alanları ise şu şekildedir:

- Psikiyatristler (ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanları),
- Psikologlar,
- Psikiyatri hemşireleri,
- Sosyal hizmet uzmanları(sosyal çalışmacılar),
- İş-uğraşı terapisti ve/veya ergoterapisttir (Yılmaz, 2012).

Çalışmanın bu aşamasında toplum ruh sağlığı merkezinde çalışan sağlık profesyonellerinin görev, yetki ve sorumlulukları ele alınacaktır.

Toplum ruh sağlığı merkezinde çalışan sorumlu psikiyatri uzmanı, merkezde görevli olan tüm personelden ve işleyişten sorumlu olup kendisi de ilgili sağlık tesisi başhekimine karşı sorumludur (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2012). Merkezde görev yapan psikiyatri uzmanı, toplum ruh sağlığı merkezinin bağlı olarak hizmet sunduğu sağlık tesisi başhekimini ile merkez arasındaki bağlantıyı sağlayarak, merkezde verilen hizmetleri, sorumlu olduğu personelin görev paylaşımını, personellerin birbirleri ile olan iletişimlerini ve işlerin akışını ilgili yönergeye göre planlar ve başhekimin onayına sunar.

Merkezin takip ettiği hastaların tedavi planlarını yapar ve uygular. Ayrıca merkezde çalışan sorumlu olduğu personele yönelik, ruhsal tedaviye ilişkin hizmetler ve uygulamalar konusunda hizmet içi eğitim verir ya da almalarını sağlar. Merkezde sunulan hizmetlerle ilgili düzenli olarak toplantılar yapar, varsa aksaklıkları tespit eder ve daha iyi hizmet uygulamaları için kararlar alır ve uygular. Ayrıca, merkezde kullanılan gerekli araç, gereç ve malzemelerin temin edilmesini ve gerekli koşullarda korunmasını ve gerekli durumlarda kullanılmasını sağlar. Merkezde sunulan hizmetlerle ilgili kayıtların eksiksiz olarak tutulmasını sağlayarak, hizmet sunulan hastaların aile hekimleri ile işbirliği ve koordinasyonunu sağlar. Merkezde verilen hizmetlerin mevzuata, etik kurallara ve deontolojiye uygun bir şekilde sunulmasını sağlar ve gerekli durumlarda gezici ekip hizmetine katılır (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2012).

Merkezde ekip çalışmasının önemli bir parçası olarak hizmet sunan sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve hemşirenin görevleri ortak olarak belirlenmiştir. Merkezden hizmet almak için gelen hastalara ve ailelerine, merkez hakkında bilgi vermek, hastalara danışmanlık ve grup terapisi yapmak, psikososyal beceri konusunda eğitimler yapmak, hastalara ve yakınlarına psiko-eğitim vermek her üç meslek profesyonelinin de ortak görevidir. Ayrıca, gezici ekip hizmetine dahil olmak, gezici ekiplerle yapılan ev ziyaretlerinde hastanın yatışını gerektiren bir durum ile karşılaşırsa, gerekli sağlık tesisine naklini sağlamak, görüşmelerde sosyo-demografik veri formunu doldurmak ve takiplerde izlem ölçeklerini kullanmak, istatistiksel bilgileri toplamada ve değerlendirmede rol almak, merkezden hizmet alan ancak devamlılık sağlamayan hasta ve aileleri ile iletişime geçmek, hasta-merkez arasındaki bağlantıyı oluşturmak ve toplumu bilgilendirme çalışmaları ve damgalama karşıtı çalışmalar yürütmek, bu sağlık profesyonellerinin ortak rol ve görevleri arasındadır (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2012).

Farklı meslek elemanlarının bir araya gelerek etkin bir ekip çalışması ile hizmet sunduğu toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinde, sosyal hizmet uzmanlarının yeri de çok önemlidir (Attepe Özden ve İçağasioğlu Çoban, 2018). Sağlık kurumlarında sosyal hizmet uzmanına duyulan ihtiyaç günden güne artmaktadır (Başer ve ark., 2013). Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin bütüncü bir bakış açısı ile sunumunda etkin bir rolü olan sosyal hizmet uzmanının görev ve sorumlulukları Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri için Çalışma Rehberi (2012)'nde ayrıca belirtilmiştir. Sosyal hizmet uzmanlarının merkezdeki rol ve görevleri; TRSM'nin sorumlu olduğu bölgedeki hastaların tespitinin yapılması ve bu hastaların merkeze kaydını oluşturmak için ilgili kurum ve kişilerle iletişime geçmek,

hasta ve/veya aileleri ile irtibata geçerek, merkezin amacı ve işleyişi hakkında bilgi vermek, hastaneye yatması gereken, bakıma muhtaç durumda olan veya çalışabilecek durumda olan hastaların, ihtiyaçlarına yanıt verebilmek için ilgili kurum ve kişilerle iletişim ve koordinasyonu sağlamak olarak sıralanmıştır. Ayrıca, damgalama karşıtı çalışmalar yürüterek, bu konuda ilgili kurumlarla irtibat ve işbirliği sağlamak, merkezden hizmet alan hastalara sosyoekonomik ve hukuki hakları konusunda bilgi verip, karşılaştıkları güçlüklerin çözümünde destek sunmak, sivil toplum kuruluşları ve diğer kurumlarla olan ilişkileri koordine etmekle yükümlüdür. TRSM’de yapılan ürünlerin teşhir edilmesi ya da sergi gibi etkinlikleri planlanması ve yürütülmesi, eğitim zamanları dışındaki saatlerde, genel eğitim-öğretim ve yönetimle ilgili işlere katılması sosyal hizmet uzmanlarının görevleri arasında sayılmaktadır. Psikologların toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin sunulduğu, toplum ruh sağlığı merkezindeki görev ve sorumlulukları da Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri İçin Çalışma Rehberinde ayrıca belirtilmiştir. Buna göre psikologlar, merkezden hizmet alan hastaların rehabilitasyon ve psikososyal izlenmesini takip edip yazılı rapor hazırlamak, hastalara psikometrik analizi yaparak gelişimlerini takip etmek ve gerekli durumlarda hastayı uğraşı terapisinde iş-uğraş terapistine yönlendirmek olarak belirlenmiştir. Özellikle sosyal hizmet uzmanı ve psikologlar ile ortak pek çok görevi olan hemşirelerin görev ve sorumlulukları ise; merkezden hizmet alan hastaların genel sağlık durumunu izlemek ve bununla ilgili rapor oluşturmak ile hasta için gerekli olan genel tedaviyi uygulayıp, takibini yapmak olarak belirlenmiştir (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2012). Psikiyatri alanında çalışan hemşireler, bireyin tedavisi ve bakımı sürecinde önemli bir rol alırlar. Hastanın ihtiyaçlarını belirlemek, ihtiyaçlarına yönelik program uygulamak asli görevlerinden sayılmaktadır. Bunun yanında ruhsal hastalığı olan bireylere ve onların ailelerine ihtiyaçları doğrultusunda rehabilitasyon çalışmaları yaparlar (Stuart, 2014). Toplum ruh sağlığı merkezinde hizmet sunan iş-uğraş terapistinin görev ve sorumlulukları ise Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri İçin Çalışma Rehberi’nde; gerekli eğitim araç ve gereçlerini hazırlamak, hizmet alan hastaların belirlenen amaca uygun olarak eğitim alması için gerekli önlemleri alıp, uygulamak, hastalara ait eğitim ve uğraşı planlarının birer suretini dosyalayarak saklamak, eğitimlerde yapılan çalışmaların ve katılımcıların kayıtlarını düzenli olarak tutmak, ürünlerin teşhir edilmesi ya da sergi gibi etkinlikleri planlayıp, yürütmek ve eğitim zamanları dışındaki saatlerde, genel eğitim-öğretim ve yönetimle ilgili işlere katılmak olarak sıralanmıştır.

Toplum Ruh Sağlığı Merkezi’nde çalışan sağlık profesyonellerinin rol ve görevleri öncelikle ortak olarak belirlenmiştir. Ancak sağlık profesyonelleri merkezin

işleyişine uygun olarak kendi mesleklerinin gereği olan görevleri de yerine getirmekten sorumludurlar (Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge, 2014). Ayrıca, toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinde, hemşireler, psikologlar, ergoterapistler, sosyal hizmet uzmanları ve psikiyatristler vaka (olgu) yöneticiliğini üstlenirler (Štrkalj Ivezić ve ark., 2010).

Arslan Delice (2017)'ye göre toplum ruh sağlığı merkezinde çalışan sağlık profesyonellerinin, merkezin edindiği amaçlara ulaşabilmek için rol ve görevlerini yerine getirirken, benimsemesi gereken bir takım ilkeler olduğundan bahsetmiştir. Belirtilen ilkeler şu şekilde ele alınmıştır:

- **Saygı:** Merkezden hizmet alan bireylerin hastalıklarına, engel düzeylerine bakılmadan, her bireye sadece insan olduğundan dolayı saygı duyulması ve ona göre hizmet sunulması gerekmektedir.
- **İrade:** Bireylerin sağlıklı ya da hasta olmalarına bakılmaksızın kendi yaşamları ile ilgili kararları kendilerinin alma hakkı olduğunu gösterir. Nitekim bu ilke, hastaların rehabilitasyon sürecine aktif katılımını ve tedavi aşamasında sorumluluk almaları gerektiğini gösterir.
- **Kapasite:** Dezavantajlı durumda dahi olsa bireylerin her zaman öğrenme ve gelişmeye yönelik bir kapasitelerinin olduğu göz ardı edilmemelidir. Dolayısı ile hastalar, rehabilitasyon sürecinde uygulanan kapasite artırmaya yönelik etkinliklerden faydalandırılmalıdır.
- **İyimserlik:** Merkezden hizmet alan ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerin, tedavi sürecinde gelişim ve ilerleme sağlayacaklarına dair olumlu bakış açısı hastaya da kendisi hakkında umut verir.
- **'Kişiyeye özel' hizmet:** Bu ilkeye göre, merkezde sunulan hizmetlerin hedeflerine ulaşmak için gerekli olan izlemlerin, tamamen hastaların ihtiyaç, istek ve kapasitelerine göre belirlenmesidir.
- **Hasta katılımının sağlanması:** Merkezden hizmet alan hastaların, tedavi sürecine yüksek katılımını ve kendi tercihlerini yapmalarını öngören ilkedir.
- **Ortaklık:** Merkezden hizmet alanlar ile merkezde hizmet veren sağlık profesyonelleri arasında bir bağ olması gerektiği ve bu bağ neticesinde her iki tarafında ortak hedefler için işbirliği içerisinde çalışmasını gerektirir.
- **Normalizasyon:** toplum tarafından değerli görülen bir takım rolleri hastalarında edinmeleri ve bu rolleri başarılı bir şekilde uygulamaları toplum ruh sağlığı

merkezinin amaçlarındandır. Ayrıca burada verilen hizmetlerin, merkezden yararlananların sosyo-demografik özelliklerine uygun olmalıdır.

- **Durumsal değerlendirme:** Birey değişken bir yapıya sahiptir ve yaşamdan beklentisi ve istekleri de zamanla değişebilir. Bu nedenle rehabilitasyon sürecinde de kısa ve uzun süreli hedefler yerine daha çok duruma ilişkin hedeflere yoğunlaşmak uygun olacaktır.
- **Tıbbi tedavi ve rehabilitasyon sürecinin entegrasyonu:** Ağır ruhsal hastalığa sahip olan bireylere hizmet sunarken hem tıbbi tedavi hem de rehabilitasyon birlikte uygulanmalıdır. Nitekim tıbbi tedavi ve rehabilitasyon hastaların iyileşme sürecini katkıda bulunan iki önemli bileşendir.
- **Devamlı, ulaşılabilir ve koordine hizmet:** Yaşam boyu çeşitli iniş çıkışlarla devam eden ağır ruhsal hastalıklar bireylerin ihtiyaçlarının da çeşitlenmesine neden olmaktadır. Bu nedenle hizmetler zamanla kısıtlanmamalı ve değişen ihtiyaçlara göre çeşitlendirilip, uygulanmalıdır.
- **Mesleki Odak:** Yaşam kalitelerini artıran ve sosyalizasyon sürecine katkı sağlayan iş yaşamı, ağır ruhsal hastalığa sahip olan bireylerinde dahil olması gereken bir alandır. Bu nedenle sağlık profesyonelleri, hastaların iş hayatına katılıp katılamayacağını sorgulamadan, bu alana dahil olabilmeleri için gerekli desteği sağlamaya odaklanmalıdırlar.
- **Beceri eğitimi:** Sağlık profesyonelleri, merkezden hizmet alan bireylere beceri eğitimi verebilmek için, öncelikle hangi alanlarda hangi becerilerin kullanılmasına ihtiyaç duyulduğuna dair bilgiye sahip olması gerekir.
- **Çevresel uyumlandırmalar:** Merkezden hizmet alan bireylerin, hizmetlerden en uygun şekilde faydalanabilmeleri ve kendi çevrelerinde rahat bir şekilde yaşayabilmeleri için gerekli çevresel düzenlemelerin yapılması gerektiğine vurgu yapar.
- **Aileye destek olmak/aileden destek almak:** Ailede ağır ruhsal hastalığa sahip bir bireyin olması, maddi ve manevi birçok zorluğu beraberinde getirmektedir. Bu aşamada toplum ruh sağlığı merkezleri önemli bir yer edinmektedir. Psiko-eğitimlerle aileye yakınlarının sahip olduğu hastalık, hastaya yaklaşım gibi pek çok konuda bilgi verilmekte ve destek sağlanmaktadır. Ayrıca aileleri bu konularda bilgilendirerek, hastaların ailelerinden destek almaları da sağlanmaktadır.

- **Araştırma-ölçme-değerlendirme:** Toplum ruh sağlığı merkezi tarafından koyulan hedeflere ulaşım ulaşılmadığını görmek varsa eksiklikleri gidermek, yeni hedefler koymak amacı ile verilen hizmetlerin belli dönemlerde değerlendirilmesi gerekmektedir.

2.4.7. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Ekip Çalışması

Sağlığın bedensel, ruhsal ve sosyal anlamda tam bir iyilik hali olduğu göz önünde bulundurulduğunda, ruh sağlığının korunması da en az beden sağlığının korunması kadar önemlidir (Zastrow, 2013). Nitekim insan sağlığı bireysel, çevresel ya da toplumsal olarak birden çok etkiden dolayı bozulabilmektedir. Dolayısı ile bireyin tam olarak iyilik halinin sağlanması ve sosyal refahının yükseltilmesi için tıbbi problemlerinin yanı sıra diğer problemlerinin de çözülmesinde birden çok disiplinin işbirliği içerisinde yaklaşımda bulunması gerekmektedir (Artan, 2013).

Psikiyatri günümüzde ekip çalışmasının yapıldığı bir alandır (Kahramanoğlu, 2000). Psikiyatri alanında, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı, hemşire ve iş-üçraş terapisti gibi çeşitli meslek profesyonelleri yer almaktadır (Zastrow, 2013). Dolayısı ile ruh sağlığı alanında hizmet verilirken ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının yanı sıra, bu alanda çalışan diğer meslek profesyonellerinin de (sosyal hizmet uzmanı, hemşire, psikolog gibi) gerekli eğitimleri alarak ortak bir çalışma sürdürmeleri gerekmektedir (Sayıl, 2004). Ruh sağlığının korunması, bu farklı meslek elemanlarından oluşan ve bir ekip çalışması içinde tedaviyi gerçekleştirecek olan ruh sağlığı personellerinin tamamının ortak görevidir. Bu alanda hizmet veren her meslek elemanı kendi alanında farklı düzeylerde tedaviye dahil olmaktadır. Ruh sağlığı hastalarının tedavisi aşamasında yer alan bu meslek grupları, bazen kendi mesleki sınırlarını koruyamamakta ve rol ve görevlerin paylaşımı karmaşaya sebep olabilmektedir. Hastaya müdahale sürecinde bu alanda çalışan sağlık profesyonellerinin, mesleklerine ilişkin temel sorumluluklarını korumaları önemlidir (Özdemir, 2018).

Toplum ruh sağlığı merkezinde çalışan profesyoneller, hastanelerde verilen hizmet modelinin aksine, ekip çalışması ile sağlık hizmetini ihtiyacı olan bireylere ulaştırırlar (Yanık, 2007). Toplum ruh sağlığı merkezinde görev yapan sağlık profesyonelleri bütün çalışmalarını multidisipliner bir yaklaşımla gerçekleştirir. Toplum ruh sağlığı merkezi ekipleri, merkezden hizmet alan hastaların ihtiyaçları doğrultusunda, belirlenen hedeflere ulaşmak için kendi uzmanlık alanları içinde birlikte hareket ederler. Merkezde verilen hizmetlerin faydalı olabilmesi için ise etkili bir ekip çalışmasına her

zaman ihtiyaç olduğu gibi, bu ekibin hastanelerle, toplumla ve aile hekimleri ile de bağlarının güçlü olması ve işbirliği içinde bulunması gerekmektedir. Ayrıca farklı sağlık profesyonellerinden oluşan toplum ruh sağlığı merkezi ekiplerine de her zaman ihtiyaç duyulmaktadır (Ensari, 2013). Farklı mesleklerden sağlık profesyonellerinin etkili bir ekip çalışması ile aynı amaç doğrultusunda bir araya gelmesi, hizmet verilen bireyin maksimum fayda sağlaması açısından da önem arz etmektedir. Nitekim bu konuda her sağlık profesyoneli bireyi kendi uzmanlık alanı doğrultusunda değerlendirerek, tedavi sürecinde ihtiyaç duyduğu tüm kaynaklara ulaşabilmesi için işbirliği içerisinde etkili bir çalışma yürütecektir. Fakat ekip çalışmasının hizmetlerin sunumunda oldukça faydalı ve kolaylaştırıcı bir yanı olmasına rağmen, bazen ekip içerisinde birtakım zorluklarla da karşılaşabilmektedir. Ekip üyelerinin aynı amaç doğrultusunda birleşememeleri, kişilerarası ihtiyaçları karşılayamama, ekip üyelerinin aynı zamanda aynı yerde olamaması, ekip içerisinde var olan liderlik çatışmaları, iletişim sorunları, ekip toplantıları için uygun mekanın ayarlanamaması, ekip içerisindeki ben merkezci davranışlar, gerçekçi olmayan hedefler ve ekip üyelerinin birbirlerine karşı kabul ve saygı göstermemesi, etkili bir ekip çalışmasını engelleyecek önemli sorunlardır (Kramer, 1979; aktaran: Duyan, 1996).

2.5. Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Hizmet

Çalışmanın bu aşamasında sosyal hizmet mesleğinin ruh sağlığı alanı ile olan ilişkisini anlamak üzere, psikiyatrik sosyal hizmet, tarihçesi, psikiyatrik sosyal hizmet uygulamaları ve bu alanda görev yapan sosyal hizmet uzmanlarının rol ve görevleri ile toplum temelli ruh sağlığı alanında sosyal hizmet konuları üzerinde durulacaktır.

2.5.1. Psikiyatrik Sosyal Hizmet

Sosyal hizmetin hızlı bir şekilde gelişen dallarından biri de psikiyatrik sosyal hizmettir (Kahramanoğlu, 2000). Psikiyatri ve sosyal hizmet arasında kavramsal yapılar açısından da ilişki bulunmaktadır. Bu mesleklerin her ikisinin de ana amacı, birey ve toplumun daha sağlıklı ve kaliteli bir seviyeye ulaşmasıdır. Her iki meslekte amacına ulaşmak için, problem çözme yöntemini kullanmaktadır. Ancak, sosyal hizmet uzmanları tıbbi tedavinin uygulayıcısı değildir. Bu durum bu iki mesleği birbirinden ayıran yön olarak gözükmese de esasında birbirlerine yaklaşımlarının da temel sebebidir (Bulut, 2001). Psikiyatrik sosyal hizmetin tanımlanması, bu alanda çalışan farklı kişilerin hepsinin farklı tanımlamalar yapması şeklinde olmuştur. Bu tanımlamalar her ne kadar birbirine

benzesede, esasında bazı farklı noktalara da değinilmiştir (Özdemir, 2018). Kahramanoğlu (1973)'na göre; 'Ruh ve akli yönden güçlükleri nedeni ile zihni ve sosyal fonksiyonlarını tam anlamı ile yerine getiremeyen kişilere hizmet veren akıl hastaneleri, ruh ve akıl sağlığı klinikleri, her türlü akıl sağlığı programları ve çocuk rehberlik büroları gibi psikiyatrik ortamlarda uygulanan sosyal hizmet mesleğine, psikiyatrik sosyal hizmet denilmektedir (Özdemir, 2018). Arıkan (1985)'a göre; "Psikiyatrik sosyal hizmet, toplum ruh sağlığı programları çerçevesinde yürütülen; amacı zihinsel, duygusal bozuklukları olan insanlara yardım ederek toplum ruh sağlığını yaygınlaştırmak olan sosyal çalışma etkinlikleridir." Arıkan'ın tanımlamasına göre, psikiyatrik sosyal hizmet denilebilmesi için toplum ruh sağlığı kapsamında, ruhsal hastalıklar konusunda ve psikiyatrik tedavi uygulayan kuruluşlarda gerçekleşmesi gerekmektedir. Nitekim ruh sağlığı alanı, bireyin biyopsikososyal etmenlerinin göz ardı edilemediği bir alan olduğundan; sosyal hizmet mesleği de bu alandan ayrı düşünülemez (Gökçearslan Çifci ve ark., 2015).

2.5.2. Psikiyatrik Sosyal Hizmetin Tarihçesi

Ruh sağlığı hastalarına yönelik daha insancıl bir tedavi yaklaşımını benimseyen Fransız hekim Philippe Pinel'dir. Pinel'in benimsediği bu anlayışla hastalara daha uygun koşullarda, daha insani hizmet vermeye başlanmıştır (Özdemir, 2018). 18. yy. da başlayan bu süreç 19. yy. a kadar ruhsal hastalığı olan bireylerin tedavisinde önemli bir yer edinmiştir.

Psikiyatrik sosyal hizmetin tarihsel gelişimi yirminci yüzyılın başlarına dayanmaktadır (Kahramanoğlu, 2000). Daha sonraki yıllarda ise, ruh sağlığı hastalarını yaşadıkları yerde, ailesinden ve sosyal çevresinden koparmadan tedavi etmek amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda 'diplomalı kadın bakıcılar' hizmet sunumunda çalışmaya başlamıştır. Ancak bu uygulamaların hiçbiri henüz bilimsel uygulamalar olmayıp, sadece bilimsel çalışmalar için zemin hazırlamıştır (Özdemir, 2018). Bu doğrultuda ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin mevcut durumlarından çıkarılacak, insani anlamda daha iyi koşullarda, toplumdaki kopmadan tedavi edilmesi gerektiği yönünde düşünceler gelişme göstermiştir denilebilir. Bu kapsamda, ruhsal hastalıkların tek yönlü ele alınmaması gerektiği, tedavi sürecinde biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerinde değerlendirilmesi gerektiği, tedavi bittikten sonra da izlemenin devam etmesi gerektiği, yapılan çalışmalarla da ortaya konmuştur (French, 1948; aktaran: Özdemir, 2018). Bu dönemde, ruhsal hastalığa sahip bireylerin sosyokültürel ve ekonomik unsurlardan etkilendikleri anlaşılmış ve medikal müdahaleye ek olarak bu

açılardan da hizmetlerin sunulması gerektiği düşüncesi oluşmuştur (Kahramanoğlu, 2000).

Bu doğrultuda, 'after-care' olarak adlandırılan uygulama ilk olarak Almanya'da gerçekleştirilmiş ve daha sonra diğer bazı Avrupa ülkelerinde ve ABD'de de ortaya çıkmaya başlamıştır (French, 1948; aktaran: Özdemir, 2018). Ruh sağlığı hastalarının tedavileri yapıldıktan sonra yaşadıkları alanda ziyaret edilmeleri, takiplerinin yapılması pek çok ülkede kısa sürede uygulanmaya başlamıştır. Ancak, uygulamalarda sadece gönüllü kişilerin çalışıyor olması ile kısıtlanmıştır (Özdemir, 2018). Bu sebeple, bu alanda hizmet sunacak olan profesyonel personele ihtiyaç olduğu görülmüştür (Kahramanoğlu, 2000). İlk psikiyatrik sosyal hizmet uygulayıcıları, hasta hakkında bilgi edinme, hastanın sosyal ve ekonomik koşulları, çevre koşulları ile ilgili konularda bilgi toplamış hasta ve yakınlarının ilişkisinde aracı rolü üstlenmiştir. Daha sonra, hastanın hastaneden çıktıktan sonraki süreçte kendi ailesi yanına dönüşü sürecinde, hastayı ve ailesini yeni duruma hazırlama görevini üstlenmiştir (Bulut, 2001).

Türkiye'de ise sosyal hizmetin gelişiminin başlangıcı ile psikiyatri hastanelerindeki sosyal hizmetin gelişimi birbiri ile paralellik göstermektedir. Sosyal hizmetin genel uygulama yöntemi, psikiyatri alanındaki uygulama yöntemlerini de etkilemiştir. Türkiye'de psikiyatrik sosyal hizmet alanında çalışmaya başlayan ilk sosyal hizmet uzmanlarının psikiyatri alanına ilişkin özel bir eğitim almadıkları bilinmektedir (Özdemir, 2018). İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Enstitüsü'nde psikiyatri alanında ilk sosyal hizmet uygulamalarına rastlanılmaktadır (Özdemir, 2018). Sosyal hizmetin psikiyatri alanındaki ilk uygulaması Bakırköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 1965 yılında gerçekleşmiştir. Bu uygulama kısa süre gerçekleşmesine rağmen, bu alanda ihtiyaç olan yöntemlerin belirlenmesinde, nasıl geliştirilmesi gerektiği noktasında ilerleyen zamanlarda yapılacak olan uygulamalara zemin hazırlamıştır (Kahramanoğlu, 2000).

2.5.3. Psikiyatrik Sosyal Hizmet Uygulamaları

Psikiyatrik hastalıkların tedavisinde, hastanın kendisi ile birlikte sosyal çevresinin de ele alınması gerektiği fikrinin ortaya çıkması, sosyal hizmetin psikiyatri alanında bir uzmanlık olarak kabul edilmesini sağlamıştır (Turner, 1974; aktaran: Özdemir, 2018).

Psikiyatristlerle birlikte ilk defa ABD'nde çalışmaya başlayan personellere psikiyatrik sosyal hizmet uzmanı denilmiştir. Ruhsal hastalıkların sebebinin aile ya da

toplumsal sebepler olduğu görüşü, tedavi sürecinde bu sebeplerinde iyileştirilmesi gerektiğini vurgulamıştır. Psikiyatrik sosyal hizmet çalışmaları da bu yönde gelişmiş olup, hasta ile ilgili bilgileri ailesine ve sosyal çevresine vermek, hastanın ailesi ve sosyal çevresi arasındaki bağı kuvvetlendirmekte bu alanda yapılan ilk çalışmalardır. Sosyal hizmet, hastanın tedavi gördüğü hastane ile hastanın dışarıdaki yaşamı arasında bağ kurma rolünü üstlenmiştir (Arıkan, 1985). Kahramanoğlu (2000)'a göre, psikiyatrik sosyal hizmet ruhsal ve zihinsel açıdan yaşadığı sorunlar nedeni ile sosyal ve mental fonksiyonlarını gerçekleştiremeyen bireylere hizmet sunan hastaneler, akıl ve ruh sağlığı klinikleri, toplum ruh sağlığı programları, çocuk rehberlik büroları gibi ortamlarda gerçekleştirilen hizmetlerdir. Bu süreçte sosyal hizmet uzmanları diğer meslek profesyonelleri ile işbirliği içerisinde ve ekip çalışması ile hastaların sahip oldukları sorunların üstesinden gelmeleri konusunda destek sağlar. Psikiyatrik sosyal hizmet uygulamalarında, sosyal hizmet mesleğinin her yöntemi ihtiyaca göre uygulanır. Hasta ve ailesine sunulan hizmetlerde özellikle “sosyal kişisel çalışma” ve “sosyal grup çalışması” kullanılır. Ayrıca vaka yönetimi savunuculuk, toplum organizasyonu yönetimi kullanılan diğer yöntemlerdir (Kahramanoğlu, 2000).

2.5.4. Psikiyatrik Sosyal Hizmet Alanında Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rol ve Görevleri

Bir meslek, temelde toplumun beklentileri doğrultusunda görevler üstlenir ancak ana esas burada mesleğin asıl görevi ve bu görevi gerçekleştirmek için uygulayıcısının sahip olduğu becerilerdir. Psikiyatri ve sosyal hizmet meslekleri farklı görevler üstlenen mesleklerdir. Psikiyatri mesleğinin temeli mental sorunları, diğer yaşamla ilgili sorunlardan ayırabilmektir. Sosyal hizmetin bu konuda üstlendiği görev ise, psikiyatriye göre daha belirsiz olmakla birlikte bazı konularda çok belirgindir. Sosyal hizmet mesleği, kişinin ihtiyaçlarını karşılama aşamasında ortaya çıkan birey ile çevresi arasındaki sorunlarla ilgilenir. Bireyin sahip olduğu bu sorunlar kimi zaman iç mental ya da fiziksel aktivitelerde yan etkilere sebep olabilir. Sosyal hizmet mesleğinin ana görevi, bu sorunları tedavi etmekten ziyade, bireyin çevresi ile olan ilişkisini düzenlemesine yardımcı olmaktır (Bulut, 2001). Psikiyatrik sosyal hizmet uzmanları ilk uygulamalarında genellikle, psikiyatrist tarafından hasta hakkında ihtiyaç duyulan bilgileri toplama görevini görmüşlerdir. Bu bilgilerin temininde hastaların aileleri ile görüşülmüş, sosyal çevresi ve yaşamına ilişkin bilgiler elde edilmeye çalışılmıştır. Hastanelerde tedavi olduktan sonra taburcu olan hastaların ailelerini, değişecek olan duruma hazırlama,

hastane ile toplum arasında köprü oluşturma çalışmaları sosyal hizmet uzmanının işlevlerinden olmuştur (NAWS, 1960; aktaran: Özdemir 2018). Sosyal hizmet uzmanları psikiyatrik tedavi sürecinde her aşamada aktif rol almaktadırlar. Teşhisin konma aşamasından başlayarak, hastalık ve hastalığı negatif yönde etkileyecek unsurlara ilişkin bilginin toplanmasında, hasta ve yakın çevresine destek sağlamada, hastanın tedavi sonrası rehabilitasyon sürecinde, taburculuk sonrası karşılaşılabileceği sorunların üstesinden gelmesinde önemli rol ve görevlere sahiptir (Kahramanoğlu, 2000). Nitekim sosyal hizmet uzmanları için psikiyatrik alanda çalışmak, ruhsal hastaların hastalıklarının tedavisinde ve rehabilitasyonun da ailesinin, toplumun, sosyal çevresinin de önemli ve etkili olduğuna verilen değerin bir yansımasıdır (Bulut, 1988; aktaran: Özdemir 2018).

Bu alanda sosyal hizmet uzmanları bireylerin, sahip oldukları hastalıklar gerekçesiyle karşılamakta sorun yaşadıkları ana ihtiyaçlarını karşılamakla sorumludur (Wakefield, 1997; aktaran: Bulut, 2001). Planlama, barınacak yer sağlama, ekonomik destek sağlama, sosyal hizmet uzmanlarının rollerindedir. Ayrıca hasta için önemli bir sosyal destek unsuru olan aile ile de çalışma rolünü üstlenirler (Bulut, 2001).

Bu kapsamda; Özdemir (2018) psikiyatri alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının rol ve görevlerini aşağıdaki maddeler halinde belirtmiştir:

1. Sosyal hizmet uzmanı bireyi çevresi içinde değerlendirir. Ruhsal hastalığın gelişim öyküsünü alarak, hastalığa neden olan yanları inceler ve tedavi sürecine katkıda bulunur.
2. Hastanın tedavi sürecinde gerekli olan toplumsal kaynakları, hastanın ihtiyaçları doğrultusunda kullanmakla sorumludur.
3. Hastanın tedavi gördüğü kurumdan en iyi ve kapsamlı şekilde yararlanması için, hastayı ve yakın çevresini bilgilendirir, bilinçlendirir.
4. Hastada eğer tedavi sonrası çevresindeki ya da ekonomik sebeplerden dolayı hastalığında yeniden bir tetiklenme söz konusu ise, bu sebepleri değiştirme, geliştirme sorumluluğu vardır.
5. Sosyal hizmet uzmanı, hastanın tedavi sonrası ailesi ve sosyal çevresi ile olumlu ilişkiler kurabilmesi için hasta ve yakınları ile görüşmeler yapar.
6. Hastanın tedavi sonrası izleme ve değerlendirmesini yapılmak ve bu konuda elde edilen çıktıları diğer meslek elemanları ile paylaşmak, gerekiyorsa mesleki anlamda dahil olmak sosyal hizmet uzmanının görevidir.

7. Sosyal hizmet uzmanının, hastanın ailesi ile çalışarak, hastalığın seyrinde ve tedavi sürecinde yaşanabilecek aile içi sorunları en aza indirmek için görüşmeler yapmak gibi önleyici ve tedavi edici sorumluluğu vardır.
8. Sosyal hizmet uzmanı, hastanın tedavi sürecinde ve sonrasında, toplum içindeki fonksiyonunu artırarak toplumdan izole olmadan üretken bir şekilde yer edinmesi için, var olan kaynakların en iyi şekilde kullanılması yönünde çalışmalar yapar.
9. Ruh sağlığı hastasının ve ailesinin, hastalık sürecinde ve tedavi sonrasında var olan hukuki hakları konusunda, hak kaybı yaşamamaları için gerekli mesleki müdahalelerde bulunur.

Psikiyatrik sosyal hizmet uzmanlarının rol ve görevleri, esasında ruhsal hastalığın türüne, hastalığın düzeyine, çevresel etkilere, tedavi kurumunun görev alanına, ailesel ve toplumsal kaynaklara göre sınırlarını belirler (NAWS, 1960; aktaran: Özdemir 2018) Psikiyatrik ortamlarda görev alan sosyal hizmet uzmanları her zaman tedaviyi uygulayan ekibin bir parçasıdır. Hasta ve çevresindekilerle görüşerek sosyal inceleme raporu hazırlayıp, bu ekibe sunar. Ayrıca tedavi sürecinde hastanın sosyal ilişkilerini de düzenlemek adına mesleki becerilerini kullanır. Nitekim, sağlığı bedensel, sosyal ve ruhsal açıdan tam bir iyilik hali olarak düşündüğümüzde, hastalıkların tedavi sürecinde de bu etkenleri de dikkate almak gerektiği ortaya çıkmaktadır. Dolayısı ile hastanın sosyal yönden iyilik halinin sağlanması sosyal hizmet uzmanlarının üstlenmesi gereken bir görevdir (Bulut 2001).

2.5.5. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Hizmet

Dünya Sağlık Örgütü tarafından da kabul edildiği üzere sağlık denince akla bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan iyi olma hali gelmektedir. Bu doğrultuda bireyin sağlıklı olabilmesi için bu üç ögenin bir bütün içerisinde ele alınması gerekmektedir. Bireylere tedavi aşamasında hizmet sunan sağlık profesyonellerinin sadece biyolojik açıdan değil, sosyal ve psikolojik açıdan da değerlendirmesi gerektiği DSÖ'nün tanımında da açıkça belirtilmiştir. Biyopsikososyal bir varlık olan bireyin sağlık sorunlarını bütüncül bir şekilde ele almak ise ancak farklı sağlık profesyonellerinin işbirliği içerisinde olması ile mümkündür. Psikiyatri, bir tıp disiplini. Hastalıkların tedavisinde ruh sağlığı ve hastalıkları hekimi, bireyi ruhsal ve bedensel açıdan değerlendirirken, bireyde sosyal açıdan oluşan sorunları ise diğer bir sağlık profesyoneli olan sosyal hizmet uzmanı değerlendirir (Oral ve Tuncay, 2012). Sosyal hizmet uygulama sürecinde bireyi çevresi içinde ele almaktadır (Baykara Acar ve Acar, 2002). Nitekim

sosyal hizmet, sosyal ve toplum psikiyatrisi vaka (olgu) yönetimini kullanan disiplindir. Bireyin gereksinimlerine göre, hizmetlerde ki eşgüdüm ve uyumunu sağlamak olarak da tanımlanır (Thornicroft, 1991). Bu bağlamda sosyal hizmet, ruh sağlığı alanında da hastanın sosyal ve psikolojik özellikleri ile birlikte çevresini de ele alır. Bu süreçte, hastaya yönelik yapılan uygulamaların amacı onları güçlendirme, hayat standartlarını arttırma, kendi yaşamlarına ilişkin kararlar alabilmelerini sağlamanın yanı sıra, ailesine ve sosyal çevresine yönelik psikososyal çalışmalarda yapmaktır (Oral ve Tuncay, 2012).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın amacı, önemi, modeli, örnekleme, veri toplama araçları ve süreci, verilerin analizi, araştırmanın etik konuları, sınırlılıkları ve varsayımları yer almaktadır.

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada, hastane temelli ruh sağlığı hizmetlerinden toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçiş yapan Türkiye’de ilk kurulan toplum ruh sağlığı merkezi olan Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi’nde bulunan sağlık profesyonellerinin bilgi, beceri, deneyim ve görüşlerini değerlendirmek amaçlanmıştır. Bu temel amaç doğrultusunda yapılan bu araştırma ile günümüzde ve gelecekte TRSM’lerde toplum temelli hizmetlerin geliştirilmesi yönünde katkı sağlaması hedeflenmektedir.

Araştırmanın amacı doğrultusunda alt amaçlar aşağıdaki gibi yapılandırılmıştır.

1. Toplum ruh sağlığı merkezinde çalışan sağlık profesyonellerinin toplum ruh sağlığı hizmetleri hakkındaki bilgilerini ve becerilerini keşfetmek.
2. Toplum ruh sağlığı merkezinde çalışan sağlık profesyonellerinden, sunulan hizmetlerin değerlendirilmesi hakkında bilgi edinmek.
3. TRSM’de çalışan sağlık profesyonellerinin toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerindeki rol ve görevleri hakkında düşüncelerini öğrenmek.
4. Toplum ruh sağlığı alanında sunulan hizmetlerin işleyen ve işlemeyen yönleri hakkında sağlık profesyonellerinin değerlendirmelerini almak.
5. Sağlık profesyonellerinin ekip çalışmasına ilişkin düşünceleri hakkında bilgi edinmek.
6. TRSM’de çalışan sağlık profesyonellerinden, sosyal hizmet uzmanının toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerindeki rol ve görevleri hakkında düşüncelerini öğrenmek.
7. TRSM’de çalışan sağlık profesyonellerinin sosyal hizmet mesleğine bakış açılarını öğrenmek.
8. TRSM’de çalışan sağlık profesyonellerinin toplum ruh sağlığı hizmetlerinin geçmişi, bugünü ve geleceği hakkındaki düşüncelerini öğrenmek.
9. TRSM’nin daha etkili çalışmalar yürütebilmesi açısından, burada çalışan sağlık profesyonellerinin öneri ve görüşlerini almak.

3.2. Araştırmanın Önemi

Gelişen dünyada ruh sağlığı hizmetlerinin de durağan kalması beklenemez. Gelişmiş birçok ülke kendi uygulama biçimleri ile toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerini yıllardır uygulamaktadır. Türkiye’de de toplum temelli ruh sağlığı alanına verilen önem giderek artmaktadır. Birçok disiplinin ruh sağlığı alanına yönelik çalışmaları mevcuttur. Alan yazın incelemesinde ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde çalışan sağlık profesyonellerine yönelik çalışmalar yapılmasına rağmen TRSM’lerde çalışan sağlık profesyonellerine yönelik çalışmaların eksik olduğu görülmüştür. Bu araştırma Türkiye’de yüksek lisans düzeyinde yapılan araştırmalar arasında TRSM’de çalışan sağlık profesyonellerinin bilgi, beceri, deneyim ve görüşlerini ele alan ilk araştırma olması sebebi ile önem taşımaktadır. Bu araştırmanın toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinde çalışacak sağlık profesyonellerine ve konu hakkında akademik araştırmalara ışık tutacağı düşünülmektedir. Ayrıca araştırma konusuyla ilgili olarak mevcut sorunların belirlenmesi, gelecek yıllarda dönüşüm geçirmesi muhtemel olan toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerindeki gelişmelerde ilerleme kaydedilmesine yardımcı olacaktır. Yapılan bu bilimsel araştırma, toplum ruh sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık profesyonellerinin bilgi, beceri, deneyim ve görüşlerinin belirlenmesinde ve hizmetlerin iyileştirilmesinde öneriler getirebilecektir.

Nitelikli ve etkin bir toplum temelli ruh sağlığı hizmetinin verilmesi önemlidir. Bu konuda en önemli görüşün bu hizmetin verildiği TRSM’ler de çalışan sağlık profesyonellerine ait olduğu yadsınamaz bir gerçektir. Profesyonellerin bilgileri, becerileri, deneyimleri, görüş ve değerlendirmeleri araştırmayı önemli kılmaktadır.

Araştırmada araştırılan konunun bütüncül olarak ele alınması ve derinlemesine analiz edilmesinin TRSM’de çalışan sosyal hizmet uzmanlarına ve diğer sağlık profesyonellerine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmadan elde edilecek sonuçların, toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinde çalışan sosyal hizmet uzmanlarına ve diğer sağlık profesyonellerine (Psikiyatrist, psikolog, hemşire, ergoterapist), sosyal hizmet alanındaki akademisyenlere ve öğrencilere bir bilgi kaynağı olacak olması araştırmayı önemli kılmaktadır.

Türkiye’de sayısı son yıllarda hızla artmakta olan TRSM’ler de verilen toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinde, sosyal hizmete duyulan ihtiyacın önemini ortaya koyması açısından da önem taşımaktadır.

Bu araştırma tamamlandığında;

- Araştırmanın örneklemini temsil eden Bolu TRSM’de hizmet veren sağlık profesyonellerinin yaşadıkları deneyimler tespit edilmiş olacak.
- TRSM işleyişi hakkında görüş ve düşüncelerin sorunları ortaya çıkaracağı ve çözüm tespiti için bir adım atılmış olacak.
- TRSM hizmetlerinde sosyal hizmetin gerekliliğinin sağlık profesyonelleri açısından değerlendirilmesi anlamında bir kaynak olacaktır.

3.3. Araştırmanın Yöntemi

3.3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma; Toplum ruh sağlığı merkezinde çalışan sağlık profesyonellerinin bilgi, beceri, deneyim ve görüşlerinin derinlikli bir kavrayış ile var olan durumu olduğu biçimde ortaya koymak amacı ile nitel araştırma olarak tasarlanmıştır. Nitel araştırma; insanların var olduğu dünyayı bütün yönleri ile anlama ve tanımlama çabası olan bir veri analiz yaklaşımıdır (Yeşil, 2010). İnsanların yaşadıkları çevreyi ve deneyimleri nasıl algıladıkları ve yorumladıklarını analiz etmeye yarayan bir yaklaşım olarak tanımlanmıştır (Güler, Halıcıoğlu ve Taşgın, 2015). Nitel araştırmalarda; araştırmacı, gözlem, görüşme ve doküman analizi gibi veri toplama yöntemlerini kullanır (Yıldırım ve Şimşek, 2016).

Nitel araştırma yapan araştırmacı; nicel araştırmada olduğu gibi tarafsız bilgi toplayıcısı mı yoksa araştırma konusunu derinlemesine analiz etmeye çalışan bir kişi mi olduğu sıkça tartışma konusu olan bir konudur (Kümbetoğlu, 2012). Her ne kadar bu tartışmalar devam etse de Karataş (2015), nitel araştırmanın nicel araştırmalara “duygu” ve “doku” eklediğine işaret etmektedir.

Nitel araştırma incelenen grubun davranışlarının ya da sosyal etkileşimlerinin algılanış biçimini sunar. Ayrıca bu araştırma araştırmaya konu olan öznelerin kendi ifadelerinin derlendiği bir yöntemdir (Kümbetoğlu, 2012).

Nitel araştırmalar; nicel araştırmalara göre daha küçük örnekleme ile yapılmakta ve evren temsiliyetinden çok amaca uygun olması önem arz etmektedir (Tanyaş, 2014).

3.3.2 Katılımcıların Belirlenmesi

Katılımcıların belirlenmesinde olasılığa dayanmayan nitel araştırma yönteminin amaçlı örnekleme tekniği kullanılmıştır. Niteliksel araştırmalarda, araştırmacı bir ve birden fazla örnekleme yöntemi kullanabilmektedir (Yıldırım ve şimşek, 2016). Bu doğrultuda ölçüt örnekleme ve tipik durum örnekleme kullanılmıştır.

Araştırmaya uygun katılımcılar ile gerek yüz yüze gerekse de telefon ile iletişim kurularak görüşmenin zamanı ve mekanı belirlenmiştir.

Katılımcıları; 2008-2019 yılları arasında Bolu Toplum Ruh Sağlığı merkezinde çalışan sağlık profesyonelleri oluşturmaktadır. Bu katılımcıların araştırmaya dahil edilmesinde araştırmacı tarafından belirtilen kriterler (lt) şu şekildedir.

1. 2008-2018 yılları arasında Bolu TRSM’de en az 1 yıl çalışmış olması dikkate alınmıştır.
2. Bu araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin gönüllü olması esas alınmıştır.

3.3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmacı tarafından hazırlanmış olan ve araştırmanın amaçlarını içeren yarı yapılandırılmış görüşme formu ile toplum ruh sağlığı merkezinde çalışan sağlık profesyonelleri ile yüz yüze yapılan ön görüşmeler sonucu oluşturulmuştur. Nitel araştırma yöntemi ile gerçekleştirilen bu araştırmada derinlemesine görüşme tekniği kullanılmıştır. Tekin (2006), derinlemesine görüşme tekniğini araştırılan konunun bütün boyutlarını kapsayan, daha çok açık uçlu soruların sorulduğu, cevaplarında detaylı olduğu, katılımcı ile yüz yüze görüşmelerin gerçekleştirildiği bir uygulama olarak tanımlamıştır. Ayrıca derinlemesine görüşme tekniğinde sorular belli bir sistematik içerisinde sorularak katılımcının detaylı bilgi vermesi sağlanır (Demir, 2009).

Görüşme formu hazırlanırken, araştırmacının toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinde ki alan tecrübesinden dolayı katılımcı profiline uygun sorular seçilmiştir. Ayrıca görüşme formunda yer alan sorular hakkında bir akademisyen ve toplum temelli ruh sağlığı alanında nc olan bir kişinin görüş ve düşüncelerine başvurulmuştur.

Görüşmeler sonrasında sorular gözden geçirilmiş ve görüşme formuna son hali verilmiştir.

3.3.4. Veri Toplama Süreci

Araştırmanın yapılacağı Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezinin bağlı olduğu T. C. Sağlık Bakanlığı Bolu AİBÜ İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesinden resmi ön onay alınmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'n dan 15.10.2018 tarihinde iznine başvurulmuş, etik açıdan uygunluğu 25.11.2018 tarihinde alınmıştır. Etik kurul onayından sonra Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nin bağlı olduğu Bolu İl Sağlık Müdürlüğüne gerekli başvuru yapılmış olup, araştırma izni 14.12.2018 tarih ve 49769843-604.02 sayılı valilik oluru ile verilmiştir.

Katılımcılar ile gerek yüz yüze gerekse de telefon ile iletişim kurularak araştırma hakkında bilgi verilmiş, araştırmaya katılma hususunda gönüllü olmaları durumunda görüşme için gün belirlenmiştir. Gönüllü 16 katılımcı ile görüşme yapılmış olup, 1 gönüllü katılımcı ile görüşme yapılırken geçirdiği rahatsızlık neticesinde görüşme tamamlanamadığından ilgili kişi araştırmaya dahil edilmemiştir.

Araştırmacı, görüşme formunu uygulamadan önce araştırmayı derinlemesine inceleyebilmek için ses kaydı için katılımcılardan izin istemiş ve görüşme ses kayıt cihazı ile kaydedilmiştir. Katılımcının görüşmeye rızasıyla katıldığını ve ses kaydı için izin verdiğini beyan eden "Onam Formu" görüşmeye başlamadan önce okunarak karşılıklı imzalanmıştır. Ses kaydı dışında hazırlanan görüşme yönergesi kullanılmış olup, görüşme esnasında notlar tutulmuştur. Ses kayıtları şifre korumalı bir klasör ile araştırmacının bilgisayarına aktarılmış, görüşmelerin gizliliğine önem verilmiştir.

Araştırmacı, katılımcılar ile yaptığı görüşmeleri Microsoft Word'de yazı haline getirmiş ve bu dosyalar da gizlilik açısından şifre korumalı klasörde saklanmıştır.

Görüşmelerin tamamı yüz yüze görüşme olarak planlanmasına rağmen 2 tanesi telefon ile gerçekleştirilmiştir.

Bazı sorulara verilen cevaplarda katılımcıların kaçındığı fark edilmiş olup, ilgili sorularda katılımcıların tutumuna saygı duyulmuştur.

Araştırma Şubat 2018-Ocak 2019 tarihleri arasında Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde gerçekleştirilmiştir. Şubat 2018 ile Eylül 2018 arası metodoloji ve kuramsal çerçeve hakkında çalışmalar yapılmıştır. Araştırma verileri ise 15.12.2018-05.01.2019 tarihleri aralığında Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde, göreve devam etmeyenler ile çalıştığı kuruluştaki, şehir dışında olanlar ile de telefon aracılığı ile toplanmıştır. Araştırmanın mali giderleri araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

3.3.5. Verilerin Analizi

Araştırmanın veri toplama sürecinde 16 katılımcı ile derinlemesine görüşme yapılırken kullanılan ses kayıt cihazı ve önceden hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşmeler üzerinde alınan notlar veri analizi sürecinde kolaylaştırıcı olmuştur. Yarı yapılandırılmış görüşme formu ve ses kaydı ile toplanan veriler yazıya aktarılmıştır. Görüşmeler toplam 903 dakika sürmüştür.

Verilerin analizi derinlemesine yapılan görüşmelerinin kaydedildiği ses kayıt cihazı ile elde edilen veriler çözümlenerek 179 sayfalık bir döküm ortaya çıkmıştır. Bu dökümlerin analizi MAXQDA 2018 nitel veri analiz programı kullanılarak yapılmıştır. Program dahilinde yorumlanması yapılan bu veriler araştırmacının birkaç kez okuması ile gerçekleştirilmiştir. Yarı yapılandırılmış görüşme formunda belirlenen konu başlıkları ve analiz sonrasında ortaya çıkan kodlar, kategori ve temalar çerçevesinde sınıflandırılmıştır. Ortaya çıkan kategoriler, araştırmanın kuramsal çerçevesi ile ilgili bağlantılar kurularak tartışma bölümünde ele alınmıştır.

3.3.6. Etik Konular

Araştırmanın yapılabilmesi için Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan 25.11.2018 tarihinde izin alınmış olup, etik konusunda bir sakınca görülmemiştir. Ayrıca araştırmanın yapılacağı Bolu Toplu Ruh Sağlığı Merkezi'nin bağlı olduğu Bolu Sağlık İl Müdürlüğüne gerekli başvurular yapılmış olup, araştırmanın uygulanması için gerekli izin alınmıştır.

Araştırmanın amacı hakkında TRSM'de çalışan sağlık profesyonelleri ile gerekli görüşmeler yapılarak, kapsam ve sonuçlarından ne şekilde yararlanılacağı hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Ayrıca görüşmeden önce "Bilgilendirilmiş Onam Formu" ile katılımcıların onayları doğrultusunda görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görüşmenin ses kayıtları ve tasnifi sonucu oluşan veriler şifre korumalı klasörde araştırmacının bilgisayarında saklanmıştır.

Araştırmada yarı yapılandırılmış görüşme formu uygulanan kişilerin isimleri mahremiyet açısından gizli tutulmuştur. Ayrıca katılımcıları tanıtılabilecek bilgilerden kaçınılmış ve katılımcılara ilişkin bulgular ifade edilirken (Katılımcı 1), (Katılımcı 2) şeklinde kodlar kullanılmıştır.

3.3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın nitel araştırmanın doğasında olan sonuçların genellenebilirliği açısından bir sınırlılık mevcuttur.

Bu araştırma;

- Bolu İli Merkez İlçesinde bulunan TRSM ile,
- TRSM’de hizmet veren sağlık profesyonellerinin görüşleri ile,
- Görüşme formundaki sorulara verdikleri cevaplar ile sınırlıdır.

3.3.8. Araştırmanın Varsayımları

- Araştırmada hazırlanan yarı yapılandırılmış formun araştırmanın amacına yönelik lme ve değerlendirmeye uygun olduğu varsayılmıştır.
- Araştırmaya katılım sağlayan sağlık profesyonellerinin görüşme formunu objektif biçimde cevapladıkları varsayılmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmada elde edilen veriler MAXQDA 2018 paket programını kullanılarak analiz edilmiş, bulgular beş ana kategoride ele alınmıştır. İlk kategori, ‘‘Sağlık Profesyonellerinin TRSM’ye Bakış Açıısı ve TRSM’ye İlişkin Değerlendirmeleri’’, ikinci kategori ‘‘TRSM’de Sunulan Hizmetler ve Hizmetlerin Sunumunda Olmazsa Olmazlar’’, üçüncü kategori ‘‘Sağlık Profesyonellerinin Gözünden Mesleki Rol ve Görevleri’’, dördüncü kategori ‘‘Sağlık Profesyonellerinin Gözünden Sosyal Hizmet Uzmanının Rol ve Görevleri ve Sosyal Hizmet Uygulamalarına Yönelik Bakış Açııları’’ ve beşinci kategori ise ‘‘Uygulama Alanında Yaşanan Sorunlar ve Öneriler’’ olarak belirlenmiştir.

Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi’nde en az 1 yıl süre ile görev yapmış olan 16 sağlık profesyoneli ile görüşme yapılmıştır. Görüşme yapılan katılımcıların temel bilgileri; meslek, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, mesleki deneyim süresi, ruh sağlığı alanındaki deneyim süresi ve TRSM’deki mesleki deneyim süresine ilişkin bilgiler Tablo-1’de yer almaktadır.

Tablo 1: Araştırmaya katılan katılımcılara ilişkin bilgiler

Meslek	Yaş	Cinsiyet	Eğitim Durumu	Mesleki Deneyim Süresi	Ruh Sağlığı Alanındaki Deneyim Süresi	TRSM'deki Mesleki Deneyim Süresi
Ergoterapist	23	Erkek	Lisans	1 yıl	1 yıl	1 yıl
Hemşire	46	Kadın	Ön Lisans	28 yıl	10 yıl	10 yıl
Hemşire	42	Kadın	Lisans	16 yıl	12 yıl	2 yıl
Hemşire	38	Kadın	Lisans	18 yıl	11 yıl	10 yıl
Hemşire	27	Erkek	Lisans	4 yıl	4 yıl	3.5 yıl
Hemşire	38	Kadın	Lisans	17 yıl	13 yıl	6 yıl
Hemşire	44	Kadın	Ön Lisans	24 yıl	12 yıl	10 yıl
Hemşire	42	Kadın	Ön Lisans	23 yıl	12 yıl	7 yıl
Psikolog	31	Erkek	Yüksek Lisans	7 yıl	7 yıl	3.5 yıl
Psikolog	31	Kadın	Lisans	8 yıl	8 yıl	1 yıl
Psikiyatrist	36	Kadın	Uzman (Tıp)	6 yıl	6 yıl	2.5 yıl
Psikiyatrist	31	Kadın	Uzman (Tıp)	7 yıl	7 yıl	2 yıl
Psikiyatrist	50	Kadın	Doçent	26 yıl	23 yıl	10 yıl
Sağlık Memuru	37	Erkek	Lisans	16 yıl	5 yıl	5 yıl
Sosyal Hizmet Uzmanı	25	Kadın	Lisans	2.5 yıl	1 yıl	1 yıl
Sosyal Hizmet Uzmanı	36	Kadın	Lisans	12 yıl	5 yıl	5 yıl

Katılımcıların 4'ü erkek 12'si kadındır. Katılımcı sağlık profesyonellerinden 7'si hemşire olup, hemşirelerin 4'ü lisans mezunu, 3 tanesi ise ön lisans mezunudur. Hemşirelerin büyük çoğunluğunun 15 yıldan fazla mesleki deneyimi bulunmakla birlikte, 10 yıldan fazla süredir ise ruh sağlığı alanında görev yapmaktadır. 1 sağlık memuru lisans

mezunu olup ruh sağlığı alanındaki deneyiminin tamamını TRSM’de kazanmıştır. Görüşme yapılan sağlık profesyonellerinden ergoterapist ve sosyal hizmet uzmanlarının hepsi lisans mezunudur. Ruh sağlığı alanında ve TRSM’de çalışma sürelerinin ise 1 yıldan az olmamak üzere en fazla olan 5 yıl olduğu görülmektedir. Görüşme yapılan sağlık profesyonelleri arasında 3 psikiyatrist bulunmaktadır. Psikiyatristlerden bir tanesi doçent olup, diğer ikisi uzman doktordur. Doçent olan psikiyatristin 26 yıl mesleki deneyimi olmakla birlikte, 23 yıl ruh sağlığı alanında ve 10 yıl TRSM’de çalıştığı görülmektedir.

4.1. Sağlık Profesyonellerinin TRSM’ye Bakış Açısı ve TRSM’ye İlişkin Değerlendirmeleri

Bu bölümde sağlık profesyonellerinin, TRSM’de çalışmaya başlamadan önce ve TRSM’ye başladıktan sonraki TRSM’ye karşı bakış açılarındaki değişime, hastaneler ile TRSM’ler arasındaki farklara ve TRSM’lerin etkililiği, verimliliğine ilişkin paylaşımları ele alınmıştır.

4.1.1. Bakış Açısındaki Değişim

Araştırmaya katılan sağlık profesyonelleri Toplum Ruh Sağlığı Merkezi’ne ilişkin bakış açılarında zamanla belirgin değişimler olduğunu dile getirmişlerdir. Katılımcı 5, Katılımcı 13 ve Katılımcı 7 TRSM’de çalışmaya başlamadan önceki süreçte bu merkeze ilişkin bilgilerinin olmadığını, buranın daha çok incik boncuk yapılan, halk eğitim merkezine benzeyen bir yer olduğunu düşündüklerini ve buraya daha yüzeysel baktıklarını belirtmişlerdir. Buna ek olarak Katılımcı 13 merkeze ilişkin bilgisi olmadığı için burada çalışmak istemediğine de değinmiştir. Katılımcılar, TRSM’de çalışmaya başladıktan sonra ise merkezin üyelere yönelik hizmetlerinin çok çeşitli olduğunu gördüklerini ifade etmişlerdir. Katılımcı 13, daha önce merkezde çalışmak istemezken, TRSM’de verilen hizmetlere ilişkin içeriği öğrendikten sonra burada kalıcı olmaya karar verdiğini dile getirmiştir.

“TRSM’ye başlamadan önce gerçekten ilk başta hani TRSM ile ilgili çok bilgim olmadığından incik boncuk yapılan, hastaların lay lay lom oyalandığı bir yer olarak biliyordum. Yani kafamdaki düşünce de oydu, bana söylenilende oydu. Aman TRSM’de incik boncuk yapıyorlar başka bir şey yok. Sonraki süreçte baktığım zaman gerçekten TRSM’nin çok gerekli olduğunu gördüm, hastaya birebir ulaşma konusunda, onun ev ortamını aile ortamını değerlendirme konusunda ve topluma katılımını sağlama gibi her

anlamda gerekli yani TRSM'nin gerekli olduğunu düşünüyorum.” (Katılımcı 5)

“Ben önceden TRSM deyince dediğim gibi biraz daha yüzeysel bakıyordum. Sadece poliklinik, eğitim, atölye çalışmaları, rehabilitasyon ama sadece öyle değil, gördüm ki aslında nasıl çocuklara önce bir aşı yaparsınız hastalıklara karşı korursunuz öyle diyeyim burada da... Önce bir hasta TRSM'ye adımını atarak girişini yapıyor ve artık sürekli geliyor. Polikliniğe geliyor mu, ilaçlarını düzenli kullanıyor mu, enjeksiyonunu düzenli yaptırıyor mu, ben buna ne verebilirim, daha ne yapabilirim, eğitimi eksik ya da işlevsellikte mi bir sıkıntı var rehabilitasyona ne katabilirim psikolog görüşmesine mi ihtiyacı var, aslında geldikçe anlıyorsunuz. Adım adım burada çalıştıkça da aynı şekilde aslında işin içine girdikçe iş çeşitliliğini, çok iş yapıldığını fakat gözükmediğini görüyorsunuz. Dışarıdan maalesef daha rahat görülüyor merkez olarak, faaliyet çok ama dışarıdan bu çeşitliliği bilinmiyor.” (Katılımcı 7)

“TRSM'ye başlamadan önce TRSM konusunda hiçbir bilgim yoktu. 2007 yılında ruh sağlığı alanında çalışmaya çok istekli değildim. ... Tamam, ruh sağlığı alanında psikoza bipoları öğrendik ama TRSM bu hastalığın neresinde hiçbir bilgim yoktu o dönem. ... Dışardan gördüğüm resim yapılan, el sanatları atölyesinin olduğu bir yer ve hayatım boyunca bu konuya hiçbir ilgim yoktu. Bende hastalara nasıl yararlı olacağım diye soru işaretleri çok fazlaydı. O dönem hatta becayiş ile eski çalıştığım yere gitmeyi planladım. Çünkü yapabileceğime inanmıyordum. ... İçeriğini öğrendikten sonra ilgimi çekti. TRSM'yi ilk gördüğümde incik boncuk yapılan yer olarak gördüm. Halk arasında halen o ön yargı var. Bir halk eğitim kurumu olarak görülebiliyor. O yüzden çalışmak istemedim TRSM'de. Ama eğitim aldıkça ve yapılanları gördükçe aslında TRSM'lerin bunlardan ibaret olmadığını, binanın içinde değil dışarda da, hastaların kendi evinde hizmet verildiği bir yer olduğunun farkına vardım. ... TRSM'nin ana kaynağının tam anlamı ile rehabilitasyon olduğunu, el sanatları var ama aslında ana amacının bu olmadığını ana amacının hastayı evinde görüp, evinde neler yapabiliriz bunlarla daha çok ilgili olduğunu gördüm ve TRSM'de kalıcı olmaya karar verdim.” (Katılımcı 13)

Katılımcı 9 ve Katılımcı 4, ruh sağlığı alanında çalışmaya başlamadan önce bu alana karşı ön yargı ve korku hissettiklerine değinmiş olup, Katılımcı 9 ruh sağlığı alanını öncesinde utanılacak bir alan olarak gördüğünü dile getirmiştir. Ayrıca, TRSM'yi deneyimledikten sonra bakış açılarında oluşan değişimin önemine de vurgu yapmışlardır. Katılımcı 4, buradan hizmet alan hastaları artık daha iyi anladığını dile getirirken, Katılımcı 9 ise psikiyatrinin insanı olgunlaştırdığını ve burada çalıştığı için kendini şanslı hissettiğini ifade etmiştir.

“Şimdi ben bu alanda çalışmadan önce psikiyatriyi bilmiyordum. Ne alan olarak ne yaptığı iş olarak, utanılacak bir yer olarak görülürdü. Sağlık personeli olmamıza rağmen şimdi

meslektaşlarımda da bunu gördüğüm zaman, kendimi görüyorum. Ön yargı ve korku ile geldim ve ben ne yapıyorum burada dediğim çok oldu. TRSM'ye başladığımda çok şanslı olduğumu hissettim. Psikiyatride çalışmak insanı olgunlaştırıyor, sabrını bakış açını artırıyor. Daha olgun düşünebiliyorsun, öfkenle sinirinle mücadelen de kolaylık sağlıyor. İyi ki gelmişim iyi ki bu alanda çalışıyorum.” (Katılımcı 9)

“Ruh sağlığı demek, genelde ilk başta soğuk gelen, korkutucu bir kavram. Tabi ki ilk başta bunu yaşadım bende ama o ortamı gördüğünde insanların o masumiyetini hissediyorsun, kendi istekleri ile hasta olmadıklarını, bu durumdan memnun olmadıklarını fark ediyorsun. İhtiyaçları olduğunu da biliyorsun bu da insanı gerçekten yumuşatan bir şey aslında. İlk geldiğim zaman açısından çok fark var. Buraya başladıktan sonra da çok daha iyi anladım aslında hastalıkların neye dayandığını, neler olduklarını daha iyi bir şekilde gördüm.” (Katılımcı 4)

Araştırma bulguları katılımcıların TRSM’de çalışmaya başlamadan önce, buradan hizmet alan hasta grubundan korktuklarını, hastaların saldırgan olduğunu düşündüklerini ve merkeze yönelik bilgilerinin olmadığını göstermektedir.

“Şöyle anlatayım ben TRSM'ye başlamadan önce psikiyatri hastası nedir nasıldır ne yapar, ne eder, hiçbir fikrim yoktu. Ben bu hastalardan çekinirdim, gerçekten çok çekinirdim. Çokta korkardım ama zorunlu gönüllü olarak geldiğim burada 10 yıldır devam ediyorum demek ki sevmişim. Hastaları tanımıyordum, ilk geldiğim zaman hastalardan korkuyordum, uzak duruyordum. Mesela şeyi sorduğumu çok iyi hatırlıyorum diğer arkadaşlarıma belli bir renk var mı, neye göre giyinmemiz gerekiyor, şu kırmızıyı giymesek mi, şöyle davranmasak mı, kendimiz hakkında bilgi vermesek mi. Ama burada çalışarak bunları öğreniyoruz. Şimdi o hallerime gülüyorum tabi ki. Bakış açım çok değişti, psikiyatri hastalarına karşı özellikle psikozları tanıdıkça o açıdaki o ön yargılarım yıkıldı gerçekten.” (Katılımcı 10)

“TRSM diye bir kurumun varlığını bilmiyordum. Ne yapar, hangi hasta grubuna bakar, merkezin içinde kimler görev yapar hiçbir fikrim yoktu. TRSM'ye başladıktan sonra TRSM'yi tanıdım. Ruh sağlığı hastanesinin yapısını, uygulamasını falan o anda tanıdım. TRSM'den hizmet alan hasta gruplarına bakış açım değişti. Mesleki olarak değil, insani olarak bu hastalar ile görüşmekten korkardım. Sanki tedavi ile işlevsel hale getirilemez, sürekli saldırganlık halinde gibi gelirlerdi bana. Onlarda bizim gibi aslında bunu TRSM'de çalıştıktan sonra öğrendim. Tedavi işlevsel olduğunda rehabilitasyona gelebiliyor ve rahatlıkla iletişim kurabiliyorsun. Kısaca hastalara bakış açım değişti aslında.” (Katılımcı 14)

Katılımcılar, TRSM’den hizmet alan hastalara ilişkin bakış açılarında değişimler olduğunu, ön yargılarının yıkıldığını belirtmişlerdir. Ayrıca Katılımcı 16, TRSM’lerin

yaygınlaşması gerektiğine değinmiştir.

“Şöyle söyleyeyim ilk hastanede şey dediler TRSM de çalışmak ister misiniz? Ben TRSM'nin ne olduğunu hiç duymamıştım. Duymadığım, bilmediğim hiç çalışmadığım bir alana gittim. Ama şu anki bakış açımıla düşündüğüm zaman Türkiye’de yaygınlaştırılması gerektiğini düşünüyorum.” (Katılımcı 16)

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinden Katılımcı 1 ve Katılımcı 6 önceden TRSM’ler hakkında bilgileri olmadığını ve bu merkezi boşa açılmış, fuzuli bir yer olarak gördüklerini ifade etmişlerdir. Katılımcılar mesleki deneyimleri neticesinde ise, merkezin varlığı hakkındaki düşüncelerinin değiştiğini, TRSM’leri gerekli ve verimli merkezler olarak gördüklerini belirtmişlerdir.

“Gelmeden önce çok böyle TRSM ‘ye ihtiyaç olduğunu düşünmüyordum hani ne gerek vardı diye düşünüyordum. Açılmasını fuzuli, masraf diye düşünüyordum ama geldikten sonra ve bazı hastalara da gidince önemli olduğunu ve ihtiyaç olduğunu görünce iyi ki açılmış diyorum. Yani TRSM'nin gerekli olduğunu düşünüyorum.” (Katılımcı 6)

“Zaten mesleğe başlamadan önce ve mesleğimin belli bir kısmında TRSM'lerin varlığından haberim yoktu açıkçası. ... Niye açılmış ki bu kurum gidiyorlar, geliyorlar burada boş vakit geçiriyorlar diye düşünüyordum açıkçası. Doğru düzgün ev ziyareti yapılmıyor vs. ama buraya geldikten sonra gerçekten fikrim değişti. ... Buraya geldikten sonra gerçekten TRSM'nin gerekli olduğunu ve verimli olduğunu görmeye başladım bu hastalık grubuna yönelik. ... Şuan için bakış açım benim değişmiş durumda yani gelmeden önceki duruma göre. Artık buranın gerekli olduğunu düşünüyorum.” (Katılımcı 1)

Katılımcı 15, TRSM’de çalışmaya başladıktan sonra, hizmet alan hastaların hastaneden çıktıktan sonraki süreçte neler yaşadıkları ile ilgili bilgi edindiğini, hastanın tedaviden sonra evinde neler yaşadığını görme imkanı bulduğunu ve bunun mesleki anlamda öğretici olduğunu belirtmiştir.

“Şizofreni, psikotik denilen grubun döner kapı fenomeni dediğimiz bir durumu vardı. Hasta gelir yatar, gider. Sonra bir 10 gün sonra tekrar gelir. Artık böyle git gel git gel tamamen bir umutsuzluğa kapılabilirsin, ne oluyor diye düşünebilirsin. İşte ben burada ne olduğunu gördüm evine gidip ne olduğunu, o hasta neden hastaneye tekrar geliyormuş onu anlamış oldum. O konuda kesinlikle çok öğretici oldu.” (Katılımcı 15)

Sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı alanına ilişkin bakış açılarındaki değişimin ele alındığı soruda Katılımcı 3, TRSM’de çalışmaya başlamadan önceki süre ile sonraki süre arasında bakış açısında bir değişiklik olmadığını ifade etmiştir. TRSM’nin her zaman

gerekli olduğuna inandığını ancak merkezin etkililiğinin ise düşündüğü kadar olmadığına belirtirken, burada verilen hizmetlerin çok boyutlu olmasının mesleki açıdan tatmin edici olduğunu söylemiştir.

“TRSM’ye gelmeden önceki süre ile geldikten sonraki süreyi düşündüğümde aslında TRSM’nin gerekliliği açısından hiçbir fark olmadı. Hala TRSM’nin gerekliliğine canı gönülden inanıyorum. Ama TRSM’leri kafamda büyüttüğüm kadar etkili olmadığını gördüm. TRSM’nin çok avantajı var hastayı evinde değerlendirmek, verilen ilacı takip edebilmek, bu kadar yakından ve çok boyutlu değerlendirebilmek beni çok tatmin eden bir şey. Gerçekten bunu çok seviyorum. Çünkü poliklinikte bir ilaç yazıldığında bu hasta geliyor ve bir ay içerisinde ne yaptığına dair hiçbir fikrin olmuyor. Ama TRSM’nin bu mesleki doyumunu sağlama açısından çok iyi olduğunu düşünüyorum.” (Katılımcı 3)

4.1.2. Hastane TRSM Karşılaştırması

Araştırmaya katılan sağlık profesyonelleri ruhsal hastalığa sahip olan bireylere verilen hizmetlerde hastane ile TRSM’yi karşılaştırdıklarında; hastanın hastanede hizmet alırken çevresinden uzaklaştığını, sosyal ve duygusal olarak dezavantajlı bir durumda olduğunu, hasta ile sağlık profesyoneli arasındaki bağın daha zayıf olduğunu, hastanın çevresinden ayrı olarak bireysel değerlendirildiğini belirtmişlerdir.

Katılımcılar TRSM’de verilen hizmetlerde ise; hasta ile sağlık profesyoneli arasında daha özenli bir ilişki olduğunu, bireyin her türlü sorunu ile en ince ayrıntısına kadar ilgilenildiğini, hastaya ev ziyaretleri yapıldığı için paylaşımın da daha fazla olduğunu ve hizmetin de daha etkin olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca Katılımcı 2, TRSM’den hizmet alan hastaların bu hizmeti yaşadıkları ortamda aldıkları için, hastaların hem daha mutlu olduklarına hem de kendilerini daha güvende hissettiklerine değinmiştir.

“Hasta hastaneye geldiğinde çevresinden uzaklaşıyor. Sosyal ve duygusal olarak dezavantaj ile tedaviye başlıyor. Ancak tedavisini ailesinin olduğu ortamda alan hastalar mutlu oluyor. Sonuçta bizim hastalarımız ruhsal hastalığı olan bireyler ve hasta kendi ortamında kendini daha güvende hissedebiliyor. TRSM’de bu hizmeti ortamında verdiği için hasta için olumlu yanları çok fazla. ... Hasta hastaneden çıktıktan sonra, örneğin enjeksiyon takibini yapamazsın. Ama burada 1 aylık 3 aylık enjeksiyon takibi yapılıyor. Bizim tedavi işbirliği portalımız var orada mesela hastaya mesaj sistemi ile enjeksiyonunu hatırlatıyoruz. Tedavi bu şekilde oturuyor. Bazı hastalarda ciddi başarıları olduğunu düşünüyorum, özellikle takip ettiğimiz için.” (Katılımcı 2)

“TRSM’de hastayla daha özenli ilişki kuruyorsun, hastanın içine daha fazla giriyorsun,

daha fazla benimsiyorsun, ailesini tanıyorsun, çevresini tanıyorsun, yakınını gibi oluyor bir nevi. Hastanede öyle bir bağ kuramıyorsun, öyle bir ortamda oluşmuyor. TRSM’de her türlü soruna yönelik olduğu için en ince ayrıntısına kadar bilebiliyorsun. Sorunu çözmeye çalıştığın için, daha çok aileye ev ziyareti yaptığın zaman paylaşımın çok fazla oluyor. G gerektiğinde bir şeyler paylaşıyorsun yiyorsun içiyorsun. Paylaşımın daha fazla oluyor, aileden biriymiş gibi, arkadaşınmış, dostunmuş gibi oluyor bir süreden sonra. Yani hastanede böyle bir ortam oluşmuyor.” (Katılımcı 16)

“Hastanede ne kadar şey yaparsan yap kişiyi direk ailesiyle, çevresiyle değerlendirmeyince çok etkin bir değerlendirme yapıldığını düşünmüyorum. Kişinin hastalığına ilişkin yani; hastanede genel tanıya hani ne yaşamış, tanısı ne, kısa öz değerlendirme yapıyorsun. Ama kişinin ailesine girdiğin zaman, çevresine girdiğin zaman, o kişinin yaşı kaç, kültürel değerleri ne, yaşamsal değerleri ne, hatta önemsendiği şeyler ne, bunlar neden kaynaklı, bu hezeyana neden olan şeyler ne, birebir her şeyine daha hakim oluyorsun. TRSM o anlamda çok daha etkin hizmet sunumu açısından diye düşünüyorum. Hastayı daha iyi değerlendiriyorsun.” (Katılımcı 5)

Katılımcı sağlık profesyoneli, TRSM’ye kıyasla hastanede görevin hastayı tedavi etmek ve takibini yapmak şeklinde daha belirgin olduğunu ve doktorun dediklerini yapmakla sınırlı kaldığını belirtirken, TRSM’de ise iş çeşitliliğinin daha fazla olduğunu, hastayı sosyal ve psikolojik yönlerden de değerlendirdiklerini ifade etmiştir. Ayrıca TRSM’de çalışma planını hastanın durumuna göre kendisinin belirlediğine de değinmiştir.

“Hastanede işim belli, hastanın tedavisini veriyorsun takibini yapıyorsun ama burada iş çeşitliliği fazla, her yönden hastayı takip etmek zorundasın. Fakat orada nöbetin kötü geçebiliyor. Nöbetler yorucu oluyor tek başınasın, bütün sorumluluk sende. O yüzden hastaneye göre ben burasını daha çok sevdim, daha rahat. En azından hastamı planlıyorum hani en kötü hastama daha sık gidiyorum, remisyonda olan hastaya biraz daha zaman aralığını açıyorum. Planladığımız zaman işler bir şekilde gidiyor. Hasta açısından da bakarsak, hastanede doktorun dediğini yapıyorsun ama burada biraz daha kendi kendine planlayarak yapıyorsun. Hastanın ihtiyacı varsa daha çok gidiyorsun ya da onu buraya çağırıyorsun, enjeksiyonunu, oral ilaç alımını takip ediyorsun. Başka bir ihtiyacı varsa o yönden değerlendiriyorsun. Burada iş çeşitliliği çok, orda sadece tedavi anlamında gözlemlerini yazıyorsun. Burada daha sosyal ve psikolojik anlamda da değerlendiriyorsun.” (Katılımcı 6)

Katılımcı 11, TRSM’den hizmet alan üyelerin doktorla olan görüşmelerinin zaman sınırlaması içerisinde kalmadığını, hastalar ihtiyaç duydukları anda mekan önemsenmeksizin, hastayla görüşme yapılabildiğini ifade etmiştir.

“Evet, ruh sağlığı alanındaki bir psikiyatri uzmanına gittiğinizde burası ile fark var kesinlikle. Evet, burada esnek bir çalışma sistemi olduğu için 10 dakikalık görüşmeyle sınırlı bırakmıyorlar. Doktor ayakta da görüşebiliyor hastayla ya da odasında uzunca görüşmeye de alabiliyor hastayı o açıdan güzel.” (Katılımcı 11)

4.1.3. TRSM'nin Etkililiği, Verimliliği, Gerekliliği

Araştırmaya katılan katılımcıların tamamına yakını TRSM'nin etkili ve verimli olduğunu düşünmektedir. Sağlık profesyonellerinin söylemleri, TRSM'de verilen hizmetlerin hastaların hastaneye yatış sayısını ve suresini kısalttığı, hastanenin yükünü azalttığı, hastaların i görü kazanmasını sağladığı, hastaların atak sayılarında azalma olduğu ve hastaların işlevselliğinde belirgin değişimler olduğu yönündedir. Ayrıca katılımcılar, TRSM'de verilen hizmetler ile hastaların devlete olan ekonomik yükünün de önemli ölçüde azaldığına değinmişlerdir.

“TRSM her ile gerekli nk hastanenin yükünü azalttıklarını düşünüyorum. nk TRSM takipli hastaların hastaneye gitmesine gerek kalmıyor. İşlevselliği artırılıyor, yapılan tedaviyle takip ediliyor, tekrar yatışı olan hastalar azalıyor, bu açıdan TRSM kesinlikle gerekli.” (Katılımcı 14)

“Merkezden hizmet alan hastalara evde bu hizmeti vererek, özellikle hastanın i görü kazanmasından sonra hastane yatış sürelerinde başarımız olduğunu düşünüyorum. Çok kısa oluyor TRSM hastasının yatış süreleri. Atağın şiddeti de az olabiliyor. Bu durumun maddi anlamda da devlete olumlu desteği olacağı biliniyor. 2011 yılına kadar 15 yıllık hastalık öyküsünde hastanın 25-30 yatışı var iken 2011 den sonra 1 ya da 2 yatışının olması gerçekten TRSM'nin gerekliliğini gösteriyor. Baktığımızda Bolu'dan yatan hasta bir elin parmaklarını geçmez. Bu çok büyük bir avantaj. Yerinde takip etmemiz, tedavisi azda olsa bozalsa bir şekilde destek oluyoruz. ...” (Katılımcı 13)

“TRSM'ler tüm insanlık için gerekli. Hasta yatış sayılarımız düştü, hastaneye baktığımızda Bolu genelinden hasta sayısı çok az. Kısa bir süre için yatan hastalarımız var. İstatistiklere geri dönüp baktığımızda ve rakamlar hastaların geribildirimleri sonucu bunun farkındayız.” (Katılımcı 9)

“TRSM ile ilgili yakın zamanda bir istatistik çalışmam oldu. Orda TRSM'ye gelmeden önce çoğu hastanın 1 yıl içinde 2-3 yatışı varken TRSM ile tanıştıktan sonra hastanın 5 yılda sadece 1 yatışı olduğunu gördüm. Ya da hiç yatışı olmamış. TRSM gerçekten yatış sayılarını düşürmüş. Bunu somut olarak gördüm.” (Katılımcı 2)

“Kafamda bir soru işareti vardı, ihtisas suresince hastaları takip ederken hastaların yatışında ciddi sıkıntılar yaşanıyor. Sınırlı sayıda yatak olmasından dolayı yer sorunu var.

... Kişi hasta olduğunu kabul etmiyor, il dışından hasta gelmiş oluyor. ... Sonra acilen yer açmamız gerekiyor deniyor. Kötünün en iyisini taburcu etmek zorunda kalıyorsunuz. Ama sonuçta biraz toparlanmış oluyor. Hastaya bin bir zorluklarla yer bulmuşsunuz, takip etmişsiniz, sonra allayıp pullayıp taburcu etmişsiniz. Bir ay sonra tekrar aynı hasta çok daha kötü bir şekilde tekrar acile başvurabiliyor. O hakikaten sizde süreci sorgulamak zorunda hissettiriyor. ... Ben bu kadar emek verdim tedavi ettiğimi düşünüyorum, hasta şu anda değişmemiş hatta daha kötü halde. O zamanlar hastanelerde yapılan şeylerin sınırlı olduğu, bir de bunun arka planı olduğu hep vardı. Ama sonuçta hastanede görevlisiniz. Kişi sana başka bir şehirden geliyor sizin yapabileceğinizde bir şey yok, bu sizi çaresiz hissettiriyordu ve üzüyordu. ... Kötü halini de görünce demek ki bu hastalar hakikaten ne yapsak da toparlamayacak, iyileşmeyecek diye düşünüyordum. Böyle bir ön yargı gelişmeye başlıyor. Daha sonrasında alana çıktığımda, uzun süre hastayı takip fırsatım oldu. Hastayı ayaktan gördüğünüzde, sık gördüğünüzde, aileyi gördüğünüzde, o takip edilen şizofreni, bipolar bozukluğu olan hastalar, siz aileyi ikna ettiğinizde sonradan ilacını kullanıp, kontrole geldiğinde hasta kötüleşmiyor. ... Burada gördüm ki düzenli takip, tedavi, güven ilişkisi bir işe yarıyor. ... Çünkü ilacı bıraktıkları an hastalık alevleniyor, zaten kişinin iç görüsü olmuyor. Amaç kişiye onu bıraktırmamak, bunun için sistemsel bir şekilde bunların kayıt altına alınması gerektiğinin farkına vardım. Ekipçe takip edilmesi, orda hiç iyileşmez, hayatta bir yerde çalışmaz, aileye ne diyeceğiz derken burada ayakta düzenli takip ederken hastanın çalıştığını fark ettim. ... Yurtdışı sistemini de görünce düzenli takip ve ekip çalışması ile sistemli, planlı, programlı yapıp hiç hastaneye yatmadan, hatta yattığında bile kapalı servise gerek kalmadan tedavi ediliyor. Evet, hasta kötüleşiyor hastaneye yatıyor ama bu kadar kötü olmuyor. Sürekli takip altında olunca o zaman böyle bir sistem var diye düşünmeye ve bu sistemle hastalar bu duruma gelmeden bunun önüne geçilebileceğini fark etmeye başladım. Kendi deneyimlerimde gözlemlemeye başladığım şeyle, o andan itibaren de bu modelin gerçekten olması gereken hizmet olduğunu düşündüm. ... Hemen evine gittikten sonra gezici ekip ziyaret yaptığında, takip edildiğinde, ilacını alamıyorsa ilacı aldırıldığında, kalacak yeri yoksa barınması hallediliyorsa, ailesi hastalığı bilmiyorsa onu eğitiyorsa hastalık hakkında bunlar önemli. ... Bu modelin gerçekten ihtiyaç olduğu gereksinim olduğu konusunda ikna oldum. Hakikaten de buradaki takip sonucu hastaların hastaneye yatış sıklığının, hastalığın şiddetinin azaldığını bizzat görerek, desteklendiğini görmüş olduk.” (Katılımcı 8)

Katılımcılar, hastaların istihdamının sağlanmasında, topluma kazandırılmasında ve sosyal işlevselliklerinin artmasında TRSM’de verilen hizmetlerin etkin olduğuna değinmişlerdir.

“Verimlilik ve etkililik konusunda; bazen karamsarlığa düşüyorsun TRSM de yaptığın işler başa sarınca. Aman hani gidiyorum aynı hiçbir şey değişmiyor diyorsun ama bazen de diğer hastalarda bakıyorsun ki hasta daha iyi olmuş, ilacını düzenli kullanıyor, kendine

gelmiş işe girmiş olunca da iyi ki de gitmişim, yapmışım diyorsun.” (Katılımcı 6)

“TRSM’ler bana göre verimli merkezler. Geriye dönüp baktığımızda birçok hastanın memur olarak bir işe yerleştiğini görüyorum. 4 ya da 5 daha fazla, bunlar çalışma arkadaşlarımız oldu ki bunlar ağır süreçli hastalığı olan kişilerdi. Gerçekten çok verimli kurumlar bu alanda. Topluma kazandırma konusunda çok verimli ve etkin olduğunu düşünüyorum.” (Katılımcı 5)

“Buraya devam eden hastalarımızda başarı yakaladıklarımız var. ... TRSM’ye, hizmet alanlar açısından baktığımızda evet hizmet alan hastalarımızın ilk dönemleri ile şu anki durumlarında çok fazla değişim olduğunu görüyoruz. Örneğin işe girebildiklerini, sosyal hayatlarında daha iyi olabildiklerini, yuva kurabilenlerin olduğunu gördükçe TRSM’nin yararlarını görüyoruz.” (Katılımcı 13)

Araştırma verileri, bazı katılımcıların TRSM’nin etkililiği ve verimliliğini bir takım kriterlere bağladığını göstermektedir. Katılımcı 6, Türkiye’de TRSM’nin sayı olarak az olduğunu ve var olan TRSM’lerin de verimli olmadığını ifade ederken, Katılımcı 3, TRSM’lerin gerekli olduğuna inanmakla birlikte etkililiği ve verimliliğinin ise TRSM’den TRSM’ye göre değişeceğine değinmiştir.

“TRSM’nin Türkiye genelinde sayısının az olduğunu ve yeterli olmadığını düşünüyorum. Açılanların etkili ve verimli olduğunu da düşünmüyorum çoğu itibariyle. Bu fikri neden dolayı diyorum dünyada ilk on hastalıktan, ilk beş sırada psikiyatrik hastalıklar var. Psikiyatrik hastalıklar hem hastayı olumsuz etkiliyor, hem aileyi olumsuz etkiliyor daha küçük çapta. Ayrıca çevreyi de etkilemiş oluyor yani aslında küçük bir sorun toplumu da etkiliyor. Bundan dolayı sorunun çözümüne aslında kaynaktan başlanması ve hastanın iyileştirilmesi, ailenin topluma kazandırılması gerektiğini düşünüyorum. Bu noktada TRSM’nin daha fazla rol alması gerektiğini düşünüyorum. Hastayı iyileştirirsek ailede, toplumda ekonomide olsun, kendi hayatı da olsun üretkenlikte daha aktif rol alacak, tedavi masrafları daha azalacak. ...” (Katılımcı 6)

“TRSM’nin gerekliliğine çok inanıyorum ama verimliliği TRSM’den TRSM’ye göre değişiyor diye düşünüyorum. Tabi bu alanda hükümet politikaları, il sağıktaki eylem planları, TRSM’nin duruşu, TRSM’de olan işleyiş, personel sayısı etkili. Biz burada ekip olarak sağılam bir ekiple çalışıyoruz. Birçok TRSM’de doktoru geçtim kayıt yapacak sekreter bile bulmak zor. O zaman hangi verimlilikten bahsedeceğiz.” (Katılımcı 3)

4.2. TRSM’de Sunulan Hizmetler ve Hizmetlerin Sunumunda Olmazsa Olmazlar

Bu bölümde TRSM’lerde sunulan hizmetler ve bu hizmetleri sunarken gerekli olan temel bir takım unsurlar ele alınmıştır.

4.2.1. TRSM’de Sunulan Hizmetler

Toplum ruh sağlığı merkezlerinde sunulan hizmetler birey, aile ve topluma yönelik olmak üzere 3 ayrı kategoride ele alınabilir. Üyeye yönelik hizmetler çeşitlilik göstermekle birlikte, üyelerin ailelerini de tedaviye dahil etmek amacı ile onlara da bir takım hizmetler verilmektedir, ayrıca toplumda ağır ruhsal hastalıklara karşı bilgi ve farkındalık oluşturmak amacı ile topluma yönelik çalışmalarda yapılmaktadır.

4.2.1.1. Üyelere Yönelik Hizmetler

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin tamamı, TRSM’de üyelere sunulan hizmetlerin çeşitli olduğunu dile getirmiştir. Sunulan hizmetler arasında, takip-tedavi, gezici ekip-ev ziyaretleri, psikososyal destek, psiko-eğitim ve rehabilitasyonun önemli bir yere sahip olduğuna değinilmiştir. Katılımcılar, merkezde verilen hizmetler ile üyelerin toplumda var olabilmelerini sağlamak adına onları güçlendirdiklerini, sorunlarına yönelik birlikte çözümler ürettiklerini ve hastaların işlevselliklerini arttırmayı amaçladıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcı 9, TRSM’de verilen hizmetleri yurt dışı ile kıyasladığında özellikle tedavi hizmetinde oldukça iyi bir yerde olduklarına vurgu yapmıştır.

“Hizmetlerde çeşitlilik var. Hem personel açısından hem de atölyeler açısından. Halk eğitim merkezi atölyelerde hizmet sunuyor. Üyelere çeşitli kurslar veriliyor halk eğitimden gelen hocalar ile bu eğitimler verimli oluyor. TRSM’nin hastalar ile yaptığı bir takım ürünler var, o ürünler ile özel günlerde stantlar kuruluyor. Hastaları ile birlikte durularak ürünler satılabiliyor. Birkaç hastanın sağlık profesyoneli ile beklemesi hastanın sosyalleşmesi, insanlar ile nasıl iletişim kurması gerektiği alakalı kazanımları sağlıyor. Gezici ekipte 4 bölge, 8 ilçemizi 8 hemşire bu bölgeleri bölüşmüş. İkili ekipler halinde çalışıyorlar. İyi bir paylaşım olduğunu düşünüyorum. Gezici ekip hizmetinin bu şekilde iyi verildiğini düşünüyorum.” (Katılımcı 14)

“Burada sunulan poliklinik hizmeti var. Gezici ekip hizmeti var, çoğunlukla hemşireler üzerinden yürüyor. Rehabilitasyon hizmeti var, burada ergoterapist arkadaşımız ve psikolog arkadaşımız var şu an onlar olduğu için onlar yürütüyorlar ama onun öncesinde hemşireler yürütüyordu yeni yeni daha ayrılmaya başladı. ... Üyelere yönelik psikososyal destek anlamında TRSM’nin hastaya yardımcı olmak, ön ayak olmak, öncü olmak anlamında görevi var tabi ki. Hasta ne yapacağını bilmiyor ki mecburen ona yol göstermemiz gerekiyor. ... İş edindirmede olsun sınava girmekte olsun o tür şeylerde hasta geldiğinde buradaki arkadaşlar yardımcı oluyorlar. Özellikle ergoterapist ve psikolog şu an yardımcı olur.” (Katılımcı 10)

“Üyelere yönelik hizmetleri tedavi-takip, gezici ekip-ev ziyareti, psikososyal destek hizmetleri şeklinde veriyoruz. ... Yurtdışı ile kıyasladığımız zaman gidip gördüğüm için tedavi alanında çok iyiyiz. Çünkü takip ve tedavi çok muntazam yürüyor hastalarımız istemeden bile hizmet sunduğumuz oluyor. Burada grup eğitimlerinde, psikososyal eğitimlerinde, sosyal güvence konularında ve EKPSŞ sınavları için gerçekten uğraşıyoruz becerebildiğimiz kadar. Şimdiye kadar tam sayı bilmiyorum ama epeyce bir genç hastamızı meslek edindirdik, devlet kurumlarına yerleştirdik. Bunun dışında çeşitli fabrikalarda çalışan üyelerimiz var. ” (Katılımcı 9)

Katılımcılardan bazıları TRSM’de sunulan gezici ekip hizmetinin hastayı yaşadığı ortamda çok yönlü değerlendirme, hasta, ailesi ve yakın çevresi hakkında detaylı bilgi edinme, hastanın yaşam alanı ile ilgili gözlemler yapabilme açısından önem taşıdığını belirtmiştir. Katılımcı 11, gezici ekip hizmetinin alternatifinin olmadığına ve ayrı bir öneme sahip olduğuna değinmiştir.

“Gezici ekip hizmeti gerekli çünkü birebir hastanın yaşadığı ortamı görüyoruz, aile ilişkilerini görüyoruz, çevreyi görüyoruz, komşuluk ilişkilerini değerlendiriyorsun, yediği yemeği görüyorsun öz bakımını değerlendiriyorsun. Gezici ekipte yapılan ev ziyaretleriyle hasta hakkında aslında temel birçok şey oluşabiliyor. Hastanın çocukluğundan tut nasıl bir ailesi var, ailesinin hastalığa bakış açısı nasıl, hastayla ilgimi bunu çok daha rahat değerlendiriyorsun. ” (Katılımcı 5)

“TRSM’nin fark yarattığı şey gezici ekipler. Gezici ekipler-ev ziyaretleri büyük fark yaratıyor, alanda görme, orada ilişki kurma fırsatı tanıyor. Çok güzel bir hizmet gidebilmek, paylaşabilmek. Hani o evde bakım hizmeti gibi değil, hastaneye gidemiyorum yapamıyorum gibi değil gezici ekibin alternatifi yok. Gezici ekibin alternatifi TRSM’nin binası değil o kendi alanında apayrı güzel bir hizmet. ” (Katılımcı 11)

“Ev ziyaretleri, burada sonuçta hastayı giydirip kuşatıp hazırlayıp getiriyorlar buraya ama ev ortamında nasıl, ne şartlarda yaşıyor, TRSM için bence en kritik nokta evde görmek. Yaşam alanını görmek, bugün geliyoruz demeden gidiyoruz birden, ne yapıyor, uykusu nasıl, gittiğimizde gözlemsel şeyler çok önemli. Gezici ekip kısmı önemli. ... TRSM’lerde bizim buradaki avantajımız, gezici ekip arabamızın olması, ev ziyaretlerini yapabilmemiz, bu avantajlı o anlamda. ... Tek ruh sağlığı hastanesi var, hastalar oradan yönlendiriliyor. Bu çok büyük avantaj. Biz hasta aramıyoruz açıkçası kimin ne olduğunu biliyoruz. Yatan hastayı direk buraya çekiyoruz, bu çok önemli. Hastaya ulaşımımız kolay. ” (Katılımcı 15)

Araştırma bulguları, TRSM’de sunulan rehabilitasyon hizmeti ile üyelerin kendi yaşamını idame ettirebilmesi, kendi kendine yetebilmesi, öz bakımını yapabilmesi, sosyal beceriler kazanmasının amaçlandığını göstermektedir.

“Bizim için öncelikli amaç, öncelikle bizim burada atölyelerimiz var ondan bahsedeyim dikiş gibi resim gibi, bizim için hastanın mükemmel resim çizmesi, çok iyi dikiş dikmesi ya da çok güzel yemekler yapması önemli değil. Bizim için önemli olan onun kendini idame ettirebilecek düzeye gelmesi, kendi kendine yetebilmesi. Bir düğmesi koptuğunda onu dikebilmesi ya da basit bir yemek yapabilmesi önemli bizim için. ... Özellikle sosyal beceri üzerinden gidiyoruz. Basit örnek verecek olursam, bir kafede oturup kalkmalarının rol playini çalışıyoruz, ne yapabiliriz nasıl davranabiliriz gibi. Ertesi hafta gidiyoruz bir kafeye ve orda bunun uygulamasını yapıyoruz. Yani bunu alışveriş yapmaktan tutunda bir markette nasıl davranacağına, otobüse binmelerine kadar yapıyoruz. Ya da etkin dinlemeyi nasıl yapacaklarına kadar her konu üzerinde çalışmayı hedefliyoruz ve bunları adım adım yapmaya çalışıyoruz. Çünkü hastalarımızın hastalık kaynaklı sosyal beceri kayıpları var, bilişsel zayıflamaları ile birlikte iletişim ve sosyal becerileri de zayıflıyor ve giderek kayboluyor. Biz bunları biraz daha ön plana alarak çalışıyoruz. ... Üyelere yönelik rehabilitasyon hizmeti gerçekten ona belli bir işlevsellik kazandırabilmesi açısından önemli ya da olan işlevselliğini kaybetmemesi için özellikle atölyeler çok önemli. ...” (Katılımcı 1)

“Hastaların tedavi edildiği, hem rehabilite edildiği, hem var olan sorunlarının çözüldüğü, hem de yönlendirmenin yapıldığı bir merkez. İşte rehabilitasyon kapsamı içinde iş-uğraş terapilerinin yapıldığı eğitimlerin yine yapıldığı, tedavilerin düzenlendiği bir merkez. Yine hastanın sorunlarına yönelik ve tespitine yönelik bir gezici ekip faaliyetleri yapıyor.” (Katılımcı 16)

Görüşme yapılan Katılımcı 8, TRSM’de üyelere sunulan hizmetlerden olan bakım planı ile sadece tedavi ve rehabilitasyonun hedeflenmediğini ayrıca üyelerin tüm sosyoekonomik ihtiyaçlarının da karşılanması gerektiğini belirtmiştir. Ayrıca, üyeler ve ailelerinin sahip oldukları yasal haklar hakkında bilgilendirilmeleri, bu haklardan faydalanmaları için çalışmalar yürütülmesi ve diğer kurumlarla koordinasyonun sağlanması gerektiğine de değinmiştir.

“Belli bir tanı kategorisinde olan hasta gurubunun seçilmesi, bunlara ulaşılması, merkeze davet edilmesi, bununla birlikte ayırıcı tanı ile bakım planların temelde yapılması, risk değerlendirmelerinin yapılması gerekmektedir. Kriz değerlendirmelerinin yapılması ve bakım planı doğrultusunda hedefler konduktan sonra, tedavi rehabilitasyon çalışmalarının başlanması verilen hizmetler arasında. Bu çerçevede içerisinde ev ziyaretleri, kişi gelemiyorsa mutlaka evine giderek gezici ekip-ev ziyaretlerinin yapılması, psikososyal hizmetler kapsamında hem yerinde rehabilitasyon hizmetleri kişi gelemiyorsa, evinde bireye özgü özellikle kendi bilgi beceri ve yetilerine uygun, ilgi alanlarına yönlendirilerek, rehabilitasyon çalışmalarının yapılması ve işe dönük rehabilitasyon çalışmalarının esas alınması gerekiyor. Boş vakitleri değerlendirmeye yönelik olmaktan ziyade kapasitelerini arttırmaya, geliştirmeye yönelik ve ilerde üretkenliklerini arttırmaya yönelik, topluma

kazandırmaya yönelik çalışmaları destekleyecek nitelikte hizmetler olduğunu düşünüyorum. ... Bu noktada, üyelere bizim bakım planları ile amaçladığımız, bir tek ilaç tedavisinin sağlanması ve rehabilitasyon değil. Kişinin barınma sorunu olabilir, iş sorunu olabilir, çalışma ile ilgili bir problemi olabilir, maaş ile ilgili problemi olabilir, sosyal desteği harekete geçirmek gibi hizmetler gerekebilir. ... Bilemedikleri kendi haklarını onlara fark ettirmeyi ve onlara bu konuda destek sağlamayı da istiyoruz. ... Kişi ile ihtiyacına yanıt verecek kurumu buluşturarak o soruna bir yanıtta bulmuş oluyoruz. Böylelikle kalıcı diğer sosyal, ekonomik, barınma ya da iş ile ilgili sorunları da çözerek aslında uzun soluklu hem hastalığı tedavi etmiş oluyoruz, hem de kişiyi ayakları üzerinden durmasını sağlayarak topluma kazandırmaya çalışmış oluyoruz. ” (Katılımcı 8)

4.2.1.2. Aileye Yönelik Hizmetler

Araştırmaya katılan sağlık profesyonelleri, TRSM’de üyelerin ailelerine yönelik hizmetler sunulduğunu, bu hizmetlerin daha çok danışmanlık ve destek şeklinde verildiğini ifade etmişlerdir. Katılımcılar, merkez tarafından yapılan aile eğitimlerinin amacının aileye hastalık ve hasta olan bireye nasıl yaklaşımda bulunacakları hakkında bilgi verilmesi olduğunu belirtmişlerdir.

“Aile eğitimleri çok çok önemli diye düşünüyorum. Aile etkileşim grupları yapılabilir, bu konuda yeni yeni başladık. Aileye danışmanlık hizmeti var. ” (Katılımcı 8)

“Aileye yönelik Göynük ilçesinde aile eğitimi yapmıştık. Belediye ve kaymakamlık ile işbirliği yaparak. O ilçede aile eğitimi verildi. Merkezde de dönem dönem aile eğitimi veriliyor. ” (Katılımcı 2)

“Aileye yönelik aile eğitim programları var. ... Özellikle direk ailelerin bulunduğu yerlerde buna ilişkin programlar yapılıyor. Bir ilçeye gidip hastalık konusunda, bu kişiye nasıl müdahale edilecek ya da ne yapılacak o konuda bilgilendirme yapılıyor ve ailenin ihtiyacı olduğunda birebir danışma, destek hizmeti de sunuluyor. ” (Katılımcı 5)

“Yani sürekli olmasa da ailelere TRSM’lerde eğitimler veriliyor ama gezici ekiplerde de sonuçta ev ziyaretleri yapıldığında hastayla ilgili, sosyal desteklerle ilgili, neylerden destek alması gerektiği noktasında haklarıyla ilgili gezici ekip tarafından ailelere zaten yeterince destek verildiğini düşünüyorum. ” (Katılımcı 16)

Bazı katılımcılar, TRSM tarafından verilen aile eğitimlerini bazı ailelerin almaya gönüllü olmadıkları, yakınlarının hastalığını kabullenmekte sorun yaşadıkları ve sunulan hizmetleri reddettiklerinden dolayı, ailelere yönelik hizmetlerde merkezin başarı seviyesinin düşük olduğuna değinmiştir.

“Aileye yönelik aile eğitimleri vermeye çalışıyoruz ya da gezici ekiplerde aile eğitimleri

veriliyor. İlk başta zaten aileye hastalık nedir, hastaya davranış nedir, nasıl olmalıdır bunu anlatmaya çalışıyoruz. Hasta eğer gençse, aile eğer yeni bu hastalığın içine girmişse, ilk önce bir kabullenmeme olabiliyor. O aşamada hatta sizi bile kabul etmeyebiliyor. Önce ailelerin kabul etmesi lazım bu aşamadan sonra eğitimleri vermeye başlamak lazım. Yavaş yavaş aileye kendimiz gösterdikçe, anlatmaya çalıştıkça bir nevi şey oluyor kapıdan kovsa bacadan girmeye çalışıyoruz diyebilirim. Aile bazen bundan memnun oluyor bazen memnun olmuyor. ” (Katılımcı 13)

“Aile eğitimleri vermeyi çok istedik verdik. Başlangıçta hevesli şekilde geliyorlardı ama sonrasında nedense gelmek istemiyorlardı, işleri olduğunu bahane ediyorlar, ilgilenmek istemiyorlar. O nedenle aileye yönelik hizmetlerimiz biraz kısıtlı kalmış olabilir, var hizmetlerimiz aslında ama aileler almak istemiyor. ” (Katılımcı 10)

“Aileye yönelik eğitimler yapılıyor danışmanlık veriliyor, bilgilendirme hizmetleri veriyoruz, fakat başarı seviyesi düşük. Çünkü aileler ile baş etmesi zor reddeden aileler oluyor. ” (Katılımcı 9)

Araştırmaya katılan Katılımcı 3 ve Katılımcı 7, ailelere verilen hizmetler ile ailede hastalığa karşı farkındalık oluştuğu, hastaya karşı yaklaşımlarının değiştiği, hastanın atak sayısında önemli ölçüde azalma olduğu üzerinde dururken, ayrıca Katılımcı 3, hastaların tedavisinde aile ile işbirliği yapmanın önemine de vurgu yapmıştır.

“Ailelere yönelik hizmetler gerçekten bir hastanın atak sayısını belirgin oranda azaltıyor. Çünkü dalgalanma, uyarıcı belirtiler siz bunları hasta yakınlarına anlattığınızda hani ilaçlarını aksattığını fark edebiliyor ya da atak gelmeden bunu fark edebiliyor, ailenin hastaya yaklaşımı değişebiliyor. Çünkü bazı aileler hastaya çok alakasız ve bilerek yaptığını düşünüyor. ... Aileyle koordine olmak, psiko-eğitim vermek ki bu da gerçekten uzunca bir süre alıyor. ... Yani bunu aslında düzenli olarak, tekrar tekrar bu eğitimleri vermek gerekiyor. Bu da normal poliklinik şartlarında pek mümkün olacak bir şey değil, bu da TRSM'nin aileye yönelik kısmı en temel özellik diye düşünüyorum. Çünkü tek başına hastayı takip etmek hiçbir şey ifade etmiyor. O hastayı sen eve gönderiyorsun. Ben haftada iki kez görüyorum bir kez görüyorum, her gün görsem bile birinin süreçten haberdar olup, ilaçlarını düzenli kullanıp kullanmadığından haberdar olması gerekiyor. ... ” (Katılımcı 3)

“Aileye yönelik hizmetler konusunda, biz şimdi ilk hastayı kayda aldık diyelim benim bölgemde. Öncelikle her ailenin bilinç düzeyi ya da farkındalığı aynı olmuyor kendi çocuğunda böyle bir hastalık olduğunu ya da eşinde kabul edemiyor. Başta hastalık tanısı konduğunda kabul edemediğinden dolayı bunu bir hastalık depresyonu gibi algılıyor. İlk başta geçici olarak bir kronik hasta bunun ne kadar ilaç kullanıldığını anlatsak da bunu uygun görse de kabullenmiyor. Bizde bu tür vakalarda hani bunu oturtana kadar buraya davet ediyoruz. Planladığımızda gelemeyenlere ilçelerde olsun, evlerde bu hizmeti

veriyoruz. Daha çok öyle diyelim verimli oluyor en azından çok verimli olmasa da bir şeyler aldığımızı hissediyorsunuz gerçekten bir dahaki geldiğinde. Kendilerinde, hastalığa sahip olan kişilere karşı, eşine veya çocuğuna karşı ne yapabilirim ne yaparsam daha verimli bir sonuç alabilirim diye bir sonuç çıkıyor ortaya. ” (Katılımcı 7)

4.2.1.3. Topluma Yönelik Hizmetler

Araştırmaya katılan sağlık profesyonelleri, topluma yönelik hizmetler konusunda TRSM’de yapılan çalışmalara ilişkin düşüncelerini paylaşmışlardır. Katılımcılar, toplumda ruhsal hastalıklara sahip bireylere karşı ön yargılar olduğunu, bu kişilerden korktuklarını ve tehlikeli olarak gördüklerini belirterek bu durumun toplumda damgalama ve ayrımcılığa sebep olduğuna değinmişlerdir.

“Tabi ki damgalamayı önleme konusunda da yine ön ayak olmuş oluyor bu çalışmalar. ... Halka bu hastalığın kötü olmadığını, çünkü hani toplumda malesef bazı ön yargılar var psikiyatri hastalarına yönelik. Korkuyorlar, çekiniyorlar ancak toplumda bunun görülme sıklığının olduğunu hastaların tedavi kullandığını, remisyonda olduğunu ve tehlikeli olmayacağını söylüyoruz. Bu konuda toplumu bilgilendirirsek olumsuz bakışları da zaten azalacaktır. ... Damgalama ve ayrımcılıkla mücadele konusunda toplumla çalışmak çok faydalı oluyor bu konuda. Stantların açılması, organizasyonların yapılması bunların hepsi zaten bu damgalama ve ayrımcılıkla mücadeleye ek olarak gidiyor ve bu konuda hizmet veriyor zaten. ” (Katılımcı 1)

Araştırma verileri damgalama ve ayrımcılıkla mücadelede toplumla çalışmanın önemli bir yeri olduğunu göstermektedir. Eğitimler, organizasyonlar, stantlar, TV yayınları, kamu spotları, broşür ve afişler aracılığı ile toplumda farkındalık oluşturmanın amaçlandığı görülmektedir. Ayrıca katılımcılar, merkezin tanıtımında ve toplumdaki ön yargıların ortadan kalkmasında topluma yönelik yapılan bu çalışmaların etkili olduğuna değinmişlerdir.

“Topluma yönelik farkındalık, damgalama ve TRSM’yi tanıtmayı çok güzel bir şekilde yaptığımızı düşünüyorum. Özellikle başhekimimizin bunu çok güzel yaptığını düşünüyorum, radyo ve televizyonlarda konuşma yaparak TRSM’yi tanıtıyor. Bolu’da yapılan kermestir, festivaldir birçok şeyde o tür büyük etkinliklerde yer alıyoruz zaten ve toplum ruh sağlığı merkezi afiximiz mutlaka oluyor. Broşürlerimiz oluyor, onları dağıtıyoruz bunun dışında üniversitelerde ve alanlarda da yer alıyoruz stant açıyoruz ve farkındalık oluşturmaya çalışıyoruz. ” (Katılımcı 10)

“Örneğin onuncu yıl kutlama etkinliğinde de tanıtımını yaptık, zaman zaman yerel TV’lerde farkındalık oluşturmak adına kamu spotumuz döndü. Billboardlara afişler asıldı, bazı özel

günlerde stantlar kurup tanıtım yapıp, broşür dağıtıp herkese tek tek bilgi vermeye çalışıyoruz aslında. Tanıtımlarımız, tanıtım stantlarımız, kurumlarda eğitim vermemiz ayrımcılıkla mücadelede iyi rol oynuyor. Stantlarda üyelerimizle birlikte beraber yer alıyoruz merkezi tanıtıyoruz... ” (Katılımcı 9)

Görüşme yapılan katılımcı 15, topluma yönelik hizmetlerde polisler ve din görevlileri gibi halkla teması olan belli meslek grupları ile çalışmanın önemine değinmiştir. Katılımcının deneyimlerinden ortaya çıkan, bu meslek gruplarına eğitimlerle, hastalık ve hastaya karşı farkındalık oluşturmanın amaçlandığı fakat bu grupların çabuk değiştiği için eğitim sayısının artırılması gerektiği yönündedir.

“Topluma yönelik, belli meslek gruplarına yönelik biz önce çalıştık. Mesela aile hekimlerine, polislere, din görevlilerine gibi daha çok ulaşılabildiğimiz grup onlar oldu. Çünkü dışardan halkı çekmek belki daha zor oluyor, bununla ilgili görseller, afişler ya da bir takım TV yayınları yapıldı. Belli gruplarla çalışarak, en azından bu hasta grubu ile temas eden kişilere ulaşım, daha yarar sağlayabileceğimizi düşünüyoruz. ... Daha küçük gruplarda din görevlileri daha etkili olabiliyor, bir imamın mesela köyde böyle bir vaka varsa nasıl yaklaşabilir, nasıl organize edebilir ya da köydeki kişilere bu konuda bilgilendirme yapabilir mi, daha çok hani bilinen meslek gruplarına eğitim yaptık. Faydalı oldu mu dersiniz bu gruplar çabuk sirküle olduğu için evet eğitimi alıyor gidiyor gibi ama kişilik özellikleri de etkili olduğu için belki senede bir eğitim yeterli olmuyor gerçekten, eğitim sayısı artırılabilir belki daha işlevi arttırmak adına. ” (Katılımcı 15)

“Burada çok fazla hizmet oluyor, damgalama, farkındalık, ön yargı hatta şey TRSM nerdeyse alışveriş merkeziymiş gibi reklam yapıyoruz. Kamu spotları veriyoruz, afişlerimiz oluyor. ... ” (Katılımcı 3)

4.2.2. Hizmetlerin Sunumunda Olmazsa Olmazlar

TRSM’lerde sunulan hizmetlerde, sağlık profesyonellerinin değındiğı ve olmazsa olmaz olarak nitelendirdikleri önemli bir takım unsurlar bulunmaktadır. Bunlar, personelin sahip olması gereken bilgi, beceri ve deneyimler, gönüllü çalışmalar, kurumlar arası işbirliğı ve ekip çalışması olarak sınıflandırılabilir.

4.2.2.1. Bilgi, Beceri ve Deneyimler

Araştırmaya katılan sağlık profesyonelleri ruh sağlığı alanına ilişkin bilgi ve deneyimlerini nasıl edindiklerini dile getirmişlerdir. Katılımcıların büyük çoğunluğu bu alana ilişkin bilgilerin önemli bir kısmının, TRSM’de çalışmaya başladıktan sonra edindikleri deneyimler neticesinde ve kurum içi ve kurum dışı eğitimler ile oluştuğunu

belirtmişlerdir.

Araştırma verileri, sağlık profesyonellerinin ruh sağlığına ilişkin bilgilerini edinmede Sağlık Bakanlığı tarafından verilen eğitimlerin, meslek elemanları arasındaki bilgi alış verisinin önemli bir yeri olduğunu göstermektedir.

“Genellikle ekip arkadaşımın, onlara sorarak, gözlemleyerek neler yapıyorlar ne ediyorlar hep öyle, kendi meslek arkadaşlarımdan edindim bilgilerimi. Ayrıca Sağlık Bakanlığı eğitimine gittim geçen sene ama hani o 1 sene geçtikten sonra oldu. Oraya gittikten sonra da daha iyi oldu, oturdu her şey. O eğitimde bana bilgi ve beceri kattı. Ayrıca o eğitimde diğer TRSM’lerde neler yaptıklarını öğrendim, hani mesleğimin rolü nedir, ne yapar, onu öğreniyorsun. Mesela bakım planı ya da şey var bizde krize müdahale onların nasıl doldurulduğunu ben çok bilemiyordum. Onlar biraz oturdu daha iyi şuanda.” (Katılımcı 6)

“Hiçbir eğitim almadan ruh sağlığı alanında çalışmaya başladım. Kendi adıma orda çalışan bir psikiyatristten destek aldım. Okul döneminde psikoloji dersinde almıştım ama detaylandırmamıştık. Psikoz nedir, bipolar nedir hiçbir bilgimiz yoktu alana çıktığımızda. O nedenle ataktaki hastaya nasıl davranmam gerektiği ile ilgili eğitim verilmesini talep ettim. Buna ilişkin psikotik hastaya yaklaşım konusunda eğitim verildi. ... Arkadaşlarımız arasında bilgi aktarımı oldu, bir taraftan hastaları görüyoruz, doktorlar ile paylaşıyoruz. Bir takım belirtiler üzerine konuştuğumuzda daha çok bilgileniyorduk. ...” (Katılımcı 13)

“Buraya başladığım süreçten bu yana kurum içi eğitimler ile kongreler ve toplantılara katıldım. Sağlık Bakanlığı ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından birlikte oluşturulan, bir projeye katıldım. ... Bunun dışında da Bolu’ya gelen ya da eğitim veren hocaların eğitimine bizzat katıldım, bilgilerimi bu şekilde edindim.” (Katılımcı 9)

Bazı katılımcılar, TRSM’de çalışmaya başlamadan önce ruh sağlığı alanında çalıştıklarını, o dönemden ruh sağlığı alanına ilişkin altyapıları olmasına rağmen bilgi ve deneyimlerinin önemli bir kısmının TRSM’ye başladıktan sonra hizmet içi eğitimler ve meslek elemanları arasındaki gözlemler ile oluştuğuna değinmişlerdir.

“TRSM’ye başlamadan önce ruh sağlığı klinik servislerinde çalışmışlığım vardı. Göreve başladığımda psikolojiye karşı ilgim vardı böyle psikoloji kitapları falan okurdum. Yine biraz aşındım bu hastalar nasıldır, çevrede nasıl tanınırlar biraz gözlemim vardı. ... TRSM ilk başladığında TRSM’ye uyuma tabi tutuluyorsun bu zorunlu. Ben geldikten sonra belli bir aşamadan sonra o eğitime tabi tutuldum Antalya’ya gittim 3 günlük bir eğitimdi. En azından bilgilerimizi pekiştiriyoruz, sahada nasıl kullanabiliriz onları, nasıl başkalarına faydalı olabiliriz, farkındalık yaratabiliriz ya da hani bizde neler varsa yapamıyoruz, bir şeylerde aldık yani çevreden ya da gittiğim eğitimler sayesinde

eksiklerimi tamamlamış oldum en azından. ... ” (Katılımcı 7)

“İlk zamanlar eğitimler yoktu ama hastanede olurdu, biz hastanedeki eğitimlere katılırdık. İşte psikotik hastaya yaklaşım nasıl olmalıdır, bipolar hastaya yaklaşım nasıl olmalıdır, şeklinde eğitimler olurdu hastanede katılırdık. ... TRSM’ye başladığım zaman ilk önce kurumun içinde yani çalışan hemşire arkadaşlarımdan edindim. Daha sonra o dönemde TRSM yeni açıldığı için çok sık eğitimlerimiz oluyordu bizim, dışarıdan misafirlerimiz olurdu, yurt dışından misafirlerimiz olurdu onların verdiği eğitimlerle benim deneyimlerim ve bilgim o şekilde arttı. ... ” (Katılımcı 10)

Araştırma verileri, bazı katılımcıların lisans döneminde ruh sağlığı alanına ilişkin bir takım bilgileri olmasına rağmen, bu alana ilişkin esas bilgi ve deneyimlerinin TRSM’de vaka gördükçe edinilen tecrübe ile oluştuğunu ve diğer meslek elemanları ile yapılan mesleki paylaşımların önemli katkı sağladığını göstermektedir.

“Lisans eğitimimde az da olsa ruh sağlığı alanına ilişkin bilgi edinmiştim. Ama asıl ruh sağlığı alanına ilişkin bilgiyi TRSM’de edindim. Hiçbir fikrim yoktu. Vakalar gelmeye başladıkça deneyim ile öğrendim. TRSM’de çalışan doktorlar ve hemşirelerde bu alana ilişkin bilgileri edinmemde yardımcı oldu. Onlarda paylaşımlar yaptılar küçük bir hizmet içi eğitim gibi. ... Mesleki olarak görüşme teknikleri olarak lisans eğitimden vakıfım. Şizofreni veya bipolar hasta ile nasıl görüşülür, neler sorulur onunla ilgili çok bilgim yoktu. O da yine deneyimleyerek öğrendim. ” (Katılımcı 14)

“Tabiki üniversite eğitimim kaynaklı baz alabilirsek, üniversitede okuduğum kitaplar, tabi ki direk ruh sağlığı alanı ile ilgili bir bölümden mezunum. ... Tecrübeli olan kişiler etkiledi çünkü her konuda meslek mensubu olmak yetmiyor bir konuda tecrübe kazanmak benim için çok daha kıymetli. Çünkü hiçbir şey kitapta okuduğunuz gibi değil. ” (Katılımcı 1)

“Üniversite döneminde kısmen aldığımız psikoloji dersi ve diğer derslerle biraz öğrenmiştik ama sonrasında özellikle ruh sağlığı alanında çalışmaya başladıktan sonra onun içine girince öğrenmeye başladık. Öncelikle bu bilgileri bir psikiyatrist eşliğinde çok birebir uygulayarak ve görerek hani hasta gruplarıyla nasıl görüşme yapıyor görerek öğrenme şansım oldu. Birde hani kendi aramızda dönüşümlü birbirimize yaptığımız eğitimlerle bu süreci geliştirdik ve bilgileri bu şekilde öğrenmiş olduk. ” (Katılımcı 5)

Sağlık profesyonellerinin ifadeleri lisans eğitim kitapları, vaka deneyimi, usta-çırak ilişkisi, ulusal ve uluslararası kongreler, konferanslar, çalıştaylar, seminerler ve yurt dışı projelerinin ruh sağlığı alanına ilişkin edindikleri bilgi ve deneyimlerde etkili olduğunu göstermektedir.

“Ruh Sağlığına ilişkin ilk deneyimleri işte klinik çalışmalar, hocalarla birlikte hasta görme,

eğitim kitapları, dersler, karşılıklı vaka tartışmaları ve bireysel çalışmalarla edindim. Genel olarak eğitim süresi boyunca gidilen kongreler, hocalardan alınan eğitimler, bire bir hoca ya da uzmanlarla vaka görme, poliklinik yapma ve o süre içerisinde klinik eğitim kitapları sayesinde ruh sağlığı alanında eğitimimi tamamladım sayılır. ” (Katılımcı 15)

“Üniversite eğitimi zaten birinci basamak, asistanlıkta bir ruh sağlığı hastanesinde çalıştım ben yine oradan edindiğim şeyler var. Okuduğumuz text-booklar, kitaplar, konferanslar, kongreler, seminerler şeklinde söyleyebiliriz. Sağlık Bakanlığı ’nın hizmet içi eğitimlerine gittik tabi ki onlarla ilgili şeyler var. Takip ettiğim vakalar var, dışarda özel olarak gittiğim terapi eğitimleri var. Oradaki hocalardan aldığımız şeyler var. ” (Katılımcı 3)

“Ruh sağlığı alanına ilişkin bilgileri üniversitede edinmeye başladım. ... TRSM eğitimine de gittik bakanlığın gönderdiği, o fena geçmedi benim için tekrar gibiydi. Bilmeyen olduğu için daha temel düzeyde veriliyordu. ... Bunun dışından Avrupa Birliği projesi ile alakalı Trieste ’ye gittik 10 günlük bir maceramız oldu. Orada hem teorik hem de pratik olarak sağlık çalışanların durumunu gözleme şansım oldu. O Avrupa ’daki eğitim bu konudaki felsefemi kafamda daha çok oturmasını sağladı. Bu hizmetin çünkü hani hakikaten bu sistem olur mu olmaz mı diye bir düşünceye kapılıyor insan orada aslında olabilesini daha iyi anladım. ” (Katılımcı 11)

“Ağır ruhsal hastalıklarla karşılaşmam, ihtisas sürecime dayanmakta. Tavsiye edilen kaynak kitaplar, hocaların bilgi ve deneyimlerinin paylaşılması usta-çırak ilişkisi... Bol bol hasta görmek ruh sağlığının olmazsa olmazları, ihtisas sürecinin bana çok şey kattığını düşünüyorum. ... Alınan eğitimlerin sınırlı olmasından dolayı, eksik kalan yanları da mümkün olduğu kadar kongreler, konferanslar, çalıştaylar, seminerler, özel kurslara giderek destekledim. Her yıl olan hem ulusal hem uluslararası kongrelere, çalıştaylara katılarak bilgi, görgü ve deneyimimi artırmaya çalıştım. Yurtdışı gezileri olarakta, TRSM sürecinden önce Bakanlığın görevlendirmesi oldu. Finlandiya ’da Helsinki modelinin incelenmesi, İtalya ’nın Verona kentine yapılan ziyaret ve oradaki ruh sağlığı modelinin incelenmesine katılım sağladım. Ardından İtalya ’nın Trieste kentinin ziyaret edilmesi, oranın incelenmesi, proje kapsamında Hollanda ’ya gidip oradaki ruh sağlığı hastanesinin toplum temelli ruh sağlığına geçiş sürecinin, eğitim süreci ile gözlenmesi, bilgilerimi ve becerilerimi geliştirmem adına değerli oldu. ... Sağlık Bakanlığının eğitici eğitimleri, DSÖ destekli yurtdışından gelen eğiticilerden eğitici eğitimleri aldık toplum temelli ruh sağlığı modelleri üzerine. Sonrasında biz eğitimler verdik. Ayrıca motivasyonel görüşme teknikleri konusunda yurtdışından gelen hocalar ile grup psikoterapisi eğitimi, BDT eğitimi, LEAP eğitimi dediğimiz özellikle hastalar ile ilgili dinleyip empati kurma, ortak akıl yürütme ve ortak yol alma anlamındaki grup çalışmalarına yönelik eğitim süreçlerini tamamlamış oldum. ... ” (Katılımcı 8)

Katılımcılardan bir kısmı, staj döneminde edindiği deneyimlerin ruh sağlığı

alanına ilişkin bilgilerine katkısı olduğunu ifade etmiştir.

“Hastalığı stajda öğrenmeye başladım. Hocalarımız staj anında iletişim kurma şeklini bize gösteriyordu ve ona göre iletişimimizi geliştiriyorduk. ” (Katılımcı 2)

“Üniversite eğitimi döneminde aldığım derslerden, hocalarımın bana gösterdiği yöntemlerden bilgileri aldım. İkinci olarak staj döneminde yaptığım çalışmalarla ki TRSM de staj yaptım. Bu staj döneminde elde ettiğim bilgiler de yine etkili oldu. Yine hocalarımızın tavsiye ettiği kitapları okuyarak çeşitli bilgilere vakıf oldum. ” (Katılımcı 4)

Araştırma bulguları, katılımcıların büyük çoğunluğunun ruh sağlığı alanına ilişkin becerilerini, alanda edindikleri deneyimler neticesinde kazandıkları yönündedir. Katılımcılar, gezici ekiplerde edindikleri deneyimlerin hastayla iletişim, hastaya yaklaşım, hasta ile görüşme konularında beceri edinmelerini sağladığını ifade etmişlerdir.

“Aslında yine becerilerin birçoğunu uygularken uygulama alanında edindik ve bu becerileri daha çok çalıştığın ortamdaki kişilerden ediniyorsun hani mesleki alandaki becerilerden çok bahsetmiyorum, alana ilişkin edindiğim becerilerden bahsediyorum tabii ki. Kişilerden birebir alanda uygulayarak öğrendik aslında becerilerimizi o şekilde geliştirdik. ” (Katılımcı 5)

“Buradaki deneyimlerim beceri edinmemi sağladı. TRSM deneyimim daha önce olmadığı için, burada daha önce çalışan hemşire arkadaşlardan, başladığımda başka doktorlar vardı, onlarla birlikte nasıl hasta görüyorlar, ev ziyaretlerinde neler yapıyorlar, hasta görüşme süreleri ve TRSM ekip hemşirelerinden daha çok gözlem yaparak deneyimlerimi sağladım. ” (Katılımcı 15)

“Gezici ekipler benim mesleki becerilerimi artırdı. Bilgilerimin yanında becerileri de TRSM’de deneyimleyerek kazandım. Hasta ile nasıl görüşülür, ailesi ile nasıl görüşülür, sorunlar nasıl tespit edilir bunları öğrendim. Örneğin ilk dönemler hasta ile yaptığım görüşmeleri kayıt etmem gerektiğinin farkına vardım, daha iyi çalışabilmek için. ” (Katılımcı 14)

Görüşme yapılan Katılımcı 13, TRSM’de edindiği deneyimlerin ruhsal hastaya yaklaşım becerisinin yanı sıra kişisel beceriler kazanmasına da katkı sağladığını belirtmiştir.

“Ruhsal hastaya yaklaşımı burada edindim. Kişisel olarak da beceri kazandım. Zaman zaman fevri davranan bir insandım ilk başladığım zamanlarda ani çıkışlarım olabilirdi. Ruh sağlığı alanında kişileri tanıdıkça olay biraz daha farklılaştı önce bir dur, düşün ve ona göre karar ver gibi kişisel beceriler kazandığımı düşünüyorum. ” (Katılımcı 13)

4.2.2.2. Gönüllü Çalışmalar

Araştırmaya katılan katılımcıların tamamı, gönüllü çalışmalara önem verdiklerini ve gönüllü sayısının artması gerektiğine inandıklarını ifade etmişlerdir. Elde edilen veriler, gönüllüler aracılığı ile yürütülen faaliyetlerin daha verimli olduğunu, dışarıdan gelen yeni bir gözün hem merkezden hizmet alan üyelere, hem de çalışan sağlık profesyonellerine katkı sağladığını göstermektedir.

“Gönüllü çalışmalar çok çok önemli, gönüllüler ile işbirliği, hele Türkiye’de yeni bir modele geçiş süreci bu sistem daha yeni kurulu ve insan kaynakları çok sınırlı. Tüm dünyada bizimkinden kat kat üstün deyse de insan kaynakları yine sivil toplum kuruluşları ve gönüllüler ile ciddi bir işbirliği var, onlarla bu eksikler karşılanıyor. ” (Katılımcı 8)

“Gönüllü çalışmalara biz önem veriyoruz. Kurumca da çeşitli aktiviteler yürütüyoruz gönüllüler aracılığıyla. Şu aralar bir drama kursumuz var. Gönüllü bir hocamız vasıtasıyla yaptığımız, bir tiyatro çıkarmayı düşünüyoruz. ... Bunun dışında üniversite öğrencileri ile sıklıkla gönüllü anlamda çalışmalarımız oluyor. ... Onlar tabii ki meslekleri anlamında çok bir şey katamamalar da henüz tecrübeleri olmaması açısından, en azından hastaları gözlemlene ve hastalarımıza da başka bir gözün görmesi, genç dinamik kişilerin gelmesi onlar içinde faydalı oluyor. Bazen ekstra becerileri oluyor mesela gönüllü öğrencilerimizin ebru yapabiliyorlar gibi onlar hastalar için değişik bir çalışma olmuş oluyor. ” (Katılımcı 1)

“Gönüllüler özellikle bir yeni canlı fikir getirme konusunda, bunu ben bolu TRSM’de gördüm. Özellikle psikoloji grubundan olsun tıp olsun ya da işte hemşirelik grubundan ilgi duyan gönüllü öğrencilerin gelmesi gerçekten önemli bize yeni fikirler öğretiyorlar, biz onlara yeni bir şeyler öğretiyoruz. Hastalara gönüllülerin gelmesi, yeni aktiviteler oluşturması daha cazip oluyor özellikle genç grup için. Genç gurubu bir merkeze çekmek kolay değil ama yeni aktiviteler, genç kişiler ve bunların yaptığı organizasyonlar önemli. Çünkü biz TRSM çalışanları olarak sonuçta iş olarak bunları yapıyoruz bu binanın içinde ve hani bunu bırakalım her türlü aktiviteyi dışarda yapalım yok. O yüzden belirli bir yere kadar bunu sürdürebiliyoruz ama gönüllüler bu alanda çok önemli. Dış aktivite yapmak, planlama, organize etme konusunda daha iyi örgütlenebiliyorlar. Gerçekten TRSM’ler için keşke artsa gönüllü çalışmalar. İnanın benim için bile çok yenilik getirebiliyorlar. Çünkü sürekli aynı şeylerle uğraşınca bizim de ufkumuz kapanabiliyor. Dışardan birinin bakış açısı gerçekten önemli olabilir. Gönüllüleri buraya çekmek adına etkinlikler artırılabilir. ... ” (Katılımcı 15)

Katılımcılardan bazıları, gönüllüler aracılığı ile sunulan hizmetin çok daha verimli olduğuna değinirken, yurt dışı ile kıyasladıklarında gönüllü çalışmaların henüz istenilen seviyede olmadığını, toplumda ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik damgalama ve ön

yargı olmasının gönüllü çalışmaları etkilediğini ifade etmişlerdir.

“Gönüllü gelenler olunca çok mutlu oluyoruz. Keşke sayıları da artsa çünkü onların daha çok faydası oluyor. Bence gönüllü çalışmak daha farklı bir şey zorunlu gelip çalışınca belki olmuyor ama gönüllü geldiklerinde gerçekten çok verimli oluyor. ... Gönüllülerle çalışmak çok daha farklı ve çok daha güzel gerçekten öyle bağımlı olunca kısıtlı kalıyor işlerimiz belki dışarıdan gönüllü olunca o çeşitlilik artabilir. ... Yurtdışı deneyimiyle karşılaştırınca orda gönüllüler daha çok devreye giriyor. Çünkü sosyal kooperatifler var sosyal kooperatiflerde gönüllüler de var ve TRSM dışındaki insanlar bu iş için çalışıyorlar ama burada her şey TRSM’de çalışan kişiler tarafından bekleniyor. ” (Katılımcı 10)

“Gönüllü hizmetlere baktığımda Avrupa ülkelerinden çok geride olduğumuzu düşünüyorum. Özellikle damgalama ve ön yargı noktasında Türkiye’de ağır ruhsal hastalıkları olan hastalara karşı bir negatif bakış açısı var. Bu bakış açılarıyla mücadelede toplumun desteğinin yetersiz olduğunu düşünüyorum. Ondan dolayı gönüllü çalışanların sayısı çok az, toplumdaki destek verenlerin sayısı da çok az oluyor ya da belli kişilerin desteği sayesinde kısa vadeli sürmüştür oluyor diyeyim. ” (Katılımcı 16)

Katılımcılardan bazıları, gönüllülerin genellikle ikili ilişkiler ya da tavsiye ile merkeze geldiklerini, bu yolla gelen gönüllülerle de çok fazla devamlılık sağlanamadığını belirtmişlerdir.

“Mesela Bolu için gelen gönüllü sayısı o kadar az ki genelde gönüllülerin de şöyle yapıyoruz, biz arayıp buluyoruz, onlar bizi bulmuyor zaten. Bu yüzden onların gönüllülükleri de çok tartışmaya giriyor. Halbuki böyle bir kurum olduğu biliniyor, tanıtımlar yapıyoruz. ... Ama hani ben gönüllüyüm şöyle bir şey yapmayı düşünüyorum siz ne dersiniz deyip gelen biri olmadı. Genelde birilerinin yönlendirmeleri ile geliyorlar. O yüzden gönüllü çalışmalar çok işlevsel değil. ... Gönüllüler artsa çok iyi olur gerçekten. ” (Katılımcı 3)

“Genellikle gönüllerimizde bu hastalıkla ilgili bir sıkıntı yaşamış ya da ailesinden hasta var onlar gönüllüler olabiliyor bize. Ama gönüllüyü sisteme katmada sıkıntı yaşıyoruz. İkili ilişkiler ile geliyor genelde. Ama sınırlı kalıyor düzenli gitmiyor. Ayrıca gönüllü çalışmalarda özellikle üniversitede bazı bölümlerden destek alıyoruz. Bazı özel günler psikoloji günleri, kariyer günleri oluyor, onlarda farkındalık oluşturmak için bazı etkinliklerimiz oluyor. 10 kişiden 1 ine ulaşabilsek bile avantaj olarak görüyoruz. ” (Katılımcı 13)

Katılımcıların söylemleri, TRSM’deki gönüllülük faaliyetlerinin genellikle Psikoloji, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık ve Hemşirelik Bölümü öğrencileri ile sınırlı kaldığı yönündedir. Katılımcılar, toplumdaki gönüllülük adına beklenen desteği

göremediklerini, başlatılan gönüllü çalışmalarda da sürekliliği sağlayamadıklarına değinmiş, gönüllü çalışmaları arttırmak için üniversite dışında diğer kurum ve kuruluşlara da giderek tanıtıcı faaliyetlerde bulunulmasının önemli olacağını belirtmişlerdir.

“Şu an psikoloji öğrencileri daha çok geliyorlar TRSM’ye. Hastalar ile resim çalışmaları, oyunlar, onun dışında müzik aletleri çalıyorlar birlikte. Fakat sadece psikoloji öğrencileri geliyor. Bu öğrencilerin kapsamı genişletilebilir mesela müzik bölümü olabilir. Ama bunun içinde üniversiteleri TRSM’den haberdar etmek gerekiyor. Haberleri yok belki de. Geçenlerde Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bölümü öğrencileri hastane başhekimimizin tanıtımı ile kurumun varlığından bahsedilmiş, şu gibi kurslarımız var gönüllü olarak çalışabilirsiniz diye. Bu bilgilendirme gibi tanıtıcı faaliyetler yapılabilir. ” (Katılımcı 14)

“Gönüllü çalışmalarda, üniversite öğrencileri ayağında çok aktif çalışıyoruz sağ olsunlar destek veriyorlar. ... Onun dışında halktan gönüllülük konusunda henüz zayıfız çok fazla katılım yok. Katılsa bile süreklilik yok. Daha önce bizden emekli olan hemşire hanım ile bunu başlattığımız halde 6 ay süre devam etti. Kendi özel durumları ile o bile bırakabildi o yüzden gönüllü çalışmalar şu anda öğrenciler daha aktif. Topluma yönelik gönüllü sayısı artırabilmek için biraz daha halkın içinde gruplara inilebilir biz biraz daha resmi kurumlara üniversite öğrencileri gibi düşünüyoruz ama mesela bir halk eğitim kursuna gidilebilir. Orda farkındalık oluşturmaya çalışabilir oraya birçok kadın gelebiliyor oradan bir gönüllü çıkıp gelebilir TRSM’ye okullara gidilebilir öğrenci öğretmen boyutunda olabilir her öğretmen ihtiyacını halk eğitim karşılayamıyor bu nedenle gönüllülere ihtiyaç var. ” (Katılımcı 9)

“Bizim toplumumuzda çok fazla gönüllülük esası yok. Gönüllü çalışan kişide olmadığından dolayı çok yetersiz olduğundan dolayı, belli bir yere bu gönüllü çalışmayla gelmek mümkün değil. ... ” (Katılımcı 5)

“Psikoloji gönülleri ile iyi bir ivme yakaladık, hemşirelikteki gönüllülerle ivme yakaladık. Öğrenciler geliyorlar o açıdan iyi oldu psikolojik danışmanlık ve rehberlik bölümünden ve bazı topluma hizmet dersi alan bölümler var onlardan gelen oluyor. O açıdan iyi gençlerden geribildirim fena değil halktan zayıf ama. Bir ev hanımında ya da hafta içi boş vakti olan bireyden fazla katkı alamıyoruz ” (Katılımcı 11)

4.2.2.3. Kurumlar Arası İş Birliği

Araştırma verileri, TRSM’de yürütülen hizmetlerde kurumlar arası işbirliğinin önemini ortaya koymaktadır. Bu kapsamda, katılımcılar üyelere yönelik hizmetler konusunda daha çok belediye, aile, çalışma ve sosyal hizmetler il müdürlüğü, milli eğitim müdürlüğü, halk eğitim merkezi, sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıfları ve emniyet

müdürlüğü ile işbirliği içerisinde çalıştıklarını ifade etmişlerdir. Kurumlardan alınan desteğin önemine değinen katılımcılar, hizmetlerin sürdürülebilirliğinde ise iletişim kopukluğu ya da kurumun bakış açısındaki farklılıklar nedeni ile sorun yaşadıklarına vurgu yapmışlardır.

“Yerel yönetim diye düşününce mesela belediye olunca çok yardımlarını gördük her anlamda talep ettiğimizde onlar yardımcı oluyorlar. ” (Katılımcı 10)

“Kurumlar arası işbirliğinde her sene kurumlardan temsilciler ile toplantı yapılıyor. Örneğin milli eğitim müdürlüğü, aile, çalışma ve sosyal hizmetler il müdürlüğünden geliyorlar. Bu toplantılarda yapılacak şeyler söyleniyor aslında. Fakat sonrasında iletişim kopukluğu oluyor, çok fazla yardımcı olunmuyor. Bolu TRSM’de en iyi iletişim halk eğitim merkezi ile olmakta. ” (Katılımcı 14)

“Kurumlar arası işbirliğine baktığımızda bir dönem ASDEP projesi kapsamında, hep beraber kurumlardan gelen kişilerle ev ziyareti düzenlemiştik. Bunun hem çok faydalı hem de eksik yönleri vardı. ... Zaten bu projeyi sürdüremedik. Bizim kurum bunu beğenmez işte bunlara tik atıyoruz bu tikler bize uymaz gibi böyle şeylerle yani birebir hastalığın içinde var olamadılar o yüzden fazla sürmedi. Yani bilmediklerinden dolayı ya da işimizi yapalım gidelim formatına dönüşünce olmuyor bu işler. ... 2 ya da 3 ay çalışabildik, yürümedi. Yürümeme sebebi kurumdan gelmek istemediler. ” (Katılımcı 5)

“Kurumlar ile işbirliği halindeyiz. Sürdürülebilirlik konusunda sıkıntı yaşıyoruz artık dünya sürdürülebilir sistemler üzerine tartışıyor. Yani güzel işler yapmak değil bunu sürdürebiliyor muyuz yani çevreyi gittik temizledik bir defa ama hep çevreyi temizleyebiliyor muyuz gibi sürdürülebilir şekilde gitmiyor işte. ” (Katılımcı 11)

“Kurumlar arası işbirliğinde, bize belediyeyle özellikle ilçelerden kaymakam sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakfından sorunumuz olduğunda destek alıyoruz. Bize geri dönüşler oluyor artı bir hizmet almış oluyoruz. Belediyenin hastalara zaman zaman ev temizliği hizmetleri oluyor, bu her zaman sağlanamasa da bir adım atılmış oluyor, gıda yönünden artı kaymakamın sağladığı artı belediyenin sağladığı hizmetlerden zaman zaman faydalanabiliyoruz. Yine emniyet teşkilatının hastalarımızın akut dönemleri oluyor, ailesi arıyor ne yapabilirim ne gibi hizmetten yararlanabilirim diye, biz mesela 112 ile emniyetle işbirliğine girerek onun hastaneye yatışını sağlamış bulunuyoruz aslında. Buda kurumlar arası bir ilişki oluyor emniyet hastane ve 112 çerçevesi içinde bir zinciri sağlamış oluyoruz. ” (Katılımcı 7)

Sağlık profesyonellerinin kurumlar arası işbirliğinde mevzuata dayalı sorunlar yaşadıkları öğrenilmiştir. Katılımcılar, kurumların belli alanlarda destek sağladıklarını ancak bir yerden sonra mevzuata bağlı sorunların ortaya çıktığını ve desteğin sınırlı

kaldığını ifade etmiş, kurumlar arası işbirliğinde gerekli yasal düzenlemelerin yapılması ve kurumlar arası protokoller imzalanmasının faydalı olacağına değinmişlerdir.

“Tabi ki burada kurumlar arası işbirliği de önemli. Çünkü devletteki hiçbir iş tek başına yürümüyor, pek çok kurumun ortak çalışması gereken işler var. En çok işbirliği yapılan kurumlar aile, çalışma ve sosyal hizmetler müdürlüğü ve belediyeler oluyor. Tabi ki her kurum elinden geleni yapmaya çalışıyor ama bazen mevzuata dayalı takılmalar karşımıza çıkıyor. Bu da il bazında ve kurumlar bazında aşılabilecek bir sorun değil maalesef. O konuda biraz mevzuatların belki de gözden geçirilmesi faydalı olur. Hastaların hem maddi yardımlar hem de meslek edinmeleri konusunda biraz hani mevzuatlar düzenlenmeli bu konuda.” (Katılımcı 1)

“... Kişinin bakım planında tespit ettiğimiz, ihtiyaca yönelik ilgili kurum ve kuruluş ile mümkün olduğu kadar iletişime geçerek o ihtiyaçları gidermek adına destek sağlamak esasımız. Tabi bunun için bilgilendirme önce kendimizi tanıtmak, ne tür bir görev yapıyoruz ne amaçla ordayız. Bizim bu noktada ki görevimiz nedir, katkımız nedir anlatmak önemli. ... Dolayısı ile en çokta kurumlar arası işbirliği noktasında iletişim kurduğumuz aile, çalışma ve sosyal hizmetler müdürlüğü ile yakın bir işbirliği kurmak gerekiyor, İŞKUR ile yakın bir ilişki kurmak gerekiyor, belediyeler ile yakın bir ilişki kurmamız gerekiyor. Yine valilik ile SYDV valiliğe bağlı olduğu için ciddi bir iletişim içerisinde olunması gerekiyor. Tabi sivil toplum kuruluşları yine işbirliği içerisinde olmamız gereken kuruluşlardan. ... Kurumlar arası işbirliğinde de yine aynı şekilde ciddi protokollere ihtiyaç var. Kurumlardaki kişiler değiştiğinde o kurumlardaki ilgili iletişimi kurmakta zorluk çekiliyor. Çünkü bir barınma sorunu çözmek istediğinizde, aile, çalışma ve sosyal hizmetlerdeki kişi değişmiş ise diğer kişi hiçbir şekilde size yardımcı olmayabiliyor. Ya da İŞKUR’da ki bir kişi bir projeden faydalanması gerekirken sisteme hakim olmadığı için size hiçbir şekilde katkı sağlayamayabiliyor. Bunun da bu protokollerle tanımlanıp bir şekilde ülke geneline yaygınlaştırılması gerekiyor.” (Katılımcı 8)

Katılımcılardan bazıları, kurumlar arası işbirliğinde karşılaşılan sorunların daha çok ikili ilişkiler ile çözülmeye çalışıldığını, bu konudaki yasal düzenlemelerin yetersiz olduğunu, standardizasyon olmadığını ifade etmiş ve kurumlar arası işbirliğinde protokoller imzalanmasının yararlı olacağına değinmişlerdir.

“Bu konuda bir standardizasyonu yok. Ben en büyük sıkıntının bu olduğunu düşünüyorum Türkiye çapında bir sürü TRSM var ama her TRSM bu işi kendi becerileri ile halletmeye çalışıyor. Çünkü kurumlar arası işbirliği bir protokolle düzenlenmediği için hani resmiyete bağlı bir durum olmadığı için herkes kişisel bağları ile bu sorunu çözmeye çalışıyor. Dolayısı ile de yerel yönetimle uyuşabiliyorsanız ya da o sizi anlayabilecek açıklıkta ise bu işler gidiyor. Ama değilse, şayet bunun bir yaptırımı da olmadığı için gerçekten taşıma

suyla değirmen döndürmeye benziyor bu olay. Kurumlar arası işbirliğini Bolu için değerlendirecek olursak, burası biraz daha küçük ve korunaklı bir yer olduğu için bu sorun telefonla, kişisel ilişkilerle ya da devreye birilerini sokarak gerçekten halloluyor ama hallolmayan şeylerde var. Böyle durumlarda kuruma gitmemiz, bakanlığa gitmemiz gibi şeylerle karşılaşıyoruz. Çok etkili işlediğini söyleyemeyeceğim ama küçük şehrin şöyle bir avantajı var, büyük şehirlerde bu işler çok daha uzun süre alırken burada en azından süreci kısaltma şansınız oluyor. ” (Katılımcı 3)

“Kurumlar arası işbirliğinde evet biraz zayıfız. Bu bizden kaynaklı değil. Daha birkaç gün öncesine kadar doktor hanım ile birlikte gidip görüştüğümüzde burada mevzuat ile yasal bir takım şeylerle ilgili sıkıntılar oluşuyor ikili ilişkiler ile bazen çözüyoruz. ... Dün SGK’ya gidildi, görüşmeler yapıldı, hastalarımıza açılan kurslar ile ilgili. Meslek edindirme kursuna hastamızı gönderdiğimiz zaman sosyal güvencesi kesiliyor bunu da hasta ve aile kabul etmiyorlar kursa gitmek istemiyorlar, çünkü maaşım kesiliyor diyorlar bununla ilgili görüşmeye gittik. Bununla ilgili madde koyulup bu boşluğu doldurmak gerekiyor. Ama bunlar bizi aşan durumlar oluyor. Gönüllülük esaslı gidip görüştüğümüz zaman çözebiliyoruz ama yazışmalar ve koordinasyon çalışmaları ile hala çözülemeyen noktalar var. ” (Katılımcı 9)

“Burada ruh sağlığı hastalıklarının problemleri çok çeşitli olduğu için çok çeşitli kurumlarla ya da STK’lar ile işbirliği içine girilmesi gerektiğini düşünüyorum. Ama küçük iller özellikle Bolu bazlı illerde bu sorunların çözülmesi daha kolay ama çözüldükten de daha çok kişi odaklı çözümler yapılıyor. Yani ikili ilişkilere bağlı olarak sorunlar çözülüyor, yasal düzenlemenin yetersiz olduğunu düşünüyorum sorunların çözülmesi noktasında. Büyük illerde zaten çoğu TRSM’nin varlığından bile haberdar olmadığından dolayı böyle bir sorun çözenin de olmadığını düşünüyorum. ” (Katılımcı 16)

4.2.2.4. TRSM’de Ekip Çalışması

Araştırmaya katılan sağlık profesyonelleri, TRSM’de sunulan hizmetlerde ekip çalışmasının yeri ve önemine ilişkin düşüncelerini paylaşmışlardır. Katılımcıların tamamı, ekip çalışmasının mutlaka olması gerektiğini ve TRSM’nin ekip çalışmasına uygun bir ortam sağladığını düşünmektedir.

“TRSM demek ekip işi demek tek bir meslek elemanının tek başına bir işe yaramadığı diğer meslek elemanlarıyla birlikte hareket etmesi gerektiği alan. ” (Katılımcı 16)

“Gerçekten burada ekip çalışması gerekiyor. Hastaya multidisipliner olarak yaklaşmak açısından gerekiyor. Çünkü bir gezici ekibe çıkıyor hemşire arkadaşlar, orda görüp psikiyatriste anlatıyorlar hastanın durumunu. Mesela psikologla görüşmesi gerektiği ya da ergoterapistimize yönlendirilmesi gerektiği oradan hop oraya gidiyor. Orda çalışılıyor ama bu arada sürekli iletişim halindeyiz. ” (Katılımcı 1)

“Ekip çalışması gerekli TRSM’ler de yani ekipsiz olmaz. Burada kimse bireysel çalışamaz buna doktora dahil en alt kademedeki personelde dahil ekiple çalışması gerekiyor ki başarı seviyemiz artsın. Uygun ortamı Bolu TRSM için sağladık ama 5-6 yılımızı aldı. Önceleri rol karmaşalarımız vardı çatışmalar yaşadık ama şu aşamadaki durum gayet çok şükür iyi gidiyo. ...” (Katılımcı 9)

“Ekip çalışması gerekli çünkü bazen tıkanıp hastada diğer arkadaşından, doktorundan işte psikoloğundan bilgi alabiliyorsun ne yapabilirim diye. Ortak çalışma konusunda bizim bu ortamımız uygun. ” (Katılımcı 6)

Görüşme yapılan bazı katılımcılar, TRSM’de ekip çalışması olmadan hizmet vermenin pek mümkün olmadığını, üyeyi bütüncül bir bakış açısı ile değerlendirmek için ekip çalışmasına ihtiyaç olduğunu, ekip çalışmasının sağlık profesyonelleri arasında iş bölümü yapmasına imkan sağladığını ve böylece üyelerin sorunlarının daha etkili bir şekilde çözüldüğünü belirtmiştir.

“TRSM de bir ekip çalışması var. Farklı meslek gruplarının bir arada çalıştığı ve onların egolarını bir tarafa bırakıp hastalar için ne yapabilirsiniz hakim olduğu. Ben senden üstünüm sen benden üstünsün değil bir bütün halinde bu ekip. Bu sebeple hasta sorunları daha etkili ve bir şekilde çözülüyor. ... Farklı profesyoneller ekipte olunca ekip iş bölümünde bulunuyor ve ekip üyeleri kendi sorunlarını bildiği için kendini rahat hissediyor. Ben mesela tedavi ve bakım işine bakacağım, sosyal hizmet uzmanı sosyal yönünü değerlendirecek, psikolog hastalık hakkında bilgilendirme yapacak gibi kısaca herkes işin bir yönünü değerlendirince iş yükün azalıyor bu nedenle ekip çalışması iyi yürümekte. ” (Katılımcı 2)

“ ... Ortak karar almada, tutarlı bir şey geliştirmede iyi oluyor. Bu da hani hastalarımıza, bireylere, buradakilere yönelik çalışmaların daha iyi yürümesini sağlıyor. Ekip çalışmasına uygun ortam fiziki olarak diye düşünüyorum. ... ” (Katılımcı 11)

“Hastayı tanıma konusunda, en azından hastaya nasıl yaklaşabileceğimi, olumlu ve olumsuz yönlerini çok daha iyi bir şekilde analiz edebiliyorum bu ekip sayesinde. Ayrıca toplantılar sayesinde belki bir hastaya ne katabilir onu da düşünüyorsun, vaka toplantılarında konuşuluyor sonuçta hastanın durumu şudur böyledir şeklinde. Belki o an bakıyorsun kendi alanına yönelik bir şey var mı ya da yapabileceğim bir şey varsa ne yapabilirsin bunu paylaşıyorsun. Bu açıdan gerçekten ekip çalışması gerekli. Ekip çalışmasına tam uygun bir ortam çünkü TRSM de mesleki tanımlar dışında ortak yaptığımız şeyler çok fazla. Bir sosyal hizmet uzmanı, bir psikolog, bir hemşire, bir ergoterapist bazı durumlarda çok ortak şey yapıyor. Mesela hasta görüşmesini hepimiz yapıyoruz. Mesela hastaya ilaç takvimine devam etmesi için hepimiz bu görüşmeleri gerçekleştiriyoruz. O bağlamda ekip çalışmasına da uygun bir ortam yani. ” (Katılımcı 4)

Katılımcılar, TRSM’de üyelerin ihtiyaçları doğrultusunda ilgili sağlık profesyonelinin devreye girdiğini ve mesleki sorumlulukları doğrultusunda üyeye hizmet sunduğunu, ekipteki herkesin üyeye yapılan müdahalelerden haberdar olduğunu, aksi takdirde verimli bir hizmet sunumu olamayacağını belirtmişlerdir. Araştırma verileri, ekip üyelerinin diğer meslek profesyonellerinin rol ve görevlerine hakim olduğunu, üyeyi yönlendirmede sorun yaşanmadığını, vaka toplantılarının üyelere yönelik hizmetlerin paylaşılması ve değerlendirilmesi açısından önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

“Ekip çalışması TRSM’de çok çok önemli. ... Ekip çalışmasının çalışanların yükünü paylaşmasını sağlıyor. Ekip çalışması kesinlikle gerekli olduğunu düşünüyorum. ... Ortak olarak hareket edilmesi çok önemli diye düşünüyorum. TRSM’de sabah ve akşam vaka toplantıları yapılıyor. Ayrıca gezici ekibe çıkılıyor merkez ve ilçe olmak üzere. Sabah gitmeden önce hangi hastalara gidileceği, niçin gidileceği, örneğin doktorundan veya ilgili sağlık profesyonelinin bir takım bilgiler alarak konuda çalışma yapılacağı konusunda bir takım plan yapılıyor. Akşam gelindiğinde de hangi eksiklikler belirlendi. Tek tek hastalar konuşuluyor. ... Aslında her gün bu vaka toplantılarının sabah ve akşam yapılması çalışmayı pekiştiren bir şey. Vaka toplantılarının bu yanını çok olumlu görüyorum. ... Gezici ekiplerde hemşireler hangi konuda bana yönlendirme yapılacağını biliyorlardı. Hasta benim mesleğim ile ilgili sorduğunda bana yönlendiriyorlardı. Bana kolay yönlendirme yapıyordu. Çünkü bununla ilgili TRSM sağlık profesyoneli bu konular hakkında kesinlikle bilgili. Hangi mesleğin ne yapması gerektiğini ekip çok iyi biliyor. Bu konuda sıkıntı yaşamadım. ” (Katılımcı 14)

“TRSM’lerde bu benim işim değil, ben bunu yapmam diye kişi kenara çekilirse, çok büyük zorluklar çıkıyor. Ya da ben idareciyim sen benim dediğimi yapacaksın dediğinde, idari baskı çatışmalara sebep oluyor. Bu da iş verimini düşürüyor. Herkes odasına çekilip, şunu psikolog, şunu hemşire görsün diye gönderildiğinde onlar odada ne görüşüyorsa görüşüyor ve bitiyor. Ama biz ortak bir şey yaptığımızda kimin ne yaptığını konuşabiliyoruz. Mesela bir hemşire ne konuşacak, ne konuda eğitim verecek, ne konuda destek verecek ya da sosyal hizmet uzmanı hangi alanında müdahale etmeli ne kadar diye bunu birlikte konuşuyoruz. Kimin ne yaptığını tüm ekip biliyor. Tedavide de ben bunu veriyorum ama gözlemleyelim bakalım ne yan etkisi çıkacak, olası yan etkiler şunlar, hep birlikte gözlemleyelim şeklinde oluyor. Herkesin kendi yaptığı işin ekibe açık olması gerektiğini düşünüyorum. Bu benim işim ben bunu yapayım sen de git kendininkini yap, çok verimli çalışmayı sağlamaz TRSM’de. ... Çok kişiden görüş almak ne sağlıyor, herkesin işte dünyaya bakış açısı, eğitimi, mesleği farklı ve daha geniş bir bakış açısı ve daha geniş bir hizmet sunabilmemizi sağlıyor. Sadece TRSM hastanın ilaç ve tedavisinden ibaret değil. Ekip bunu sağlıyor. ... Ben doktorum oturayım burada sadece hastayı göreyim diğerleri ne yaparsa yapsın mantığı TRSM’de işlemiyor. Benim dediğim olsun değil, daha çok grupla birlikte, ekibin bir parçası olarak, evet gerekli noktalar da liderlik ben yapabilirim. Gerektiği noktalarda

liderliği hastayı çok daha iyi tanıyan hemşiresi yapabilir. ... Ben hekimim her şeyi bilirim mantığı TRSM'de bence çok işleyen bir şey değil. Hastayla ilgili kim daha çok bilgi biliyorsa, farklı bir görüş açısı sunacaksa onun fikrini almak önemli. ” (Katılımcı 15)

Görüşme yapılan Katılımcı 3, ekip çalışmasında içerisindeki farklı meslek gruplarının, üyenin durumunu değerlendirmede farklı bakış açılarına sahip olduğunu belirtmiştir. Kimi zaman çatışmalara neden olan bu durumu, üyeye yönelik hizmetlerde önceliği belirlemek adına olumlu çatışmalar olarak değerlendirmiştir.

“Ekip çalışması mutlak yani TRSM'de tartışmaya açık bir şey değil, mutlaka olması gerekiyor. Eğer çok yönlü bir değerlendirme yapacaksak. Zaten çok yönlü bir değerlendirme yapmayacaksak bu poliklinikte de yapılabiliyor TRSM'ye gerek yok. Yalnız bu çok sıkıntılı bir süreç mesela biz çok kalabalık bir aile olarak çalışıyoruz. Tabi ki ekip içinde profesyonelliğimiz bir yana kişiliklerimizde devreye giriyor. Biz birlikte hasta takip ediyoruz, bakış açılarımız çoğu zaman çelişebiliyor. Ben hastanın tedavi boyutuyla ilgili ısrarcı olurken, atıyorum hemşire arkadaşım başka bir alanda ısrarcı olabiliyor. Çok çatışma da yaşayabiliyoruz ama bu çatışmalar olumlu çatışmalar. Hangisini öncelikli yapacağımıza ilişkin çatışmaya girdiğimiz için bunlar olumlu ama zor. ... Mesela ben bundan 2 yıl önce sürekli poliklinikte kapımı kapattığında kimse bana ne yaptığımı sorgulamazken, şuan da mesela son 2 yıldır sürekli yaptığım şeyleri bildirmek zorunda kalıyorum. Yapmadan önce danışmak zorunda kalıyorum. Bu sürece dahil olmak ilk başta beni zorladı. Çünkü işte hasta ile ilgili bir şey söylüyorum meğerse hasta daha önce bu ilacı kullanmış hani ama notlarda yazmıyor gibi aksaklıklar oluyor. Ya da işte ben hastaya diyorum ki enjeksiyon başlıyorum, depo başlıyorum ama hastanın köyü enjeksiyon yaptırabileceği bir yerde değilmiş yapılmıyormuş gibi. Mutlaka ekip çalışması gerekiyor ve takibini o hastanın sen yapmaya devam ettiğin için o ekibi de bozmadan koruman gerekiyor. En aktifte o şekilde oluyor zaten. ... ” (Katılımcı 3)

Görüşme yapılan Katılımcı 13, ekip çalışmasında sağlık profesyonellerinin birbirlerini çok iyi tanıdığını, bu sebeple çalışırken sorun yaşamadıklarını ancak ekibe sonradan katılan yeni personeller uyum sağlamakta sorun yaşadığında, bunun hizmet sunumunda da soruna neden olduğunu ve ekip ahenginin bozulduğunu belirtmiştir.

“Bolu TRSM'deki en iyi şey aslında ekip çalışması bana göre. Ekibimizin dinamikleri gerçekten çok iyi. İlk kurulduğumuz zamanda çok iyiydi. TRSM'de ekip olarak kenellenebiliyoruz. 4 hemşire 1 psikolog olarak başladık, 11 yıldır artık birbirimizin kişilik özelliklerini çok iyi tanıdık. Karşıdakini ben gibi tanıyoruz artık ekip üyelerini, o açıdan bir uyumumuz olduğunu düşünüyorum. Bu ekibin içine de gelen, sonradan katılanların ekip içinde uyumsuzluğu olduğunda zaten bir şekilde sıkıntı yaşanıyor. Hem kişi anlamında hem hizmet anlamında hem ekip anlamında ilerleme yaşanmıyor dönem dönem sabitlenebiliyor

ekip ahengi. Sonuçta burada hastaların sağlığı ve varlığı için çabalyoruz, o kişi katıldığında ekibin içine katılamıyorsa ekibi etkiliyor. ” (Katılımcı 13)

Görüşme yapılan Katılımcı 8, TRSM’de sunulan hizmet modelinin temelinde ekip çalışmasının olduğunu, burada sunulan hizmetlerin birden fazla alanı kapsadığını belirtirken, ekip çalışmasının farklı sağlık profesyonellerinin bir araya gelmesi ile üyenin çok boyutlu bir şekilde değerlendirilmesine olanak sağladığını belirtmiştir. Ayrıca ekipteki profesyoneller arasında mutlaka işbirliği olması gerektiğine de vurgu yapmıştır.

“TRSM modelinin zemininde bakış açısının değişimi derken, bir çalışma ortamının artık hastanelerden çıkıp, TRSM ile birlikte kişilerin yaşadığı ortama kadar yayıldığı geniş bir alandan söz ediyoruz. Dolayısı ile de alanda değişmesi gereken önemli unsur çalışma şekli bu da ekip çalışması. Ekip çalışması tamamen ekibin bir araya geldiği, ekibin doktor ile beraber hastayı ve ailesini görüp onlarında fikirlerini önemsedğini, istek ve önerilerini aldığı çalışma yöntemi. Bu çok önemli. ... Hastaya tedavi ve rehabilitasyon açısından hizmet veriliyor, ama aslında TRSM’lerde hastanın çok boyutlu ele alınması gerekiyor. Tedavi ve psikolojik destek ihtiyacından ziyade barınma ekonomik, istihdam ve sosyal alanlarda ki ihtiyaçlarının da giderilmesi gerekiyor. Çünkü ruh sağlığı hastalıkları tüm bu alanlar ile birebir örtüşüyor. Biri eksik kaldığında tam iyileşmeye zaten gidemiyoruz. Bakıldığında bu da çok komplike bir çalışmayı sıkı bir işbirliğini gerektirdiği için ekip içinde iyi bir işbirliği olması lazım doktor, hemşire, psikolog ve sosyal çalışmacı tarafından. ” (Katılımcı 8)

4.2.2.4.A. Rol çatışması ve rol belirsizliği

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin tamamı, TRSM’de sahip oldukları mesleki rol ve görevlerin birbiri içine girmiş olduğunu, mesleki sınırların geçirgen olduğunu, yapılan işlerin büyük çoğunluğunun ortak olduğunu belirtmişlerdir. Araştırma verileri, sağlık profesyonellerinin kendi mesleki rol ve görevlerinin dışında, ihtiyaca göre farklı meslek elemanlarının rol ve görevlerini de üstlendiklerini göstermektedir.

“Bazen hemşire olabiliyorsun bazen vaka yöneticisi oluyorsun bazen çalışan oluyorsun bazen psikolog oluyorsun bazen sosyal çalışmacı oluyorsun bunların tamamını yaşıyoruz. Yani TRSM’de ben şu meslek grubundayım benim başka bir işim olmaz dememek gerekiyor. Çünkü burada her şey ortak yapılıyor. Yeri geliyor doktor yapıyor, yeri geliyor psikolog yapıyor, yeri geliyor hemşire yapması gerekiyor ki sorun çıkmasın diye. ” (Katılımcı 10)

“Burası biraz ekibin beraber çalışması gereken bir yer. Yani bir hastanede çalıştığımızda roller bellidir. Hemşire enjeksiyonunu yapar, doktor muayenesini yapar, psikolog testini görüşmesini yapar, ama burası öyle değil. Yeri geldiğinde ben rehabilitasyona gidiyorum, yeri geldiğinde bir hemşire gibi yönlendirme yapabiliyorum, yeri geldiğinde stantta görev

alıyoruz, ürünlerle ilgili çalışmalar yapıyoruz. Hani iç içe geçmiş aslında biraz roller var burada aslında öyle de olması gerekiyor çünkü bütüncül yaklaşmak gerekiyor hastaya. ” (Katılımcı 1)

“Ekip içerisinde olmak birbirine benzemek mesleki rollerin geçirgenliği var. Önceleri eziyet gibi geliyordu bana hani bende daha net olsun istiyordum ama bunun biraz keyfini sürmeye başladım. Farklı şeylerde öğrenmeye başladım o açıdan iyi oldu yani. ... Bir konuda hakikaten ben daha iyi biliyorum bir konuda hakikaten hemşire daha iyi biliyor ama o anda ortamda kim varsa onun dediği gibi oluyor ya da kim baskın çıkarsa. Baskın çıkanda genelde tecrübeli, daha çok sene geçirmiş kişiler oluyor. ... Ben bazen hemşirelerin yaptığı işleri yapıyorum, bazen onlar benim yaptığım işleri yapıyor. Sosyal çalışmacının yaptığı işleri yapıyorduk uzun bir dönem yoktu sosyal hizmet uzmanınız şimdi mesela yeni gelen uzmana devrettik gibi oldu yani. ... Sınırlar geçirgen yani kümelerin kesiştiğini düşününün matematikteki gibi. Herkesin kendine has yaptığı şeyler var ama diğer kurumlara göre daha az zaten kurumsallaşmanın hedeflenmediği bir birim burası. ...” (Katılımcı 11)

Sağlık profesyonellerinin bir kısmı, TRSM’de rollerin esnek olması gerektiğine vurgu yaparken, bunun bir takım sorunları da beraberinde getirdiğine dikkat çekmektedirler. Katılımcılar, en çok sosyal hizmet uzmanının rolünü üstlendiklerini, bunu farkında olmadan, o an hizmetin aksamaması için yaptıklarını ifade etmişlerdir. Araştırma verileri, sosyal hizmet uzmanlarının merkezde sayıca az olması ya da hiç olmamasının, bu mesleğe ilişkin rol ve görevleri diğer sağlık profesyonellerinin üstlenmesine sebep olduğunu göstermektedir.

“Daha önce burada sosyal hizmet uzmanımız olmadığı dönemlerde oldu açıkçası. Biz genelde sosyal hizmet uzmanının rolünü aslında almışız, çoğu zaman farkında değildik. Çünkü şey düşünüyorduk hastanın işi aksamaması mantığıyla biz yardımcı oluyorduk ve bir şeyler yapıyorduk. ” (Katılımcı 7)

“Roller esnek olmak zorunda çünkü benim işim bu kadar ben bunu yaparım olmuyor ekiple çalışacaksın. Onun olmadığı gün onun rolüne kaymanız onun boşluğunu desteklemeniz gerekebiliyor. TRSM'nin çıkarları doğrultusunda hizmet veriyoruz. ...” (Katılımcı 9)

“Roller artık birbiri içine giriyor. ... Hastanın evine gidiyorsunuz yanınıza psikolog ya da sosyal çalışmacı yok siz her şeyi yapmaya çalışıyorsunuz. Şu anda yeri gelip sosyal çalışmacının rolüne bürünebiliyorum farkında olmadan oluyor. Bunun sebebinin kesinlikle sosyal çalışmacıların sayı olarak eksikliğinden kaynaklandığını düşünüyorum. Mesela tedavi için gidiyorum, ilacı hakkında hastalığı bilgilendirmem lazım bu bizim görevimiz. Şimdi o anda maddi sıkıntılardan dolayı 2022 maaşı konusunda bilgi almak istiyor. Ne yapabilirim diye hasta bize soruyor o anda. Ben ona 2 hafta sonra sosyal çalışmacımız gelecek diyemiyorum. Geldiğimde sosyal çalışmacıya bildiriyorum, en azından takibinin

sağlanması için. Önceden sosyal çalışmacımızda yoktu. Şu anda durumumuzun en iyi halimiz olduğuna inanıyorum. Şuanda mesleki olarak sınırları biraz daha biliyoruz. ” (Katılımcı 13)

“ O keskin yönleriniz daha yumuşuyor ve grubu birlikte yönetmek daha kolay oluyor. Mesela bazen ben grubun liderliğini alıyorum bazen ben sessiz kalıyorum başka biri liderliği alıyor ki bu devamlılığı sağlamak adına önemli. ... Ben hekimlik görevimin dışında, hemşire hanımlar hemşirelik görevi dışında pek çok iş yapıyor, psikoloğumuz, sosyal çalışmacımız, rehabilitasyon kısmında olduğu için ben sadece tedavi ile ilgilenirim başka bir şeye bulaşmam, TRSM’de çok işe yarar bir mantık değil. Onun için bütüncül çalışma ki o da neyi gerektiriyor, grup içindeki kişilerinde beraber iletişim sağlayabilmesi lazım. Dediğim gibi daha esnek olması lazım. ” (Katılımcı 15)

“Rol karmaşası oldu tabî ki meslekler arasında bir ekip karmaşası yaşandı. Bu bazen çözülebildi bazen çözülemedi ama çoğunlukla çözüldü ki şu an hala devam ediyoruz. TRSM’yi kabullenmek gerekiyor. Ya bazen rol paylaşımında sıkıntı olabiliyor hani bir sosyal hizmet uzmanının görevi varken o rolü biz üstlenebiliyoruz o da işte düzenli bir sosyal hizmet uzmanımız olmadığı için olabiliyor. Düzenli bir sosyal hizmet uzmanı olması gerekiyor. Çünkü, hastalarımız işle ilgili bir şey sorduğunda ben çok yardımcı olamıyorum, bilgimde olmadığı için havada kalıyor. ” (Katılımcı 6)

Katılımcı 8, TRSM’de doktor, sosyal hizmet uzmanının ya da psikoloğun eşit sayıda istihdam edilemediğini ancak burada daima hemşirelerin bulunduğunu belirtmiştir. Bu durumun hemşirelerin temel mesleki rolleri dışında bu mesleklere ilişkin rolleri de üstlenmelerine neden olurken beraberinde rol çatışmalarını da getirdiğine değinmiştir.

“Roller zorunluluktan birbirine girebiliyor. Çünkü her TRSM’de eşit sayıda psikoloğu, sosyal çalışmacıyı sağlayamıyorsunuz. Mutlaka bir hemşire sağlıyor. Ne yazık ki sosyal çalışmacı sayısı tüm Türkiye genelinde çok az olduğu için ve süreklilik sağlanamadığı için ne oluyor, bir bakıyorsunuz sosyal çalışmacının bütün rolleri hemşire yapmak zorunda kalabiliyor. ... Örneğin kişinin maaşı bağlanacak, biz burada ciddi sıkıntılar yaşadık, hemşireler tek tek ilgilenmek zorunda kaldı. ... Ya da çok fazla personel sirkülasyonu olduğunda, doktor sirkülasyonu içinde geçerli, hemşire daha uzun süre çalıştığında daha deneyimli oluyor. Hastalar sonuçta kayıtlı olan hasta olduğu için ve hemşire onu uzun süredir takip ettiği için çok daha iyi tanyabiliyor. 6 yıldır 10 yıldır bilen, tanıyan hemşirenin yanına bir de yeni gelen doktor verildiğinde, hemşire doktora bilgi verdiğinde bazen bu doktor tarafından sen bana tedaviyi mi öğretiyorsun gibi yanlış anlamalara rol çatışmasına sebep olabiliyor. Halbuki burada tamamen bir oradaki doktorun sürekliliğinin sağlanmamasından, hemşirenin hakikaten deneyimin daha fazla olması ile alakalı bir durum. ” (Katılımcı 8)

Bazı katılımcılar, TRSM'nin hizmet sunumunda ekip çalışması uygulandığı için, mesleki rollerin büyük çoğunluğunun ortak olduğunu, kesin rollerden ziyade o an ekipte hangi role ihtiyaç varsa o role bürünüldüğünü belirtmiştir. Bu nedenle rol belirginliği sorunu yaşadıklarını ifade eden sağlık profesyonelleri bunun yönergede hemen hemen bütün görevlerin ortak olarak belirtilmesinden kaynaklı olduğuna değinmişlerdir.

“Aslında mesleki roller ve işlevleri birbiri içine girmiş, birbirinden kopmayan bağlar olarak görüyorum onun dışında zaman zaman görev karmaşası olduğu yerlerde var. Bu senin işin şu senin işin bunu sen yap bu benim alanım değil gibi sıkıntılarda zaman zaman oluşabiliyor. Bu tabii ki bazı da olabiliyor. Bakanlığın vermiş olduğu bu mesleki yönergede hemen hemen bütün görevler ortak gibi duruyor ayrışma çok fazla yok.” (Katılımcı 16)

“Aslında ekip çalışmasına uygun bir ortam varda kişilerin biraz böyle sınırlılıkları fazla olduğundan, meslek birbirinin içine geçtiğinden, ne yapılacağı konusunda mesleki bir tanım olmadığından ve bakanlığın verdiği görevde meslekle ilgili mesleki bir tanım olmadığından kaynaklanıyor. Hepimizin rollerinin kapsamı özellikle ekip çalışmasında bir olduğundan bir karmaşa var. Kim olacak o ekibin şeyi hani kim nerde müdahil olacak bunun bir karmaşası var. Rol karmaşası fazlasıyla yaşıyor.” (Katılımcı 5)

“TRSM’de aslında çok keskin rollerimiz yok, çünkü burada bir ekip çalışması olduğu için. O an ekipte hangi role ihtiyaç varsa bir şekilde o role bürünmüş oluyoruz. ... Burada sağlık profesyoneli olsak da tek yaptığımız şey sağlıkla ilgili ya da tedavi ile ilgili kısım olmadığı için, roller burada bir belirsiz. O yüzden kişinin istekliliğine göre görevler şekilleniyor. Mesela burada bir doktor şunu diyebilir, ben sadece hasta bakarım tedavimi yaparım başka bir şeye bulaşmam. Böyle bir sistem de mümkün olabilir ama tam tersi de mümkün olabilir. O yüzden bu konuda da net TRSM doktoru şu şunları yapar diye bir liste var ama o liste bile yoruma çok açık.” (Katılımcı 3)

4.2.2.4.B. Ekipte personel dağılımı

Araştırmaya katılan sağlık profesyonelleri, gezici ekiplerde mesleki personelin çeşitli olması gerektiğine değinirken, hemşire dışındaki personel sayısı az olduğu ya da hiç olmadığı için ekiplerin hemşirelerden oluştuğunu, diğer meslek elemanlarının ihtiyaca göre ekibe katıldığını ifade etmişlerdir. Katılımcılar psikolog ya da sosyal hizmet uzmanının her zaman ekibe dahil olamamasının hizmetlerin sunumundaki etkililiği ve verimliliği etkilediğini ve her gezici ekipte hemşirenin yanı sıra sosyal hizmet uzmanı ve psikoloğun bulunmasının daha uygun olacağını belirtmişlerdir.

“Aslında ekipte diğer meslek grubu arkadaşlarında olması gerekiyor ama bir tane sosyal

hizmet uzmanı var. Gezici ekibe gittiğinde buraya gelen hasta bu sefer mağdur oluyor görüşemeyebiliyor bu sorun yaratıyor ya da her gün gezici ekibe gittiğinde bu sefer uzak yerlerden dolayı bünye kaldıramayabiliyor. Ev ziyaretinde kesinlikle psikoloğun, sosyal hizmet uzmanının olması gerekiyor. Çünkü bir vakaya gidildiğinde sadece tedavi ile ilgilenilmiyor evi ile ilgileniyorsunuz, maaşı ile ilgileniyorsunuz öz bakımı ile ilgileniyorsunuz. Bir işle uğraşılıyor mu hastalık hakkında farkındalığı ne düzeyde bunlarla ilgileniyorsunuz ve dolayısı ile psikoloğun gidip orda iletişim kurarak eğitim vermesi düşünülüyor. Buraya davet ettiğimizde buradaki eğitimleri yaptık ama köylerdeki getiremiyoruz buraya iş nedeni ile maddi imkansızlıklardan gelmiyorlar. Köy çok uzak oluyor biz burada ne yapıyoruz psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve ergoterapist arkadaşımızı zaman zaman götürüp yerinde bizzat eğitim yaptırıyoruz, çok yararlı oluyor. ” (Katılımcı 9)

“Ekibin bir bütün olması gerekiyor. İhtiyaca yönelik hastaya gitmeye çalışıyoruz. Hastanın ihtiyacı o gün içine değişebiliyor. Örneğin planlamada psikolog var fakat hastaya ev ziyareti düzenlediğimizde sosyal çalışmacıya da ihtiyacı var. Ekiplerin biraz kalabalık gittiğinde de olmuyor ama. Belki şey olabilir ekiplere sosyal çalışmacı ve psikolog entegre edilebilir. Ekibin içinde sadece hemşire var eğer onun yerin sosyal çalışmacı sayısı fazla olup ya da psikolog sayısı fazla olup o bölgeyi beraber üstlenirsek aslında daha etkili olabiliriz diye düşünüyorum. ... Ekibin çeşitliliğinin olması lazım. ... Hemşire sayımız fazla, hemşire sayısını azaltıp, diğer meslekleri artırılmalı. ” (Katılımcı 13)

“Ev ziyaretlerinde kesinlikle sayıca tek kişi ev ziyaretine çıkılmaması gerekiyor. Gezici ekibin 3 kişi olmasında fayda var, meslek grubu olarak mutlaka ev ziyaretlerinde sosyal çalışmacı yeterli ise, ideali sosyal çalışmacının her ekibe katılması, mutlaka bölgeden sorumlu hemşirenin katılabiliyor olması, ihtiyaca göre de doktorun ve psikoloğun katılmasını uygun olarak görüyorum. ” (Katılımcı 8)

Katılımcıların bir kısmı, gezici ekiplerdeki personel dağılımının uygun olduğunu, hastanın ihtiyacına göre hemşire dışındaki diğer personelin entegre edilmesi gerektiğini, ev ziyaretlerine çok kalabalık gidilmemesi gerektiğini aksi takdirde evin içindeki dinamiğin bozulduğunu belirtmişlerdir.

“Ailenin sürekli tanıdık yüzleri görmesi, o ekipte bir sosyal hizmet uzmanı, psikoloğun, hemşirenin ya da ergoterapistin olduğunu bilmesi aileyi de o açıdan rahatlatıyor. Çünkü sadece tedavi boyutuna destek alabileceği bir kurum değil burası. Başka alanlarda da sıkıntı yaşadığında gelip anlatabiliyor. Bu aileyle ekip olarak görüşmek hasta içinde ailesi içinde daha rahatlatıcı bir şey oluyor. Bir de ekiplerde hastanın ihtiyacına göre ekipler belirlenmeli çünkü burada gezici ekiplerde belli bir sayıda gezici ekibe çıkmamız gerektiği için bazen ihtiyaç dışında da gezici ekipler yazılabiliyor. Onların çok etkili olmadığı hani o birisi gidip orda aksesuar gibi duruyor ve geri geliyor. Aslında şöyle olması lazım mesela

o hastanın kime ihtiyacı varsa diyelim ki ergoterapiste tabi ki ekip üyeleri hemşire ve ergoterapistten oluşmalı. Hani çok fazla kalabalık gitmek evin içindeki dinamiği de bozuyor. Bağlanmayı da bozuyor, ihtiyaca yönelik ekibi kurmak, ekibi revize etmek daha mantıklı olabilir. ” (Katılımcı 3)

“Ev ziyaretlerindeki mesleki dağılım bence şuan için iyi durumda. Hani hemşireler her zaman gidiyorlar diğer meslek grubu personelde yine haftanın 2 günü şeklinde gidiyor. ... İlla hepsi gitsin diye hurra bir hastanın evine 3-4 kişinin birden gitmesini çok uygun bulmuyorum. İşlevsel olması gerekiyor. ... Hasta için ekstra bir kişinin gelmesi demek çünkü hassas konulardan konuşuyor hastalar ve çok fazla kalabalık olduğunda kendini açmayabilir ve oradan belki bir hastalık belirtisini kaçırabiliriz. O anlamda şuan için ideal ama işte bu tip zorlamalar olmamalı bence. ” (Katılımcı 1)

“Ev ziyaretlerinde benim şahsi düşüncem bir eve çok kalabalık gidilmemesi. Bizim Bolu’da ki ekip iki hemşire arkadaştan oluşuyor. Rutin ev ziyaretini onlar yapıyor. Hangi hastaya doktor gidecek, hangi hastaya bilişsel görüşme lazım, hangi hastaya sosyal hizmet uzmanı desteği lazım o belirlenip, o kişinin onlara dahil olması. Ama takdir edersiniz ki sizin evinize böyle tıksık birçok insan geldiğinde evdekiler gerilir. O yüzden buna da dikkat etmek gerektiğini düşünüyorum. ... Kimin neye ihtiyacı varsa o hizmet grubuna yönelik kişi eklenir, hemşireler zaten hep gidip gelen grup, onun yanına eklenecek kişinin işlevsel olması lazım. Elemanımız var diye herkesi toplayıp götürmenin anlamı yok. ... ” (Katılımcı 15)

“Ev ziyaretlerinde, ihtiyaçlar çok önemli. Bir alanda ihtiyaç varsa danışman ve hemşirenin dışında doktora ihtiyaç varsa doktor, ergoterapiste ihtiyaç varsa o ya da psikoloğa ihtiyaç varsa o gitsin diye düşünüyorum. ” (Katılımcı 4)

4.2.2.4.C. Ekipte vaka yöneticiliği

Araştırma verileri, TRSM’de vaka yöneticiliği rolünün hemşireler tarafından yürütüldüğünü ortaya koymaktadır. Görüşme yapılan Katılımcı 1, psikolog ve sosyal hizmet uzmanının medikal tedaviye hakim olmadığı için, vaka yöneticiliği yapamayacağını ifade etmiştir. Vaka yöneticiliğini hemşirelerin yönetmesinin daha doğru olduğuna ancak bu konuda psikolog ya da sosyal hizmet uzmanının da bir adım geride kaldığına değinmiştir.

“Aslında var olan şey sosyal hizmet uzmanlarının da vaka yöneticisi olması yönünde. ... Ama şu anlamda hemşirelerin yönetmesi daha ideal olabilir çünkü hastanın her türlü şeyi takip ediliyor vaka yöneticiliğinde. Tedavisi takip ediliyor, enjeksiyonu da takip ediliyor. Biz tedavi kısmına çok vakıf değiliz o anlamda. Medikal tedavi kısmına. Hasta ilaç ismi söylüyor, dozlarını söylüyor bu konuda biz çok hakim değiliz, çok fazla yardımcı olamayız. Ama hasta bir duygusal paylaşımda bulunduğu hemşire bunu aktarabilir ya da bunun

onun için bir aciliyeti yoktur, biz ona destek çıkabiliriz. Ama işte o tedavi kısmının olması vaka yöneticiliğinde bizim için şey oluyor eksi olmuş oluyor bir adım biz geride kalmalıyız gibi hissediyorum bu konuda ve tedavinin öncelik olduğunu düşünüyorum. ” (Katılımcı 1)

Katılımcılar, TRSM kurulduğundan beri vaka yöneticiliği rolünün doktorlar ya da hemşireler üzerinden yürütüldüğünü belirtmişlerdir. Ancak diğer meslek elemanlarının da istihdamının sağlanması ile birlikte vaka yöneticiliği rolünü de psikolog, sosyal hizmet uzmanı ya da ergoterapistinde üstlenebileceği ifade edilmiştir. Katılımcı 14, psikolog ve sosyal hizmet uzmanlarının kendilerine ait hastaları olmadığından dolayı, gezici ekiplerde çok işlevsel olmadıklarına, mesleki uygulamalarının daha aktif olması için onların da vaka yöneticiliği rolünü üstlenmeleri gerektiğine vurgu yapmıştır.

“Bolu TRSM kurulduğundan bu yana doktor ve hemşireler üzerinden vermeye çalışılmış. Vaka yöneticiliğinde psikolog, sosyal hizmet uzmanı veya ergoterapist olmadığı için bütün görevleri hemşireler üstlenmiş. ... Zaten son dönemlerde sosyal hizmet uzmanının, ergoterapistin ve psikoloğun gelmesi ile daha çok sorumluluk sınırları belirlendi, görevler belirlendi. Vaka yöneticiliği rolünü artık psikologda, sosyal hizmet uzmanı da ergoterapistte yerine getirebilir. Son zamanlarda TRSM’de yavaş yavaş bu durum gelişmeye başladı. ... Gezici ekiplere sosyal hizmet uzmanı, psikolog geliyor ama çok işlevsel olmadığı dile getirilmişti. Çünkü vaka yönetmedikleri için, baktıkları özel olarak takip ettikleri hastalar olmadığı için psikolog ve sosyal hizmet uzmanının boşuna gittiğini düşünen bir grup vardı. Haksız olmadıklarını düşünüyorum. ... Bence sosyal hizmet uzmanlarına ve psikologlara hasta verilmeli. Çünkü hasta verilmediği zaman çok fazla işin içine giremiyor psikolog ve sosyal hizmet uzmanı ve hastaları tanımakta güçlük çekiyor. Bir ekibin 300 hastası var, sosyal hizmet uzmanının da bir bölgesi olsa, ilçede ve merkezde sosyal hizmet uzmanı daha fazla kuruma ve hastalara adapte olabilir diye düşünüyorum. ” (Katılımcı 14)

“Şöyle bir durum var hastaları bölge bazında böldüğümüz için bizim için o adreste çıkan her hasta o bölgenin hastası. Bir sosyal çalışmacı açısından, bir psikolog açısından olsun bu bölgeler bölünmediği için o sadece benim hastam. Psikolog ihtiyacı var ise psikologdan destek alıyorum. Ama aslında ortak görevlerde herkesin bölgesi olması gerekiyor ve herkes o hasta ile çalışacak. O açıdan paylaştırılrsa kişi başı düşen sayı belki daha azalabilir. ” (Katılımcı 13)

4.3 Sağlık Profesyonellerinin Gözünden Mesleki Rol ve Görevleri

Araştırmanın bu bölümünde, TRSM’de çalışan sağlık profesyonelleri bu merkezdeki rol ve görevlerine ilişkin düşüncelerini paylaşmışlardır.

Elde edilen bulgular, katılımcıların tamamının merkezde daha çok ortak görevler üstlendikleri yönündedir. Katılımcılar, TRSM’de keskin rol ve görevlerinin olmadığına, daha çok hizmet sunulan ortamda hangi role ihtiyaç varsa o role büründüklerine, rollerin sürekli değişkenlik gösterdiğine değinmişlerdir.

“Biz burada her işi yapıyoruz A’dan Z’ye hastaları tarama konusunda, tanının netleşmesi konusunda, gezici ekip konusunda, hastanın ruh sağlığında muayene olmasından hastanın listelerimize düştüğü andan sonra hastaya ev ziyaretine kadar her yerde hemşire var. Türkiye’deki hemşire sayısı fazla psikiyatrist, psikolog, sosyal çalışmacı sayısına göre fazla olduğu için, bu sistemin hemşire üzerinden yürüyeceği başından belli idi. Sistem bunu hazırladı. Sayının fazla olması sizden beklentiyi artırıyor. ... Örneğin psikolog sık değişebiliyor, bu onların alanlarına girmemize sebep oluyordu. ” (Katılımcı 13)

“Bizim buradaki rolümüz çok çeşitli. Yeri geliyor psikolog oluyorsun, yeri geliyor doktor oluyorsun, yeri geliyor sosyal çalışmacı oluyorsun. Oda bazen zorluyor hani bir yulgınlık yapıyor bazen. Çok temel görevimiz yok gibi bence ortak görevler var gibi genelde. Yani hastanın tedavisinin takibi, işte kontrollerine geliyor mu sosyal yönden bir desteği var mı genelde bu şekilde. ” (Katılımcı 6)

“Benim temel görevim nedir dersiniz çok fazla çıkmıyor. Temel görev hastanede çalışıyor olsam çok basit, testlere katılırsın. Buradaki temel görevimden ziyade ortak görevler var mesleki roller biraz daha geçirgen. Benim kendime has yaptığım şey burada grup çalışmalarını yürütmek, bireysel görüşmeleri yapmak ve testler yönlendirilirse onları yapmak temel görevim bu gibi, gezici ekiplere destek sağlıyorum. ... Seminerler, eğitimler bu konuda yatkınlığım olduğunu düşünüyorum. Mesela özel günlerde, bipolar gününde yaptık ertesi sene kaçırdık onlar olabilir, hizmet içi eğitimler olabilir, üniversitelerde olan çalışmalar olabilir. Üniversite günlerine gittik, sunum yaptık falan o tür ek görevlerde oluyor. Yazı gelirse diğer kurumlarda onların seminerine çalışmalarına katılıyoruz o görevlerimiz var. Merkezi tanıma ile ilgili de bir şeyler yapmaya çalışıyorum. ” (Katılımcı 11)

“TRSM’de aslında çek keskin rollerimiz yok, çünkü burada bir ekip çalışması olduğu için o an ekipte hangi role ihtiyaç varsa bir şekilde o role bürünmüş oluyoruz. Mesela hemşirelerle gittiğimizde hastanın bireysel görüşme yapmaya ihtiyacı olduğunu düşünüyorum, yeri geliyor psikolog gibi çalıştığında oluyor. Ya da hastanın daha çok barınma ile yakıtla ilgili sıkıntısı var gidip kaymakamlığa konuştuğumuzda oluyor. Burada sağlık profesyoneli olsakta tek yaptığımız şey sağlıkla ilgili ya da tedavi ile ilgili kısım olmadığı için, roller burada biraz belirsiz. O yüzden kişinin istekliliğine göre görevler şekilleniyor. ” (Katılımcı 3)

“Tedavi görevimiz var zaten onu arkadaşlarla aramızda paylaşıyoruz ama onun dışında

rollerimiz sürekli değişkenlik gösterebiliyor. ” (Katılımcı 10)

Bazı katılımcılar, TRSM’de sahip oldukları ortak rol ve görevlerin dışında mesleki olarak sadece o meslek mensubunun yapabileceği görevlerinde olduğuna değinmişlerdir. Merkezde çalışan sağlık profesyonellerinden hemşirenin enjeksiyon yapmasını, psikoloğun bireysel görüşmeler yapmasını ya da psikiyatristin görüşme yapıp ilaç yazmasını keskin mesleki ayrımlar olarak ifade etmişlerdir.

“Bireysel görüşmelerimin olması ve fazlaca buna fırsat sunulması benim için çok avantajlı bir durum. Tabi ki bunun yanında gezici ekibe gitmem benim bununla paralel olan bir görevim aslında. Ek görevim gibi görünse de hayır orda ben hasta ve ailesi ile görüşüyorum. Orda kısa bir psiko-eğitim veriyorum. Belki kişilere stresle baş etme konusunda küçük bir destek oluyorum. O da yine benim mesleğimle alakalı bir durum zaten. ... Mesela gezici ekibe çıkmak bizim ortak görevimiz, işte vaka toplantısına, günaydın toplantılarına girmek bizim için hepimizin ortak görevi. Burada zaten keskin mesleki ayrımlar dışındaki pek çok şey ortak görev. Mesela hemşirenin enjeksiyon yapması, bunu ben yapamam o onun görevi benim bireysel görüşme yapmam ya da test yapmam benim görevim, ya da psikiyatristin muayene edip ilaç yazması o onun görevi mesela bunlar keskin şeyler ama onun dışındaki her şey ortak görev. ... Tabi ki yine rehabilitasyon kısmında olduğum için merkeze dışardan gelen birileri olduğunda merkezi tanıtma görevi genelde bende oluyor. ” (Katılımcı 1)

“Burada benim hemşire olarak temel görevim, benim bölgemdeki yani danışanı olduğu vakaların tedavisini kontrol etmekle yükümlüyüm. Tedavisi düzenli gidiyor mu gitmiyor mu diye, tedaviyi biraz açayım enjeksiyon kullanımını, ilaç alıyor mu ya da bir sıkıntı var mı onları tespit etmek ve olan tespiti doktorumuz ile paylaşmak... Programlar dışında varsa aileden telefon gelebiliyor bu durumda gidip o evi ziyarette bulunuyoruz aslında krize müdahale gibi bir şey oluyor müdahale etmiş oluyoruz. ... Hemşirenin rolü bir yerde değil aslında her yerde aslında TRSM’nin bel kemiği hemşire diyebilirim hastanın içinde doktorun yanında psikoloğun yanında sosyal hizmet uzmanının yanında. ... Hastanın psikologla ilgili danışacağı bir konu varsa ihtiyacına yönelik ona yönlendiriyorum terapi açısından ya da doktora yönlendiriyorum. Aslında biz kılavuzluk yapmış oluyoruz bir açıdan. ” (Katılımcı 7)

“Temel görevlerde hemşirelik olarak görevlerimiz belli, gelen hastayı karşılama ve bilgilendirme poliklinik hizmetlerine katılma, orda doktor ile birlikte tedavisini planlama aslında doktorun uyguladığı tedaviyi alıp üstlenme, hastaya gerekli verilecek hemşirelik hizmetleri yapma şeklinde bu bizim temel görevlerimiz. Ortak görevler ise, bir hemşire olarak bakarsak yeri geldiğinde diğer alandaki meslek grubu arkadaşlarında görevlerine yardımcı olmak, yeri geldiğinde bireysel görüşme yapmak, yeri geldiğinde sosyal çalışmacının görevi olan bakım ücreti gibi barınma gibi durumlarda SYDV ile görüşüp o

arkadaşların hizmetlerini devralmak gibi görevleri yapıyoruz. Yeri geldiğinde bir öğretmen olarak rehabilitasyonda atölyede çalışıp üründe çıkardığımız oluyor bunlar ek görevler. ”
(Katılımcı 9)

“Temel görevleri tedavi ve takip olarak görüyorum. Aslında birinci görevimiz hastayı tedavi etmek, bu tedaviyi ederken de hastanın takibini yapmak gerekiyor. Yani ilacını düzenli alıyor mu, kullanıyor mu, sürekliliğini sağlıyor mu, iyi olduğu dönemde doktor kontrolüne geliyor mu, atak olduğu dönemde ne yapmak gerek konusunda hasta ve ailesini bilgilendirmek gerekiyor. Bunun dışında yapabilecekleri rehabilitasyon faaliyetleri ne varsa o noktada desteklenmesi, bunları yapıyor mu yapmıyor mu, kontrol ederek hastaya neler kattığını, hastaya anlatarak motive ederek bunun yapılması gerektiğini düşünüyorum. Birde bu noktada TRSM’de hizmet içi eğitim faaliyetlerinde görev alması gerekiyor. TRSM’nin içinde verilen psikososyal eğitimler, eğitici eğitimleri, hasta ve hasta yakınlarına eğitimler, rehabilitasyon faaliyetleri ortak görevler olarak görüyorum. Yine kurumlar arası işbirliği sorunların çözülmesi ortak görevlerimiz. ...” (Katılımcı 16)

Araştırma verileri, TRSM’de görev yapan sağlık profesyonellerinden olan psikiyatristin ortak görevleri dışında, TRSM’nin tüm işleyişinden sorumlu olduğunu, idari anlamda liderlik rolü olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca merkezden hizmet alan üyelerin bakım planını oluşturması ve bu plandaki rol ve görev dağılımını belirlemesi, kurumlar ile iletişim ve koordinasyon sağlaması ve vaka toplantılarını koordine etmesi gerektiğine değinilmiştir.

“TRSM de psikiyatrist hem ekip lideri olarak hem de TRSM’nin sorumlu hekimi olarak görev yapar. Ekip lideri olarak hastanın tedavisinden, TRSM’nin tüm işleyişinden sorumludur. İdari ve mesleki bir rolü var. ... Yine o sorumlu hekimliğinden dolayı hastane başhekimisi ile iletişimi kurmak diğer kurumlar arası işbirliğinde halk eğitim merkezi, aile çalışma ve sosyal hizmetler ile, İŞKUR ile kaymakamlık vb. yerler ile, sivil toplum kuruluşları ile iletişim kuracak kişi yine sorumlu hekim pozisyonundaki psikiyatristin görevi olmaktadır. Ayrıca ekip lideri olarak orda yapması gereken ayırıcı tanı, poliklinik, teşhis ve tedavi görevinin dışında bakım planında ekibi bir araya getirmek. Herkesi tek tek ayrı çalışma rutininden ya da çalışma alışkanlığından çıkarıp, hastayı da davet edip o gün hizmet alacak üyenin ailesini de davet edip, bir masanın başında tüm sağlık profesyonellerin yer aldığı, herkesin fikrini söyleyebileceği, bütün fikirlerin tartışıldığı, ayrıntılı bir bakım planı yapılmasından sorumlu olan kişidir. ... Tedavinin seçiminde, aile desteğinin alınması, hastanın tanınması, sosyal becerilerinin belirlenmesi, ona yönelik ihtiyacın belirlenmesi, psiko-eğitim mi, aile eğitimi mi, ruhsal toplumsal beceri eğitimi mi devreye girecek, daha çok mu ev ziyareti düzenlenecek merkeze mi gelebilecek, gelecekte hangi atölyeden fayda görecektir, ne tür bir eğitimden fayda görecektir bütün bu planlamaları ayrıntılı yapıp görev dağılımının yapılmasından ekip lideri olan psikiyatrist sorumlu

olduğunu düşünüyorum. ... Ev ziyaretlerinin planlamasından, vaka toplantıları, bakım planlarının sonuçlarının değerlendirilmesi, hedeflerin konulması ardından hedeflerin amaca ulaşip ulaşmadığının test edilmesi ve nihayetinde toplumda farkındalık yaratma adına damgalama ile mücadele adına bilinçlendirme toplantılarının planlanması, seminer ve konferansların verilmesi görevleri arasında. ” (Katılımcı 8)

“Ek görevler mesela eğitim, kendi çalışanlarımıza eğitim ya da dışardaki meslek gruplarına eğitim vermek, bunlar TRSM’de önemli. ... TRSM’de benim çalıştığım süre boyunca idari görevi de üstleniyordum. İdarecinin dış şeylerle de ilgilenmesi gerekiyor, kurumlar arası iletişim gibi. Gidip o kurumla konuşmak gerekiyor, bunu organize etmek, çalışma sistemini organize etmek, çünkü çift doktor çalışmaya başladıktan sonra doktorun rehabilitasyon kısmını da organize etmesi gerekiyor. Yani sadece mesleki olarak hekimlik yapayım, tedavi düzenleyeyim, görüşmelerimi yapayım değil, TRSM’de çok daha geniş açıyla bakmak gerekiyor. İdari görevler, hastane ile iletişim, çalışma düzenini organize etmek gibi. ” (Katılımcı 15)

“Aslında rehabilitasyon anlamında kilit bir rol taşıdığımızı söyleyebilirim. Mesela yalnız yaşayan bir birey, ne yapıyoruz işte yemek atölyesine yönlendiriyoruz ki bir şeyler elde edebilsin ve tek başına kalma becerisini elde edebilsin. Yine yalnız üyelerimizi yarın bir gün bir pantolon ya da bir gömleğinin düğmesi söküldüğünde bunu nasıl yapacağına dair bilgi edinsin diye dikiş nakış atölyesine yönlendiriyoruz ki burada gelişimini sağlasın. Kimi üyelerimize zaman zaman mesleğine yönelik şeyler yaptırıyoruz. KPSS kurslarına hazırlıyoruz. Bunun gibi faaliyetleri burada gerçekleştiriyoruz. Rehabilitasyon anlamında çok sağlıklı oluyor, aynı zamanda gezici ekibe gittiğim zamanlarda da günlük yaşam faaliyetlerini çalıştığımız hastalar var. Özellikle, bazı hastalarda banyo vs. gibi sorunlar yaşadığımız da oluyor. Bunlarla ilgili belirli bir program oluşturuyoruz ve sürekli takiple beraber bunları kırmaya çalışıyoruz. Aynı zamanda sosyal entegrasyon konusuna da burada çok yoğun bir şekilde değiniyoruz. ... Ortak görevlerimiz olarak, burada bizim üyelerimize aslında multidisipliner bir yapı ile yaklaşıyoruz. Hepimiz aslında bir bireye kendi mesleğimizde olsun mesleğimiz dışında olsun ne biliyorsak yapıyoruz. ... ” (Katılımcı 4)

Araştırmaya katılan sağlık profesyonelleri mesleki uygulamalarının daha aktif ve verimli olması için bir takım unsurların önemli olduğunu dile getirmişlerdir. Bu konuda Katılımcı 7 vaka sayısının daha az olması gerektiğine değinirken, Katılımcı 13 ise mesleki sınırların net olması gerektiğine vurgu yapmıştır.

“Vaka sayımız az olsa daha hakim olabiliriz bölgeye. Gittikçe ziyaret sayısı azalıyor çünkü sayı arttıkça da ziyaret sayımızı ona göre düşürmek zorunda kalıyoruz. Hasta ziyaretini düşürmek demek yani ister istemez onun tedavisini zaman aşımına uğramasına neden oluyor. ” (Katılımcı 7)

“Sınırlarımızın net olması lazım. Biz böyle daha çok gözümüzü karartıp çalışıyoruz. Ne yapmamız gerekiyor ise onu yapıyoruz.” (Katılımcı 13)

Görüşme yapılan Katılımcı 1, dönem dönem hastane ile TRSM arasında işbirliği içerisinde bulunarak rotasyonların olmasının mesleki olarak daha verimli olmasına katkı sağlayacağını ifade etmiştir.

“Her zaman aynı tanı grubuyla ya da benzer tanı grubuyla çalışmak durumunda kalıyoruz. Hani bir depresyon gibi ya da bir anksiyete bozukluğu olan hasta ile çalışmıyoruz. O anlamda biraz sıkıntı yaşıyoruz. Belki hastane ile daha işbirliği halinde olmak zaman zaman oraya rotasyonların olması bizim için daha verimli olabilir. ... Ya da örneğin test yapma konusunda ben daha fazla deneyim kazanmak isteyebilirim, oda burası için uygun bir ortam değil. O anlamda belki gerçekten hastane ile çalışmak, işbirliği daha verimli olabilir bizim için.” (Katılımcı 1)

Araştırma bulguları, TRSM’den hizmet alan hastalara daha uzun vakit ayrılarak detaylı değerlendirme yapılmasının, merkez dışında hastanın ailesini destekleyen bir mekanizma olmasının, merkezde görev yapan hekimlerin tam zamanlı olarak burada bulunmasının merkezin verimliliğine önemli katkıları olacağı yönündedir.

“İşte belli hastalara gidilmesi, belli sayı da gezici ekip yapılması gerekiyor, her şeyin bir düzene bağlı gitmesi gerekiyor. Mesela ben şimdi bir hastaya gittiğimde o hasta ve aile 2 saat görüşme yapmam gerekiyorsa o kadar yapmalıyım ama o zaman gezici ekip hasta sayısı 2’ye 3’e düşüyor. Ama bu kronik bir hale geldiğinde şöyle oluyor neden gezici ekip sayısı düştü şeklinde hesap vermeniz gerekiyor. ... Aile, bir kurum devreye girdiğinde hastayı tamamen bizim kucağımıza bırakıp kaçma eğiliminde oluyor. Bu verimliliği düşüren bir şey. Çünkü aileden destek alamazsak hastanın takibi bizim açımızdan çok zorlaşıyor. Yani aileyi destekleyen bir mekanizma olsa TRSM dışında, belki verimliliğimiz daha çok artar. Çünkü şuan hem aileye hem hastaya bölünmemiz gerekiyor ve yapabileceğimiz şeyler var yapamayacağımız şeyler var.” (Katılımcı 3)

“ ... Hastayı ben bilirim ben tek başıma göreceğimden ziyade, hastayı hastanın hemşiresi ile birlikte görmek, hastayı ev ortamında ailesi ile bilgilendirmek ve daha uzun süre konuşmanın önemli olduğunu gördüm. 5 dakika konuşup canım neyin var şeklinde 5 dakika kulağına ses geliyor mu demek yeterli değil. Hastaya daha geniş bakış açısı ile bakmak gerekiyor. Sosyal hayatı nasıl, tedaviye uyumu nasıl, hastalanmadan önce ne yapıyordu, şimdi ne kadarını yapıyor gibi daha çok zaman ayırarak, görüşme süresini daha uzun tutarak, daha çok bilgi almak önemli. ... TRSM’de zorlandığımız şey dediğim gibi zaman. Güzel olan kısmı yönetimin bize sağladığı ek hasta görmeyebiliyoruz. Sadece kendi hasta grubumuzu gördüğümüz için bir hastaya bir saat zaman ayırma şansımız oluyor. Ama çoğu yerde TRSM hekimi hem poliklinik yapıyor hem TRSM’ye bakıyor, gerekirse hasta yataklı

servisi yapıyor. Bu biraz dikkat dağıtıcı bir şey. O zaman TRSM'deki etkinliklere çok zaman ayıramıyor. TRSM hekiminin tam zamanlı TRSM'de olması kesinlikle verimliliğini artırıyor. ” (Katılımcı 15)

4.4. Sağlık Profesyonellerinin Gözünden Sosyal Hizmet Uzmanının Rol ve Görevleri ve Sosyal Hizmet Uygulamalarına Yönelik Bakış Açıları

Katılımcılar, sosyal hizmet uzmanlarının TRSM'deki rol ve görevlerine ilişkin paylaşımlarda bulunmuşlar ve sosyal hizmet uygulamalarının etkililiği ve verimliliğini değerlendirmişlerdir.

Sağlık profesyonelleri, sosyal hizmet uzmanlarının rol ve görevlerini sosyal inceleme yapma, üyelerin sosyoekonomik sorunlarını çözüme kavuşturma, gezici ekip-ev ziyaretleri, kurumlar arası koordinasyon ve üyelerin sosyal işlevselliklerini artırmaya yönelik faaliyetler, üyeler için toplumdaki kaynakları harekete geçirme, hizmet alabilecekleri kurum ve kuruluşlara yönlendirme olarak sıralamışlardır.

“Sosyal hizmet uzmanı ekibin olmasa olmazından, fakat sayıca çok azlar. Şu anda üçer ay rotasyon ile çalışıyorlar bizim için çok verimli olmuyor. ... Görev tanımı ile ilgili barınma, bakım ücreti, engelli maaşı gibi konularda korumalı ev, korumalı işyeri gibi konularının farkındalar rol görevleri olarak görüyorlar. Sosyal hizmet uzmanları, sosyal inceleme, kurumlar arası koordinasyonda görev yapabiliyor. ... ” (Katılımcı 9)

“Sosyal ve ekonomik sorunları ile ilgilenen sosyal hizmet uzmanı ekibin olmazsa olmazıdır. Engelli maaşında, bakım parasında hastaları destekledikleri gözlemleniyor. Gerek gördüğü yerlerde hastaların bu sosyal ihtiyaçlarını karşılıyorlar. ” (Katılımcı 12)

“Bence özellikle maddi yönden hastanın belli maaşı var mı, iş kurma yönünden nasıl, işte ne bileyim ev ortamı nasıl bunları sorgulamak, hasta ve ailesi ile psiko-eğitim, psikososyal destek ya da sosyal inceleme yapmak gibi görevleri de var ve bunları da yapıyorlar. ” (Katılımcı 6)

“Özellikle hastalığın tanısının konmasında sosyal inceleme ya da hastada görülen bir sorunun çözülmesinde sosyal inceleme yapıyorlar. Sorunun çözülmesi kaynağının ne olduğunun belirlenmesinde sosyal incelemenin yapılmasının çok etkili olduğunu düşünüyorum. İkincisi kurumlar arası ilişkide çok aktif rol alabiliyorlar. Üçüncüsü hastanın ya da ailenin hakları ya da özellikle işte engelli maaşının bağlanması, hangi şartlarda alınabilir, ne kadar, nereye başvurusu gerekir konusunda aktif rolü var. ... ” (Katılımcı 16)

Katılımcı 4, sosyal hizmet uzmanlarının kurumlar arası işbirliğinde önemli bir

rolü olduğuna değinerek, sosyal hizmet uzmanlarının TRSM'nin dışı bakan yüzü olduklarına vurgu yapmıştır.

“Buradaki sosyal çalışmacılarımız daha çok böyle hastalarımızın sosyal işlevleri ile ilgileniyor, sosyal işlevlerinden kastım; sigorta bakım parası, engelli maaşı bağlanması gibi şeylerle ilgileniyor. Zaman zaman şöyle durumlar ortaya çıkıyor, sosyal inceleme ihtiyacı olduğunda yine sosyal hizmet uzmanı bunu gerçekleştiriyor. Kurumlar arası işbirliği gibi, TRSM'nin dışı bakan yüzü şeklinde söyleyebiliriz aslında sosyal hizmet uzmanları açısından. ” (Katılımcı 4)

Sağlık profesyonelleri, sosyal hizmet uzmanlarının yaptığı sosyal incelemelerin, üyelerin hastalığının seyrini etkileyen faktörleri ortaya koymak açısından önemli olduğuna değinmiştir. Ayrıca hasta ve aileleri hakkında ayrıntılı bilgi edinme noktasında sosyal hizmet uzmanlarının ilk başvurulacak meslek elemanı olduğunu belirtmişlerdir.

“Hasta sayımız artmaya başladı. Sosyal anlamda yaşadığımız sıkıntılarda, sosyal hizmet uzmanı önümüzü açıyor. Dönem dönem tedavide etkin olabiliyor. Hastanın hastalığının seyrinin kötü gitmesine sebep olan durumları bazen bulamayabiliyorsun, sosyal hizmet uzmanı sosyal inceleme yaparak bunu keşfedebiliyor. Sosyal hizmet uzmanı bence şu anda TRSM'nin bel kemiklerinden olan bir meslek elemanı. ” (Katılımcı 2)

“Sosyal hizmet uzmanı bence önemli meslek elemanlarından biri diye düşünüyorum TRSM adına. Gerçekten hani her vakanın sosyal hizmete ihtiyaç duyabileceği bir alan var diyebilirim. Gerek barınma, gerek maaş ya da nasıl yönlendirebileceği konusunda, istihdamları konusunda önemli bir meslek. ... Ulaşamadığımız hastalarda ya da adreste hastayla ilgili ayrıntılı bilgiye ulaşamadığımızda ya da tutarsızlık oluyor bilgilerde bunlarda net bilgiye ulaşmamız konusunda ilk müracaat edebileceğimiz mesleklerden diyebilirim. Ev ziyaretlerinde de aynı şekilde sosyal incelemelerde özellikle zaman zaman ihtiyaç duyuyoruz. ...” (Katılımcı 7)

Görüşme yapılan sağlık profesyonellerinden Katılımcı 5, sosyal hizmet uzmanlarının mikro, mezo, makro düzeyde uygulamalar yapılabileceğini dile getirmiştir. Katılımcı 14 ise, sosyal hizmet uzmanlarının sosyal inceleme yaptıklarını, diğer kurumlarla koordinasyonu sağladıklarını, üyelere yönelik psiko-eğitimler yapıldığını, gezici ekiplerde hasta ve ailesi ile bireysel görüşmeler yapıldığını ifade etmiştir.

“TRSM'deki görevimizi ilk başta mikro, mezo, makro düzeyde olmak üzere paylaşırsak; mikro düzeyde tabi ki bireyle çalışmak. Bireyle çalışırken öncelikle kişiye özgü bir bakım

planı hazırlamak, kişiye özgü müdahale planı hazırlamak, ne ihtiyacı var bunu tek tek saptamak. Bunu yaparken işte ev ziyaretleriyle evini ailesini yaşadığı ortamı tespit edip mezzo düzeyde ailesiyle çalışma yapıyoruz. Kişinin evine gittiğimizde ya da kuruma çağırıp çalışma yapıp ailesinin ihtiyaçlarını saptıyoruz. Bunun haricinde tabi kuruma çağırduğumuz hasta ve ailesine yönelik psiko-eğitimler yapıyoruz. İşte onlara aslında grup çalışması çok güzel olurdu, böyle bir çalışma kendi adıma söylüyorum böyle bir çalışma yapmadım ama mezzo düzeyde hasta ve ailesine bir grup çalışması yaparak çok verim alabilirdik. Onun haricinde makro düzeyde eksik olan özellikle genelde aynı, nakdi yardımlar konusunda çok desteğe ihtiyaçları oluyordu. Diğer kurum ve kuruluşlarla koordinasyon halinde iletişime geçerek onlara destek olmaya çalışıyorduk. ” (Katılımcı 5)

“Rol görevler olarak sosyal inceleme geliyor. Mesela hemşireler veya doktorlar ilçeye gittiler takip ve tedavinin izlenmesi için burada hastanın bir takım ailevi sorunları ile karşılaştılar. İhmal, istismardan şüphe ettiler, bununla ilgili bilgi veriyorlar. ... Sosyal inceleme talep ediliyordu. Aslında sosyal inceleme yapma görevi var fakat hemşirelerin ve doktorların yönlendirilmesi ile alakalı kalıyor. ... Gezici ekiplerde, hasta veya ailesi ile bireysel görüşmeler yapılıyor. Hastalara yönelik sosyal yardımlar ile ilgili eğitim yapılıyor. EKPS ile ilgili plan programlar yapıldı, kaydı nasıl yapacak, nereye yapacak hatta beraber gidip yaptığımız hastalar oldu. Sınavların takipleri sonuçları ile ilgili çalışmalar yapıldı. Evde bakım hizmetleri, SYDV, SGK ve İŞKUR ile sık sık görüşmeler yapılıyor. ... Sosyal sorunlar çok fazla alanı kapsıyor. ... Bunları sosyal hizmet uzmanının birincil görevi olarak görüyorum. ” (Katılımcı 14)

Araştırma bulguları, sosyal hizmet uzmanlarının mevzuata daha hakim olduğu için kurumlar arası koordinasyonda daha aktif rol aldıklarını göstermektedir. Katılımcı 3, sosyal hizmet uzmanlarının toplum ile merkez arasındaki koordinasyonu sağlamakta kilit bir rolde olduğuna vurgu yaparken, sosyal hizmet uzmanlarının sık değişmesini ve sunulan hizmetlerde sürekliliğin sağlanamamasını sorun olarak görmüştür. Katılımcı 1, sosyal hizmet uzmanlarının görevlerinin daha çok üyelerin barınma sorunu, gezici ekip, ekonomik sorunlar, sosyal sorunlar gibi konular üzerinde yoğunlaştığına bunun yanı sıra aile içi şiddet, damgalama gibi diğer konular hakkında da çalışmalar yapmasının verimli olacağını düşünmüştür.

“Bence aslında burada en büyük payın onlarda olması lazım. Çünkü tedavi boyutu birçok hastanede yapılıyor ama toplum temelli dediğinizde hani o toplumdaki temelle bizim koordinasyonumuzu sağlayacak kişi kilit kişi sonuçta sosyal hizmet uzmanı. ... O yüzden hani burada çok aktif bir şekilde sosyal hizmet uzmanı çalışması gerekiyor ama genele baktığımızda, biz burada iki yıldır bu çalıştığımız beşinci sosyal hizmet uzmanı. Düzen esas olmalı çünkü nasıl ki hemşireyi değiştirmiyoruz hastayı tanıdığı için. O hastanın ihtiyacını belirleyen kişi sosyal hizmet alanında sıkıntı neyse onu çözen kişinin bu alanda devamlılığı

sağlaması gerekiyor. Çünkü burada şöyle oluyor mesela bir evin temizlenmesi lazım, çöp ev, çöplerin atılması lazım gibi bir sosyal hizmet uzmanı arkadaşımız geliyor burayla uğraşiyor uğraşiyor ev bir kere temizleniyor, sonra bitiyor o. ... Ama bir sonraki arkadaş geliyor ve onu takip etmiyorsa artık bir sonraki çöp ev olana kadar o şekilde devam ediyor ve çöp ev olduktan sonra yine aynı işlem yapılıyor ve devam ediyoruz. Yani arada kopmalar oluyor. Biz nasıl ki bir hastayı aldığımızda ben onu zimmetliyorsam üstüme sosyal hizmet uzmanı da aynı şekilde o hastayı alıp o sürecin devamlılığını sağlaması gerekiyor. Çünkü o da ekibin bir parçası ve sık sık değişmesi bizim açımızdan sıkıntı oluyor. ... Burada bazen hastalardan yeterli bilgi alamadığımız zaman onu detaylandırmak açısından sosyal hizmet uzmanı kilit görev görüyor. ... Kurumlar arası işbirliğinde daha çok sosyal hizmet uzmanı aktif görev alıyor. ... İŞKUR ile ilgili kısımda sosyal hizmet uzmanına çok iş düşüyor. Çünkü ön yargılarının kırılmasında da aktif rol oynuyorlar. Çünkü hangi alanda çalışabileceği ile ilgili bilgilendirme yapmak onları büyük oranda tampon görevine sokuyor ve bu bizim için çok iyi bir hale geliyor. ... O alanda yine sosyal hizmet uzmanından yardım alıyoruz. Birçok alanda aslında bakınca ekibin vazgeçilmez bir parçası yani. ” (Katılımcı 3)

“Tabi ki öncelikli olarak hastaların sosyal hizmet konusundaki desteklerini karşılayabilmek, bu taleplerine karşılık verebilmek, barınma, temizlik hizmeti, maaş konusunda destek gibi bunları karşılayabilmek. Tabi ki gezici ekip ev ziyaretleri de mutlaka yapmalı. Kurumlar arası işbirliği daha çok sosyal hizmet uzmanı üzerinden gidiyor diyebiliriz. Çünkü bu hizmetlerin sağlanabilmesi için pek çok kurumla işbirliği sağlanması gerekiyor. Belediye ile sosyal hizmetlerle, sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakfı ile orda sosyal hizmet uzmanının mevzuata çok iyi hakim olması gerekiyor. Hani sınırları iyi bilmesi gerekiyor ve hastanın durumunu iyi bilmesi gerekiyor. Hastanın durumunu iyi bilecek ki işte maaşını, gelir durumunu, evini çok iyi bilecek ki ona göre talepte bulunacak, talepte bulunabilmesi için de mevzuatı çok iyi bilmesi gerekiyor. ... Hasta ailesine yönelik, aslında burada sadece sosyal çalışmacılar barınma, maaş vs. gibi konular üzerinden gidiyor. Diğer konulara hiç girmiyor. Mesela aile içinde yaşanan bir şiddet konusuna ya da bir damgalama ile mücadele konusuna çok fazla girmiyorlar sanki. ... Geldiğimden beri hep sosyal çalışmacılarla hastaların maaşı, hastaların barınma ihtiyacı konusu hep paylaşılıyor, elbette ki bunu yapması gerekiyor ama onun dışındaki konulara çok fazla değinilmiyor. ... ” (Katılımcı 1)

Görüşme yapılan Katılımcı 8, sosyal hizmet uzmanlarının diğer meslek elemanları ile ortak sorumlulukları olduğunu belirtmiş ve bu görevleri arasında üyenin kaydını alma, bakım planını yapma, gezici ekip-ev ziyaretlerine katılma şeklinde sıralamıştır. Ayrıca kurumlar arası işbirliği, üyelerin ekonomik sorunları, sosyal sorunları, barınma sorunu ve istihdam konusunda gerçekleştirdiği çalışmaları asıl görevleri olarak görmektedir. Görüşmecisi, işverenlerle koordinasyon, kurumu tanıtmaya, üyenin istihdamı sonrası işyeri

ziyaretleri yapma, psiko-eğitimler, damgalama ile mücadele çalışmaları ve aile eğitimlerinin de sosyal hizmet uzmanlarının rol ve görevleri arasında olduğuna değinmiştir.

“Ortak sorumluluklar var. Aslında sosyal çalışmacı orda ki rol dağılımında... , her kayıtlı üyeyi alıp onun danışanı pozisyonunda görevini alabilir. Ortak roller arasında bunlarda var. Tıpkı hemşire ve psikolog gibi hasta kayıtlı olması, bakım planının yapılması, takibi noktasındaki ortak görevler aynı şekilde sosyal çalışmacının da görevleri arasında var. Ama ağırlıklı olarak tabi ki şu an gezici ekip-ev ziyaretlerine aktif katılmaları ve oradaki kurumlar arası işbirliğinde aktif rol almaları asıl görevleri olduğunu düşünüyorum. Kurumlar arası işbirliği, özellikle barınma ve iş edinme, ekonomik konular, sorunların çözülmesi, maaşların bağlanması ile ilgili kurumlar ile işbirliği ile ilgili sıkıntılar bulunmakta. Evsiz hastada bir bakım merkezine yerleştirme değil, işte korumalı ev modelinin uygulanması için zorlayıcı işbirliği yapmak. Aile çalışma ve sosyal hizmetlerde bunu takip etmek gibi farklı modellerle yerleştirme olabilir. Bakıcı desteği sağlamak gibi üzerinde çalışılması gereken konulardaki görevde sosyal çalışmacıların diyebilirim. İşverenler ile işbirliği kurma, gidip kurumu tanıtmak, TRSM'nin görevi nedir, elimizde böyle bir hasta grubu var şeklinde önceden gidip, işverenleri aydınlatmak, bilgilendirmek, onların ön yargılarını silmek, korkularını silmek, arda da hasta ile ilgili bilgiyi sağlayıp işe yerleştirmek. Sonrada düzenli olarak iş ziyaretleri yapmak görevleri arasındadır. Psiko-eğitim, aile eğitimi, ruhsal toplumsal beceri eğitimlerini yürütebilirler. Grup çalışmaları yapabilirler bu da onların görevleri içerisinde olabilecek şeyler. Damgalama ile mücadele konusunda da seminer, konferans verme konusunda da ayrıca görevleri var. ” (Katılımcı 8)

Araştırmaya katılan sağlık profesyonelleri, TRSM'deki sosyal hizmet uygulamalarının etkililiği ve verimliliğine ilişkin düşüncelerini paylaşmışlardır. Katılımcıların ifadeleri, merkezde sosyal hizmet uygulamalarının etkili ve verimli olması için en temel koşulun, kalıcı bir sosyal hizmet uzmanının bulunması gerektiği yönündedir.

Bazı katılımcılar, sosyal hizmet uzmanının gezici ekiplerde aktif rol alması gerektiğine ve her ekipte bir sosyal hizmet uzmanı bulunmasının verimlilik açısından önemli olduğuna değinmiştir ancak sayı olarak az olması ve geçici görevle gelmesinin işleyişin kalitesini olumsuz etkilediğini ifade etmiştir.

“Sosyal hizmet uzmanlarının devamlı çalışması lazım diye düşünüyorum. Örneğin gezici ekibin içinde bir sosyal hizmet uzmanı olması lazım, 4 ekipte, 4 sosyal çalışmacının yararlılık ve verimlilik açısından olumlu olabileceğini düşünüyorum. Örneğin burada

sosyal inceleme ile olaya entegre etmeye çalışıyoruz. Sosyal inceleme dışında hasta ile ne yapılabilir konusunda da olayın içinde olması gerektiğini düşünüyorum. ” (Katılımcı 13)

“TRSM için sosyal hizmet uzmanları güncel kanunlara hakim olmalı, takip etmeli, mesela diğer kurumlarda var olan değişiklikleri takip edip bize aktarmalı. Bu konuda etkin olsa, TRSM için yararlı olabilir. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile sürekli iletişim halinde olması TRSM açısından yararlı olabilir. ” (Katılımcı 2)

“Son dönemde sosyal hizmet uzmanı arkadaşlar geçici görevle geldiği için, kalıcı bir sosyal hizmet uzmanı arkadaş olsa, hatta çok sayıda olup ekiplere bölünebilseler işleyişin daha kaliteli olacağı kanaatindeyim. ” (Katılımcı 12)

“Sosyal hizmet uzmanı aslında gerçekten TRSM’de önemli. Çünkü biz sağlığı 3 parçaya ayırdığımızı düşündüğümüzde ruhsal, bedensel ve sosyal olarak, bu sosyal alanı iyi tutmamız gerekiyor ki hastanın da sağlığı iyi olsun. Bu açıdan buradaki sosyal hizmet uzmanları gerçekten etkin bir şekilde çalışıyor ve gayet yeterli görüyorum. Ama tabi ki bazı personel eksikliği çekilen zamanlar oldu. Bu durumda buraya gelen sosyal hizmet uzmanını daha çok çalıştırarak, mesela 4 gün geliyor buradaki sosyal hizmet uzmanı onu 5 güne çıkararak belki hem kendi açısından daha verimli olur hem de burası açısından daha aktif bir şekilde çalışmasını sağlayabiliriz. Sosyal hizmet uzmanının daha düzenli gelmesi sosyal hizmet uygulamalarının aktif ve verimli olmasını sağlar. ” (Katılımcı 4)

Görüşme yapılan Katılımcı 5, sosyal hizmet uygulamalarının verimliliğini etkileyen bir takım unsurlar olduğuna değinmiştir. Sosyal hizmet uzmanlarının vaka yöneticiliği yapmaması nedeni ile hasta hakkında detaylı bilgiye sahip olmadan gezici ekiplere çıkmasını sorun olarak nitelendirirken, ekip sorumlusunun sosyal hizmet uzmanı olması gerektiğini ve her ekipte bir sosyal hizmet uzmanı olması gerektiğine vurgu yapmıştır. Ancak Katılımcı 15, sosyal hizmet uzmanları merkezde devamlılık arz etmediği ve tedavi kısmı ile ilgili çekinceleri olduğu için vaka yöneticiliği rolünün verilemediğini belirtmiştir. Ayrıca diğer kurumlarla işbirliği ve koordinasyonu sosyal hizmet uzmanlarının daha iyi yürüttüğünü, daha etkin iletişim kurduklarını ve bununda hizmet anlamında verimliliği olumlu etkilediğini ifade etmiştir.

“Sosyal hizmet uygulamaları etkin değil neden etkin değil etkin olmasını güçleştiren nedenler var. Dediğim gibi işte hastayı ilk etaptan itibaren alıp değerlendirmiyoruz birey bazlı bakım planı ya da müdahale bazlı bir değerlendirmemiz olmamasından kaynaklı bu. Birde sayı az olduğundan işte yarı zamanlı gidiyoruz. Yarı zamanlı gittiğimizden sahada çok fazla etkili olamıyoruz. Gezici ekiplerde ne yapacağımızı bilmiyoruz. Gidiyoruz ama hangi hastaya gidiyoruz, ne için gidiyoruz, ne olacak gidince neyle karşılaşacağız dolayısıyla çok fazla şey yapamıyorsun çünkü dağılmışta oluyorsun hastanenin işi ayrı

TRSM'nin işi ayrı yani birazda dağılmış oluyor. Yeterli mi değil yani eğer sayımız biraz fazla olmuş olsaydı dediğim gibi hatta her ekipte bir sosyal çalışmacı olsa daha yeterli ve etkin olacağını düşünüyorum. ... Keşke her ekibin sorumlusu sosyal çalışmacı ya da psikolog olsa daha mı iyi olurdu ama hepimizin farklı bir özelliği var. ... Vaka yönetiminin bire bir sanki bizim mesleğimizde olması daha uygun yani bakış açısından da daha uygun. ... Hastalığın aslında sürecini biz değerlendirdiğimizde diyelim ki bir psikiyatrist işte tanı netleştirmek için sosyal incelemeye yönlendirdi ki biz değerlendirdiğimiz o hastaya ilişkin daha çok açılı bakabiliyoruz. Yani hastalığın gelişim sürecini daha iyi değerlendiriyoruz daha kapsamlı olabiliyoruz. ... Ama bir türlü şeyde sağlanmıyor bunun sağlanmamasının nedeni ekipte ilk başından beri bizim gitmiyor olmamız. ... ” (Katılımcı 5)

“Ben bu kadar hizmetleri bilmediğim için mesela diğer kurumlarla SGK olsun İŞKUR olsun belki onlarla toplanıp onlar bize biz onlara sosyal hizmet uzmanı aracılığı ile bir şeyler anlatabiliriz. Mevzuata daha hakim olsak belki bizde ütopyik şeyler istemeyeceğiz. ... İşyerleri ile bağlantı kurma İŞKUR ile ilişkileri organize etme açısından sosyal hizmet uzmanı bizden mevzuatı daha iyi bildikleri için daha etkin iletişim kurduğunu düşünüyorum. Mesela ben arıyorum belki absürt bir şey istiyorum ama o sosyal hizmet uzmanı ile bu iletişimi sağladığımız zaman daha verimlilik elde ediyoruz. Yurtdışı modelinde sosyal hizmet uzmanı çok daha aktif. Ya onların orda hizmet alanı daha geniş görevleri, burada hemşirelerin yaptığı vaka danışmanlığı olsun bunları sosyal hizmet uzmanları da orda yapıyor. Ama biz burada sosyal hizmet uzmanı süreklilik arz etmediği için mesela vaka danışmanlığı vermiyoruz ya da onların eğitiminden mi kaynaklı neden olduğunu bilmiyorum. ... Bu konuda çekinceler şundan oluyor, tedaviyi biz nasıl takip edeceğiz yönünde oluyor ama aslında tedaviyi hemşirelerde takip etmiyor sadece bir sıkıntı varsa hekime iletiyor. Hastaları gözlemek, hastalıkla, ilgili sürece çok hakim olmadıkları için belki hata yapacakları yönünde çekinceleri olabilir. Bu yükü almak istemeyebilirler. ... ” (Katılımcı 15)

Sağlık profesyonellerinden Katılımcı 1, sosyal hizmet uzmanlarının rehabilitasyon faaliyetlerine de katılmasının, TRSM’de yapılan faaliyetlerde daha aktif rol almasının, merkezden hizmet alan tüm üyelere yönelik sosyal inceleme yapmasının verimliliğe katkı sağlayacağını belirtmiştir. Sosyal hizmet uzmanlarının TRSM dışında daha işlevsel çalıştığına ancak kurum içinde de işlevselliğini artırması gerektiğine değinmiştir.

“Ergoterapist var, psikologda var ama onun dışında rehabilitasyona bence sosyal hizmet uzmanının da katılması gerekiyor. Çünkü sosyal hizmet uzmanı gezici ekip ve yönlendirilen hastaların görüşmelerine bakıyor. Ama rehabilitasyonunda içine girmesi gerektiğini düşünüyorum. ... Yeterli olmadığı kısım, sosyal hizmet uzmanı TRSM dışında işlevsel çalışıyor ama kurum içinde işlevsel değil. Rehabilitasyon hizmeti almaya gelen hastalar ile

daha fazla görüşme yapması gerektiğini düşünüyorum. TRSM’de yapılan faaliyetlerde sosyal hizmet uzmanının aktif rol alması gerektiğini düşünüyorum. Genelde rehabilitasyon hemşiresi psikolog ve ergoterapist üzerinden gidiyor. Bu konuda aktif olunabilir. Bu faaliyetlere katılım TRSM için yararlı olacağını düşünüyorum. Burada etkileşim toplantılarına da günaydın toplantılarına da sosyal hizmet uzmanlarının da katılımı gerekiyor. ... Onunda kendi alanını ilgilendiren faaliyetler olabileceğini düşünüyorum. Sosyal inceleme sadece yönlendirilen hastalarla değil, örneğin sosyal hizmet uzmanına verilen hastaların hepsini tanıma adına sosyal inceleme yapılması gerekli diye düşünüyorum. ... ” (Katılımcı 1)

Katılımcı 9, sosyal hizmet uzmanlarının uygulamalarını yurt dışı ile kıyasladığında etkin olmadığını, bunda sayının az olması ve görev tanımındaki yükün fazla olmasının etkili olduğunu düşündüğünü belirtmiştir. Sosyal hizmet uzmanlarının sayısının artırılması gerektiğine, merkezde sabit kalması gerektiğine ve sahada daha aktif çalışması gerektiğine değinmiştir.

“Ekiple çok entegrasyon yaşanamayabiliyor sosyal hizmet uzmanları tarafından bir tutukluk olduğunu düşünüyorum. Türkiye’nin geleceğinde toplum temelli sağlık hizmetleri kavram varken mesleklerde bu alana yönelikte kayma varsa, başarı seviyesi artabilir ekip uyumu daha iyi olur, hizmetin kalitesini artırır. Yurtdışına göre etkin değil. ... Sayının az olması, görev tanımı yükünüzün fazla olmasından dolayı bu alanda çok farkındalık olmadığı zaman yurtdışı ile karşılaştırdığımda etkililik konusunda farklılıklar var maalesef. ... Sosyal hizmet uzmanı uygulamaları hakkında daha aktif ve verimli olabilmesi için önce sayının yükseltilmesi lazım ve sabit kalması gerekiyor. ... Biri sabit kalsın diğeri iş görüşmesi ya da hukuki işler konusunda destek vermeli diğer arkadaş sahadaki işleyişi yürütsün, TRSM için bu etkin olabilir... Alanda çok pratik yapılmıyor. ... Saha içinde aktif çalışması gerekli, eğitimde bu alanlara konulara değinilirse bilinçli olarak gelmesi yeterli diye düşünüyorum. ” (Katılımcı 9)

Katılımcı 3, sosyal hizmet uygulamalarının yeterli görmediğini ancak bu durumun sosyal hizmet uzmanlarından kaynaklı olmayıp daha çok yasal mevzuatlarla ilgili olduğunu belirtmiştir. Ayrıca sosyal hizmet uzmanlarının kadro olarak TRSM’ye atanmasının ve burada sabit bulunmasının daha etkili ve verimli olacağına değinmiştir.

“Sosyal hizmet uygulamalarının yeterli olduğunu düşünmüyorum. Çünkü yeterli olsaydı eminim ki bu kadar sorunla baş ediyor olmazdık. Çünkü bu sosyal hizmet uzmanı ile alakalı bir sorun değil, kurumlar arası işbirliği gerektiren bir şey, yani uzmanımız ne kadar çabalarsa çabalasın bunun takıldığı bir sürü engel var. Protokoller, müdürlükler, mevzuat hani bu büyüklerin bunu uğraşmaya değer bulup bulmaması toplantılar birçok şey devreye gidiyor aslında ve ben bunun çok etkin ve yeteli olduğunu düşünmüyorum. Bence bunu

yerelden ziyade daha üst mercilerde halledilmesi gerektiğini düşünüyorum. ... Yani sorun neyse bununla ilgili daha resmi ve protokole yönelik şeyler yapılması daha kolaylaştırıcı olacaktır. Çünkü sosyal hizmet uzmanımızın da o zaman dayanabileceği bir şey olur. Dayanabilecek bir şey olmadığında tamamen kendi çabaları ile bir şekilde halletmeye çalışıyor sorunu. O da her zaman cevap verecek bir şey değil ve onu da tüketen bir şey aynı zamanda. Eğer sosyal hizmet uzmanı kadrosu ile bu TRSM'ye atanır ve değişmezse bunu benimseyip bir şekilde ilerletebilirse, o zaman çok daha verimli ve etkin olur diye düşünüyorum. ” (Katılımcı 3)

Görüşme yapılan Katılımcı 8, sosyal hizmet uygulamalarının etkililik ve yeterlilik anlamında eksik kaldığını düşünmektedir. Sosyal hizmet uzmanlarının toplum temelli ruh sağlığı modeline yabancı olduklarını, okul döneminde ve staj döneminde TRSM'leri tanımaları ve bu konuda deneyim kazanmaları gerektiğini, kurumda ev ziyaretleri ile saha deneyimi kazanmalarının önemli olduğunu ve bakım planlarına aktif olarak katılmaları gerektiğini ifade etmiştir.

“Sayıca yetersiz olmaları, sürekli TRSM'de olmamaları ciddi bir sorun olmakla beraber sosyal çalışmacıların direncinden de kaynaklandığını düşünüyorum. Bu dirençte modele yabancı olmalarından kaynaklanıyor olabilir. Konu ile ilgili bilgi ve deneyim eksiklikleri olduğunu düşünüyorum. Eğitimini almamışlar, daha önce duymamışlar yabancılar ve bir anda istenen böyle bir şey var. Dolayısı ile etkinlik konusunda okul düzeyinde böyle bir alan var saha var, mutlaka eğitim süreçlerinde, onlarında bir şekilde TRSM'leri ziyaret etmeleri, bu alanda okul aşamasında deneyim sahibi olmaları, stajlarını burada yapmalarının sağlanmasının önemli olduğunu düşünüyorum. Uygulama noktasında da bolca ev ziyaretlerine katılmaları, ancak saha deneyimleri ile bir şeyleri kazanabileceklerine inanıyorum. ... Etkililik ve yeterlilik anlamında eksik kaldıklarını görüyorum. Toplum ruh sağlığı modeli hakkında eğitim almaları, zorunlu en az 3 ay şeklinde bir stajlarının olmasının önemli olduğunu düşünüyorum. Mutlaka ev ziyaretlerine zorunlu olarak değil istekli olarak katılmaları, bakım planlarına aktif olarak katılmaları gerekmektedir. Kendilerini grup eğitimleri, psiko-eğitimler, aile eğitimleri, grup çalışmaları hakkında kendilerini geliştirmeleri bu noktada hizmete destek olmaları gerektiğini düşünüyorum. ” (Katılımcı 8)

4.5. Uygulama Alanında Yaşanan Sorunlar ve Öneriler

4.5.1. Sorunlar

Bu bölümde katılımcılar, TRSM'de var olan sorunlara ilişkin duygu ve düşüncelerini paylaşmışlardır. TRSM'nin işleyişi, damgalama, üye ile merkez arasındaki bağ, üyelerin istihdamı, üye ve ailenin tedaviye katılımı, hizmet sunulan üye sayısı,

merkezde çalışan personel sayısı, niteliği ve ekonomik geliri, politikalar ve tükenmişlik gibi konularda yaşanan sorunlara değinilmiştir.

4.5.1.1. Genel Sorunlar

Görüşme yapılan Katılımcı 11, TRSM’de verilen gezici ekip hizmetinin sistematik bir şekilde uygulanmamasını, hastalar hakkında vaka yöneticileri dışındaki meslek gruplarının çok fazla bilgisinin olmamasını, doküasyonla ilgili eksiklikleri önemli birer sorun olarak görmektedir.

“Ev ziyaretlerinin daha iyi dokümante edilmesi lazım. Sadece gezici ekip formları ile evi ziyaret ettik gibi devlet tatmin etmeye çalıştığımız belgelerle değil, kendimiz iyi bir şekilde bir şeyler yapmamız lazım. Ben gittiğim kişileri hatırlayamıyorum çünkü benim sistemime uygun bir şekilde gitmiyoruz. Bu ekiplerde ben şöyle bir şey hayal ediyorum, dev bir harita olur o haritalara raptiyeleri koyarız ve o raptiyelerde kişilerin ismi vb. her şey orda olur üzerine yazılıdır. Dolayısı ile görseli açtığımız zaman oradaki kimlere gitmemiz gerektiğini görür ve ona göre rotasını çizeriz. Ama bu çok şekilde yürümüyor, sözel yolla yürüyor, analitik yolla değil sözel yolla taranıyor. Bir iki kurul toplantısında konuştuk, o bireylere öncelik veriliyor, bir iki de rutin kontroller yapılıyor ama o rutin kontroller yeterince sistematik değil maalesef, listeden bakılıyor, şuna gidelim deniyor. Aa, şuna gidelim diyor, buna ne zamandır gitmiyorduk gibi bir duruma dönüşüyor o biraz rahatsız ediyor. ... Yani bir gezici ekiple gittiğimiz zaman, köy evine gidiyoruz ve kişiyi tam olarak tanımıyorum, onla ilgili ancak sormam gerekiyor, sorarsam bilgi veriyorlar, dosyaya bakmamız gerekiyor dolayısı ile bir adım geride kalıyoruz.” (Katılımcı 11)

Araştırmaya katılan sağlık profesyoneli, TRSM tarafından hastaların fazla sahiplenilmesinin birçok alanı sekteye uğrattığını ve ailenin hastanın bakımından geri çekildiğini belirtirken, yapılan gezici ekiplerle belli sayıda kişilere ulaşılmasının zorunlu tutulmasını, hizmetin verimliliğini olumsuz yönde etkilediğine ve bunun önemli bir sorun olduğuna vurgu yapmıştır.

“Biz hastayı bu kadar çok sahiplendirdiğimizde birçok alan sekteye uğruyor. Aile bakımı geri çekiliyor, hastayı biz sahiplendiğimizden hastanın beklentileri değişiyor, mesela hasta atağa giriyor, ailesi bizi arayıp gel bunu al gibi şeyler söylüyor. O açıdan o verimlilik kısmını belli bir çizgide tutabilmek için, o sınırların çok net bir şekilde belli olması gerekiyor. Çünkü sınırlar çok gevşediği zaman, o verimlilikte çok gevşiyor. Çünkü mesela ben bir Göynük’e gittiğimde buradan 1,5 saat yol gidiyorum. Gittiğimde orda gördüğüm hastanın buna değmesi gerekiyor. Merhaba demek için 1,5 saat yol gitmemek gerekiyor. Ama burada bu verimliliği çok düzgün bir şekilde halledemiyoruz. Neden çünkü gezici ekip sayısının belli bir sayıda kalması gerekiyor, mutlaka o ilçelere gidilmesi gerekiyor, işte

hasta yakınlarını buraya getirmektense bizim gitmemiz daha kolay gibi algılanıyor, birçok şey devreye giriyor burada aslında ama bence verimliliği bu büyük oranda etkiliyor. ”
(Katılımcı 3)

Katılımcı 8, Türkiye genelindeki hastanelerin psikiyatri servislerinden, sağlık sistemi içerisinde var olan performans sistemi nedeni ile TRSM’ye hasta yönlendirilmesinde sorunlar olduğunu ve bu durumun merkezden hizmet alan üye sayısının düşük olmasına neden olduğunu belirtmiştir.

“Türkiye geneline baktığımızda henüz daha merkeze davet edilecek hasta bilgilerine bile ulaşmanın zor olduğu görülüyor. Çünkü şöyle bir sıkıntı var, diğer iller için söylüyorum, insanlarda şöyle bir kaygı oluyor, sağlık sistemi içerisinde performans sistemi de olduğu için diyelim ki bir hastayı devlet hastanesinde takip eden bir psikiyatrist, onu aslında faydalanması için mutlaka toplum ruh sağlığı merkezine yönlendirmesi gerekirken, hastayı kaybedeceğim endişesi ile göndermeyebiliyor. Mesela bu da diğer illerde asıl potansiyel hasta gurubuna erişimi sınırlı tutabiliyor. Bir bakıyorsunuz büyük bir şehirde açılmış bir TRSM’ye kayıtlı hasta sayısı çok düşük olabiliyor. 270 bin nüfuslu Bolu için 1000’den fazla hastaya erişmemiz iyi bir rakamken, yoğun nüfuslu ilde örneğin İstanbul’da açılan TRSM’den faydalanan sayı çok düşük, kimse hastasını yönlendirmek istemiyor. Bu konunun da büyük bir aksaklık olduğunu düşünüyorum. ” (Katılımcı 8)

Görüşme yapılan sağlık profesyoneli, TRSM’de verilen hizmetlerin çeşitli olduğunu, bu hizmetleri sunarken kurumlar arası işbirliğine ihtiyaç duyulduğunu ancak diğer kurumlardan gelen yöneticilerin TRSM’ye ve buradan hizmet alan üyelere yönelik negatif bakış açısına sahip olmalarının önemli bir sorun olduğunu belirtmiştir. Ayrıca devletin, merkezden hizmet alan üyelerin ailelerine yönelik politikalarının yetersiz olduğunu, aileye verilen desteğin bakım parası ile sınırlı kaldığını ifade etmiştir.

“Üyelere yönelik temelde tedavi odaklı gidiyor ama bu poliklinik hizmeti, TRSM’de ekstra yapılan bir şey değil, neticede hastanelerde de bu yapılıyor. Bizim burada daha çok yapmaya çalıştığımız şey, hastayı çok boyutlu değerlendirebilmek, aileyle olan etkileşimi, iş yerindeki durumu, çevresindekilerle iletişim kurup kuramadığı, arkadaşları ile geçinip geçinemediği gibi şeyler. ... Buraya dışardan resmi kurumlardan, makam müdürlerinden birileri geliyor ve TRSM konusunda kar zarar oranı yaptıklarında TRSM’nin hep zarar tarafında olduğunu belirtiyorlar. Çünkü TRSM’de rehabilite etsek bile hastaların işlevselliğini arttırabileceğimiz oran belli. Yani onların kafasında şöyle bir algı var. Biz nasıl ki hasta çatalla yemek yemeye başlasa bile ona mutlu oluyoruz, onlar şu şekilde bakıyorlar, onlar zaten sizin bizim gibi olmuyor o zaman neden uğraşalım, neden para sarf edelim bunun için gibi bir algı var. O da verimliliği bayağı bir baltalıyor. Çünkü bu bakış açısı, toplumun birçok kesimindeki insanda var. Birde yeteri kadar aile desteği

olmamasından kaynaklı, mesela devletin aileyi desteklemeye yönelik politikaları çok yeterli değil. Bakım parası dışında nerdeyse hiç bu alanda destek alamıyorlar. Bakım parası da gerçekten çok kötüye kullanılabilir bir hale geldi. Çünkü ne hastayı ne de aile yakınını koruyor. ” (Katılımcı 3)

4.5.1.2. Damgalama ile İlgili Sorunlar

Araştırmaya katılan sağlık profesyonelleri TRSM’den hizmet alan üyelerin ve ruh sağlığı alanında hizmet veren kurumların damgalanmasına ilişkin düşüncelerini paylaşmışlardır.

Katılımcıların bir kısmı, Türkiye’de ağır ruhsal hastalığı olan bireylere karşı negatif bir bakış açısı olduğunu, diğer kurumlardaki personelin üyelere yönelik ön yargıları nedeni ile kurumlar arası işbirliğinin de zarar gördüğünü, üyelerin toplumda damgalama ve ayrımcılığa maruz kaldıklarını belirtmiştir.

“Psikiyatrinin dışında olan doktor bile bizim hastalarımıza deli gözü ile bakıyor. Kulağımla duydum hastaya “deli” diyor. Nasıl işbirliği yapacaksın bu kişi ile. Başka kuruma gidiyorsun, müdürünün hastalarımıza yaptığı damgalamalar gerçekten kurumlar arası işbirliği yapmaya korkutuyor. Bazı kurumlarda bu konuda destek oluyor. Örneğin belediye desteğini esirgemiyor. Halk eğitim hoca gönderiyor. Hastalığı tam olarak kurumlara tanıtmalıyız öncelikle, hastalığı bilmedikleri için ön yargılı davranıyorlar. ” (Katılımcı 2)

“Özellikle damgalama ve ön yargı noktasında Türkiye’de ağır ruhsal hastalıkları olan hastalara karşı negatif bir bakış açısı var. Bu bakış açılarıyla mücadelede, toplumun desteğinin yetersiz olduğunu düşünüyorum. Ondan dolayı gönüllü çalışanların sayısı çok az, toplumdaki destek verenlerin sayısı da çok az oluyor ya da belli kişilerin desteği sayesinde kısa vadeli sürmüş oluyor diyeyim. ” (Katılımcı 16)

“Bizim hastalarımıza ön yargılar nedeni ile yemek yeme evi, temizleme kısmı ile ilgili yardım aldığımızda bile eve sızabilir miyiz, temizlememiz gerekiyor mu kesinlikle, temizlese yine batırarak zaten hasta gibi yaklaşımlarla karşılaşıyoruz. ” (Katılımcı 3)

Bazı katılımcılar, ruhsal hastalığa sahip olan bireylere hizmet sunan kurumların da toplum tarafından damgalandığını, burada çalışıyor olmanın yadırgandığını, bu kurumlara karşı ön yargılar olduğunu belirtmiştir.

“Damgalama ya hastalar uğruyor, kurumda uğruyor. Kurumun uğradığını ilk defa burada deneyimlemiştim huu TRSM mi onlar yatıyor işte, o kadarda para gidiyor ne yapıyorlar orda gibi ithamlarda bulunuyorlar. ” (Katılımcı 11)

“Himm, ya biz elimizden geldiğince damgalamamaya çalışıyoruz ama Türkiye’de hastaların evine gittiğinde komşular merak ediyor, soruyor, mecburen söylemesen bile onlar öğreniyorlar ve damgalanmış oluyor hasta. Ona çok fazla yapabileceğimiz bir şey yok. İlk zamanlar ben hastaneye başladığımda da etraftan çok yadırganıyordu. Sen orda mı başladın? Sen de orda hasta olursun, gibi yorumlar oluyordu. ” (Katılımcı 6)

4.5.1.3. Hasta Merkez Arasındaki Bağ Sorunu

Görüşme yapılan sağlık profesyonellerinin tamamı TRSM’den hizmet alan üyeler ile merkez arasındaki bağa ilişkin bir takım sorunlar olduğundan bahsetmişlerdir.

Katılımcı 9, yurt dışı modelinde üyeler ile merkez arasındaki bağın daha profesyonel bir yöntemle kurulduğunu, üyenin durumuna göre bu bağın şekillendiğini belirtirken, Türkiye’de üyeler ile merkez arasında kurulan bağın bir türlü kopmadığına, üyeleri bağımsız hale getirmek hedeflenirken tam aksi merkeze bağımlı hale getirildiğine değinmiştir.

“TRSM’nin duruşu nasıl, yurt dışı modelde hastalara yeşil ışık, sarı ışık, kırmızı ışık gibi kodlamalar yapmışlar. Kırmızı ışıktaki çok akut dönemdeki hasta grubu, sarı ışık biraz daha iyi ara ara ataklar geçirip ama hayatınıda idame ettirebilen bir grup, yeşil ışık iyice remisyonda hayatını bir düzen sokmuş olan grup oluyor. Bu grupla çok ilgilenmiyorlar, en fazla kırmızı ışık üzerinde duruyorlar. Akut alevlenme, taburculuk sonrası sıkı takip, sonra sarı ışığı takip gibi, bize dediler ki bizde dosya kapatma sistemi var. Biz bir düşündük, Türkiye şartlarında bir sürü hastamız var yeşil ışıktaki ama biz bağları koparamıyoruz, öyle bir bağ kurmuşuz ki bağlar kopmuyor. Bu da yanlış, bağımsız hale getirelim derken aileden kurtuldu bu sefer bize bağımlı hale geldiler. ... Bizi can simidi olarak gördüler, en ufak sorunda bizle iç içe olmalarını istemiyoruz yani biz bir noktada dosyayı kapatalım, siz hayatınız devam ettirin, biz yeni gelen grup ile devam edelim istiyoruz ama Türkiye şartlarında bunu beceremiyoruz. İsteğimiz şey aslında kişiler saha da işini, hayatını devam ettirsin TRSM’ye de ihtiyaç duydukları zamanlarda gelsinler ilaçlarını alıp gitsin gibi hedefimizde bu var. Ancak şu anda yaşadığımız durumda biz dosyayı ölmediği sürece kapatamıyoruz. ... Bu nereye kadar gidecek, bunun soru nerde bitecek, bizim istediğimiz 10 yıldır bir arada olmak değil artık bir noktadan sonra sıkı olan bağımsız azaltmamız lazım yani bizim istediğimiz o. ...” (Katılımcı 9)

Araştırma verileri, TRSM’den hizmet alan üyelerin bir kısmının yaklaşık 10 yıl boyunca rehabilitasyon faaliyetlerine katıldığını, merkezin üye ile toplumsal yaşam arasında bir basamak olmaktan ziyade üyelerin zaman geçirmek için geldiği bir yere dönüştüğünü, rehabilitasyon faaliyetlerinin verimliliğinin bu anlamda gözden geçirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Katılımcılar, rehabilitasyon hizmetleri için gelen üye profilini değişmesi gerektiğini, rehabilitasyon hizmetinin süreli hale gelmesi ve merkezin üyeler için ara basamak olması gerektiğini ve özellikle yaşamında ilerleme kaydetme potansiyeli yüksek olan üyelerin merkeze çekilmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

“TRSM’ye devam eden hastalarla ilgili, TRSM’nin verimliliği konusunda o alanda ciddi sıkıntı görüyorum. Çünkü biz burada hastaları geri çevirmiyoruz, bütün hastaları alıyoruz ve hani sürede koymuyoruz. İstedikleri sürece geliyorlar. Buraya 9-10 yıldır gelen hastalarımız var. O zaman kafamda şu soru işareti oluşuyor hani biz rehabilite edemediğimiz için mi 10 yıldır buradalar ya da onlar rehabilite olmak istemedikleri için mi? Bu konuda ne bekliyoruz ki 10 yıldır aynı atölyelerde, aynı faaliyetleri yapıyorlar. Bunların onlara belli bir süreden sonra faydasının olmadığını düşünüyorum. Neye faydası var? Ailesi evden gönderdiği için ailesi mutlu, evdeki gerginlik azalıyor, buraya gelince akut bir durum olursa bizim müdahale edebileceğimiz bir durum var. ... Çünkü böyle olunca evet dışarı çıkarıyoruz ama kendi bünyemizde tutuyoruz yine. Burada bizim amacımız şu olmalı, evet bu kursu verdik, mesela taş boyama o zaman bir sonraki sene halk eğitimde taş boyamaya gitmeli. Yani buradan uzaklaşıp gitmeli ama arada o basamak olmadığı için. O yüzden bu hastaları gönderemiyoruz. ... Buranın rehabilitasyon kısmının bir şekilde ara basamağa döndürmek lazım yoksa böyle kalıcı basamak halinde ömürlerini burada sürdüreceğiz şekilde kreşe gelir gibi geliyorlar.” (Katılımcı 3)

“Bunun dışında rehabilitasyon hizmetlerinin biraz daha farklılaşmasını istiyorum. Hasta anlamında farklılaşmasını isterim kendi adıma, çünkü belli bir hasta grubu var buraya gelen. 10 yıldır burası açık 10 yıldır devam eden hastalarımız var. Bence bu grup değişmeli aslında davet ediyoruz buraya, o konuda bizden yana bir eksiklik olduğunu çok fazla düşünmüyorum ama hastalarımız biraz dirençli. Hayatını değiştirmek istemiyorlar, düzeni seviyorlar, çok değişikliği sevmiyorlar. Buraya bir adım atabilseler, bir alışabilseler bizim grubumuz değişse. Çünkü bazı hastalarımızı bir konuda ilerletemiyoruz, buraya sadece vakit geçirmek için geliyorlar. Benim istediğim daha ilerlemeye açık hastalarımız ile çalışabilmek rehabilitasyonda. O anlamda ben rehabilitasyonun o kısmında hedefime ulaşamadığımı düşünüyorum. Kişilerin sürekli güncellenerek rehabilitasyona katılmasını istiyorum. Burası bir basamak olmalı, okul gibi buraya sürekli gelip gitmemeliler. Çünkü bazıları öyle düşünüyor. Geliyorlar burada yemek yiyorlar, içiyorlar, vakit geçirip gidiyorlar. Onlara belki bir şeyler katıyordur. Şu anlamda evde belki çok fazla paylaşımları yoktur, ev halkı istemiyordur, onlar için de iyi oluyordur buraya gelmesi. ... Belki burada şöyle bir sistem oluşması daha faydalı olabilir. Hastanın 2 sene sonra biter rehabilitasyonu sonra hasta yine kendi istediği zamanlarda, aralıklarla gelir ama bu şekilde düzenli gelmek için kullanmamalı burayı başka hastalar gelmeli. ...” (Katılımcı 1)

Görüşme yapılan bazı katılımcılar, TRSM’den hizmet alan üyelere karşı sağlık

profesyonellerinin ebeveynleri gibi davrandıklarını ve bu durumun profesyonel ilişkinin sınırlarını aştığını, üyelerin her türlü sorunu ile birebir ilgilendiklerini, bunun üyeyi merkeze bağımlı hale getirdiğini ifade etmiştir. Ayrıca, Katılımcı 15, üye ile aralarında kurulan bu profesyonel olmayan bağın idaresel ve vicdani sebepleri olduğuna değinmiştir.

“Eviden çıkardık hastaları buraya bağımlı yaptık, Şu an hasta anlamında kemik bir kadromuz var zaten TRSM de. Şu an rehabilite oluyorlar mı olmuyorlar mı onu tekrardan değerlendirmek gerekiyor bana göre. Onları bireysel anlamda evden çıkardığımız için çok mutlu olduk, bazı hastalarda çok iyi ilerlemeler yaşadık ama şu anki durumda buraya bağımlı oldular, o beni rahatsız eden bir şey mesela. Bireysel olarak buradan dışarı çıktıklarında yine sudan çıkmış balık misali aslında. Yine bankaya gittiğinde ne yapacağını, resmi kurumlarda kimden ne desteği alacağını tam olarak bilemiyor. ... O hasta bizim çocuğumuz gibi, bir yakınımız gibi daha çok ama yurtdışında böyle değil. Hastanın nereye ihtiyacı var ise yönlendiriliyor ve hasta o kısmı kendi hallediyor. Bizim burada sağlık profesyonelleri olarak biz olayın içinde, bir ebeveyn gibi davranıyoruz gibi geliyor bana. Onu bir türlü bırakamadık. ... Hastayı kendi tekelimizde tuttuk hastayı kendimize bağımlı yaptık aslında. ...” (Katılımcı 13)

“Hastayı bize bağladığımız hastalar var yani bir anlamda yeter ki hastalanmasın diye. Çünkü hasta bunu organize edecek durumda değil, hastaya bu yükü veremiyoruz. Mesela yılda 4-5 kere hastaneye yatan hastalara aman yatmasın diye, hastaların anne babası rolünü oynayıp olmaması gereken belki bir bağ kurduk. Bu istenen bir şey mi, evet biz belki istemiyoruz ama yaptığınız iş verimli mi o önemli. TRSM'nin hastaya iyi geldiğini nasıl anlıyoruz? Mesela diyoruz ki senede 5 kez yatıyordu ama artık yatmıyor. Nasıl yatmıyor? Biz onu sahipleniyoruz, bize yapıştırıyoruz böylece yatmamasını sağlıyoruz. Şunu diyemiyoruz ben ona ilacını yazdım, gitsin aile hekimliğinde vurdursun diyemiyoruz. Diyemememizin de idari sebepleri var kendi vicdani sebeplerimiz var. ” (Katılımcı 15)

4.5.1.4. İstihdam Sorunu

Araştırma verileri, ruhsal hastalığa sahip bireylerin istihdamının sağlanması konusunda sorunlar olduğunu göstermektedir.

Katılımcılar, yurt dışı ile kıyaslandığında Türkiye’de ruhsal hastaların istihdamında zorluk yaşandığını, işverenlerin istihdam etmeleri gereken engelli kadrosunda genellikle fiziksel engeli olan bireyleri tercih ettiklerini, çalışma şartlarının da ruhsal engeli olan bireylere uygun olmadığını belirtmişlerdir.

“Biz elimizden geldiğince yardımcı olmaya çalışıyoruz ama bazen aksaklıklar oluyor. İş konusunda özellikle diyorum. İş konusunu aşamıyoruz, iş temin edemiyoruz. Yurt dışında

bir sürü fabrikalar var, sadece o hastalara açılmış lokantalar var, o hastalar orada çalışıyor, bizde öyle bir kurum yok başlı başına o hastaların çalışabileceği. Fabrikaların şartları çok ağır zaten, hastalarımıza uymuyor, uyku düzenleri bozuluyor. Daha uygun iş ortamları lazım. ” (Katılımcı 6)

“Biz istiyoruz ki; hastaları gençlik spor il müdürlüğündeki faaliyetlere katalım, halk eğitim kurslarına bizzat orda gitsinler ya da başka çalışmalara ama çok başarılı değiliz. Yurtdışındaki modelde bunu o kadar güzel sisteme oluşturmuşlar ki böyle bir merkeze gelen sayısı az. ... Daha çok sahada işte bu STK’ların sayesinde olmuş, yarım gün çalışma planlanmış, o yarım gün karşısında sigortası yapılıyor, maaş veriliyor az da olsa... Bu da katılan hastanın motivasyonunu artırıyor dolayısıyla. Türkiye olarak daha başarı elde edemedik. Meslek edindirme var, örneğin terlik fabrikasına götürdüğümüzde 12 saat mesai yazıyorlar. Özellikle doktorumuz, psikoloğumuzla, hemşirelerimizle görüştük, izah ettik bizim hastamız bu kadar mesai yapamaz, mesai süresi daha kısa olmalı, dikkati dağıldığı için daha basit işler verilmeli diye ama biz oradaki kişileri bile ikna edemedik maalesef. Bizim şartlarımız böyle dediler. ... Hani engelli birey almaları gerekiyor kadroya ama bu engelli kadroyu hep bedensel engelli tercih etmeye çalışıyorlar, ruhsal engellilerin engelinin farkında olmadıklarını düşünüyorum. ... Çok mücadele verdik ama olmadı. ” (Katılımcı 9)

“Buradaki sistem şu biz İŞKUR’a yönlendiriyoruz mesela bir şekilde İŞKUR’daki çalışanlarında çok fazla yapacağı bir şey yok, çünkü öneriyorlar işverene ama işveren bir ayağı aksayan bir engelliye istihdam etmeyi daha çok tercih ediyor psikiyatrik hastaya göre. Kendince haklı sebepleri vardır ama belki işverenlere daha fazla bu konuda bilgilendirme yapılabilir bizim tarafımızdan. ...” (Katılımcı 1)

Görüne yapılan Katılımcı 16, istihdam konusunda yaşanan sorunların, ruhsal hastalığa sahip olan bireyi ve ailesini olumsuz yönde etkilediğine değinmiş, bu konuda var olan yasal boşluğun giderilmesi gerektiğine vurgu yapmıştır.

“Engelli hastanın işe yerleştirilmesi, özel sektöre alınmasında ve devlet tarafından atanması noktasında kontenjanın çok olması gerekir. Özeldede bu kontenjan yüzde 3, kamuda yüzde 4. Bu sayılar aslında daha çok arttırılmalı. ... Özel sektörde özellikle daha aktif verilmesi noktasında, yasal prosedürlerin oluşması gerekiyor. Adam mesela cezayı ödememek için aralıkta işe alıyor, ocakta çıkıyor ve bu işverenin işine geliyor, hasta tarafından baktığın zaman işe giderken engelli maaşı varsa onu kaybediyor o bir travma oluyor onun için, iki ay sonra bide işi kaybediyor ikinci travmayı yaşıyor. Aslında kar yapalım derken zarar yapıyor hem hasta için hem aileleri için. Bu konuda yasal boşluğun olduğunu düşünüyorum. ” (Katılımcı 16)

4.5.1.5. Hizmet Sunumunda Hasta ve Ailenin Katılımı Sorunu

Sağlık profesyonelleri, TRSM’de sunulan hizmetlerde üye ve ailesi ile işbirliği yapmanın önemli olduğunu, hastalığa ve hastalık sürecine vakıf olmak için, tedavi sürecine aktif katılım sağlamaları gerektiğini belirtmişlerdir.

Katılımcılar, bazı hastaların yakınları çok ilgili iken, bazılarının ekiple işbirliğine yanaşmadığını, aileyi ekibe katmanın en zor kısım olduğunu belirtmişlerdir.

“Hasta ve ailenin ekip çalışmasına katılması gerekiyor çünkü sistemin özü bu. ... Artık yeni ekoller var psikolojide de psikiyatride de, daha hümanist bir şekilde ilerliyor, hümanizmin içinde karşı tarafın varlığını da hesaba katmak var. Toplum temelli sistemde aileyi ve onu etkileyen tüm sistemleri de hesaba katmak var, dolayısı ile onları da hesaba katmak tedaviyi uygularken hatta ilaç verirken bile çok önemli.” (Katılımcı 11)

“Maalesef ekibin bir parçası olma konusunda ailelerin büyük bir kısmı işbirliğine yanaşmıyor. Hastalarda bazen böyle olabiliyor ama bu hastalıklarından kaynaklı olabilir. Ama hasta yakınlarının bu şekilde davranması gerçekten bazen tüketici oluyor. Mesela hemşire arkadaşlar düşünüyor, ben hasta için bu kadar uğraşıyorum ailesi uğraşmıyor ben niye uğraşayım artık şeklinde tükenmişliğe geliyor. İşte oraya gelmemek için, ailenin buna katkıda bulunması lazım çünkü katkıda bulunursa kendi yararına olacak bir şey aslında bu ama bu bilinçte değil maalesef. Onlar için hasta sağa sola vurmasın, kırmamasın, zarar vermesin yeterli. Onun dışındaki şeyleri kabul edilebilir düzeyde oluyor hasta yakınları için. Ailenin de burada alınan bilgiler doğrultusunda ya da bizim yönlendirmemiz doğrultusunda hastayla iletişimini bir şekilde düzenlemesi gerekiyor. ... Çünkü gerçekten bu tip hastalarla yaşamak, onlarla bir arada olmak, vakit geçirmek zor oluyor. ... Ama onların hastalığı çok iyi tanınması, bilmesi, neler yapabileceklerini ve sınırlarını iyi bilmesi için bizimle işbirliği içinde olması gerekiyor. ... Ama maalesef her zaman böyle bir geri dönüt alamıyoruz. Çünkü bu bilince sahip olmayan hasta yakınlarımız var maalesef. ...” (Katılımcı 1)

“Bazı hastaların yakınları çok ilgili, çok yakın hastasının daha iyi olması için elinden geleni yapıyor ve çok güzel bir bağ kuruyor. Bazıları da kurmuş gibi yapıyor ama bütün işi TRSM’ye bırakıyor tedavi anlamında. Onlar nasıl olsa ilgileniyor diye düşünüyor. Her şeyimizi yapsınlar, raporumuzu da çıkarsın, iğnesini de yapsın, gelsin evde de görsün, ben bir şey yapmayayım, oturduğum yerde kalayım diyor ama bazıları gerçekten çok ilgililer.” (Katılımcı 10)

Katılımcı 9, aileleri tedavi sürecine dahil etmek adına personel tarafından gereken çabanın harcandığına, ailelerle işbirliğine önem verildiğine fakat çoğu ailenin bu bilince sahip olmadığına değinmiştir.

“Gezici ekiplerdeki arkadaşların hastalar ve aileler ile işbirliği çok önemli ancak her zaman hasta ile iletişim kurulamayabiliyor, reddedebiliyor ekibe dahil olmayı. Burada ailede iletişim sağlayacak biri bizim için önemli oluyor, bu eşi olabilir, kardeşi olabilir, anne babası olabilir. Bunlarla da gezici ekip ev ziyaretlerinde arkadaşlar özverili çalışıyorlar, o ki aileden birini bulamadılar, aile tamamen reddediyor, o durumda da bırakmıyor yakın arkadaşı, akrabası olabilir, muhtar olabilir, kahvenin sahibi olabilir, mutlaka bir bağ kurmaya çalıştılar... Birkaç yılı bulabiliyor bu ilişki. ” (Katılımcı 9)

Görüşme yapılan sağlık profesyoneli, üyelerin yakınlarını tedaviye katmak amacı ile aile eğitimleri verildiğini ancak bu eğitimler ile de beklenen verimin sağlanamadığını ve bu durumun personel için tüketici olduğunu belirtmiştir.

“Aileye yönelikte hizmet veriyoruz ama onları buraya çekmek, hastalık hakkında onlara bilgi verip, hastaya karşı yaklaşımlarını da değiştirebilmek bence en zor kısım. Hastaya bir eğitim verip, hasta yakınına 10 eğitim versek ancak bu açık kapanır. Çünkü biz dışardan müdahale eden grubuz. Ama hasta gidip ailesiyle yaşıyor. Belki bu alanda hizmeti biraz arttırabiliriz ama bu aile grubunu buraya çekmek, tedavinin bir parçası olmasını sağlamak, yorucu kısım o. ... Ailelere eğitim sıklığını arttırmamız belki önemli olabilir bu noktada bir de bu hastaların aileleri de çok sağlıklı değil aslında. Onlar bazen hastadan daha zorlayıcı olabiliyorlar. Çünkü hastalığın genetik bir yükü var, evet ailenin direk aynı hastalığa yakalanması gerekmiyor ama o bakım şartları, kişilik özellikleri daha zorlayıcı olabiliyor. ” (Katılımcı 15)

4.5.1.6. Hizmet Verilen Sayı ile İlgili Sorunlar

Araştırma bulguları, TRSM’de vaka yöneticilerine düşen hasta sayısının fazla olduğunu buna karşılık personel sayısının yetersiz olduğunu göstermektedir.

Katılımcılar, vaka yöneticilerindeki hasta sayısının fazla olması nedeni ile tedaviyi takipte zorlandıklarını ve zaman zaman tükenmişlik yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

“Diğer ülkelerde bir vaka yöneticisine 30 hasta düşerken bizde yaklaşık 125 hasta düşüyor. Bir bölgede iki vaka yöneticisi olarak düşünürsek, bence personel sayısı yetersiz o anlamda. Bir süreden sonra yıpranıyorsun, tükeniyorsun. Tabi burası örnek gösteriliyor ama yetersiz olduğunu düşünüyorum. Hasta sayısına oranlayacak olursak, kişi başı düşen vaka oranı gerçekten fazla. ” (Katılımcı 2)

“Ortalama 300 civarında hastamız var ve 300 civarında hastayı kontrol etmek, kontrole gelip gelemediğini görmek çok zorlayıcı bir şey. Bir de aile bunun farkında olmayınca aslında TRSM çalışanları olarak daha çok tükeniyoruz. O kadar toparlamaya çalıştığımız

hasta yeri geliyor tekrar tedavisini alıyor. Hastanın ilacı bitince tekrar atak geçirmiş olması bizi geriye götürüyor. ” (Katılımcı 13)

4.5.1.7. Maaş ile İlgili Sorunlar

Görüşme yapılan sağlık profesyonellerinin tamamı, TRSM’de çalışan personelin ekonomik anlamda desteklenmediğini, performanstan faydalanamadığını ve bu durumun motivasyonlarını olumsuz yönde etkilediğini belirtmiştir.

“TRSM çalışanlarına özellikle ekonomik olarak bir motivasyon gerekiyor. TRSM’de çalışanların ek ücret düşüklüğü bu motivasyonu kötü etkiliyor. ” (Katılımcı 2)

“En büyük sorun maaş. Kişilerin ekonomik kaybı neden olsun? TRSM’de çalışan neden sabit dışı döner yüzünden daha az alsın? Büyük bir sıkıntı olduğunu düşünüyorum. O konuda motivasyonumuz azalıyor. ” (Katılımcı 14)

“Maaşlarla ilgili sıkıntı oluyor, performanstan faydalanılmıyor, yol yardımı diye bir yardım alıyoruz ama o da zaten işe yarar bir şey değil. Çünkü bir gezici ekip için verilen ücret 11 TL falan herhalde ama biz gittiğimizde 11 TL'ye yemek yemek filan çok zor hale geliyor. Hani çoğu zaman gezici ekibe çıkmak, insanın cebinden yediği bir durum oluşturuyor. ” (Katılımcı 3)

Bazı katılımcılar, TRSM’de sağlık profesyonellerinin doğrudan hastaların akut alevlenme dönemleri ile karşı karşıya kaldıklarını, hastaların ne tepki vereceğini önceden tahmin etmenin mümkün olmadığı halde gezici ekiplerle ev ziyaretleri yapıldığını, her an güvenlik riski yaşadıklarını belirtmiştir. Buna rağmen, Sağlık Bakanlığı tarafından TRSM’lerin riskli alan olarak görülmemesi ve maddi açıdan personelin desteklenmemesinin önemli bir sorun olduğuna değinmişlerdir.

“Şu anda TRSM’yi riskli alan olarak görmüyorlar. Aslında biz bir psikiyatri hastasının evine gidiyoruz yanımızda güvenlik yok, bizim ekibimiz iki bayandan oluşuyor, çoğu ekipler öyle ama buna rağmen riskli sayılmıyor. Sağlık Bakanlığı’nun bu yönde iyileştirici bir şeyinin olması gerekiyor. Riskli bir bölge olmadığı için, maddi açıdan bir destek görmediğimizde bir tükenmişlik oluyor. Hastayla karşı karşıya geliyorsunuz, hasta sizi kovalıyor, bağırtıyor, kızıyor, siz hepsine maruz kalıyorsunuz o anlamda bir iyileştirme gerekli. ” (Katılımcı 10)

“TRSM’de çalışan personelin maaşında hiçbir düzenleme yapılmadı. Düşündüğümüzde hastanede nöbet tutan bir hemşire daha yüksek alırken, TRSM’de çalışan bir kişi yüksek alamıyor ki birebir hastayla yüzleşiyor. Hastanın direk akut alevlenme dönemi ile karşılaşılıyor. Risk taşıyor ve bu riski bakanlık ekonomik olarak, risk anlamında değerlendirmiyor. En büyük sıkıntısının bu olduğunu düşünüyorum. Riskli birim olarak

değerlendirilmesi gereken bir yer olduğunu düşünüyorum. ” (Katılımcı 5)

“Ücretlendirme konusunda da ben bir aksaklık olduğunu düşünüyorum kesinlikle. Riskli birim sayılmıyor burası halbuki biz hastanın evine gidiyoruz, yanımızda hiçbir koruma önlemi olmadan. İki hemşire hastanın evine gidiyor, orda belki hasta zarar verecek belki o anda atak döneminde bilinmiyor, zarar verme potansiyeli var. Burada hastalarla sürekli biz beraberiz. Bu Sağlık Bakanlığı'ndaki genel ücretlendirme konusundaki haksızlıklardan biri. ... TRSM'de yine hakkaniyetli bir ödeme sağlanmıyor. Yani bağlı olduğumuz hastane ile aynı şekilde haklardan yararlanamıyoruz ücret anlamında. ... Evet, maddiyat her şey değil ama sonuçta para kazanmak için çalışıyoruz hepimiz. Neden aynı işi yapıp da daha az para kazanalım düşüncesi oluyor insanda. ” (Katılımcı 1)

Araştırmaya katılan bazı sağlık profesyonelleri, hemşirelik mesleğinin TRSM için önemli bir meslek olduğuna ancak mesleğin gereken değeri görmediğine değinirken, meslek elemanlarının ekonomik olarak desteklenmesinin motivasyonlarını olumlu yönde etkileyeceğini belirtmiştir.

“Hemşireler, Türkiye'de var olan TRSM sistemi için, varoluşun bir temeli olarak görülüyor. Ama maddi anlamda hemşirelerin kazancı yok, belki motive ettirici bir şey de olabilir. Maddi anlamda motive olursak belki iş yükü biraz daha tolere edilebilir. ... Zaten psikiyatri alanı döner sermaye anlamında ek getirisi olmayan birim, biz o nedenle de düşük alıyoruz. ” (Katılımcı 13)

“Geriden gelen nesil içinde özel bir meslek ama gerekli değeri görmüyor bu maddi anlamda da aynı şekilde. Yurtdışı ile kıyasladığım zaman maddi anlamda çok iyi şartlarda çalışıyorlar bu çok önemli, çok saygın bir meslek. Biraz daha değer verildiği zaman çalışanlar daha seve seve, daha koşa koşa yapacak. En azından ruhen mesleki alanda yorulduğum yerde bile diyeceğim ki en azından paramı kazanıyorum. O bende bir doyum sağlayacak ben kendi adıma öyle düşünüyorum. ” (Katılımcı 9)

4.5.1.8. Personel Sayısı ve Personelle İlgili Sorunlar

Araştırma bulguları, TRSM'de çalışan sağlık profesyonellerinin sayısının merkezden hizmet alan üye sayısına oranla yetersiz kaldığını göstermektedir.

Katılımcılar, hasta sayısı artmasına rağmen personel sayısında değişiklik olmadığına, personelin hastaları takip etmekte sorun yaşadığına, iş yükünün fazla olduğuna değinmiş, ayrıca personel sayısının yetersiz olmasının hizmetin verimliliğini de etkilediğini ifade etmiştir.

“Personel sayısı biraz daha fazla olabilir. Çünkü hasta sayısı arttıkça takip çok zor oluyor.

Bir sürü kafanın dağılacağı hasta var, hangisi olduğunu bazen şaşırıyorsun. Bu yüzden bence personel sayısı artırılabilir. ” (Katılımcı 6)

“Personel olarak 2-3 kişi ile TRSM’ler dönecek yerler değil. İdeal olarak 300 bin nüfusa göre TRSM açılıyor, Bolu ideal ama İstanbul’da bir ilçeye açılıyorsunuz o ilçenin nüfusu mesela 1 milyondan fazla. Orayı 3 kişinin çevirmesi mümkün değil. Onlarda ne yapmış, hasta kotası koymuş. Biz doluyuz diyen TRSM’ler var maalesef. Bizde bile bir hemşireye yaklaşık nerdeyse 100 hasta düşmeye başladı. Takibi gerçekten zor bizim şartlarda. Belki anlatıp anlatıp bıraksak daha çok kişi takip edilebilir. ” (Katılımcı 15)

“Dışarıdan bakıldığında personel sayısı yeterli gibi gözükmekte. ... Hasta sayımız artmasına rağmen eleman sayımız sabit kaldı. Bütün hastalar ile iletişim kuramaz hale geliyorsunuz, bazı hastalar atak dönemine girebiliyor, ilacını bırakmış olabiliyor. Bolu gibi küçük bir yerde 10 hemşirenin olduğu, psikoloğun, sosyal çalışmacının, psikiyatristin olduğu, TRSM çalışan sayısının fazla olduğu bir yer gibi görülüyor ama iş alanı çok geniş ve her hasta bireysel olarak değerlendirildiği için, hala personel sayısının yetersiz olduğunu düşünüyorum. ... Buradaki iş sadece hastaları takip etmek ile bitmiyor. Birde resmi işlerimiz yazı çizi işi var. Bakım planları, risk değerlendirmeleri oluyor, kriz planları oluyor ve hepsine aynı anda yetişmekte zorluk yaşıyoruz. Dışarıdan bakıldığında personel sayısı çok gözükse de bence halen yetersiz. ” (Katılımcı 13)

Bazı katılımcılar, TRSM’de sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve ergoterapist sayısının yetersiz olması ya da tam gün istihdam edilememesini önemli bir sorun olarak görmektedir. Hizmetlerin daha sistematik ve verimli olması için bu meslek grubundaki personelin sayısının artırılması gerektiğine değinmişlerdir.

“Personel eksikliği var mesela. Sosyal hizmet uzmanı sayısı artırılabilir, psikolog sayısı artırılabilir. TRSM’de şu anda 2 psikolog var yeterli gibi gözüküyor ama daha iyi bir hizmet vermek için daha sistematik hizmet için, bu meslek elamanların sayısı artırılabilir. Personel eksikliğinden dolayı herkes birbirinin işini yapmak zorunda kalıyor. Örneğin gezici ekibe çıkabilecek 2 psikolog var. Her gezici ekibe psikolog veya sosyal hizmet uzmanı çıkamıyor. Gezici ekiplerde de sosyal hizmet uzmanını ilgilendirin sorunlar olduğunda bu sorunlar giderilemediği için, örneğin hemşire çaballıyor orda bir sosyal hizmet uzmanı olmadığı için, bu da çok verimli olmuyor diye düşünüyorum.” (Katılımcı 14)

“Birçok yerde ekip çalışması içerisinde ciddi sıkıntılar var. İnsan kaynakları açısından sıkıntılar var. Birçok ilde sağlık profesyonelleri bir arada değiller. Dolayısı ile farklı meslek gruplarının tam gün ve sürekli TRSM’de olması gerekiyor. Ne yazık ki birçok ilde, haftanın belli günlerinde, belli saatlerinde part-time çalışan çok fazla kişi var. Kişiler sürekli olmayabiliyor. Seçilen kişilerin psikiyatri deneyimi olmayabiliyor. Psikiyatri

eğitimleri eksik olabiliyor. Dolayısı ile bu noktada insan kaynakları açısından ciddi bir sıkıntı var. ” (Katılımcı 8)

Görüşme yapılan Katılımcılar, TRSM’de personel sayısının belli meslek grupları için yeterli olduğunu ifade ederken diğer yandan ergoterapist ve sosyal hizmet uzmanı sayısının ise sunulan hizmetlerin verimliliği açısından yeterli olmadığına değinmişlerdir.

“Buranın personel sayısının yeterli olduğunu düşünüyorum ben hemşire, psikiyatrist anlamında. ... Belki rehabilitasyon için sadece 1 kişinin görevlendirilmesi, bu hemşire olabilir, belki psikolog olabilir, ergoterapist olması bence daha ideal, o olabilir. Fakat, ergoterapistimiz de 1 tane olduğu için o da yetersiz kalıyor. O da evet rehabilitasyonla ilgileniyor ama onun dışında bireysel ilgilendiği hastaları da var, onun da gezici ekiplere gitmesi gerekiyor, onun da yetersiz kaldığı alanlar oluyor o anlamda. Onun için rehabilitasyon ile ilgilenecek 1 ergoterapist olabilir ve onun dışında da çalışan bir ergoterapist olsa, 2 psikolog yeterli olacaktır buraya. Sosyal hizmet uzmanı 1 tane mesela o da 2 tane olsa, 1 tanesi burada zaten yapılan işler şeklinde yürüyebilir, diğeri de diğer işler, hastalarla temas halinde ve ailelerle daha iyi iletişim halinde olan kanaldan yürüyebilir. ...” (Katılımcı 1)

“Takipli hasta sayımız çok fazla olduğu için, çalışanların verimliliğini ciddi anlamda düşürüyor. Şu anda 1500’e yakın kayıtlı hasta var ve bu gerçekten çok ütöpik bir rakam. Bütün hastaların sosyalleşmesini takip etmemiz söz konusu bile değil. Yeterli çalışan sayımızı olsaydı ya da az sayıda hastamız olsaydı şunu yapabirdik, örneğin o hasta ile 1 hafta boyunca çayı birlikte demlemek gibi, ara basamak işte bu olabilir. Çünkü şöyle bir durum oluşuyor, tamam, sen oldun hadi git. Ama nereye gidecek? Halk eğitime gitmeyi bilmiyor, oradakiler ile etkileşim kuramayacak, kursun saatlerinin ayarlanması lazım, nasıl gidecek, nasıl gelecek, onun bir şekilde belirlenmesi lazım. Bu basamakların tamamının hasta ile ortak bir şekilde yapılması ya da aile yakınlarının desteğinin olması lazım. Ancak, biz diyoruz ki rehabilitasyon bitti tamam sen git, çünkü o ara basamağı oluşturacak kimse yok. Bir ergoterapistimiz var, bazen o konularda destek oluyor ama 1500 hastanın kaçına destek olabilir bu çok mümkün olmuyor. ” (Katılımcı 3)

4.5.1.9. Politika ile İlgili Sorunlar

Sağlık profesyonelleri, TRSM’lere ve buradan hizmet alan üyelere yönelik politikalarda var olan sorunlara değinmişlerdir.

Görüşme yapılan Katılımcı 9, TRSM’ler ile ilgili politikaların zayıf olduğunu, özellikle personelin maaşı ve istihdamı ile ilgili iyileştirmeler yapılması gerektiğini, yürütülen çalışmalarda daha çok kişisel çabalar ile bir yerlere geldiğini ancak profesyonel çalışmalar ve mevzuatla ilgili kısımlarda eksiklikler olduğunu belirtmiştir.

“TRSM’ler ile ilgili politikaların zayıf olduğunu bizzat yakından takip ettiğim için, çalıştaylara katıldığım için, bakanlık yetkililere görüşmeye şahit olduğum için biliyorum. Sağlık Bakanlığı sisteminin değişmesinden dolayı, oturmuş politikalar üretilmiyor, yeni güncellemeler yapılıyor. ... Özellikle personel istihdamı ve maaş konularında iyileştirmeler yapılması Sağlık Bakanlığı’nun diğer bakanlıklar ile işbirliği yapması gerekli. ... Kişisel çabalar ile bir noktaya geldik. Bundan sonrası gitmiyor, yani dediğimiz gibi daha profesyonel bir yaklaşım gerektiriyor. Daha net, somut verilerin olması gerekiyor, protokollerin imzalanması gerekiyor. Biz kendimizce yapabileceğimiz bir şeyleri elimizden geldiği kadarınca uğraştık, yaptık, yapmaya çalışıyoruz ama en basit bir şeyde mevzuata takılıyoruz, en küçük bir şey kural ihlali oluyor, ileriye gidemiyoruz. ” (Katılımcı 9)

Bazı katılımcılar, Sağlık Bakanlığı’nın TRSM’lere gereken değeri vermediğine değinirken, TRSM’lerin gerekli personel istihdamı yapılmadan, gerekli fiziki şartlar sağlanmadan, hızlı bir şekilde art arda açılmasını sorun olarak görmektedir.

“Sağlık Bakanlığı’nın burayı sadece hastaların gelip kurslara katıldığı, incik boncuk dizip, resim çizdiği, bir yer olarak görüyor. Halk eğitim merkezi gibi düşünen bir grup var bence, çünkü yeteri kadar değer verilmediğini düşünüyorum. Buranın böyle olması, hem personel anlamında doyurucu olması, hem hizmetlerin iyi yürümesi başhekimimiz kaynaklı diye düşünüyorum. Diğer illerdeki TRSM’ler 1 tane psikolog gönderelim, 1 hemşire gönderelim, psikiyatrist yarı zamanlı çalışsın, sosyal hizmet uzmanı hem oraya hem hastaneye baksın modunda oluyor, o da çok etkin ve yararlı olmuyor. 3-5 odalı bir yeri TRSM diye açıyorlar ve hiçbir işe yaramıyor, bu da aslında bakanlığın bakış açısını gösteriyor bize. ” (Katılımcı 1)

“Hızlı açılan TRSM’ler, kurdele kesmeye yarayan kurumlar yerine yavaş ve emin adımlarla gidilmesinin daha iyi olacağını düşünüyorum. TRSM’ler nitelikli olmadan, personel eğitime gitmeden açılıyor sonra bir şeyler yapmaya çalışıyorlar. İlk koydukları tuğlalar sağlam olmadığı için, sonrakilerde sağlam gitmiyor. Bunun mağduriyeti ve tükenmişliğini personeller daha hızlı yaşıyorlar, sık sık bu konuda telefonlar alıyorum. TRSM’den arıyorum ben yeni atandım, yeni başladım, ne yapacağım diye, biraz bilgi veriyorum ama bir daha iletişim kurulmuyor. Muhtemelen sisteme küsüyor. ” (Katılımcı 11)

“Diğer TRSM’lerden aldığımız geri dönüşümler şöyle, mesela A iline TRSM açacağız, bakanlık diyor ki her ilde şu kadar TRSM olsun, açalım. Diyor ki doktora TRSM açıyoruz sen git burada çalış. Ne yapacak doktor tek başına TRSM’de? Sen buraya psikolog, hemşire, sosyal hizmet uzmanı verecek misin? Çünkü hala insanların kafasında TRSM poliklinik hizmeti verilen, incik boncuk dizilen, sanki zeka engeli olan kişilerin yönlendirildiği, tüm gün resim boyayıp, boncuk dizdikleri bir yer. Aslında TRSM’ler çok daha kapsamlı. Bizim buradaki avantajımız en azından ruh sağlığına bağlı olması, en azından burayı açan kişinin buranın ne yapacağı konusunda bilgisi olması. ... Binayı kurup

kapısına TRSM yazmak kolay ama işlevsel hale getirmek için bu konuda istekli personel lazım, burayı atıl aman gözümüzden uzak olsun dedikleri insanların olduğu bir yer olarak görürlerse, bir şey sağlanamaz. ” (Katılımcı 15)

Katılımcı 13, TRSM’lerde uygulanacak olan toplum temelli ruh sağlığı modelinin uygulanmasına yönelik saha bilgilendirilmeden, alt yapı oluşturulmadan çalışmaların başladığını ve bunun uygulama alanında sağlık profesyonelleri açısından sorunlara sebep olduğunu belirtmiştir.

“Ruh Sağlığı Eylem Planı yayınladığından TRSM’lerde toplum temelli ruh sağlığı modeli olacak şekilde yayınlandı. Bu nasıl yönetilecek, nasıl yürüyecek konusunda sahanın durumu çok görüşülmeden yayınlandığı için, sahadan aslında kimsenin bilgisi alınmadan yapıldı. Sahada ne kadar işlevsel, ne kadar değil bilinmiyor. 2008’den bu yana hizmet verdiğimiz için bilgi sahibi olduğumuzu düşünüyoruz. Diğer illerde TRSM’ler açısından çok sıkıntı yaşayan sağlık profesyoneli var. Bizim avantajımızı hastane yöneticimizin psikiyatrist olması ve ruh sağlığı alanında bölge hastanesinin yönetici olması olarak görüyorum. Bu kurumun gelişmesi anlamında artılar. Ancak, farklı illerde sadece devlet hastanesine bağlı açılan TRSM’ler var. ... Biz alan hakkında çok destek alıyoruz. Belki bölge hastanelerinin olduğu yerlerde sıkıntı yaşanmıyordur bizim gibi ama özellikle büyükşehir ve diğer illerde genel hastanelere bağlı olan TRSM’lerde elaman açısından ve yöneticilerin TRSM’lere bakışı açısından çok ilerleyebildiklerini düşünmüyorum. ” (Katılımcı 13)

Görüşme yapılan Katılımcı 15, Türkiye’de uygulanan bakımevi hizmetinin hastaların işlevselliklerini artırmaktan ziyade var olan yetilerini de kaybetmelerine sebep olduğunu, toplumdaki izole bir şekilde kurumda yaşamlarını sürdürdüklerini ve benimsenen hizmet kriterlerinde değişiklik yapılması gerektiğini belirtmiştir. Bakımevi hizmetine alternatif olanın korumalı evler olduğunu ancak korumalı evlerinde ülkemizde yaygın olmadığını ifade etmiştir.

“Evde bakım verilemeyecek olan, kendine bakamayacak olan hastaları şuan bakımevine gönderiyoruz biz. Bakımevi şartlarını, birkaç tanesinde gözlemlene şansımız oldu bizim. Hastanın olabilecek yetilerini de azaltan bir sistem. Yemeği önüne geliyor, aktivite anlamında şunu yapacaksın, bunu yapacaksın şeklinde hiçbir iş yapmasına izin verilmiyor, niye çünkü bu sefer hastaya iş yaptırıyorsun oluyor. Öyle de bir sıkıntı var. Sistem, bu hastanın yemeği önüne gelecek, yatağı toplanacak diyor, halbuki Avrupa modelinde kaldıkları yerlerde kişisel bakımlarını kendisi yapıyor, odasını kendisi temizliyor, bunlara izin veriliyor. Ama bu tür bakım evleri bizde hastaların olan yetilerini de bir süre sonra kaybetmesine sebep oluyor. Bu da sistem içerisindeki bir aksaklık. Bireysel çaba ile çözülmesi de şuan için zor. Alternatif, bir dönem aile sosyalin açmaya çalıştığı korumalı

evler, yetilerini daha çok kaybetmemiş, bireysel olarak az bir destekle kendini idame ettirecek birkaç hastanın, bir bakım personeli ile evde kalması. Kişiyi canı isteyince dışarı çıkmayı sağlar, belki çalışabilir, bir kuruma gidebilir, eğitim hizmeti alabilir. Evde küçük görevler verilerek, o yetilerini kaybetmeden, çok kalabalık olmayan bir şekilde yaşayabilirler. Bu yapılmaya çalışıldı, birkaç yerde var Türkiye’de bildiğim kadarı ile ama yaygınlaşmadı.. ” (Katılımcı 15)

4.5.1.10. Tükenmişlik ile İlgili Sorunlar

Araştırma bulguları, vaka sayısının fazla olmasından dolayı iş yükünün fazla olmasından dolayı, bir meslek grubunun diğer meslek personellerinin de rol ve görevlerini üstlenmesine neden olduğunu ve sürekli aynı hasta grubu ile çalışmanın sağlık profesyonellerinde tükenmişliğe sebep olduğunu göstermektedir.

“Meslekler arası direnç demeyelim de bazen şey diyoruz aa bunu da mı biz yapacağız? Mesela hemşire olarak zaman zaman dediğimiz noktalar oluyor. Belli yaptığımız bir iş var, onun dışında bir şey yapılacağı zaman bu da bizim görevimiz mi oluyor ya da yılların vermiş olduğu bir şey insanlarda da bir tükenmişlik oluyor ister istemez, mesleğinizde uzun süre yol almışsanız. ” (Katılımcı 7)

“Biz şey yapmamaya başlıyoruz. Mesela çok fazla yol kat edemeyeceğimiz yıkımı fazla hasta grubunu biraz daha az ziyaret edelim, daha az arayalım diyoruz. Genç, haslık yeni, tedaviden çabuk kopuyor daha sık gidelim, ona daha çok enerji verelim diye düşünüyoruz. ... Bu kadar parametreyi bir kişinin, bu kadar sene takip etmesi kolay değil. Biz ne yapıyoruz toplantı da şunu aradın mı, şunu yaptın mı diye soruyoruz bir sürü yük altında. Telefonla görüşmek, gitmek gelmek, yani bu hizmet basit bir hizmet değil. İlişki gerektiren bir şey ve yorulunca da ilişkinin verimliliği düşüyor. ... Sağlık çalışanlarında sürekli aynı grupla çalışmak, iş yükü derken bir tükenmişlik oluşuyor bir süre sonra. Hastayı alıyorsunuz, sürekli takip ediyorsunuz, bir süre sonra sanki o evladymış gibi oluyor ve bir ilerleme sağlayamamış gibi bir his uyandırıyor. Çünkü tükenmişliğe sebep oluyor. ” (Katılımcı 15)

“Yurtdışı modelde 3-4 hemşire var ve sadece tedavi ve takip boyutuna katılıyorlar. Başka hiçbir şeye katılmıyor. Buradaki hemşireler, sosyal çalışmacı yokken yıllarca onun yükünü göğüsledi, psikolog yokken yıllarca grup eğitimleri, bireysel görüşme yaptılar. Tedavi ve takipte doktorlar yazıyor, uyguluyor ama doktora raporu bitmiş, ilacı bitmiş, tedavisi bozulmuş onları hatırlatma işini yaptılar, bunun yanı sıra öğretmenlik işi yaptılar, belki tükenmişliğimizin nedenlerinden biride budur. Bu kadar işle uğraşmak zaman zaman tükenmişliğe sebep oluyor, dediğim gibi motivasyon sağlayıcı başka bir şeyimiz yok yani ne ücret anlamında, ne değerlilik anlamında, hasta ile doktor arasında kalan bir meslek gurubuyuz. Yorgunluk hissediyorum, çaresiz hissediyorum. ” (Katılımcı 9)

Görüşme yapılan Katılımcı 5, TRSM’de hizmet sunan sağlık profesyonellerinin sistemde var olan aksaklıklar nedeni ile tükenmişlik yaşadığına değinmiştir.

“Biz TRSM’de genel, klasik, sistematik yazıp, yönlendirip, devam ettik tedavi süreci boyunca belki bu birazcık tükenmişlikten kaynaklanıyor, hani sistem aksaklığı. Çalışan personelin tükenmişliğinden de kaynaklanıyor olabilir. Diyelim ki bir hasta için gerçekten uğraşıyorsun, bir şey yapmaya çalışıyorsun, ama işte başka kurumlardan destek alman gerekiyor, kurum bu bizim yönetmeliğimize uymuyor, bu bizim şartlarımıza uymuyor diyor ve bütün o yaptığın çalışmanın hepsi havada kalabiliyor buda büyük bir sistem aksaklığı.”
(Katılımcı 5)

4.5.2. Öneriler

Bu bölümde, araştırmaya katılan sağlık profesyonelleri deneyimlerinden yola çıkarak Türkiye’deki TRSM’lerde var olan sorunlara ilişkin bir takım önerilerde bulunmuşlardır.

4.5.2.1. Genel Öneriler

Katılımcılardan bazıları, TRSM’lere yönelik yapılan verimlilik değerlendirme kriterlerinin, fiziki koşullar ve evrak kontrolü ile sınırlı kalmasının bir sorun olduğunu belirterek, değerlendirme kriterlerinin değiştirilmesi gerektiğine değinmiş, fiziki şartlar dışında merkezin işleyişi ve hizmetlerin kalitesine yönelik değerlendirmelerinde olması gerektiğini belirtmişlerdir.

“Mesela bir değerlendirme kriteri olsa elimizde, rehabilitasyona yeni gelen hastayı değerlendiririz, birde 6 ay sonra değerlendiririz. Ne kadar ilerleme katettik diye, belki o değerlendirmeler sonucunda belli bir hedefe ulaşırsak, artık hastayı hayata atabiliriz. Şu kadar TRSM’imiz var, iyi de yani kaç hastamız var, kaçı rehabilite oldu bence bunlar daha önemli. Denetime bakanlıktan olsun, il sağlık müdürlüğünden olsun geliyorlar, ne yapıyorlar binaya bakıyorlar, engelli tuvaleti var mı diye, daha çok fiziki koşullara bakıyorlar. İşte evraklara bakıyorlar, personelin görevlendirmesi var mı vs. diye. Tamam, bunlara da bakılsın ama ayrıca bir bilim değerlendirmesi de yapılsın yani bunlar daha çok mevzuatı değerlendiren bir grup oluyor, böyle bilimsel bir ekip olabilir. Buranın verimliliği, etkinliği hakkında bir değerlendirme yapabilen bir grup olabilir.” (Katılımcı 1)

“Denetimde sordukları şey evrak ve çok temel şeyler. İşte odalar metrekare olarak tutuyor mu? Görevlendirme yazıları muntazam şekilde imzalanmış mı? Duvarlarda yangın tüpü var mı? Dediği saatlerde eğitim yapılmış mı, yapılmamış mı gibi çok basit şeyler üzerinden denetleniyoruz. Eğer bunlar verimlilik olarak değerlendiriliyorsa ki bunlar verimlilik

denetimi diye geçiyor, o zaman şunu bekliyorum kaç hastaya baktınız, kaçını yeni kayıt aldınız, kaçını işe yerleştirdiniz, kaç için kurumlar arası işbirliği ile ortak çalıştırıyorsunuz, yani birde gelip bu denetlenmeli. ” (Katılımcı 3)

“İşleyişin kalitesi çok çok önemli. Şimdiye kadar bu noktada da TRSM’lerin daha çok fiziksel temel ihtiyaçlarının kontrolü ve standardizasyonu sağlanmaya çalışılıyor. Yönerge de de esası bu, kontrollerde mümkün olduğu kadar asgari kriterler karşılanmış mı, yüz ölçümü karşılanmış mı, atölyeler var mı, dokümantasyon tam mı ve istatistiki veriler giriliyor mu diye bakılıyor. Halbuki burada amacına ulaşan hizmet veriliyor mu diye bakmak lazım. Düzenli haftada kaç gün ev ziyareti yapılıyor, bunlarla kaç kişiye ulaşılmış, ulaşılan kişilerden kaçının hastaneye yatış sayısı azalmış, yattığı gün sayısı azalmış mı, kullandığı tedavi sayısı azalmış mı, ilaç sayısı azalmış mı ona bakmak lazım. Ayrıca kaç işe girmiş, kaçının barınma sorunu çözülmüş, kaç sosyalleşmiş, kaçının ekonomik sorunu çözülmüş tek tek bu parametrelerin ölçülmesi ve bu ölçüme dayalı bir verimlilik değerlendirmelerinin mutlaka yapılması ve hedeflere bunun konması gerekiyor. ” (Katılımcı 8)

Araştırmaya katılan Katılımcı 4, TRSM’de mesleki atölyeler ya da mesleki kurslar açılmasının üyelerin topluma katılımını kolaylaştıracağını, ayrıca genç üyeleri merkeze çekmek için onlara hitap edecek bir takım aktiviteler düzenlenebileceğini bu konuda daha çok meslek edinmelerine yardımcı olacak sertifikalı kurslara ihtiyaç olduğunu belirtmiştir.

“Bazı mesleki atölyeler açılabilir, bununla ilgili mesela ahşap gibi ya da daha çok mesleki kurslar açılabilir. Hani bu belki bizim üyelerimizin buradan çıkıp, ikinci basamağa geçmesi, topluma katılımı açısından sağlıklı olur bunu değerlendirebiliriz. Biraz daha genç üyeleri buraya aktarabilirsek, bizim açımızdan gerçekten çok daha iyi olabileceğini düşünüyorum. Mesela onlar için kısa süreli çalışmalar yapabiliriz, gençlerin daha çok sevebileceği aktiviteler mesela bilgisayar, oyun gibi teknolojik şeyler olabilir. Belki bu, buraya gelip en azından bir iki saat vakit geçirmelerinde ve buraya adapte olmaları anlamında etkin olabilir. Mesela EKPS kurs döneminde onlara bir şey vaat ettikten sonra yeni ve genç üyeler geldi aslında. Burada aldığı bir sertifikanın onun işine yaraması gerekiyor. Şuan aklıma gelen mesela kalorifercilik sertifikası gibi, mesela burada bir hoca vasıtasıyla bunu versek, hani belki genç üyelerimizi buraya çekebiliriz. Çünkü mesleğe yönlendirici bir şey olacaktır bu. Bu bağlamda yararlı olabilecektir. Çünkü onlar çalışmak istiyor. ” (Katılımcı 4)

Görüşme yapılan Katılımcı 16’nın söylemleri, TRSM’nin nüfusa göre açılması gerektiği, burada çalışacak olan meslek elemanlarının yeterli sayıda istihdam edilmesi gerektiği, uygun fiziki şartların sağlanması gerektiği ve bilgi paylaşımı ve akut sorunların

çözümü için bakanlık düzeyinde bir veri paylaşım tabanının oluşturulması gerektiği yönündedir.

“Nüfusa göre TRSM’lerin açılması gerekiyor, içindeki çalışan sayısının ve meslek elemanlarının belirlenmesi gerekiyor, bakanlık tarafından bunların yeterli düzeyde olmasının sağlanması gerekiyor. Daha sistematik halde, il bazında değil de aslında bakanlık tarafından nasıl hastanelere atama yapılıyorsa, TRSM’lere de bunu yapabilirler. İkincisi özellikle TRSM’lerin fiziksel şartlarının uygun olması gerekiyor. Baktığın zaman çoğu TRSM’lerin gidışatları hiç uygun değil, eğitim faaliyetinin yapılacağı hiçbir alan yok gibi, böyle atıl yerlerde açmak için açılan TRSM’ler var, onların gözden geçirilmesi, tekrar gerekli şartların düzenlenmesi gerekir. Özellikle aile hekimleri ile ilgili bir veri tabanı kurulduğunda, TRSM’nin çözemediği vakalar varsa bakanlık düzeyinde çözümlenmesine yönelik bir birim ya da kriz merkezinin oluşturulması ya da destek alınması gereken bir yerin olması gerekiyor. Sonuçta akut gelişen bir olayda da nasıl müdahale edilmesi gerektiği bilinmiyor. Akut durumda, problem yaşandığında öyle bir merkezin oluşturulması gerektiğini düşünüyorum. Şu an sayı az olduğu için böyle bir merkez yoktur ama ihtiyaç var. ... ” (Katılımcı 16)

Araştırma verileri, TRSM’lerde bütün sağlık profesyonellerinin kullanabileceği, üyelere ilişkin bilgi sisteminin olması gerektiğini, bilgi paylaşımının önemli olduğunu, birinci basamak sağlık çalışanları ile TRSM arasında işbirliği ve koordinasyon sağlanması gerektiğini ortaya koymaktadır.

“Sağlık profesyonelinin elinde her hastanın ailesi ile alakalı sosyal çevresi ile alakalı hatta tedavi ile alakalı not alabildiği bir sistemi olmalı. Örneğin; o hasta ile ilgili yapılan sosyal inceleme karşısına çıkmalı. Hasta ile ilgili her şey... Böyle bir sistem oluşturulmalı. Buna sağlık çalışanların hepsinin ulaşması lazım, hemşirelerin böyle bir sistemi var ama psikolog, ergoterapist ve sosyal hizmet uzmanına da olması lazım. ... Aslında bir sistem var TRSM’nin ama o sistemin iyileştirilmesi gerekiyor. Örneğin psikoloğun yazdığı, sosyal hizmet uzmanının yazdığı, ergoterapistin yazdıklarını, hemşire ve doktorların bilgilerini paylaştığı ortak bir sistem işlevsel olarak kullanılmalı. ” (Katılımcı 14)

“Önce hastaya erişilmesi, dolayısı ile bu verileri doktorların hastaneden yönlendirmesi ve düzenli bilgi aktarımının sağlanması gerekiyor. Birinci basamakta aile hekimleri ile iyi bir iletişimin olması gerekiyor. Burada bayağı eğitim verilmesine rağmen bile her ev ziyaretlerine gittiğimizde, bir de aile hekimlerini uğrayıp bilgilendirmemiz gerekiyor. Aile hekimlerindeki direnci kırıp, onlarında kendi kayıtlı hastaları içerisinde TRSM hizmetinden faydalanacak kişileri zamanında yönlendirmesi gerekiyor. TRSM’nin tedavisini takip etmesi ve mutlaka TRSM ile sıkı bir işbirliği içerisinde olması gerekiyor. ” (Katılımcı 8)

“Bilgileri kaydetmek, kaybetmemek, bol dokümantasyon, denetimler için değil, kendimiz için, bir sonraki nesiller için gelecek çalışanlar için yapılacak dokümantasyon bilgi paylaşımı çok önemli. ... Personel değişimleri olacaktır mevcut kişiler bırakmaya başladığı zaman ... bir takım kayıplar olacak herkes için bir zorunluluk getirilse bile. ” (Katılımcı 11)

Görüşme yapılan Katılımcı 10, sosyal hizmet uzmanlarının TRSM’de sürekli kalması ve değişmemesi gerektiğine değinirken, üyelerle çalışırken yurt dışındaki çalışma modeline benzer şekilde üyenin ihtiyaçlarına göre ilgili meslek profesyoneline yönlendirme yaptığı ve hizmet sonlanınca dosyanın da o meslek elemanı için kapanıyor olduğu bir sistemde çalışmak istediğini belirtmiştir.

“Sosyal hizmet uzmanları sabit olarak kalmalı, sürekli değişmemeli. Yurt dışından bir sosyal hizmet uzmanıyla görüşmüştük, çok hoşumuza gitmişti. Bir hastayı alıyorlar, değerlendiriyorlar ve tanıyorlar, önce hastanın işte neye ihtiyacı var o belirleniyor. ... Bazen ihtiyacı olduğu şeyler olabiliyor ve sosyal hizmet uzmanı alıyor o hastayı belirli bir süre sadece o hastayla ilgileniyor. İhtiyaç analizi gibi bir şey yapıyor, o ihtiyacın giderilmesi o problemin çözülmesiyle ilgili. Sonra diyor ki işte biz o problemi çözünce ben o dosyayı kapatıyorum ve ilgili yere gönderiyorum hastayı. İlgili yer derken de mesela bireysel görüşmeye mi ihtiyacı var psikoloğa yönlendiriyor, daha öncede görülen ihtiyaçları arasında diyelim ki maaş problemi var maaş problemi çözüldü, ben o hastayı aldım maaş problemini çözdüm, barınma problemini çözdüm ve grup terapilerine katılması gerekiyor verilen hedefler içinde oda var. Ben artık gerekli yere gönderiyorum, psikoloğa gönderiyorum. Keşke öyle olsa, öyle olmasını çok isterim gerçekten.” (Katılımcı 10)

4.5.2.2. Damgalama ile İlgili Öneriler

Araştırmaya katılan Katılımcı 16, ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerin toplumda damgalandığına ve ön yargı ile karşılaştığına değinmiştir. Ayrıca damgalama ile mücadele ederken, merkezden hizmet alıp, bunun faydasını görmüş üyelerin örnek olarak topluma anlatılması ve TRSM hakkında bilgi verilmesi gerektiğini; özellikle muhtarlar, imamlar gibi meslek gruplarına yönelik farkındalık oluşturmak amaçlı çalışmalar yürütülmesi, bu konuda diğer kurum kuruluşlarla ve STK’larla işbirliği yapılması gerektiğini belirtmiştir.

“Ağır ruhsal hastaların şizofreni gibi “deli” diye damgalanıp onlardan bir öcü gibi bahsedilmesinden dolayı, ön yargının oluşması ile mücadelenin çok aktif olması gerektiğini düşünüyorum. Sonuçta bu sadece çalışanlarla, hastayla ya da aileyle çözülebilecek bir konu değil. Özellikle TRSM alanında verilen eğitimlerde ya da TRSM tanıtılırken damgalama ile mücadele ederken hizmet almış, pozitif yönde etki etmiş kişilerinde olaya

dahil edilip, TRSM'de almış olduğu hizmetin olumlu sonucu, almamış olana ya da alacak olan kişilere gösterilerek aslında bir nevi reklamını yaparak, yapılması gerektiğini de düşünüyorum. ... TRSM hakkında bilgi verilmesi, yine eğitimlerin yapılması ve özellikle muhtarlara, imamlara, topluma kamu spotuyla ya da diğer kurumlarla birlikte komple eğitim verilerek, toplumda bilinç oluşturulmalıdır. ... Hastaların tespitinde hem damgalama ile mücadele hem TRSM tanıtımı noktasında diğer kurum kuruluşlar, STK, kamu çalışanlarıyla ortak hareket edilmesi gerektiğini düşünüyorum. ” (Katılımcı 16)

4.5.2.3. Hizmet Sunarken İhtiyaç Duyulan Eğitimler ile İlgili Öneriler

Araştırmaya katılan sağlık profesyonelleri, TRSM'de hizmet sunarken ihtiyaç duyulan eğitimlere ilişkin paylaşımlarda bulunmuşlardır. Araştırma bulguları, personelin öncelikle merkezde hizmet verilen psikiyatrik hastalıklara ilişkin bilgi, hastalığın seyri, hasta ve yakınları ile iletişim becerileri, hastaya yaklaşım ve ekip çalışması konularında eğitime ihtiyaç duyduğunu göstermektedir.

“Hastalık süreci, hastalığın alevlenme sürecinde hastayla iletişim, bipolar mı, şizofreni mi şizoaffektif mi, bunu birbirinden ayırmak konusunda gerçekten iyi bir mesleki eğitim olabilir. Çünkü bilgi eksikliği hissettim yani çok fazla bilmiyordum, nasıl ayırım yapılacak özellikle. Birde ekip çalışmasına ilişkin bir eğitim olması lazım, bu ekip çalışmasına ilişkin en önemli sorun da, ekip çalışmasında kimin ekipte işi ne olacak, işlerliği ne olacak. Hani buna ilişkin bir eğitim, bir planlama ya da bir şeyde yok. ” (Katılımcı 5)

“Hastalıkla ilgili psiko-eğitim, hastalığa yönelik, hasta benim ne hastalığım var dediğinde cevap veremeyen bir sağlık personeli karşı taraf için hiçbir şey ifade etmiyor. O yüzden hastalıkla ilgili bilgi ve o hastanın hastalığının seyrine yönelik bilgi sahibi olması gerekiyor. Bu açıdan bence bu kısım en temel kısım. Bunun dışında, bu bir ekip çalışması sadece bir kişinin yapabileceği bir şey değil, birçok alanda değerlendirme gerektirdiği için, ekip çalışmasına yönelik bence destekleyici bir şeyler olması lazım. Hastalıklarla ilgili konuştuk ama birde ilaç bilgileri lazım, hani her ekibe doktorla birlikte gitmiyoruz neticede, ilaç yan etkisi olmuş olabiliyor ama mesela hemşire bunun ilaç yan etkisi olduğunu düşünmüyor ise, o alanda gerçekten etkileşimlerle ilgili kopukluklar oluyor. Hem tedavi boyutuna hakim olmaları gerekiyor hangi ilaç nerde yazılır gibi mesela eğer yanlış bilgi verilirse, bu iletişimi bozuyor. O yüzden tedavi boyutu ile ilgili bilgilere de sahip olması gerekiyor burası için. ” (Katılımcı 3)

“Öncelikle psikiyatrist dışındaki çalışanların, bir psikiyatri hastasına yaklaşımla ilgili eğitim alması lazım. Hiç psikiyatri alanında çalışmamış bir hemşirenin, bir sosyal hizmet uzmanının birden bu hasta grubu ile karşılaşması gerçekten travmatik olabiliyor. Çünkü hasta ile görüşme becerileri önemli, alttan alınması gereken hasta, bir öfkeli hastaya nasıl yaklaşımda bulunulur ya da işte daha içe dönük bir hastaya nasıl yaklaşımda bulunulur,

bunlar gerçekten hasta grubunu gördükçe edinilecek bilgiler. En önemlisi iletişim becerileri, yani o hastaya nasıl yaklaşacak ve ikincisi aslında hastalığı bilmesi gerekiyor. Bu nasıl bir hastalık, hangi özelliklerini kaybeder kişi, hangi konu da desteklenmesi gerekir, buna hakim olmadan direk hasta ile karşılaşma bilinçli olarak olmasa da zarar verir iki tarafa da. Kişi hastadan çekinebilir ya da o iletişim sorunu varsa, hasta hiç buraya alışmadan direk kopabilir. Bunlar önemli. ” (Katılımcı 15)

Bazı katılımcılar, TRSM’de çalışan sağlık profesyonellerinin mevzuata hakim olması gerektiğini, bu konuda bilgi edinmelerinin faydalı olacağını belirtmiştir.

“TRSM’de çalışmak için ben burada çalıştığımız tanı gruplu hastalarla ilgili hizmet içi eğitimin gerçekten bizim için faydalı olacağını düşünüyorum. Çünkü bu çalıştığımız psikoz, bipolar grubu gerçekten çalışması zor ve iyi tanımamız gereken bir grup. Hastalarla olsun, ailelerle olsun, iletişim bilgimizin iyi olması ve bu konuda yeterli beceriye sahip olmamız gerektiğini düşünüyorum. Bunun dışında, belki sosyal hizmet uzmanı için daha çok gerekli mevzuat bilgisi ama bizimde az buçuk bilmemiz gerekiyor. Bir TRSM’nin yönergesi neler gerektiriyor, burada yapmamız için neler gerekiyor bunları bilmeliyiz. ” (Katılımcı 1)

“Aslında daha çok TRSM’ler çeşitli hastalıkların olduğu bir alan olduğu için önce hastalığı tanımamız gerekiyor. TRSM’de çalışanların önce hastalığın ne olduğu hastalığa nasıl yaklaşılmaması gerektiği, iletişimin nasıl olması gerektiği konusunda eğitim almaları gerektiğine inanıyorum. ... TRSM’de verilen rehabilitasyon faaliyetleri ya da psikososyal eğitimler ve hastalık eğitimleri vardı isimlerini unuttum ama onların sunumu noktasında yine eğitim verilmesi gerektiğine inanıyorum. Yine özellikle hasta ile iletişim noktasında ya da bir akut döneminde hastayla nasıl iletişime geçileceği noktasında eğitim alınması gerektiğini düşünüyorum. ” (Katılımcı 16)

Görüşme yapılan Katılımcı 4, nöropsikiyatri, psikopatoloji konusunda bilgi edinmenin faydalı olacağına değinirken, drama eğitiminin hastaların sosyal becerilerini geliştirmede önemli olduğunu ve merkezde drama eğitimleri alınmasının da iyi olacağını belirtmiştir.

“Yani burada çeşitli nöropsikiyatri ile alakalı şeylerde çalışılabilir, yine psikopatoloji ile ilgili bilgiler edinebilmekte fayda var. Bunun yanında drama ile ilgili şeylerinde faydalı olabileceğini düşünüyorum. Özellikle son dönemde sosyal beceri çok fazla çalıştığım için, ben aslında burada eksik olduğumu gördüm, drama yönteminin çok daha etkili olabileceğini ve daha akılda kalıcı olabileceğini bu şekilde burada fark ettim. Bununla ilgili bir eğitim olduğunda bizim açımızdan iyi olacağını düşünüyorum. ” (Katılımcı 4)

Katılımcı 9, sağlık profesyonellerin iletişim ve ekip çalışması eğitimlerinin yanı

sıra mevzuat, baş etme becerileri ve tükenmişliği önlemek için motivasyon eğitimleri de almaları gerektiğini ifade etmiştir. Katılımcı 13 ise, TRSM’de çalışacak olan sağlık profesyonellerine oryantasyon eğitimlerinin mutlaka verilmesi gerektiğini belirtirken, eğitimlerin belli aralıklarla tekrarlanması daha yararlı olacağına değinmiştir.

“İletişim ve ekip çalışması çok önemli gerçekten, başka bir boyutta mevzuat konusunda hemşire arkadaşları daha az ilgilendiriyor ama alan bilgisi de çok önemli, bence kişilerin buraya verilmeden önce eğitim dışında, alanda eğitim alması daha mantıklı olur. Personel için baş etme yolları, tükenmişlikte tekrar motive nasıl olunmalı, bu alanlarda eğitimler konulmalı. Zaman zaman bir çıkmaza girip kaldığımız, ne yapacağız boyutunda olduğumuz, motivasyonumuzun düştüğü durumlarda oluyor ama kendi alanımızda grup terapileri ile desteklemeye çalışıyoruz ama personel için motivasyon kaynaklı eğitimler gerekli.” (Katılımcı 9)

“Psikiyatri alanı ile ilgili belirli eğitimlerin, belirli aralıklarla verilmesi gerektiğini düşünüyorum. ... Belirli aralıklarla mutlaka ekibin eğitim alması lazım. Her gelen kişinin uzun bir oryantasyon eğitiminden geçmesi lazım. Kişi görevlendiriliyor fakat TRSM hakkında bir şey bilmiyor. İlk zamanlar yaşayarak, deneyim ile TRSM’yi öğrendik. Sonrasında eğitimlere başladık. Şu an burada bir maden var, sonradan gelen kişilerin bu madenden faydalanması gerekmekte. ... Hastaların sosyal hakları konusunda, kendimizin özlük hakları konusunda eğitim verilmesi gerektiğini düşünüyorum.” (Katılımcı 13)

Görüşme yapılan Katılımcı 14, TRSM’de sağlık profesyonelleri ile hastalar arasındaki iletişimin daha profesyonel olması amacı ile iletişim eğitimine ihtiyaç olduğunu belirtmiştir. Ayrıca kurum içi ilişkilerin daha çok profesyonelliğe dayanması gerektiğine ilişkin alınacak bir eğitiminde önemli olduğuna değinmiştir.

“Benim çalıştığım TRSM’de hemşireler uzun süredir orada çalıştığı için onun getirdiği iletişim kazanımları var. Ama profesyonel olarak iletişim eğitimine ihtiyaç duyulduğunu düşünüyorum. Uzun süredir hastaları tanıdıkları için ister istemez aralarında farklı bir bağ oluyor. Profesyonel ilişki bozuluyor. Bu iletişimine de yansıyor. Kurum içi ilişkiler eğitimi verilebilir. Kurum içi ilişkiler daha profesyonel olabilir. Uzun süre çalışmanın getirdiği bir samimiyet var. Mesela bazı işler rica minnet yapılıyor. Aslında benim görevim söylenen şey ama böyle rica eder gibi ifade ediliyor. Kurum içi nasıl profesyonel çalışılması gerektiğini öğrenmek lazım.” (Katılımcı 14)

Araştırmaya katılan sağlık profesyoneli, TRSM’de personele verilecek eğitimlerde ilk olarak toplum temelli ruh sağlığı modeli ve bu modelin ruhuna yer verilmesi gerektiğini belirtmiştir. Ayrıca ekip çalışması, temel psikiyatri bilgisi, hasta bakım planı, ev ziyaretlerine yönelik eğitimler, iletişim, grup eğitimleri, psiko-eğitimler

ve bilişsel davranışçı terapi eğitimlerinin de alınması gerektiğini ifade etmiştir.

“Öncelikle neden toplum temelli ruh sağlığına ihtiyaç duyarız, bunun ruhunun ve sebebinin sindirilmesi ve aktarılması lazım eğitimlerde, ikincisi neden bu modele ihtiyaç duyuyoruz, işleyişin özeti nedir, esası nedir? Ekip çalışması, ekip çalışmasının temelleri nelerdir? Eğitimler ile verilmesi gerektiğine inanıyorum. Buradaki modelin temelinde yatan bakım planı eğitimlerinin verilmesi önemli. Çalışan ekibin psikiyatrist, psikolog, sosyal çalışmacı, hemşire, hizmet alan üye ve ailesinin eş düzeyde bakım planını yapması önemli, ekip ruhu içerisinde, bunu çok önemli görüyorum. Bunun eğitimler ile alınması gerekiyor. Ev ziyaretlerine yönelik eğitimlerin alınması çok çok önemli diye düşünüyorum. Grup eğitimleri, psiko-eğitim, aile eğitimleri, ruhsal toplumsal beceri eğitimleri mutlaka olmalı. Daha ileri düzey eğitimler için bireysel davranışçı terapiler çünkü şizofreni ve psikoz hastalarında BDT'ye yönelik güzel eğitimler var onların alınması ve mutlaka bu personelin temel psikiyatri konularında, psikofarmakolojik konuda, iletişim konusunda temel eğitimleri almış olması gerektiğine inanıyorum. Yani o ekip kalıcı olacak, önce temel eğitim, sonra orta ve ileri düzey eğitimler verilerek bunun pekiştirilmesi ve ölçümlerinin yapılması gerekir.” (Katılımcı 8)

Görüşme yapılan Katılımcı 11, güncel gelişmeler, mevzuat ve ekip çalışması konusunda eğitim alınması gerektiğine değinirken, TRSM'de hizmet içi eğitimlerinde önemli olduğunu, farklı meslek profesyonellerinin paylaşımları ile birçok alanda bilgi edinildiğini belirterek, mutlaka hizmet içi eğitimlerin yapılması gerektiğini ifade etmiştir.

“Güncel gelişmeler hakkında sık eğitimler olsa iyi olurdu. Ekip çalışması hakkında da bir takım şeyler iyi olabilirdi. ... Hizmet içi eğitimlerin olması güzel, biz TRSM'de planlama yaptık 2019 senesi için profesyoneller birbirine bol bol bir şeyler anlattırsa iyi olur kesinlikle diye. Yani sosyal hizmet uzmanından öğreneceğimiz şey var, işte ergoterapistten öğreneceğimiz şey var, hemşireden öğreneceğimiz şey var, yani onların bir devir daim olması çok güzel olur. Türkiye'de yazılı şeyler varda uygulamada sıkıntı var. Yazılı şeyleri de yeterince bildiğinden pek emin değilim, bu biraz benimde eksikliğim olabilir. Hukuki işlerde biraz daha bilgim olsun isterdim, müdahale alanını daha netleşmesini sağlıyor bireylerle çalışmada. Yani olayın teknik kısmı eksik kalıyor çünkü hemşirelerin eğitimlerinde istatistiki teknikler öğretilmiyor, analitik çalışmalar öğretilmiyor, o alanda bir şeyler yapılabilir, eğitimler verilebilir.” (Katılımcı 11)

4.5.2.4. İstihdam ile İlgili Öneriler

Görüşme yapılan sağlık profesyonelleri, ruhsal hastalığa sahip bireylerin istihdamı için devlet teşviki ile ya da kurumların işbirliği ile korumalı işyerleri açılmasının uygun olacağını belirtmişlerdir. Ayrıca çalışma saatlerinin hastaların engellilik durumuna göre belirlenmesi gerektiğine değinilmiştir.

“Özellikle korumalı işyerlerinin açılması noktasında devlet teşviği olması gerekiyor. Kredi verebilir, büyük teşebbüste bulunacak olan kişilere. Önce yarı zamanlı, spor aktiviteleri tarzı ya da 2 saatlik çalışma gibi çalışma şartlarının oluşturulması gerekiyor. Çünkü ruh sağlığı hastasından 8 saatlik aktif bir çalışma bekleyemezsin. Özürnlük durumuna göre yapabilirsin, ağır özürlyse 2 saat yapabilirsin, yüzde 65-69 engeli varsa 5 saat çalışır gibi kriterler ya da ona benzer kriterler getirilmesi gerekiyor. Hastayı pozitif yönde etkileyecek kriterler oluşturulması ve yaygınlaşması lazım. Korumalı işyerlerinin yaygınlaşması gerekiyor.” (Katılımcı 16)

“Dernekler, vakıflar ve sivil toplum kuruluşlarına meslek edindirmede çok ihtiyaç var. Onlardan aramıza birkaç kişiyi katarsak ve onlarla bir proje oluşturup, korumalı işyeri kurarsak basamak atlarız, geliştirebiliriz.” (Katılımcı 9)

Bazı katılımcılar, üyelerin istihdamı konusunda STK’ların ve sosyal kooperatiflerin işbirliği içinde olması gerektiğini, sosyal kooperatiflerin daha çok gönüllülerle çalışması gerektiğini ancak bu şekilde açılan işyerlerinde ruhsal hastaların da istihdam edilebileceğini belirtmişlerdir.

“Sivil toplum kuruluşları ve sosyal kooperatiflerin kesinlikle işin içine girmesi gerekiyor, bizim derneğimiz var şu anda ama aktif çalışmıyor. Çünkü üyeler çoğunlukla TRSM’den ve hastaneden, evet ailelerde hastalarda var ama onlara siz bir şey söylemediğiniz zaman onlar hiçbir şey yapmıyorlar. Bu yüzden aslında gönüllülerin, isteklilerin katılması gerekiyor ve sosyal kooperatiflerin kesinlikle gönüllülerle çalışması gerekiyor. İş anlamında yurtdışı modelinde gördüğümüz şey mesela, bir işveren sera açıyor ama orada ruhsal engelli hastada çalıştırıyor, maaşını o veriyor, korumalı işyeri ve sosyal kooperatif anlamında bunların kesinlikle olması gerekiyor.” (Katılımcı 10)

Araştırma bulguları, korumalı işyeri projeleri ile ruhsal hastalığa sahip bireylerin istihdamının sağlanabileceğini, iş imkanı ile birlikte merkeze başvuran üye sayısının da artacağını ve hastalardaki alevlenme dönemlerinin azalacağını göstermektedir. Ayrıca Katılımcı 4, açılacak olan korumalı işyerinin TRSM’nin yakınında olmasının, üyelerin rehabilitasyon sürecinde edindikleri kazanımlarını uygulama alanı bulmasına fırsat tanıyacağını belirtmiştir.

“Korumalı işyeri profesinin yapılması ve bunun sürdürülmesi önemli. Ama böyle bir hizmet yok. Bunlar olursa yani bir yerde iş olsa, oraya insanların talebi daha çok artıyor biraz ekonomik anlamı, TRSM’de böyle bir iş imkanı korumalı bir işyeri sunulduğunda, gerçekten üye sayısının da, başvuran sayısının da artacağını ve alevlenmesinin de azalacağını düşünüyorum.” (Katılımcı 5)

“Bu merkezin yanında veya yakınında bizim üyelerimizin çalışabileceği bunu deneyimleyebileceği, burada yaptığı şeylerin gerçekten iyi olduğunu görebileceği bir ortam iyi olabilir. Mesela ufak bir kafe gibi ya da korumalı işyeri mantığı gibi. Bunun merkeze yakın olmasının çok daha iyi olabileceğini düşünüyorum. Çünkü en azından buradan da kopmamış olurlar, buradan bir şeyler öğrenip, bunu oraya götürdüğünü hissedebilmesi açısından sağlıklı olabilir. ” (Katılımcı 4)

Görüşme yapılan Katılımcı 15, Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nda bir takım değişiklikler yapılmasının üyelerin istihdamına katkı sağlanabileceğini belirtmiştir.

“TRSM kompakt bir yapı yani biz her şeyi yapıyoruz ama yapamıyoruz. Çünkü işte belediye ile ilişki gerekiyor, İŞKUR ile bağlantı gerekiyor. Bununla ilgili sürekli bakanlık düzeyindeki mevzuatla ilgili sıkıntı oluyor. Çünkü hani işe yerleştirelim desek, ülkenin işsizlik oranı belli, bu kişilerin işe alım kriterleri zor. Bu TRSM'nin tek başına çözebileceği bir şey değil. Belki ulusal anlamda tekrar ruh sağlığı eylem planında değişiklik yapılarak, istihdam artabilir. Çünkü TRSM'nin yurt dışı modelinde belediyeçilik, STK ile entegre olarak bu kişilerin çalışacağı yerler oluşturuluyor. Bir yerde işe almak yerine, bu dezavantajlı grubun çalışacağı iş alanları açılarak, üretime katkı sağlamaları sağlanıyor. Bu belki yıllar içinde, ülkenin ekonomik durumu geliştikten sonra bu hasta grubuna daha fazla bir bütçe, pay ayrılarak yapılacak gibi. ” (Katılımcı 15)

4.5.2.5. Personelle İlgili Öneriler

Araştırmaya katılan sağlık profesyonelleri deneyimlerinden yola çıkarak, TRSM'de çalışacak olan personelin sayı ve niteliklerine ilişkin önerilerde bulunmuşlardır. Katılımcılardan bazıları, merkezde çalışacak olan personel sayısının artırılması gerektiğini, özellikle ergoterapist, sosyal hizmet uzmanı ve psikoloğun ekibin içerisinde olması gerektiğini, burada çalışacak olan personelin gönüllülük esasına göre istihdam edilmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

“Sosyal çalışmacının burada sabit kalması gerektiğini düşünüyorum. Daha önce rehabilitasyonu bir hemşire arkadaşımız yürütüyordu, şimdi psikolog ve ergoterapistimiz var bu anlamda çok iyi. Çünkü işin profesyoneli olunca daha verimli olduğunu düşünüyorum. Bir psikolog gözüyle bakmak hastaya daha farklı tabî ki yani ihtiyacını belki daha iyi görebiliyor. Ben şeyden yanayım, ergoterapistlerin sayısının artmasından yanayım TRSM'lerde. ... Rehabilitasyonun kesinlikle ergoterapistlere ve psikologlara kalması gerektiğini düşünüyorum. ” (Katılımcı 10)

“Personel sayısının artırılması gerekiyor. Sosyal hizmet uzmanı sayısı yeterli değil kesinlikle. Hatta mümkünse her gezici ekibe 1 sosyal hizmet uzmanı verilmesi gerekir diye

düşünüyorum. Hastalar alması lazım. Örneğin TRSM’de bir sosyal hizmet uzmanı olsa, bakacağı hasta sayısı kesinlikle sınırlı olur. ” (Katılımcı 14)

“Bir ekipte mutlaka düzenli 2 kişinin olması gerekiyor. Çünkü biri izin aldığında o ekip aksıyor, o yüzden 2 kişinin aynı bölgeye bakması mutlak. Ama onun dışında ergoterapist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı bunların mutlaka ekibin içerisinde olması lazım. Tabi ki ihtiyaca göre götürüyoruz ama mutlaka olması gerekiyor. Çünkü pozitif belirtiler kadar negatif belirtilerde de çok ciddi sıkıntılar yaşıyoruz ve bu alanı mutlak desteklemek gerekiyor. Bir de burada TRSM’de çalışan kişilerin gönüllülük esasına göre gelmesi gerekiyor. Çünkü buraya sırf atandığı için gelen personel, ciddi anlamda hastalarla sıkıntı yaşıyor. Çünkü bu hasta grubu zaten zor bir hasta grubu, ağır kronik dediğimiz için şizofreni, bipolar hasta ile çalışmada sıkıntısı varsa ya da eğitimi yeterli değilse sorun yaşıyor. Çünkü bu ciddi bir eğitim gerektiriyor. Buradaki öğretmenler için bile öyle. Halk eğitimden öğretmen çağırıyoruz, şimdi şizofrenlerin merkezine gidiyoruz gibi bir algı var ama ne bekleyecekler hiçbir fikirleri yok yani. ... O açıdan gerçekten gönüllülük esas olmalı ve çalışmaya hazır insanların burada olması lazım. ” (Katılımcı 3)

Sağlık profesyonelleri ile yapılan görüşmelerden elde edilen verilere göre, TRSM’de çalışacak olan sağlık profesyonellerinin psikiyatri alanına dair eğitimleri ya da deneyimleri olması gerektiği, personelin sürekliliğinin önemli olduğu, burada çalışmanın gönüllülük esasına dayanması gerektiği ve mutlaka mesleki çeşitliliğin sağlanması gerektiği, ortaya çıkmaktadır.

“ TRSM Türkiye için yeni bir kurum. Hemşire eğitim anlamında birçok eğitimi alıyor ama psikiyatrik anlamda fazla donanımlı alana çıkmıyor. Burada çalışan personelin hastanede çalışması, sonradan toplum ruh sağlığı alanında çalışması gerektiğini düşünüyorum. TRSM’ye gelen hemşireler ile direk dışarıdan gelen hemşirenin hastaya olan yaklaşımının farklı olduğunu düşünüyorum. Personellerin seçilerek gönderilmesi gerektiğini düşünüyorum. Psikiyatri alanına dair eğitimlerinin olması gerektiğini düşünüyorum. İş uğraşı olarak da şu anda halk eğitim merkezinden destek alıyoruz fakat iş uğraşı terapistini usta öğreticilerden aldığımız için kurs ile sınırlı kalıyor. O öğretmenlerimizin ruh sağlığı alanına ilişkin bilgileri yok. Hastaları bilmiyorlar, hastalığı bilmiyorlar. Bu nedenle buradaki rehabilitasyonda sıkıntı oluşabiliyor. Farklı bir kurumdaki destek alındığı için çok birebir ekibe katamıyoruz. Kendi çalışanımız olsa daha etkili olabilir. ” (Katılımcı 13)

“Biz burada işleri genel olarak eğitimsiz yapıyoruz, alaylı yapıyoruz deneyim ile yapıyoruz sahada. Her TRSM böyle yapmayabilir belki, biraz daha eğitim boyutunun daha kapsamlı olması ve eğitimden geçen hemşirelerin bu alanda çalışması mantıklı olabilir. ” (Katılımcı 9)

“TRSM'deki ekibin sürekliliği çok çok önemli, sık sık rotasyonlar ile değiştirilmemesi gerekiyor. ... Her şeyden önce bakış açısının değişmesi gerekmekte. Dolayısı ile TRSM'lere görevlendirilecek kişilerin biraz istekli, gönüllü, biraz daha geniş vizyona sahip, psikiyatri konusunda deneyimli olması, hastane temelli modelden toplum temelli modele bakış açısını kabul etmiş olması gerekmekte. Dolayısı ile orada çalışacak kişinin bu çalışma ruhuna sahip olması, o yapıda olması, o bilinçte olması, mümkünse o eğitime sahip olması çok önemli. Öncelikle insan kaynaklarının eşit bir şekilde dağılması gerekiyor. Psikiyatristin mutlaka tam gün olması gerekiyor. Psikoloğun, hemşirenin, sosyal çalışmacının tam gün ve sürekli olması gerekiyor. Bir kere geçici görevlendirmelerle, personelin sürekli yer değiştirmesinin önüne geçilmesi gerekiyor. Çeşitlilik olarak en az 2-3 hemşire, 1 psikolog, 1 sosyal çalışması ve 1 psikiyatrist şeklinde 5-6 kişiden oluşan bir ekip olması lazım. Çünkü özü ekip çalışmasına dayanıyor. ... Dolayısı ile insan kaynağının profesyonel mesleki dağılımında, mutlaka 4 meslek grubunun da olması gerekiyor, psikolog, psikiyatrist, sosyal çalışması ve hemşire şeklinde. Bunların psikiyatri deneyimi mümkünse olması, psikiyatri eğitimlerinin alınması, eğitim standardizasyonunun olması, belli aralıklarla devam etmesi, tekrarlanması gerektiğine inanıyorum. ” (Katılımcı 8)

Görüşme yapılan Katılımcı 15 ve Katılımcı 16'nın söylemleri, TRSM'de çalışacak olan sağlık profesyonellerinin ekip çalışmasına uygun yapıda olması gerektiği, kurum dışı etkinliklerde aktif olmasının önemli olduğu, çalışanların merkezde sabit olması ve mesleki çeşitlilik olması gerektiği ve TRSM konusunda eğitim almış olması gerektiği yönündedir.

“Kişilerin daha aktif çalışabilmesi için istek önemli. ... Açık olmak lazım, diğer etkinliklere katılmak lazım, dış etkinliklere de katılabilmek lazım. TRSM'de belki bir köprü görevi görmesi lazım. Hastayla dış dünya arasındaki bağı sağlayıp, hastayı oraya adapte edebilmesi için bizimde dış dünya ile bağlantı içerisinde olmamız lazım. Diğer kurumlara gitmek, orda aktif olmak TRSM'nin derdini anlatabilmek adına dış bağlantıları koparmamak lazım. Burasını sadece poliklinik hizmeti olarak görürsek, çok fazla ilerleme sağlayamayız. Benim sınıırım bu, bunun ötesini yapmam TRSM'de kişiyi çok zorlayıcı bir şey olur. Daha esnek olması, grupta çalışmaya daha uygun olması gerekiyor kişinin, bunlar çok öngörülebilir şeyler mi hayır. Mesela bir kişi buraya gelir bir süre gözlem yapılır, eğer adapte olamazsa belki yer değişikliği yapılır. Çünkü dezavantajlı bir grupta çalışıyoruz ve bizim bu konuda çok hoşgörülü ve esneyen bir yanımız olmazsa bu yürümez. Olabildiğince aynı kişilerle çalışabilmek ama bu aynı kişiler patolojik olmayan, gerçekten burada çalışmak isteyen, emek veren ve bir miktar gönüllü olanlar olmalı bu da önemli. ” (Katılımcı 15)

“TRSM'de çalışan bütün meslek elemanlarının sabit olması gerektiğini ve çeşitliliğinin olması gerektiğini düşünüyorum. Çünkü psikiyatri biraz genelleştirici bir tedavi ya da birey

bazlı düşünmemiz gereken bir alan olduğundan ve her meslek grubunun bu olaya bakış açısı farklı olduğundan dolayı, meslek elemanlarının çeşitliliğinin fazla olması ve burada sabit olması gerekiyor. Çalışanların özellikle TRSM konusunda eğitim almış olması ya da o donanımına sahip olması gerektiğini söyleyeyim. TRSM bu hizmeti verecek yeterlilikte ve kişilik özelliğinde olması gerektiğini düşünüyorum. Daha çok gönüllülük esasına uygun olması ve eğitimini almış olması gerektiğini düşünüyorum. Bu bir ekip işi olduğu için ekibin ahengini bozacağı kişilerinde orda olmaması gerektiğini düşünüyorum. Bu illaki kişi faktörü olduğu için, farklı düşünce, farklı kişilik özelliklerinden dolayı yine aykırı tipler olacaktır ama buranın yapısını bozacak kişilerin en az, minimal olması gerektiğini düşünüyorum. ... ” (Katılımcı 16)

4.5.2.6. TRSM’ler Arası İlişkilerle İlgili Öneriler

Araştırma bulguları, Türkiye’deki TRSM’lerde belli bir standardizasyon olmadığını, merkezler arasında hem çalışan personel açısından, hem çalışma sistemi açısından farklılıklar olduğunu ortaya koymaktadır. Katılımcılar, TRSM’lerde belli çalışma standartlarının oluşturulmasının önemli olduğunu belirtmişlerdir.

“Sistemin standardizasyona ihtiyaç var. Şu an Türkiye genelinde evet 170’e yakın merkez var ama personel sayısına baktığımızda birbirini tutmaz, çeşitliliğine baktığımızda, profesyonellerin dağılımına, aldıkları eğitimine, çalışma sürelerine, verimine baktığımızda birçok farklılık olduğunu görüyoruz. Onun için önce işleyişin bir standarda oturtulması gerekiyor. ” (Katılımcı 8)

“TRSM’lerde bir çalışma standardı yok gibi. Yani çok farklı 100’ün üzerinde TRSM var sanırım ama bir önceki çalıştığım ildeki TRSM’yi düşünüyorum, burası ile kıyasladığımda dağlar kadar fark var yani. Hem çalışan personel sayısı anlamında, hem çalışma sistemi hakkında çok fark var. Keşke bir standart olsa, bütün TRSM’ler arasında bu tip bir çalışma yapıp en iyi, en ideal çalışma hangisi ise, o düzeyde bir standart koyulup belki o şekilde bir düzenlemeye gidilebilir. ” (Katılımcı 1)

Görüşme yapılan Katılımcı 6, TRSM’ler arasında bağ olması gerektiğine değinmiş, kısa ziyaretlerle diğer TRSM’lerin çalışmalarını yerinde görmenin iyi olacağını belirtmiştir. Katılımcı 16 ise, Sağlık Bakanlığı tarafından, bütün TRSM’leri kapsayacak şekilde veri paylaşımına imkan sağlayan bir alt yapının oluşturulması gerektiğini ifade etmiştir.

“TRSM’ler arasında bağ olsa daha iyi olur, gidip görsek, onlar farklı bir şey yapıyorlarsa bizde burada yapsak, çok iyi olur ama maalesef o yok. Kısa ziyaretlerle bir hafta gibi gidip görmek, orada neler yapıldığını öğrenmek açısından güzel olur. ” (Katılımcı 6)

Sağlık Bakanlığı'nın bütün TRSM'leri kapsayacak aile hekimliği gibi bir alt yapısının, veri hizmet tabanının olması gerekiyor. Buradan bir hasta başka bir yere gittiğinde oradaki, o bölgedeki TRSM'ye teslim edilmesi ya da ortak bir şeyin oluşturulması gerekiyor. Bu istatistiki olabilir, tedavi bazlı olabilir. Rehabilitasyon bakımında ortak, aile hekimliği ile de ortak standardize edilip, veri tabanının oluşturulması gerekiyor. ” (Katılımcı 16)

4.5.1.7. İdeal TRSM

Sağlık profesyonelleri, ideal TRSM'nin nasıl olması gerektiğine ilişkin düşüncelerini paylaşmışlardır.

Katılımcı 16, TRSM'nin sürekli hizmet veren bir merkez olması gerektiğine değinmiş ve hizmet verilen üye profilinin ve hizmetlerin çeşitli olması gerektiğini, merkeze ulaşılabilirliğin kolay olması ve karşılaşılan sorunların en kısa sürede çözülmesini ideal olarak belirtmiştir. Katılımcı 11 ise, TRSM'nin 7/ 24 esasına göre hizmet vermesi gerektiğini ve Bolu'nun büyüklüğüne göre 4 tane TRSM bulunmasının ideal olacağını ifade etmiştir.

“Aslında hastaların sürekli gelebileceği ama hep aynı hastaların hizmet almayacağı, yani sayının çok fazla olması gerektiği, hizmetin çok çeşitli olması gerektiği, rehabilitasyon faaliyetlerinin yine çeşitli olması gerektiği, ulaşılabilirliğinin kolay olması gerektiği, bir sorunla karşılaştığında en kısa sürede çözülebildiği ya da muhatap bulunabilen bir yer olması yeterli. ” (Katılımcı 16)

“TRSM 7/24 çalışmalı, Bolu gibi bir nüfusta 4 tane TRSM olmalıydı. Bunlardan biri büyük ilçe olan Gerede'de diğer 2'si merkezde bulunmalı. Biri Bolu Doğu ve diğeri Bolu Batı'da olmak üzere 2 tane olmalı, bir diğeri de diğer ilçelere yakın bir yerde olabilir. ” (Katılımcı 11)

Görüşme yapılan Katılımcı 1, idealindeki TRSM'nin üyelerin boş vakit geçirmek için gelmekten ziyade rehabilite olup, hayata atılmalarını sağlayan, istihdam edilmelerine olanak tanıyan bir merkez olduğunu belirtmiştir.

“Hastaların buraya boş vakit geçirmeye geldikleri bir TRSM sistemi değil benim hayalim buradan rehabilite olup hayata atılmaları, kendi işlerini yapabilecek düzeye gelip, artık buraya ihtiyaç duymamaları, hani arada sırada sadece uğramaları, belki bir iş sahibi olmaları, burada edindikleri bilgiler ve tecrübelerle, belki bizim yönlendirmelerimiz dahilinde. ” (Katılımcı 1)

Sağlık profesyonelinin söylemleri, ideal TRSM için, ilde 1 tane koordinasyon merkezi olması, bu merkezin yönlendirmeleri ile alanda mobil ekiplerin aktif bir şekilde

çalışması, gerekli meslek gruplarının bulunması, yeri geldiğinde erişilebilir polikliniklerin olması gerektiği yönündedir.

“Benim için olması gereken TRSM, burasının koordine merkezi olması gerekiyor. Bazı sağlık grubundaki arkadaşlar bulunup, gelen telefonlar ile değerlendirme yapıp, mobil gezici ekiplerle çalışılmalı. Çünkü yurtdışı modelinde böyle, mobil ağ ile gezici ekipler planlanmalı. Sabah vaka toplantıları burada yapılıyor ama sahadaki ekip sahada olmalı. Biz buraya rehabilitasyon ayağını koyduk ama sadece oyalamak amacı ile gidiyor. Asıl amaç ve hedefimiz gerekli şekilde topluma katılsın bireyler, istediğimiz bunu sağlamak. Onun dışında her meslek grubundan fazla sayılarda, büyük illerde 3-5 tane TRSM açmak yerine sağlam bir yerde koordinasyon merkezi kurup, o merkezde meslek gruplarını barındırıp, geri kalanı şehrin her bir yanına göndererek çalışmak daha iyi olur diye düşünüyorum. ... Gönülümün istediği yurtdışı modelde gördüğüm gibi bazı birimlerde erişilebilir polikliniklerimizin olması, hizmet vermesi... Her meslek grubundan elemanın fazlaca olduğu, çalışma gönüllüsünün olduğu ekip çok güzel olur. Koordinasyon merkezi, o merkezde görevli kişiler mobil ekiplerle iletişim kuracak, sürekli bir iletişim halinde olacak. Sosyal kooperatiflerimiz açılmış, üyelerimiz orda çalışıyor olacak. Korunmalı evlere yerleştirilip, onların sorumluluk alarak yaşamlarını sürmesi ve Türkiye’de kapalı servis dediğimiz hastanelerin kapatılmasını ben çok istiyorum. Olsa bile çok az yataklı hastane ya da genel hastanelerin içinde yer edinilebilir. ” (Katılımcı 9)

5. TARTIŞMA

Araştırmanın bu bölümünde, TRSM’de çalışan sağlık profesyonelleri ile yapılan görüşmeler sonucunda elde edilen bulgular, literatürde bulunan bilgiler doğrultusunda desteklenerek, tartışılacaktır. Araştırma kapsamında elde edilen bulgular temel alınarak, bu bölüm 5 başlık altında değerlendirilecektir.

5.1. Sağlık Profesyonellerinin TRSM’ye Bakış Açıklarına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Sağlık profesyonellerinin söylemlerinden elde edilen bulgular, TRSM’de çalışmaya başladıktan sonra bu merkeze yönelik bakış açılarının değişiklik gösterdiği yönündedir. Sağlık profesyonelleri bu merkezde çalışmaya başlamadan önce, TRSM’lerin varlığından ve fonksiyonlarından haberdar değilken, merkezde çalışmaya başladıktan sonra TRSM’ye yönelik bakış açılarında önemli değişiklikler olduğunu belirtmişlerdir. TRSM’nin halk eğitim merkezine benzeyen bir yer olarak görülmesi, merkezin fonksiyonlarının yeterince bilinmemesi, sağlık profesyonellerinin ilk etapta neden bu merkezde çalışmak istemediğini gösterir niteliktedir. Attepe Özden ve İçağasıoğlu Çoban (2018)’in yaptığı çalışmada da, TRSM’de çalışan sağlık profesyonelleri, ilk etapta merkeze ilişkin olumlu bir bakış açısına sahip olmadıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca, sağlık profesyonelleri önceleri merkezde verilen hizmetlerin faydalı olduğunu düşünmediklerini, ancak deneyimledikten sonra merkezde verilen hizmetlerin etkili olduğunu gördüklerini belirtmişlerdir. Bu doğrultuda elde edilen verilerin uyumlu olduğu görülmüş olup, sağlık profesyonellerinin merkezi deneyimledikten sonra burada çalışmaya devam etmek istediği, merkezin gerekliliğine, etkililiğine ilişkin bakış açılarının değiştiği görülmüştür.

Ülkemizde toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri TRSM’ler tarafından yürütülmektedir. Hastanelerin psikiyatri servislerinde ruhsal hastalara yönelik verilen hizmetler daha çok hasta odaklı iken, TRSM’lerde bu hizmetler hasta ve yakın çevresini kapsar niteliktedir. Ülkemizde toplum ruh sağlığı merkezleri, bütüncül bir bakış açısı ile hizmet sunan yapılardır (Arslan Delice, 2017). Nitekim araştırma bulguları, hastanelerde verilen hizmetlerin daha yüzeysel olduğu, hasta ile sağlık çalışanı arasındaki bağın daha zayıf olduğunu gösterir iken, TRSM’lerde ise hastanın çevresi ile birlikte ele alındığı, sorunlarının çok boyutlu olarak incelendiği, hasta ve sağlık çalışanları ile arasındaki bağın daha kuvvetli olduğu görülmektedir. Ayrıca, ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerin kendi

ortamlarında takip ve tedavisinin yapılması, hem daha mutlu olmalarını hem de kendilerini daha güvende hissetmelerini sağlamaktadır.

Ruh sağlığı alanında yapılan çalışmalar, tedavinin çok boyutlu bir şekilde ele alınması gerektiğini belirtmektedir. Bireyin, psikososyal yapısının tedaviye dahil edilmesi ve gözden kaçırılmaması gerektiği, bu alanda çalışan bir çok araştırmacı tarafından kabul edilmektedir (Ensari ve ark., 2013; Kuşgözoğlu ve Akbıyık, 2007) Sağlık profesyonellerinin söylemleri, TRSM'lerden hizmet alan üyelerin bütüncül bir bakış açısı ile ele alındığını, tıbbi tedavinin yanı sıra, sosyoekonomik sorunları ile de ilgilendiğini, TRSM'lerde verilen hizmetlerin çok yönlü olduğunu gösterir niteliktedir.

Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin, ruhsal hastalığa sahip olan bireylere, yakınlarına ve topluma birçok yönden faydası bulunmaktadır. Bu nedenle bu hizmetlerin yaygınlaştırılması ve herkesin faydalanması toplum ruh sağlığı açısından önemlidir (Saruç ve Kaya Kılıç, 2015). Nitekim araştırmadan elde edilen bulgular da bu yönde olup, toplum ruh sağlığı merkezinde sunulan hizmetlerin, üyelerin tedavi sürecini birçok yönden olumlu etkilediğini göstermektedir. Hastaların hastanede yatış süresi ve sayısının azalması, hastaların atak sayılarındaki azalma ve hastalığa ilişkin iç görü kazanmalarının yanı sıra, ekonomik olarak da sağladığı katkı, merkezde verilen hizmetlerin etkili ve verimli olduğunu göstermektedir. Attepe Özden ve İçağasıoğlu Çoban (2018)'a göre de; ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerin hastalıklarının alevlenme süreci, hastaneye yatış süreleri, tıbbi tedavide maliyetin azalması, hasta ve yakınlarında oluşan olumlu değişimler, TRSM'de verilen hizmetlerin verimliliğini göstermektedir.

Ağır ruhsal hastaların istihdamının sağlanmasında, topluma kazandırılmalarında ve sosyal işlevselliklerinin artmasında TRSM'den alınan hizmetlerin önemi büyüktür. Bu doğrultuda benzer çalışmalarda, merkezden hizmet alan bireylerde önemli derecede olumlu değişiklikler olduğu görülmüştür (Ensari ve ark., 2013). Elde edilen verilerden çıkan bir diğer kanı ise, Türkiye'de TRSM sayısının az olması, her TRSM'nin personel sayısı, nitelikleri bakımından birbirinden farklı olmasının, TRSM'lerin verimlilik ve etkililiklerinde de farklılıklara sebep olduğu yönündedir.

5.2. Sağlık Profesyonellerinin TRSM’de Sunulan Hizmetlere ve Olmazsa Olmazlara İlişkin Görüşlerinden Elde Edilen Bulguların Değerlendirmesi

Ruh sağlığı alanında verilen hizmetler ile sosyal adalet ve eşitlik sağlanmaya çalışılmakta, hasta, ailesi ve toplum iyileşme sürecine ilişkin sorumluluk almakta ve hizmetler işbirliği içerisinde yürütülmektedir (Gözen, 2018). Toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri birden fazla hizmetin birleşmesinden meydana gelmektedir (Başer ve ark., 2013). Nitekim TRSM’lerde üyeler bütüncül bir bakış açısı ile ele alınmakta ve hizmetler üye, ailesi ve toplum olmak üzere üç ayrı şekilde sunulmaktadır.

TRSM’de sağlık profesyonelleri tarafından, üyelerin tedavi ve takiplerine ilişkin planlamalar yapılmaktadır. İlk olarak hasta merkeze ulaştığı anda, personel tarafından karşılanmakta ve merkez hakkında bilgi verilmektedir. Daha sonra merkez tarafından üyelere verilen hizmetler şu şekilde oluşmaktadır (Saruç ve Kaya Kılıç, 2015);

- Merkezde bulunan psikologlar tarafından, üyelerle bireysel görüşmeler yapılmaktadır.
- Toplumsal yaşama adapte olmakta sorun yaşamamaları için, bu alanda toplumsal becerilerini geliştirmeye yönelik eğitimler yapılmaktadır.
- Psikiyatristler tarafından medikal tedavileri planlanmaktadır.
- Sosyal hizmet uzmanları tarafından, yasal hakları ve sosyal hakları hakkında bilgilendirme ve yönlendirmeler yapılmaktadır.
- Gezici ekiplerle, hastalara ev ziyareti yapıp, durumları değerlendirilmektedir.

Ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin toplumda var olabilmeleri adına onları güçlendirmek ve tedavide sorumluluk almalarını sağlamak hedeflenmektedir. Bu kapsamda sunulan takip-tedavi, psikososyal destek ve psiko-eğitilmelere ilişkin hizmetler bu hedefleri destekler niteliktedir. Yanık (2007)’a göre, Avrupa’daki toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin temelinde, coğrafi konum belirleme, kişinin yaşam alanına ekibin gitmesi, hastaların çalışması, barınması ve rehabilitasyonu için çalışmalar yapmak olduğu belirtilmiştir. Türkiye’deki TRSM’lerde de toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri kapsamında, üyelere sunulan bakım planı hizmeti ile üyelere yönelik tıbbi tedavi ve rehabilitasyon hizmeti planlanmasının yanı sıra ve sosyoekonomik sorunlarının çözümü için de planlamalar yapıldığı görülmektedir. Nitekim, ağır ruhsal hastalığı bulunan bireye

yönelik yapılan psikososyal müdahalelerde, tıbbi tedavi ve rehabilitasyon eş zamanlı olduğunda daha yararlı olduğu görülmüştür (Delice ve ark., 2014).

Ayrıca merkezde sunulan gezici ekip-ev ziyaretleri ile hastalar yaşam alanlarında, ailesi ile birlikte detaylı bir şekilde değerlendirilmektedir. Saruç ve Kaya Kılıç (2015)'a göre; ruhsal hastalığı olan bireyleri, tedavi için hastaneye gitmeye ikna etmek oldukça zordur. Ev ziyaretleri ile hastanın kendi ortamına gidiliyor olması, eş zamanlı olarak hastaya bakım veren kişilerinde yükünü hafifletmektedir. Üyelere sunulan gezici ekip hizmeti, sağlık profesyonellerine, üye hakkında ayrıntılı bilgi edinme ve üyeyi kendi yaşam alanı içerisinde gözlemlene fırsatı sunmaktadır. Gezici ekiplerle ev ziyaretleri yapılarak, hastaların tedavilerinin sağlanması, ataklarının önlenmesi, yatışlarının önlenmesi hedeflenmekle birlikte; rehabilitasyonlarının sağlanması ile hastaların yeniden topluma entegre edilmesi, yaşam becerilerinin geliştirilmesi, hasta ve ailesinin bilgilendirilmesi amaçlanmaktadır (Ensari, 2011). Nitekim, TRSM'de üyelere sunulan rehabilitasyon hizmetlerinin hedeflerinde de, üyelerin kendi yaşamlarını idame ettirebilmeleri, öz bakımlarını yapmaları, sosyal beceri kazanmaları ve işlevselliklerini artırmaları hedeflenmektedir. Güleç ve arkadaşları (2011)'na göre; ruhsal hastalığa sahip olan bireylere damgalayıcı ve toplumdan izole eden rehabilitasyon modelinden çok, toplumla iç içe olan tedavi yolları sunmak gerekmektedir. Rehabilitasyondaki bu hizmet modeli ise ancak TRSM'ler tarafından gerçekleştirilmektedir. Rehabilitasyon hizmeti kapsamında üyelerin katıldıkları atölye çalışmaları ve iş-uğraş terapilerinin bu kapsamdaki hedeflerin gerçekleşmesinde önemli rol oynadığı görülmektedir.

TRSM'lerde uygulanan toplum temelli bakım modelinde hasta ve ailesine odaklanılmaktadır ve psikososyal destek hizmetlerine önem verilmektedir. Bu noktada önemli olan, ruhsal hastalığa sahip olan bireyin, hastalığı sürecinde "görünmeyen" bir faktör olan ailesidir. Kurum temelli bakım modelinde, sadece medikal tedaviye yer verilmesi ve diğer psikososyal unsurların göz ardı edilmesi, hasta ve ailesinin de tedavi sürecine yeteri kadar katılım sağlayamamasına sebep olmaktadır. Aileler hastalık ve hastalık sürecine ilişkin gerekli bilgi ve bilinç sahibi olmadıklarından dolayı, bu süreçle baş etmekte sorun yaşadıkları ve zorlandıkları söylenebilir (Gökçearsan Çifci ve ark., 2015). Kurum temelli bakımın aksine TRSM'lerde üyelerin ailelerine yönelik hizmetler ile onları tedavi sürecine dahil etmek, bu sayede hastaya ve hastalığın seyrine ilişkin bilgi sahibi olmalarını sağlamak amaçlanmaktadır.

Aileler, verilen danışmanlık hizmeti ve aile eğitimleri ile, yakınlarının sahip olduğu hastalık ve hastalık sürecine ilişkin bilgileri ve hasta olan bireye nasıl yaklaşımda bulunacaklarını öğrenmektedirler. Literatürde bunu destekler nitelikte olup, ruh sağlığında profesyonel destek ve erken teşhis için, aile ve toplumun bilinçlendirilmesi gerektiğinin önemli olduğu belirtilmektedir (Başer ve ark., 2013). TRSM’de ailelere yönelik yapılan çalışmalar, ailenin bu anlamda farkındalık kazanması ile hastalardaki atak sayısının azalmasına, ailenin hastaya olan yaklaşımının olumlu yönde değişmesine ve ailenin de tedavi ekibinin bir parçası olmasına yarar sağladığını göstermektedir. Bireyin biyopsikososyal yönden desteklenmesi, mesleki ve sosyal yönden işlevsel olmasına dikkat çekilmekte olup, ailelerin yeteri kadar bilinçli olmadıkları vurgulanmaktadır. Bireyin hastaneden çıktıktan sonra bakımının yeterli olmadığı, alevlenme dönemlerinde artış olduğu, bu durumda ruh sağlığı alanındaki tedavinin başa döndüğü görülmektedir (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2011). Aynı doğrultuda, sağlık profesyonellerinin söylemleri aileler ile işbirliği yapmanın oldukça zorlayıcı bir süreç olduğunu ortaya koymaktadır. Bazı ailelerin merkez tarafından verilen aile eğitimlerini almaya gönüllü olmadıkları, hastayı ve hastalığı kabullenmekte zorlandıkları için sunulan hizmetleri de reddettikleri, bu nedenle ailelere sunulan hizmetlerin başarı seviyesinin düşük olduğu görülmektedir.

Toplumda TRSM’ye ve TRSM’den hizmet alan üyelere yönelik ön yargı bulunmaktadır. Bu nedenle ruhsal hastalığa sahip bireylere karşı korku duyulmakta ve tehlikeli oldukları düşünülmektedir. Toplum temelli ruh sağlığı modeli ile birlikte, ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin toplumla etkileşimi, bu bireylere insan hakları bağlamında davranılması, toplumun bu hastalıklar hakkında bilgilenmesi ve bilinçlenmesi, damgalamanın önlenmesi ve böylelikle ruhsal hastalığa sahip bireylerin kendileri ile toplum arasında ördükleri duvarların yıkımı sağlanmaktadır (Gökçearslan Çifçi ve ark., 2015). Bu kapsamda, TRSM tarafından topluma yönelik yapılan çalışmalar ile bu ön yargıları ortadan kaldırmak hedeflenmekte, ayrıca üyelerin ve merkezin maruz kaldığı damgalama ve ayrımcılıkla mücadele edilmektedir. Merkez tarafından düzenlenen etkinlikler, kurulan stantlar, TV yayınları, kamu spotları ve eğitimler aracılığı ile topluma ulaşmaya ve farkındalık yaratılmaya çalışıldığı görülmektedir. Ayrıca topluma yönelik hizmetlerde, kolluk kuvvetleri, din görevlileri ve muhtarlar gibi halkla doğrudan teması olan meslek mensupları ile işbirliği içerisinde çalışmanın, bu meslek gruplarına ağır ruhsal hastalıklar konusunda eğitimler düzenlemenin, farkındalıklarını arttırmakta önemli olduğu görülmektedir.

TRSM’de sunulan hizmetlerde, çalışan sağlık profesyonellerinin sahip olması gereken bir takım bilgi, beceri ve deneyimler mevcuttur. Tıp, psikiyatri, psikoloji ve sosyal hizmetlerin eğitim programlarında, toplum temelli ruh sağlığı modeline yeterince yer verilmemektedir (Soygür, 2016). Nitekim, sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı alanına ilişkin bilgilerinin çoğunu, TRSM’de çalışmaya başladıktan sonra edindikleri deneyimler ve kurum içi, kurum dışı eğitimler ile edindikleri görülmektedir. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge (2014)’de TRSM’de görev alacak olan personele kuramsal ve uygulamalı eğitim verilmesine yer verilmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından verilen bu eğitimlerin, sağlık profesyonellerinin bilgilerindeki açıkları tamamlamak adına önemli katkısı olmuştur. Ancak bazı katılımcıların söylemleri, bu eğitimin daha çok yüzeysel kaldığı ve daha geniş kapsamlı olması gerektiği yönündedir. O’Halloran ve O’Connor (2016)’un yaptıkları çalışmada da çalışanların eğitimlerinin yeterli olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Benzer şekilde, bazı sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı alanına ilişkin alt yapıları olsada, bu alana ilişkin bilgilerinin önemli bir kısmını diğer meslek elemanları ile olan bilgi paylaşımları, deneyimler ve gözlemleri neticesinde oluştuğu görülmektedir. Ayrıca, sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı alanına ilişkin bilgi, beceri ve deneyimlerin kazanılmasında konferanslar, ulusal ve uluslararası kongreler, çalıştaylar, seminerler, yurt dışı projeleri ve staj deneyimi de etkili olmaktadır. Ancak, sağlık profesyonellerinin bu alana ilişkin bilgi ve beceri kazanımların da en etkili faktörün deneyim olduğu görülmektedir.

TRSM’de görev yapan sağlık profesyonellerinin ülkemizde yeterli olmaması durumu, yurtdışında olduğu gibi ülkemizde de gönüllülere önemli görevler düştüğünü göstermektedir (Ensari, 2013). Nitekim sağlık çalışanlarının söylemleri de TRSM’de sunulan hizmetlerde gönüllü çalışmaların önemli yer edindiği ve gönüllü sayısının artmasını istedikleri yönündedir. Ensari (2013) toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinde gönüllüler önemine değinmiş olup, gönüllülere çok fazla ihtiyaç olduğunu belirtilmiştir.

Merkezde gönüllüler ile yapılan çalışmaların daha verimli olduğu, gönüllülerin hem üyelere hem de burada çalışan sağlık profesyonellerine olumlu katkı sağladığı görülmektedir. Ancak gönüllü çalışmalar, toplumda ruhsal hastalığı olan üyelere ve merkeze yönelik ön yargı ve damgalamalar nedeniyle istenilen seviyeye ulaşamamıştır. Gönüllüler, daha çok ikili ilişkiler ya da tavsiyeler ile merkeze çekilmeye çalışılmakta olup, gönüllü çalışmaların sürdürülebilirliğinde de sorun yaşanmaktadır. Toplumdan

gönüllülük adına beklenen destek görülememektedir. Gönüllüler, genellikle üniversitenin belli bölümlerindeki öğrencilerden oluşmaktadır.

Toplum ruh sağlığı merkezlerinden hizmet alan üyelerin sorunlarının çok çeşitli olması, farklı kurum ve kuruluşlar ile işbirliği ve koordinasyon sağlanmasını zorunlu kılmaktadır. Ruh sağlığı hastanelerine ek olarak, diğer kurum ve kuruluşlar ve farklı branşları kapsayan birçok destek faktörü birlikte planlanmalıdır (Attepe Özden, 2015). Nitekim, TRSM’de yürütülen toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri üyelerin tedavi dışında sosyoekonomik sorunları ile de ilgilenilmesini gerekli kılmaktadır. Bu durumda hizmetler sadece medikal tedavi ile sınırlı kalmayıp, çeşitlenmektedir. Ayrıca, ruh sağlığı alanında yaşanan sorunlar, hastalık ve hastalığın neden olduğu krizler, temel unsurlardan bütüne doğru değişen pek çok koordine hizmeti gerektirir (Başer ve ark., 2013). Bu kapsamda merkezde sunulan hizmetlerde kurumlar arası işbirliği önemli bir yer edinmektedir. Toplum ruh sağlığı hizmetlerinin ana esası ve felsefesi, sadece bakanlıkların oluşturduğu hukuki ve örgütlü bir sosyal politika ile değil, yerel yönetimler, STK, medya ve toplumun katılımı ile mümkündür (Başer ve ark., 2013). TRSM’de işbirliği yapılan kurum kuruluşlar genellikle belediye, aile, çalışma ve sosyal hizmetler il müdürlüğü, milli eğitim müdürlüğü, halk eğitim merkezi, emniyet müdürlüğü ve sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakfıdır. Ancak işbirliği ve koordinasyonda, kurumların merkeze ve üyelere yönelik bakış açılarındaki olumsuzluklar ve kurumlar ile yaşanan iletişim kopukluğu nedeni ile sürdürülebilirlikte sorun yaşanmaktadır. Dedeoğlu, (2003) tarafından da kurum dışında hizmetlerin sunumunda kurumlar arası işbirliği sorununa vurgu yapılmaktadır. Koordinasyondan kaynaklı sorun, Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı tarafından mevzuat ve uygulamalardan kaynaklı olarak belirtilmiş olup, bu konuda “ruh sağlığı koordinasyon kurulu” kurulması hedeflenmiştir (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2011).Hali hazırda eylem planında bahsedilen kurul kurulamamıştır. Nitekim, araştırma bulguları kurumlar arası işbirliğinde mevzuata, yasal prosedürlere dayalı sorunlar yaşandığını göstermektedir. Kurumlar arası işbirliğinin daha hızlı ve etkin olması için, Bakanlık tarafından ilgili kurumlarla protokoller imzalaması gerekmektedir (Soygür, 2016). Kurumlar arası işbirliğinde protokollerin imzalanması ile sorunların ikili ilişkilerden ziyade belli bir standardizasyon ile çözüme kavuşturulması sağlanmış olacaktır.

TRSM’de sunulan hizmetlerin temelinde ekip çalışması bulunmaktadır. Toplum ruh sağlığı hizmetlerinde, ekip çalışmasına ihtiyaç duyulmakta olup, hizmetlerin bir bütün içinde sunulması durumu mevcuttur. Bu yüzden bu hizmetlerin, psikiyatrist, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog gibi farklı meslek profesyonellerinden oluşan ekip çalışması ile sunulması gereklidir (Saruç ve Kaya Kılıç, 2015). Sağlık profesyonellerinin söylemleri bu durumu destekler nitelikte olup, merkezde sunulan hizmetlerin, birden çok sağlık profesyonelinin alanını kapsamakta olduğunu, bu sağlık profesyonellerinin bir araya gelmesi ve merkezden hizmet alan üyeyi çok boyutlu bir şekilde değerlendirmesi gerektiği yönündedir.

TRSM’ler ekip çalışmasına uygun ortam sağlamakta olup, burada ekip çalışması olmadan hizmet vermenin pek işlevsel olmadığı görülmektedir. Bu alanda yapılan çalışmalarda bunu destekler niteliktedir. Spear (2006)’in yaptığı bir incelemede, sağlık profesyonellerinin TRSM’de çalışıyor olmalarında, onları en çok güdüleyen şeyin ekip çalışması olduğu görülmüştür. Ayrıca Attepe Özden ve İçağasıoğlu Çoban (2018)’in yapmış olduğu araştırmada, sağlık çalışanları tarafından toplum ruh sağlığı merkezinde verilen hizmetlerin ekip çalışması içerisinde sunulmasının önem arz ettiği ve bu şekilde devam etmesi gerektiği belirtilmiştir. Merkezde görev yapan sağlık profesyonelleri kendi mesleki sorumlulukları doğrultusunda, üyeye hizmet sunmaktadırlar ve sunulan hizmetlerden bütün ekip haberdar edilmektedir.

TRSM’de hizmetlerin sunumunda ekip çalışmasının esas alındığı, ekip çalışmasından dolayı kimi zaman sağlık profesyonellerinin mesleki rol ve görevlerinin birbiri içine girdiği, mesleki sınırların esnek olduğu ve yapılan işlerin büyük çoğunluğunun ortak olduğu görülmektedir.

Saruç ve Kaya Kılıç (2015)’a göre; TRSM’de hizmetler birden çok disiplinin bir araya gelmesi ile ekip çalışması içerisinde sunulmaktadır ve sosyal hizmet uzmanları bu ekibin içerisinde mutlaka olması gereken bir meslek profesyonelidir. Sosyal hizmet uzmanının merkezde az olması ya da hiç olmaması durumunda, hizmetlerin aksamaması için diğer sağlık profesyonellerinin, sosyal hizmet uzmanının rolünü üstlenmek zorunda kaldıkları görülmektedir. Bu durum rol ve görevlerde belirsizliklere ve rol çatışmalarına neden olmaktadır.

TRSM’de doktor, psikolog ya da sosyal hizmet uzmanının sürekli istihdam edilmediği ancak hemşirenin daima merkezde bulunduğu görülmektedir. Bu durumda hemşireler, merkezde olmayan meslek elemanlarının da rol ve görevlerini üstlenmek zorunda kalmakta ve bu da beraberinde rol çatışmasını getirmektedir.

Gökçearsan Çifçi ve arkadaşları (2015)’na göre; ruh sağlığı, bütüncül bir bakış açısı ile birden fazla disiplinin bir arada, ekip çalışması içerisinde değerlendirmelerini yaptığı bir alandır. Bu nedenle, TRSM’de sunulan hizmetlerden olan gezici ekiplerde, sağlık profesyonellerinin mesleki dağılımı önem arz etmektedir. Gezici ekipte görev alacak olan personellerin, çeşitli meslek gruplarından olması gerekirken; merkezde hemşire istihdamının fazla olması ve diğer meslek gruplarının sayıca az olması ya da hiç olmaması nedeni ile gezici ekipler genel olarak hemşirelerden oluşmaktadır. Nitekim Bilge ve arkadaşları (2016)’nın yapmış olduğu bir araştırmada 2013-2015 yılları arasında TRSM’lerde çalışan personelin dağılımına ilişkin elde edilen verilerde, çalışan personelin çoğunluğunun hemşire olduğu görülmüştür. Ekipte sosyal hizmet uzmanı ya da psikolog olmamasının, bu alanlarda verilecek olan hizmetin sınırlı kalmasına neden olduğu, bu durum sunulan hizmetin kalitesini olumsuz yönde etkilediği görülmektedir. Ancak, bazı sağlık profesyonelleri gezici ekiplerin hemşirelerden oluşmasının, diğer personelin ihtiyaç halinde ekibe dahil edilmesinin uygun olduğunu belirtmiş, ev ziyaretlerine kalabalık gidilmesinin evin içindeki dinamiği olumsuz etkileyebileceğini belirtmiştir.

Araştırma verileri, TRSM’de vaka yöneticiliği rolünün hemşireler tarafından yürütüldüğünü göstermektedir. TRSM’de hemşirelerin sayı olarak fazla olması, aslında vaka yöneticiliği rolünü üstlenmelerine neden olmuştur. Ancak sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve ergoterapistlerin merkezde sayı olarak artırılması ile birlikte, bu meslek gruplarının da vaka yöneticiliğini üstlenmeleri yararlı olacağı belirtilmiştir. Özellikle bu meslek gruplarının kendilerine ait hastalarının olmaması, gezici ekiplerde daha pasif kaldıklarının göstergesi olmaktadır.

5.3.Sağlık Profesyonellerinin Mesleki Rol ve Görevlerine İlişkin Elde Edilen Bulguların Değerlendirilmesi

TRSM’de görev yapan sağlık profesyonelleri farklı mesleklerden oluşmaktadır. Psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, hemşire ve ergoterapist merkezde ekip çalışması içerisinde üyelere hizmet sunmaktadır. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri

Hakkındaki Yönerge (2014)'de merkezde görev alan personelin görev ve sorumlulukları genel olarak ortak olarak belirlenmiş olup, buna ek olarak kendi mesleki uygulamalarına ilişkin de çalışmalar yürütmeleri gerektiği belirtilmiştir. Sağlık profesyonellerinin söylemleri de aynı doğrultuda olup, bazı mesleki ayrımlar dışında, merkezde üstlendikleri rol ve görevlerin genellikle ortak olduğu ve ihtiyaca göre değişkenlik gösterdiği yönündedir. Ancak merkezde görev yapan psikiyatristlerin ortak görevler dışında, TRSM'nin tüm işleyişinden sorumlu olduğu ve idari anlamda liderlik görevini üstlendiği görülmektedir. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkındaki Yönerge (2014)'de, merkezde çalışan ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanının merkezden sorumlu olduğu belirtilmiş ve görev sorumlulukları diğer sağlık profesyonellerinden ayrı olarak sıralanmıştır.

O'Halloran ve O'Connor (2016) tarafından yapılan çalışmada, ekip çalışmasında çalışanların rol tanımlarının net olmamasının, hizmetlerin etkililiğini de olumsuz yönde etkilediği ortaya çıkmıştır. Benzer şekilde, sağlık profesyonellerinin merkezde sundukları hizmetlerde daha aktif ve verimli olabilmeleri için, vaka sayılarının daha az olması, mesleki sınırların daha net olması ve merkezde tam zamanlı olarak daimi görev almaları gerektiği görülmektedir.

5.4. Sağlık Profesyonellerinin, Sosyal Hizmet Uzmanının Rol ve Görevlerine ve Sosyal Hizmet Uygulamalarına Yönelik Görüşlerinin Değerlendirilmesi

Toplum ruh sağlığı merkezinde sunulan hizmetlere bakıldığında, merkezde sosyal hizmet uzmanlarının önemli bir yeri olduğu anlaşılmaktadır (Saruç ve Kaya Kılıç, 2015). Almanya'da sosyal hizmet uzmanları sayıları ve mesleki uygulamaları ile toplum temelli ruh sağlığı modelinin ana yapısını oluşturmaktadır (Yanık, 2007). Nitekim araştırma bulgusu, TRSM'lerde görev yapan sosyal hizmet uzmanlarının önem arz ettiğini ve merkezde mikro, mezo ve makro düzeyde uygulamalar yapması gerektiğini göstermektedir.

Sosyal hizmet uzmanlarının, ruh sağlığı hizmetlerindeki görevlerine bakıldığında, görevleri, diğer meslek mensupları ile ortak belirlenmiştir (Saruç ve Kaya Kılıç, 2015). Bunu destekler nitelikte, sağlık profesyonelleri, merkezdeki sosyal hizmet uzmanının rol ve görevlerinden bahsederken, diğer sağlık profesyonellerinde olduğu gibi daha çok ortak rol ve görevleri olduğu üzerinde durmuşlardır. TRSM Yönergesi (2011)'nde sosyal

çalışmacı, psikolog ve hemşirenin görevlerinde ortaklık bulunmakla birlikte, ayrıca sadece sosyal çalışmacının mesleki olarak yapabileceği görev ve sorumluluklarda belirtilmektedir (Başer ve ark., 2013). Sosyal çalışmacıların, kendi mesleki rol ve görevleri, merkezden hizmet alan üyeler ve hizmetin verimliliği açısından önem arz etmektedir. Nitekim sosyal hizmet uzmanlarının TRSM’de yaptıkları sosyal incelemeler ile ağır ruhsal hastalığı olan bireyler hakkında detaylı bilgi edinmeye yardımcı oldukları ve üyelere ihtiyaçları doğrultusunda gerekli yönlendirmeleri yaptıkları belirtilmiştir.

Ruhsal hastalıklar, biyopsikososyal etkenlerle bağlantılı olduğundan, sosyal hizmet mesleği ruh sağlığı alanından ayrı düşünülememektedir (Gökçearslan Çifçi ve ark., 2015). Nitekim ortaya çıkan verilerde sosyal hizmet uzmanlarının, TRSM’de daha çok üyelerin ekonomik sorunları, sosyal sorunları, barınma sorunlarını çözmeye yönelik çalışmalar yaptıkları ayrıca damgalama ile mücadele çalışmaları, psiko-eğitimler ve aile eğitimleri vermeleri gerektiğine ilişkin bulgular ortaya konmuştur.

Ruh sağlığı alanında ekibin önemli bir üyesi olan sosyal hizmet uzmanları bu alanın, sosyal ve psikolojik tarafına güç sağlamaktadır (Gökçearslan Çifçi ve ark., 2015). Nitekim, sağlık profesyonelleri tarafından, merkezden hizmet alan üyelerin hukuki ve sosyal hakları konusunda bilgilendirilmeleri ve bu konuda ilgili yerlere yönlendirilmelerinin de sosyal hizmet uzmanları tarafından yapıldığı belirtilmiştir. TRSM’de görev yapan sosyal hizmet uzmanlarının, üyeleri hakları konusunda bilgilendirmesi ve gerekli yönlendirmeleri yapması ile üyelerin ekonomik durumlarında düzelme sağlanmaktadır. Böylece, hastaların bakımını yapan ailelerin sorumluluğu hafiflemiş ve hayatlarında olumlu yönde değişiklikler olduğu görülmüştür (Saruç ve Kaya Kılıç, 2015). Bu doğrultuda, sağlık profesyonelleri tarafından, üyelerin istihdamının sağlanması amacı ile işverenlerle görüşme, koordinasyon, işyeri ziyaretleri yapma görevinin, merkezde sosyal hizmet uzmanlarının rol ve görevleri arasında olduğu görülmektedir.

Saruç ve Kaya Kılıç (2015)’a göre; sosyal hizmet uzmanları, sosyal desteğin sağlanması için kamu kurumları, özel kurumlar ve STK’lar ile işbirliği içerisinde çalışmaktadır. Bunu destekler nitelikte, TRSM’de sosyal hizmet uzmanlarının kurumlar arası işbirliği ve koordinasyonda aktif olarak yer almakta olduğu ve merkezin dışı bakan yüzü olarak görüldüğü sağlık profesyonelleri tarafından ifade edilmiştir.

Ayrıca gezici ekip hizmetine katılım sağlamaları gerekmekte olup, her ekipte bir sosyal hizmet uzmanı bulunmasının yararlı olacağı görülmektedir. Türkiye’de ruh sağlığı alanında görev yapan sosyal hizmet uzmanı sayısı azdır. Ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları genelde psikiyatri kliniklerinde çalışmaktadır. Ancak, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge’de belirtilen görev tanımında toplumla iç içe olacak şekilde görev almaları gerektiği öngörülmektedir (Attepe Özden, 2015). Fakat TRSM’de sosyal hizmet uzmanları geçici görevli olarak çalışmakta olduğu, merkezde devamlı bir sosyal hizmet uzmanı bulunmadığı ve burada bulunduğu süre zarfında sosyal hizmet uzmanlarının hastanenin de işlerini takip etmek zorunda kaldığı belirtilmiştir. Ayrıca, klinik alanda çalışacak olan sosyal hizmet uzmanı sayısını artırmak için yeni eğitim stratejileri gerektiği düşünüldüğünde, genel olarak sosyal hizmet alanlarında, özel olarak ise ruh sağlığı alanında çalışacak sosyal hizmet uzmanlarına ihtiyaç olduğu belirtilmektedir (Başer ve ark., 2013). Ruh sağlığı uygulama alanlarından olan TRSM’de sosyal hizmet uzmanlarının yeterince görev almaması bu alandaki sosyal hizmet uygulamalarının etkililiğini ve verimliliğini olumsuz etkilemektedir.

5.5. Sağlık Profesyonellerinin Uygulamada Yaşanan Sorunlara ve Uygulamaya Yönelik Önerilerine İlişkin Elde Edilen Bulguların Değerlendirilmesi

TRSM’de verilen hizmetlerin sunumunda çeşitli faktörlerden kaynaklı bir takım sorunlar yaşanmaktadır. Meslek elemanlarının sayıca yetersiz olması, yeterli eğitime sahip olmamaları, kaynakların yetersiz olması gibi pek çok faktör TRSM’de hizmet sunumunu zorlaştırmaktadır (Arslan Delice, 2017). Uygulama alanında yaşanan sorunlara ilişkin sağlık profesyonellerinin söylemleri gezici ekiplerin sistematik bir şekilde yapılmıyor olduğu, vaka yöneticileri dışındaki personelin hastalar hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığı ve bu konuda dokümantasyon eksikliği olduğu yönündedir. Ayrıca gezici ekiplerde, belli sayıdaki kişiye ulaşılmasının zorunlu tutulması ve sağlık profesyonellerinin hastaları fazla sahiplenmesinin de merkezde sunulan hizmetin verimliliğini olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir.

TRSM’den hizmet alan üye sayısının düşük olmasının nedeni olarak, hastanelerin psikiyatri servislerinde, performans kaygısından dolayı TRSM’ye hasta yönlendirilmemesi olarak görülmüştür. Aynı doğrultuda yapılan benzer bir araştırmada; TRSM’de hizmetlerin ekip çalışması ile gerçekleştiği fakat burada hekim dışında personelin performans sisteminden dolayı ayrımcılık hissettiği ve hasta yönlendirmeleri

yeterli olmadığından dolayı sunulan hizmetlerin birinci basamağa entegre edilemediği görülmektedir (Gözen, 2018).

Damgalama ve ayrımcılığa ilişkin unsurlar çok yönlü etkilere neden olmaktadır. Erkem ve Dinç (2010)'e göre, ruh sağlığı hastalığı olan bireyler, birçok alanda ön yargılı davranışlara maruz kalmakta ve bu bireyler toplumda potansiyel suçlu gibi görülmektedir (Başer ve ark., 2013). Araştırma verileri bu durumu destekler nitelikte olup, toplumda ağır ruhsal hastalığı olan bireylere karşı var olan ön yargı ve olumsuz bakış açısının, üyelerin ve merkezin damgalanmasına neden olduğunu göstermektedir.

Türkiye'de ruhsal hastalığa sahip olan bireylere ve onların bakımından sorumlu olan meslek elemanlarına ve doktorlara karşı, ön yargıyla bakıldığı görülmektedir (Arkan ve ark., 2011; aktaran: Başer ve ark., 2013). Benzer şekilde, TRSM'de çalışan sağlık profesyonellerinin, ruh sağlığı alanında çalıştıklarından dolayı zaman zaman toplum tarafından yadırgandıkları görülmektedir. Ayrıca araştırma bulguları, damgalama sorunu nedeni ile kurumlar arası işbirliğinin de zarar gördüğünü göstermektedir.

TRSM'de üyelere sunulan hizmetler ile üyelerin tedavi ve takipleri yapılmakta, sosyoekonomik tüm sorunları ile ilgilenilmekte, ihtiyaç duydukları her konuda sağlık profesyonelleri tarafından desteklenmektedirler. Bu durumun, üyeler ile sağlık profesyonelleri arasındaki bağın profesyonel ilişkiden uzaklaşmasına neden olduğu görülmektedir. Sağlık profesyonelleri tarafından üyelerin fazlaca sahiplenilmesi, üyelerin merkeze bağımlı hale gelmesine sebep olmaktadır. Üyeler TRSM'yi toplumsal yaşama katılmalarında bir basamak olarak görmekten ziyade, vakit geçirmek için geldikleri bir yer olarak görmektedirler. TRSM'de verilen rehabilitasyon hizmetinin süreli olmaması ve herhangi bir kritere bağlanmaması, aynı üye profilinin uzun yıllar boyunca merkeze devam etmesine neden olmaktadır. Bu durum rehabilitasyon hizmetlerinin verimliliğinin gözden geçirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Ağır ruhsal engelli bireylerin istihdamı konusunda, ülkemizde işverenlerin ruhsal engelli bireye bakış açısından ve yasal mevzuattan kaynaklı sorunlar bulunmaktadır. Benzer şekilde Gözen (2018) tarafından yapılan araştırmada, ruhsal hastalığa sahip olan bireyin topluma katılımının sağlanması ve tedavisinin toplumdan soyutlanmadan devam edebilmesi yönündeki en büyük engelin istihdam konusu olduğu sonucu ortaya çıkmıştır.

Kamu ve özel alanda ruhsal hastalığa sahip olan bu bireylerin iş edinmekte sorun yaşadıkları ve bu nedenle istihdam oranlarının yüksek olmadığı görülmektedir.

Bireylerin hastalıklarından öncesi ve sonrasında çalışma durumuna bakıldığında, büyük bir kısmının hasta olmadan önce çalıştığı ancak hastalıktan sonra neredeyse tamamına yakın kısmının herhangi bir işte çalışmadığı görülmüştür (Saruç ve Kaya Kılıç, 2015). Bu durum, işverenlerin istihdam etmesi gereken engelli kadrosunda, ruhsal engelli bireylerden ziyade fiziksel engeli olanların tercih edildiğine ilişkin bulguyu desteklemektedir. Ayrıca, Erken ve Dinç (2010) yaptığı çalışmada engelli kadrolarında fiziksel engelli bireylerin tercih edilmesi, ruhsal hastalığı olanların çift yönlü ayrımcılığa maruz kaldıklarını göstermektedir (Başer ve ark., 2013).

Bireylerin hastalık öncesinde olan işlerinin, hastalıkla birlikte sonlandırılması, damgalanmalarının bir sonucu olarak düşünülmektedir. Dolayısı ile ruhsal hastalığa sahip olan kişilerin, iş hayatından uzaklaştırıldıkları düşünülebilir (Saruç ve Kaya Kılıç, 2015). Ayrıca istihdamı sağlansa dahi, var olan çalışma koşulları ve saatlerine bakıldığında, ağır ruhsal engeli olan bireylere uygun olmadığı görülmektedir. Toplum ruh sağlığı merkezlerinde, hastaların istihdamı açısından gerekli çalışmalar yapılmamaktadır (Saruç ve Kaya Kılıç, 2015). Aynı doğrultuda sağlık profesyonelleri, toplum ruh sağlığı merkezinde yapılan çalışmaların yeterli olmadığını belirtmektedir. Ayrıca istihdam da yaşanan sorunlar üyeyi ve ailesini olumsuz yönde etkilemekte ve bu konuda var olan sorunların giderilmesi gerekli görülmektedir.

TRSM’de sunulan hizmetlerde üye ve ailesi ile işbirliği yapılması önem arz etmektedir. Ruhsal hastalığın teşhisi durumunda, hastalık, hastalık süreci, kullanılan ilaçların yan etkileri, tedavi çeşitleri, hasta olan bireyle iletişimin nasıl kurulacağı, hasta olan bireyin nasıl davranışlar sergileyeceği ile ilgili bilgileri öğrenmek, hasta ve yakınlarının temel olarak talep edeceği konulardır (Erkem ve Dinç 2010, aktaran: Başer ve ark. 2013). Bu yönde, üye ve ailesinin tedavi sürecine aktif katılım sağlaması ve ekibin bir parçası olması için, ailelere yönelik aile eğitimleri ve danışmanlık verilmesi yönünde personel tarafından gereken çaba harcanmaktadır. Ancak bazı ailelerin gereken bilince sahip olmadığından dolayı, bu sürece dahil olmak istemediği ve merkez ile işbirliğine yanaşmadığı görülmektedir. Bu nedenle, aileleri tedavi sürecine katmakta istenen verimin sağlanamadığı anlaşılmaktadır.

Vaka yöneticilerine düşen hasta sayısının fazla olduğu ve buna karşılık TRSM’de çalışan personel sayısının yeterli olmadığı görülmektedir. TRSM’lerin hizmet verdiği coğrafi bölge, hizmet sunulan üye sayısı, hasta sayısı merkezli performans sistemi ve sosyal hizmet uzmanı eksikliği gibi sebeplerle, bu alanda yapılan çalışmaların genetik faktörler ile sınırlı kaldığı, sosyokültürel faktörlerin göz ardı edilmesi gerektiği görülmektedir (Gözen, 2018). Benzer şekilde, sağlık profesyonellerinin söylemleri, vaka yöneticilerinde hasta sayısının fazla olmasından dolayı, tedaviyi takipte zorlandıkları ve tükenmişlik yaşadıkları yönündedir.

TRSM’lerin Sağlık Bakanlığı tarafından riskli birim olarak görülmemesi ve maddi açıdan personelin desteklenmemesinin önemli bir sorun olarak ortaya çıktığı görülmektedir. Soygür (2016)’e göre; TRSM’de çalışan sağlık profesyonellerinin ücretleri ile ilgili mevcut durum, bu konuda mağdur olmalarına neden olmaktadır. Bu alanda çalışan sağlık profesyonelleri, en başından itibaren, diğer yerlerde çalışan meslektaşlarından daha az ücret almaktadırlar. Ayrıca, bu alanda çalışan ve ağır ruhsal hastaların akut alevlenme dönemleri ile karşı karşıya kalan, güvenlik riski yaşadığını belirten personelin, maddi anlamda da desteklenmemesinin ve performanstan yararlanamıyor olmasının motivasyonunu olumsuz etkilediği görülmektedir.

Farklı meslek gruplarının bir araya gelerek, hizmet sunması gereken bir merkez olan TRSM’lerde, sağlık profesyonellerinin yeterli sayıda istihdam edilmediği görülmektedir. Ülkemizde toplum ruh sağlığı hizmetlerinin yapılandırılma aşamasında, TRSM’lerde çalışacak olan psikiyatrist, psikolog ve sosyal hizmet uzmanı istihdamının yeterli sayıda olması, bu meslek elemanlarının toplum ruh sağlığı merkezlerinde çalışmaya özendirilmesine ilişkin çalışmaların yapılması, bu personelin toplum ruh sağlığı hakkında eğitimler alması ve ekip çalışmasının benimsenmesi gereklidir (Attepe Özden, 2015). Araştırma verileri, TRSM’de hasta sayısı artmasına rağmen, personel sayısında değişiklik olmadığını ve personel sayısının yetersiz kaldığını ortaya koymaktadır. Özellikle sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve ergoterapist sayısının yetersiz olduğu ve bu meslek gruplarının tam gün ve sürekli bir şekilde istihdam edilmemesinin önemli bir sorun olduğu görülmektedir. Nitekim literatürde de, toplum temelli ruh sağlığı alanında önemli bir insan kaynağına ihtiyaç olduğu belirtilmektedir (Ulaş, 2008). Türkiye’de psikiyatrist sayısının az olduğu düşünülse de esasında sosyal hizmet uzmanı,

psikolog ve psikiyatri hemşirelerine de ihtiyaç olduğu üzerinde durulmaktadır (Yanık, 2007).

TRSM'lerle ilgili Sağlık Bakanlığı'nın politikalarında bir takım sorunlar olduğu görülmektedir. Bilge ve arkadaşları (2016)'na göre, Türkiye'de olan 106 tane TRSM, hızlı bir şekilde açılmıştır ve açılması planlanan sayıya da ulaşmakta sorun olmayacağı düşünülmektedir. Ancak bu konudaki temel sorun, açılan TRSM'lerin niteliği ve toplumun bu alanda bilgilendirilmesi, bilinçlendirilmesi ile ilgilidir. Nitekim, TRSM'lerin gerekli alt yapı çalışmaları yapılmadan, fiziki uygunluk ve yeterli sayıda personel istihdamı sağlanmadan, hızlı bir şekilde art arda açılmasının, uygulama alanında bir takım sorunlara neden olduğu görülmektedir. Soygür (2016)'e göre, TRSM'ler birçok engele rağmen, hızlı bir şekilde açılmıştır. Esasında, öncelikle toplum temelli ruh sağlığı modelinin tasarlanması, yakından takip edilmesi ve organizasyonu aşamasında incelikli bir çalışma yapmak gerektiği önemlidir. Ayrıca, TRSM'lere Sağlık Bakanlığı tarafından gereken değerin verilmediği, mevzuatla ilgili kısımlarda eksiklikler olduğu belirtilmiştir.

Araştırma bulguları, Türkiye'de uygulanan bakımevi hizmetinin, üyelerin işlevselliklerini artırmaktan ziyade var olan yetilerini de kaybetmesine neden olduğunu, bu konuda benimsenen hizmet modelinde değişikliğe gidilmesi gerektiğini göstermektedir. Fransa'da önemli derecede yeti kaybı olan hastaların rehabilite edilmesi için, hastanelerin dışında kalabilecekleri destekli barınma imkanları sağlanmaktadır. Bu kapsamda korumalı evler, korunaklı apartmanlar gibi yerler bulunmaktadır (Ulaş, 2008). Ülkemizde de buna benzer şekilde sağlık profesyonelleri tarafından bakımevi modeline alternatif olarak korumalı evler olabileceği önerilmiştir. Korumalı evlerle ilgili yapılan bir araştırmada; korumalı evlerde yaşamını sürdüren ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerin kişiler arası ilişkileri, mesleki yaşamları, günlük aktivitelerinin, kendi evinde yaşayanlara göre daha iyi durumda olduğu görülmüştür (Kavak ve Ekinci, 2014). Ülkemizde korumalı evler, umut evleri olarak hizmet vermesine rağmen henüz ihtiyaca cevap verecek kadar yaygınlaşmamıştır.

Ruh sağlığı alanında görev yapan insan kaynağı gücü, Avrupa ülkelerine göre oldukça azdır. Avrupa'da bu alandaki personel sayısı yoğunluğa göre değişim göstermekte olup, zaman geçtikçe artmaktadır (Bilge ve ark., 2016). Ancak, Türkiye'de TRSM'lerde hasta sayısının artmasına rağmen, bununla orantılı olarak yeterince meslek elemanının istihdam edilmemesi, iş yükünün fazla olmasına, bir meslek grubunun diğer

meslek personellerinin de rol ve görevlerini üstlenmek zorunda kalmasına neden olmaktadır. Ayrıca sürekli olarak aynı hasta grubu ile çalışmak zorunda kalmaları ve sistemde var olan aksaklıkların sağlık profesyonellerinde tükenmişliğe neden olduğunu göstermektedir.

Sağlık profesyonellerinin, TRSM'ye yönelik yapılan verimlilik değerlendirme kriterlerinin fiziki koşullar ve evrak kontrolünden ziyade merkezin işleyişi ve hizmetin kalitesine yönelik olması gerektiğini belirttikleri görülmektedir. Attepe Özden ve İçağasıoğlu Çoban (2018)'in yaptıkları çalışmada elde ettikleri verilere göre, çalışanlar TRSM'nin daha çok hasta odaklı başarı ölçümleri ile değerlendirildiğini, ancak yapılan değerlendirmelerde merkezde verilen hizmetlerin niteliğine daha çok yer verilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Benzer şekilde, sağlık profesyonelleri tarafından da hali hazırda yapılan değerlendirmelerin, merkezin fiziki koşullarının kontrolü ya da belli başlı kriterler ile sınırlı kaldığı belirtilmektedir. Bu anlamda verimliliği değerlendirmeye yönelik kriterlere ihtiyaç duyulmaktadır.

İlerleyen zamanlarda, merkezden yararlanan üyeler için mesleki eğitimlerin verilmesi ve devamında bu eğitimlere sahip olan üyelerin istihdam edilmeleri için gerekli çalışmaların, ilgili kuruluşların işbirliği ile yapılmasının önemli olduğu düşünülmektedir (Saruç ve Kaya Kılıç, 2015). Bu durumun sağlık profesyonellerinin önerileri ile de benzerlik gösterdiği anlaşılmakta olup, TRSM'lerde mesleki kurslar ya da mesleki atölyeler açılmasının, daha çok meslek edindirmeye yönelik sertifikalı kursların varlığının, genç ve yeni üyeleri merkeze çekmek adına faydalı olacağı ortaya çıkmaktadır. Merkezde açılacak olan mesleki kurslarla genç üyeleri merkeze çekmek kolaylaşacaktır.

Sağlık profesyonellerinin önerileri, TRSM'lerin nüfusa göre gerekli fiziki koşullar sağlanarak açılması gerektiği, burada çalışacak olan personelin yeterli sayıda istihdam edilmesi gerektiği ve bilgi paylaşımı için bakanlık düzeyinde veri paylaşım tabanı oluşturulması gerektiği yönündedir. Benzer şekilde, Attepe Özden ve İçağasıoğlu Çoban (2018)'in araştırmasında; sağlık çalışanları TRSM'ler açılırken daha çok, nüfusa ve hastaların sayısına göre planlama yapılması gerektiğini önermiş, sayıdan ziyade niteliğin önemli olduğunu belirtmişlerdir.

TRSM’de sağlık profesyonellerinin kullanabileceği bir bilgi sisteminin önemli olduğu, birinci basamak sağlık çalışanları ile işbirliği ve koordinasyonun önem taşıdığı görülmektedir.

Ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylerin, diğer bireylere karşı zarar verecek tehlikeli davranışlar sergiledikleri yönünde, toplumda var olan n yargılar ile mücadele etmek ve toplumdan dışlanmalarının önüne geçmek amacı ile çalışmalar yapılması gerekmektedir (Attepe zden, 2015). Bu kapsamda, damgalama ve ayrımcılık ile mücadelede, TRSM’den hizmet alıp, bunun faydasını görmüş üyelerin örnek olarak anlatılmasının önemli olduğu belirtilmiştir.

Ruh sağlığı hastalığı olan bireylerin damgalanmasını önlemek amacı ile devletin, medyanın, STK’ların ve özel sektörlerin işbirliği içerisinde olması önemlidir (Erkem ve Din 2010, aktaran: Başer ve ark., 2013). TRSM’nin yaptığı çalışmalar ile özellikle muhtarlar, din adamları gibi halk ile yakından ilişki içerisinde olan gruplarda farkındalık oluşturulmasının ve diğer kurum kuruluşlarla işbirliği ve koordinasyonun damgalama ile mücadelede önem taşıdığı görülmektedir.

TRSM’de görev yapan sağlık profesyonellerinin, hizmetlerin sunumunda sahip olması gereken bir takım eğitilere ihtiyaı vardır. Attepe zden (2015)’e göre; ruh sağlığı alanında sadece psikiyatristler değil, bu alanda çalışan diğer sağlık profesyonellerinin de (hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, ergoterapist) eğitimler olarak ortak bir şekilde çalışmaları gerekmektedir. Bu eğitimler ile hizmetin daha kaliteli verilmesi amaçlanmaktadır ve bu eğitimleri her meslek profesyonelinin alması gerekmektedir. Merkezde çalışacak olan personelin, öncelikle merkezde hizmet verilen psikiyatrik hastalıklara ilişkin temel psikiyatri bilgisine ihtiyaı olduğu görülmektedir.

zdemir (1999)’in yaptığı araştırmada, psikolog, sosyal çalışmacı, hemşire ve psikiyatristlerin hepsinin ekip çalışmasında olması gerektiği ortaya konmuştur, ancak bu personelin ekip çalışmasına ilişkin bilgilerinin yeterli olmadığı belirtilmiştir. Bu kapsamda “ekip çalışması” anlayışının toplum temelli ruh sağlığı sisteminde önemli olduğu görülmüştür. Bu nedenle merkez için olmazsa olmaz olarak nitelendirilen ekip çalışmasına ilişkin eğitimi, burada çalışan sağlık profesyonellerinin alması gerektiği ortaya çıkmaktadır. Attepe zden ve Iağasıoğlu oban (2018)’in yapmış olduğu araştırmada, sağlık profesyonelleri alınan eğitimlerin yeterli olmadığını, hasta ve

yakınları ile nasıl iletişim kuracaklarına dair, iletişim eğitimi almaları gerektiğini belirtmişlerdir. Elde edilen bulgular bu araştırma tarafından desteklenmekte olup, sağlık profesyonelleri hasta ve yakınları ile etkili iletişim kurabilmek adına, iletişim eğitimi almalarının iyi olacağını belirtmişlerdir. Ayrıca mevzuata ilişkin eğitimin temel alınması gereken eğitimler arasında olduğu görülmektedir.

Toplum temelli ruh sağlığı sisteminin, bu alanda çalışacak olan ruh sağlığı personeli tarafından benimsenmesi ve sindirilmesi gerekmektedir (Soygür, 2016). Bu kapsamda, sağlık profesyonellerinin merkezde uygulanan toplum temelli ruh sağlığı modeli ve bu modelin ruhu ve amaçları konusunda bilgi sahibi olması gerekmektedir. Ayrıca, hasta bakım planı, grup eğitimleri, psiko-eğitimler, ev ziyaretlerine yönelik eğitimlerinde alınması gerekli görülmektedir. Yönergede, bu alanda çalışacak olan sağlık profesyonellerinin eğitimi konusu açık bir şekilde belirtilmemiştir. Yeterli bir eğitim almamış olarak ruh sağlığı alanında çalışan sağlık profesyoneli ekibi, uygulama alanında sorunlara neden olabilmektedir (Soygür, 2016). Ayrıca sağlık profesyonellerinin söylemleri, personelin yaşadığı sorunlarla baş edebilmek adına, baş etme becerileri ve tükenmişliği önlemek için motivasyon eğitimleri de almaları gerektiği yönündedir.

Ruhsal hastalığa sahip bireylerin istihdamı için devlet teşviki olması gerektiği ve kurumlar arası işbirliği ile korumalı işyerleri açılmasının yararlı olacağı bulgularına ulaşılmıştır. Bu kapsamda, Çolak ve Hergüner (2016)'e göre; devlet tarafından açılan korumalı işyerlerini artırmak amacı ile diğer girişimcilerinde korumalı işyeri açmaları için bir takım önerilerde bulunulmuş olup; korumalı işyerlerinde kar amacı gütmek yerine mesleki ve sosyal olarak rehabilitasyonun daha ön planda olduğu bir korumalı işyeri yönetmeliğine gerek olduğu belirtilmiştir. Ayrıca çalışma saatlerinin bireyin engellilik durumuna göre ayarlanması gerekmektedir.

Korumalı işyerleri benzeri yerlerinin açılması ile birlikte, ekonomik getiriden dolayı merkeze başvuran üye sayısında artış olacağı, hastalardaki alevlenme dönemlerinin azalacağı ve hastaların istihdamının sağlanmasının kolaylaşacağı öngörülmektedir. Attepe Özden ve İcağasıoğlu Çoban (2018)'in yapmış olduğu araştırmada; çalışanlar, hastaların istihdamı konusunda imkanlar yaratılması ve korumalı işyerleri gibi alanların açılması hususunda hızlı bir şekilde çalışmaların yapılması gerektiğini belirtmişlerdir. Başka bir çalışmada ise; engellilerin iş yaşamına katılımı için oluşturulan korumalı işyerlerinin, esasında engellilerin toplumdaki soyutlanmasına neden

olduğuna dair bir kanı mevcuttur (Genç ve Çat, 2013). Ruh Sağlığı Eylem Planı'nda yapılacak olan değişikliklerle de üyelerin istihdamına katkı sağlanacağı düşünölmektedir.

TRSM'de hizmet verecek olan personelin hizmetin kalitesi açısından, sayı ve nitelik anlamında bir takım kriterlere sahip olması gerekmektedir. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nın hedeflerinde ruh sağlığı alanında görev alacak olan personelin sayısını ve niteliklerini artırmak bulunmaktadır (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

TRSM'lerde görev yapan sağlık profesyonellerinin sürekli değişmesi, merkezde sunulan hizmetlerin verimini de etkilemektedir. Sağlık profesyonellerinin sayı olarak yetersizliği, rotasyonla çalışmalarına ya da hiç çalışmamalarına neden olmaktadır (Soygür, 2016). Bu nedenle, öncelikle merkezde çalışacak olan personelin yeterli sayıda istihdam edilmesi gerektiği, özellikle sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve ergoterapist sayısının yetersiz olduğu ve bu personelin merkezde sabit olması gerektiği sağlık profesyonelleri tarafından önerilmektedir.

Toplum ruh sağlığı alanında çalışan sağlık profesyonellerinin esnek olması, birey odaklı çalışması ve hizmet alanların daha fazla yararlanmasını sağlamak amacı ile sosyal ortamlar oluşturması gerekmektedir (Gökçearsan Çifci ve ark., 2015). Nitekim araştırma bulguları, sağlık profesyonellerinin merkezde çalışmaya gönüllü olması, psikiyatri alanına dair eğitim ya da deneyimlerinin olması, ekip çalışmasına uygun yapıda olması ve kurum içi kurum dışı etkinliklerde aktif olması gerektiğini ortaya koymaktadır. Attepe Özden ve İçağasıoğlu Çoban (2018)'ın yapmış olduğu araştırmada bu sonucu destekler nitelikte olup, çalışanların söylemleri, merkezde çalışacak olan personelin gönüllü ve eğitim almış olması gerektiği ayrıca sağlık profesyonellerinin uygulama sürecinde de ihtiyacı olan konularda da eğitim almasının önemli olduğu yönündedir.

TRSM'de bütüncül bir bakış açısı ile ekip çalışması içerisinde hizmet sunulduğu için burada çalışacak olan personelin mesleki anlamda çeşitli olması gerektiği görölmektedir. Ulaş (2008)'a göre, ruh sağlığı alanında çalışanların sayısının yeterli olmaması yüzünden ileriki 10 yıllık süreçte bu alanda çalışacak olan personel sayısının 5 kat artırılması için gerekli çalışmalar yapılmalıdır.

Türkiye'deki TRSM'lere bakıldığında belli standardizasyonun olmadığı, hem çalışan personel açısından hem de çalışma sistemi açısından farklılıklar olduğu görölmektedir. Bilge ve arkadaşları (2016), Türkiye'de toplum ruh sağlığı hizmetlerinin

henüz beklenen düzeye ulaşmadığını fakat son yıllarda gelişme gösterdiğini belirtmişlerdir. Bu tespiti katılmakla birlikte, araştırma bulguları, Türkiye’deki bütün TRSM’lerde belli bir standardın oluşturulması gerektiğini ortaya koymaktadır. Attepe Özden ve İçağasıoğlu Çoban (2018) tarafından, TRSM’de sunulan hizmetlerin amacına ulaşabilmesi için, TRSM’lerin planlama aşamasından itibaren gerekli çalışmaların yapılması, çalışacak personelin eğitimi, hasta ve yakınlarının ihtiyaçlarının önemsenmesi gerektiği belirtilmiştir. Ayrıca TRSM’ler arası iletişim önemli olup, TRSM’lerde yapılan faaliyetlerden haberdar olunması önem arz etmektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinde henüz on yıllık geçmişi olan Türkiye’de ilk kurulan TRSM’de çalışan sağlık profesyonellerinin bilgi, beceri, deneyim ve görüşlerini değerlendirmek amaçlanmıştır. Araştırmanın toplum temelli hizmetlerin geliştirilmesine katkı yapması beklenen temel amacı doğrultusunda, Bolu TRSM’de en az bir yıl görev yapan, üç psikiyatrist, iki psikolog, iki sosyal hizmet uzmanı, bir ergoterapist ve sekiz hemşire/sağlık memurundan oluşan on altı sağlık profesyoneli ile derinlemesine görüşme yapılmıştır.

Bu bölümde araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda, sağlık profesyonellerinin bilgi, beceri, deneyim ve görüşlerinden elde edilen sonuçlar ve yararlı olacağı düşünülen önerilere yer verilmiştir.

6.1. Sonuç

- Bu araştırmanın katılımcıları olan sağlık profesyonellerinin TRSM’de çalışmaya başladıktan sonra TRSM’ye ilişkin bakış açılarında önemli değişiklikler olduğu ve TRSM’de verilen hizmetlerin hastaneye göre daha kapsamlı olduğunu düşündükleri tespit edilmiştir.
- Sağlık profesyonelleri tarafından TRSM’de verilen hizmetler değerlendirildiğinde, merkezin sunduğu hizmetler açısından etkili ve verimli olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- Toplum ruh sağlığı merkezleri tarafından, bütüncül bir bakış açısı ile merkezden hizmet alan üyeye, ailesine ve topluma yönelik geniş kapsamlı hizmetler sunulduğu görülmüştür.
- Toplum ruh sağlığı merkezlerinin ve burada çalışan sağlık profesyonellerinin etkili ve verimli bir hizmet sunabilmesi için önem arz eden bir takım unsurlar olduğunun altı çizilmiştir. Personelin sahip olması gereken bilgi, beceri ve deneyimler, gönüllü çalışmalar, kurumlar arası işbirliği, ekip çalışması bu unsurlar arasındadır.
- Sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı alanına ilişkin bilgi ve becerilerinin büyük çoğunluğunu deneyim ve gözlem ile uygulama alanında edindikleri sonucuna ulaşılmıştır.
- Gönüllü çalışmaların TRSM’ler için oldukça önem arz ettiği ve bu alanda çalışan gönüllülerin TRSM’ler için önemli bir insan gücü olduğu tespit edilmiştir.

- TRSM’de verilen hizmetlerin çeşitli olması nedeni ile kurum bazında yapılan çalışmaların yanı sıra, kurumlar arası işbirliğinin oldukça önemli olduğu ancak bu konuda işbirliği yapılan kurumların ruh sağlığı alanına ilişkin bakış açılarındaki olumsuzluklar ve yasal prosedürlerden kaynaklı sorunlar yaşandığı görülmüştür.
- Sağlık profesyonellerinin nitelikli ve etkili ekip çalışmasını, TRSM için olmazsa olmaz temel bir unsur olarak gördüğü ve TRSM’nin ekip çalışmasına uygun ortam sağladığı görüşü hakimdir.
- Sağlık profesyonellerinin bazı mesleki ayrımlar dışında rol ve görevlerinin TRSM’de genel olarak ortak olduğu görülmüştür.
- Sağlık profesyonellerinin mesleki rol ve görevlerinin esnek olmasının, daha çok ortak rol ve görevler üstlenmelerinin ve bazı meslek profesyonellerinin istihdamında yaşanan sorunların rol belirsizliği ve rol çatışmasına sebep olduğu sonucuna varılmıştır.
- Hizmetlerin sunumunda bütüncül bir bakış açısı için, TRSM ekiplerinde meslek profesyonellerinin çeşitli olması gerektiği ancak her meslek profesyonelinin aynı anda merkezde bulunmamasından dolayı bu konuda sorunlar yaşandığı tespit edilmiştir.
- TRSM’de görev yapan sosyal hizmet uzmanlarının rol ve görevlerinin genel olarak diğer sağlık profesyonelleri ile ortak olduğu ancak bazı mesleki uygulamaları daha çok sosyal hizmet uzmanının uygulamasının, daha etkili olduğu görüşü hakimdir. Özellikle kurumlar arası işbirliğinde sosyal hizmet uzmanlarının önemli bir yeri olduğu görülmüştür.
- Sosyal hizmet uzmanlarının, TRSM’den hizmet alan üyeleri bütüncül bir bakış açısı ile değerlendirdiği, daha çok psikososyal ve sosyoekonomik yönlerini desteklemek için çalışmalar yürüttüğü sonucuna varılmıştır.
- TRSM’den hizmet alan hastalara ilişkin bilgileri içeren dokümantasyonun tüm sağlık profesyonelleri için ortak ulaşılabilirliğinin olmaması, vaka yöneticileri dışındaki sağlık profesyonellerinin hasta takibinde sorun yaşamalarına neden olduğu sonucu varılmıştır.
- TRSM’den hizmet alan ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerin, TRSM’nin ve burada hizmet sunan sağlık profesyonellerinin toplumda damgalanmaya ve ayrımcılığa maruz kaldığı sonucuna varılmıştır.

- TRSM'den hizmet alan üyelerin istihdamında sorunlar yaşandığı, bu durumun üyeyi, ailesini ve bu konuda çaba sarf eden sağlık profesyonellerini olumsuz etkilediği görülmüştür.
- Sağlık profesyonelleri için TRSM'de sunulan hizmetlerde, üye ve ailesinin tedavi sürecine katılımının önemli olduğu sonucuna varılmıştır. Ancak, ailelerin bilgi ve bilinç eksikliğinden dolayı bu sürece katılmakta sorun yaşadıkları görülmektedir.
- Sağlık Bakanlığı tarafından TRSM'lerin riskli birim olarak görülmediği ve burada çalışan sağlık profesyonellerinin ekonomik anlamda desteklenmediği, bu durumun personelde motivasyon eksikliğine sebep olduğu görülmüştür.
- TRSM'de vaka yöneticilerine düşen hasta sayısı fazla olmasına rağmen, personel sayısının yetersiz olduğu görülmüştür. Sağlık profesyonelleri merkezde özellikle sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve ergoterapist sayısının az olduğunun altını çizmişlerdir.
- TRSM'de iş yükünün fazla olmasının, personel sayısının yeterli olmamasının, rol ve görevlerin belirsiz olmasının, sürekli aynı hasta profili ile çalışmanın ve uygulama alanında yaşanan aksaklıkların burada çalışan sağlık profesyonellerinin tükenmişlik hissetmesine neden olduğu görülmüştür.

6.2. Öneriler

Araştırma sürecinde elde edilen bulgular doğrultusunda toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri, uygulama alanı olan TRSM'ler, TRSM'de hizmet sunan sağlık profesyonelleri ve TRSM'den hizmet alanlar için yararlı olacağı düşünülen bazı önerilerde bulunulmuştur:

- TRSM'de gönüllülük faaliyetlerini arttırmak için ülke çapında çalışmalar düzenlenmelidir. Böylece hem damgalanma azalacaktır hem de Türkiye'de ruh sağlığı alanında önemli bir sorun olan insan kaynağı gücüne çözüm getirilmiş olacaktır.
- Damgalama ile mücadelede toplumu bilgilendirmek, bilinçlendirmek amacı ile ülke çapında, var olan tüm kaynaklar kullanılarak (TV yayınları, kamu spotları, eğitimler gibi) faaliyetler düzenlenmesi gerekmektedir.
- Ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin kamu ve özel alanlarda istihdamının sağlanması için, var olan yasal düzenlerin gözden geçirilmesi gerekmektedir.

İstihdam edilmesi gereken engelli kadrosunda genellikle fiziksel engeli olanların tercih edilmesinden dolayı, belirtilen oranın ruhsal engelli bireyleri de kapsayacak şekilde ayrıca belirtilmesi önem arz etmektedir.

- Ruhsal engelli bireylerin istihdamının sağlanması için korumalı işyeri ve benzeri yerler yerine, sosyal kooperatiflerin ülke çapında yaygınlaştırılması ve bu yolla engelli istihdamının artırılması gerekmektedir.
- Sağlık Bakanlığı'nın TRSM ile işbirliği ve koordinasyon sağlaması gereken kurumlar ile detaylı ortak çalışmalar yapıp, protokollerin imzalanması ve taşrada var olan kurumlar arası sorunların bu yolla çözülmesi önem arz etmektedir.
- İl bazında TRSM ile işbirliği ve koordinasyon içerisinde olan kurumların personellerine ve yöneticilerine yönelik, toplum temelli ruh sağlığı alanını tanıtıcı faaliyetler düzenlenmeli, bu konuda farkındalık kazanmaları sağlanmalıdır.
- Ruh Sağlığı Koordinasyon Kurulu'nun acil olarak kurulması ve kurul tarafından TRSM'ler ve ilgili kurumlar için belli hizmet standartlarının getirilmesi ve il koordinasyon kurullarının sorunlarını paylaşabileceği bakanlık düzeyinde bir kurul oluşturulması, ruh sağlığı alanında yaşanan aksaklıkların giderilmesini sağlayacaktır.
- TRSM'de görev alacak olan sağlık profesyonellerinin temel psikiyatri eğitimi, ekip çalışması, iletişim ve toplum temelli ruh sağlığı alanına ilişkin kısa ve uzun vadeli eğitimlere tabi tutulması gerekmektedir.
- TRSM ile ilgili eğitim verilen sürekli bir eğitim merkezi kurulması, eğitimlerin sistematik ve devamlı hale getirilmesi gerekmektedir. Eğitimlerin, uygulama alanında iyi olduğu düşünülen illerde bulunan TRSM'lerde birebir uygulama ile yapılması, eğitimleri daha etkili kılacaktır.
- TRSM'de görev alan sağlık profesyoneli sayısının, özellikle sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve ergoterapist sayılarının istihdamının artırılması önerilmektedir. Ayrıca bu meslek grupları yeterli sayıya ulaştığında, gezici ekip hizmetlerinde vaka yöneticiliği rolünü üstlenmeleri gerekmektedir.
- TRSM'lerde görev alacak olan sosyal hizmet uzmanlarının hali hazırda yapmış oldukları mesleki uygulamalarının kapsamını genişletmesi, merkezden hizmet alanlara yönelik ihtiyaç analizi yapması, grup çalışmaları yapması, kurum içi ve kurum dışı faaliyetlerde daha aktif rol alması, rehabilitasyon çalışmalarına katılması, vaka yöneticiliği rolünü üstlenmesi önem arz etmektedir.

- TRSM’de personel kaynaklı sorunların (rotasyon ile çalışma, yarı zamanlı çalışma gibi) çözülmesi için Sağlık Bakanlığı tarafından acilen TRSM’lere Personel Dağılımı Cetvelinde yer açılıp kadro tahsis edilmeli ve personel istihdamı noktasında yaşanan aksaklıklar giderilmelidir.
- TRSM’lerin bağlı olduğu hastanelerin yöneticilerine ve başhekimlerine yönelik toplum temelli ruh sağlığı alanına ilişkin geniş kapsamlı eğitimler verilmelidir.
- Psikiyatri uzmanlığı, psikoloji, sosyal hizmet, hemşirelik ve ergoterapi lisans eğitiminde toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerini kapsayıcı dersin, en az bir dönem olacak şekilde müfredata girmesi gerekmektedir.
- Psikoloji, hemşirelik ve sosyal hizmet bölümlerinden mezun olan kişilerin çalışacağı alana yönelik akademilerin kurulması gerekmektedir. O akademilerde de toplum temelli ruh sağlığı alanında geliştirici eğitime ihtiyaç duyulmaktadır.
- TRSM’de verilen hizmetin etkililik ve verimlilik ölçütleri hakkında belirli standartlar belirlenmeli ve bu doğrultuda değerlendirmeler yapılmalıdır.
- Araştırmada göze çarpan bir diğer nokta ise; TRSM’de çalışan bütün sağlık profesyonellerinin özellikle maaş konusunda yaşadıkları mahrumiyettir. Bu konuda Sağlık Bakanlığı’nın TRSM’leri riskli birim olarak tanınması ve bu alanda çalışan personelin maaşında acilen düzenleme yapılması gerekmektedir.
- TRSM’lerin ve merkezde çalışan profesyonellerin daha etkin ve verimli çalışabilmesi için ulusal düzeyde ve il düzeyinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde var olan sisteme benzer ya da ona entegre şekilde, TRSM veri ağı sistemine ihtiyaç duyulmaktadır.
- Bakacak kimsesi olmadığından dolayı ya da ailesi olmasına rağmen birlikte yaşamak istemeyen ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerin bakımevine yerleştirilmesine alternatif olması yönünden, ülke çapında korumalı evler-umut evlerinin yaygınlaştırılması gerekmektedir.
- TRSM’de görev yapan sağlık profesyonellerinin yaşadığı tükenmişliğin nedenlerini araştırmak üzere çalışmalar yapılması, gelecek yıllarda hizmet kapsamının genişleyeceği düşünülen merkezlerde çalışacak sağlık profesyonelleri için önem arz etmektedir.

KAYNAKLAR

- AKSARAY G, KAPTANOGLU C ve OFLU S (1999). Koruyucu Ruh Sağlığı. *Yeni Symposium*, 37 (3), 55–59.
- ALATAŞ G, KARAOĞLAN A, ARSLAN M VE YANIK M (2009). Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli ve Türkiye’de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Projesi. *Noropsikiatri Arsivi*, 46, 25–34.
- ARIKAN Ç (1985). *Psikiyatrik Sosyal Çalışma ve Psikiyatrik Ortamda Ekip Çalışması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi.
- ARKAN B, BADEMLİ K VE DUMAN ZÇ (2011). Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumları: Son 10 Yılda Türkiye’de Yapılan Çalışmalar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3 (2).
- ARSLAN DELİCE M (2017). *Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri İçin Kılavuz*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- ARTAN T (2013). Hastane Sosyal Hizmeti. *Sosyal Politika ve Kamu Yönetimi Bileşenleriyle Sosyal Hizmet Temelleri ve Uygulama Alanları* içinde (ss. 235–248). Ankara: Maya Akademi.
- ATTEPE ÖZDEN S (2015). Koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinde sosyal hizmetin rolü. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 26 (1), 191–204.
- ATTEPE ÖZDEN S VE İÇAĞASIOĞLU ÇOBAN A (2018). Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Profesyonellerin Gözünden Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 9 (3), 186–194.
- AVRUPA KOMİSYONU (2009). Türkiye 2009 İlerleme Raporu. 1 Ekim 2018 tarihinde https://www.ab.gov.tr/files/AB_Iliskileri/AdaylikSureci/IlerlemeRaporlari/turkiye_ilerleme_rap_2009.pdf adresinden erişildi.
- BAHADIR E (2009). *Sağlıkla ilgili fakültelerde eğitime başlayan öğrencilerin psikolojik sağlamlık düzeyleri*. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi.
- BAŞER D, KIRLIOĞLU M VE MAVİLİ AKTAŞ A (2013). Sosyal hizmet mesleğinin bir uygulama alanı olarak toplum temelli ruh sağlığı sistemi ve güncel değişimler. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 24 (2), 179–192.
- BAUER M, KUNZE H, VON CRANACH M, FRITZE J VE BECKER T (2001). Psychiatric reform in Germany. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 27–34.
- BAYKARA ACAR Y VE ACAR H (2002). Sistem yaklaşımı, eko-sistem yaklaşımı ve sosyal hizmet. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 13 (1), 29–35.
- BİLGE A, MERMER G, ÇAM O, ÇETİNKAYA A, ERDOĞAN E VE ÜÇKUYU N (2016). Türkiye’deki Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin 2013-2015 Yıllarının Profili. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2 (2), 1–5.
- BİRCHWOOD M VE SPENCER E (2003). Psychotherapies for schizophrenia: A review. *Schizophrenia (WPA Series: Evidence and experience in psychiatry, Vol. 2)*, 153–220.
- BORRELL-CARRÍÓ F, SUCHMAN AL VE EPSTEİN RM (2004). The biopsychosocial model 25 years

- later: principles, practice, and scientific inquiry. *The Annals of Family Medicine*, 2 (6), 576–582.
- BUCHANAN RW VE CARPENTER, WT (2007). Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry içinde içinde* (C. 8). Ankara: Güneş Tıp Kitabevi.
- BUDAK S (2003). *Psikoloji sözlüğü*. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.
- BULUT I (2001). Psikiyatrik Sosyal Hizmet. *Sağlık Dergisi*, 109, 84–90.
- BURNS T (2015). *Psikiyatri Kısa Bir Giriş*. Ankara: Nika Yayınevi.
- CARPENTER WT VE THAKER, GK (2002). Schizophrenia: Management. *ACP Medicine Online*.
- CNAAN RA, BLANKERTZ L, MESSİNGER KW VE GARDNER JR (1988). Psychosocial rehabilitation: Toward a definition. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11 (4), 61.
- CÜCELOĞLU D (2013). *İnsan ve Davranışı: Psikolojinin Temel Kavramları*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- ÇETİN M (2005). Psikiyatrinin Kısa Tarihi. *Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri Şizofreni*, 1, 1–67.
- ÇOLAK Ü VE HERGÜNER B (2016). Zihinsel Engellilerin İstihdamı ve Korunmalı İşyeri Projesinin İşverenler Açısından Uygulanabilirliği: Trabzon Örneği. *Itobiad: Journal of the Human & Social Science Researches*, 5 (8).
- DEDEOĞLU N (2003). Halk Sağlığı ve Sosyal Hizmetler. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25 (4), 31–33.
- DELİCE MA, AKGÜL SM VE YILDIZ M (2014). Toplum ruh sağlığı merkezi'nden hizmet alan bir şizofrenili olguda bütüncül yaklaşımın hastalığın gidişine etkisi. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 4 (2), 122–125.
- DELL'ACQUA P (2012). From the Asylum to territorial services for mental health. IDEASS. 10 Kasım 2018 tarihinde <http://www.triestesalutementale.it/english/doc/BrochureTriesteENG.pdf> adresinden erişildi.
- DEMİR OÖ (2009). Nitel araştırma yöntemleri. K. Böke (Der.), Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri, 3–30.
- DOĞAN O (2008). Psikiyatrik rehabilitasyonun toplum içinde uygulama örneği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9 (3 (1)), 33.
- DOĞAN O (2002a). Anksiyete bozukluklarında koruma ve önleme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3 (3), 174.
- DOĞAN O (2002b). Şizofrenik bozukluklarda psikososyal yaklaşımlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3, 240–248.
- DOĞAN O (2016). Dünden bugüne Türkiye'de sosyal psikiyatri uygulamaları. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 17 (2).
- DOĞAN O VE KOCACIK F (2006). Ruh Sağlığı ve Bozukluklarının Sosyolojisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7, 109–120.
- DRAKE RE VE BELLACK AS (2005). Psychiatric rehabilitation. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 1, 12–13.
- ENSARİ H (2008). 5. Aile Şurası "Aile Destek Hizmetleri" Bildirileri. *Türkiye'de Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Mevcut Durum içinde* (ss. 88–92). Ankara: T. C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü.
- ENSARİ H (2011). Koruyucu psikiyatri açısından bolu toplum ruh sağlığı merkezi rehabilitasyon çalışmaları. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*, 4 (4), 86–93.

- ENSARİ H (2013). *Türkiye’de İlk Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Açılış Süreci... Dünden Bugüne Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Deneyimleri (2008-2013)*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- ENSARİ H, GÜLTEKİN BK, KARAMAN D, KOÇ A VE BEŞKARDEŞ AF (2013). Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi, yeti yitimi, genel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi: Bir yıllık izleme sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14 (2).
- GENÇ Y VE ÇAT G (2013). Engellilerin istihdamı ve sosyal içerme ilişkisi. *Akademik İncelemeler Dergisi*, 8 (1), 363–393.
- GÖKÇEARSLAN ÇİFÇİ E, AKGÜL GÖK F VE ARSLAN E (2015). Kurum bakımından toplum temelli bakıma geçiş: Toplum ruh sağlığı merkezlerinde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının rolü. *Toplum Sosyal Hizmeti*, 26, 163–176.
- GÖZEN Ö (2018). *Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Koruyucu ve Önleyici Boyutun Değerlendirilmesi. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi*.
- GÜLEÇ G, YENİLMEZ Ç VE AY F (2011). Bir Anadolu şehrinde psikiyatri kliniğine başvuran hastaların hastalık açıklama ve çare arama davranışları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 14 (3), 131–142.
- GÜLER A, HALICIOĞLU MB VE TAŞĞIN S (2015). Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- GÜLTEKİN BK (2010). Ruhsal bozuklukların önlenmesi: Kavramsal çerçeve ve sınıflandırma. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2 (4), 583–594.
- HANNİGAN B (1999). Specialist practice in community mental health nursing. *Nurse education today*, 19 (6), 509–516.
- KAHRAMANOĞLU E (2000). Psikiyatrik Ortamlarda Sosyal Hizmet. *Sağlık ve Toplum*, 9 (5), 50–55.
- KARATAŞ Z (2015). Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri. Manevi temelli sosyal hizmet araştırmaları dergisi, 1 (1), 62–80.
- KAVAK F VE EKİNCİ M (2014). Kendi evlerinde yaşayan ve korumalı evlerde yaşayan şizofreni hastalarının yaşam niteliklerinin ve işlevsel iyileşme düzeylerinin karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3 (1).
- KÖROĞLU E (2013). *Psikiyatri Başvuru El Kitabı*. Ankara: HYB Yayınları.
- KURTZ MM VE RICHARDSON CL (2011). Social cognitive training for schizophrenia: a meta-analytic investigation of controlled research. *Schizophrenia bulletin*, 38 (5), 1092–1104.
- KUŞGÖZOĞLU T VE AKBIYIK DI (2007) Development of social services and psychiatric social work in Turkey. *International Journal of Mental Health*, 36 (3), 29–37.
- KÜMBETOĞLU B (2012). *Sosyolojide ve antropolojide niteliksel yöntem ve araştırma*. İstanbul: Bağlam Yayıncılık.
- MELTZER HY VE BOND DD (1994). Quality of life in schizophrenia: importance for psychopharmacology research and practice. *News Quality of life Letter*, 9, 9–10.
- MORGAN CT (2009). *Psikolojiye giriş*. Konya: Eğitim Kitabevi yayınları.
- O’HALLORAN P VE O’CONNOR N (2016). Time to invest in developing community mental health services. *Australasian Psychiatry*, 24 (3), 268–271.
- ORAL M VE TUNCAY T (2012). Ruh sağlığı alanında sosyal hizmet uzmanlarının rol ve sorumlulukları *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 23 (2), 93–114.

- ÖZDEMİR U (1999). Psikiyatri Tedavi Ekibinin Ekip Çalışması Kavramına İlişkin Kendi Bilgilerini ve Çalıştıkları Psikiyatri Tedavi Kurumlarını Değerlendirmeleri. *Kriz Dergisi*, 7 (2), 17–24.
- ÖZDEMİR U (2018). *Psikiyatrik Sosyal Hizmet*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- ÖZTÜRK MO VE ULUŞAHİN A (2014). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- PEKTAŞ İ, BİLGE A VE ERSOY MA (2006). Toplum ruh sağlığı hizmetlerinde epidemiyolojik çalışmalar ve toplum ruh sağlığı hemşireliğinin rolü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7 (1), 43–48.
- PORTACOLONE E, SEGAL SP MEZZİNA R, SCHEPER-HUGHES N VE OKİN RL (2015). A tale of two cities: the exploration of the Trieste public psychiatry model in San Francisco. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 39 (4), 680–697.
- SARUÇ S VE KAYA KILIÇ A (2015). Toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan hastaların sosyal profili ve merkezde verilen hizmetler. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 26 (2), 53–72.
- SAYIL I (2004). *Bireyden topluma ruh sağlığı*. İstanbul: Erler Matbaacılık.
- SONGUR C, SAYLAVCI E VE KIRAN Ş (2017). Avrupa’da ve Türkiye’de ruh sağlığı hizmetlerinin karşılaştırmalı olarak incelenmesi. *Social sciences studies journal*, 3 (4), 276–289.
- SÖNMEZ S (2009). *Şizofreni hastalarında psiko-eğitim grup çalışmasının pozitif ve negatif belirtiler, sosyal işlevsellik, yeti yitimi, içgörü ve yaşam kalitesi üzerine etkilerinin araştırılması*. Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- SOYGÜR H (2016). Community mental health services: Quo Vadis? *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 53 (1), 1.
- SOYGÜR H VE CANKURTARAN E (2007). Ruh sağlığı: Tarihsel süreç içinde bir bakış. O. Taşkın (Ed.), *Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama* içinde (ss. 41–59). İzmir: Meta Basım Matbaacılık.
- SPEAR J (2006). Why do health professionals work in a community mental health service? *Australasian Psychiatry*, 14 (2), 175–179.
- ŠTRKALJ IVEZİĆ S, MUŽINIĆ L VE FİLİPAC V (2010). Case Management—A pillar of community psychiatry. *Psychiatria Danubina*, 22 (1), 28–33.
- STUART GW (2014). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing-E-Book*. Elsevier Health Sciences.
- TANYAŞ B (2014) Nitel araştırma yöntemlerine giriş: Genel ilkeler ve psikolojideki uygulamaları. *Eleştirel Psikoloji Bülteni (Psikolojide Araştırma ve Yöntem Tartışmaları Özel Sayısı)*, 5, 25–38.
- T. C. MİLLİ EĞİTİM BAKANLIĞI (2012). *Hemşirelik–Ruh Sağlığı ve Hastalıklarına Giriş*. Ankara: Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları.
- T. C. SAĞLIK BAKANLIĞI (2008). *Ruh Sağlığı Modülleri*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü.
- T. C. SAĞLIK BAKANLIĞI (2011). Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). Ankara.
- T. C. SAĞLIK BAKANLIĞI (2012). Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri İçin Çalışma Rehberi. Ankara.
- TEKİN HH (2006). Nitel araştırma yönteminin bir veri toplama tekniği olarak derinlemesine görüşme. *Sosyoloji dergisi*, 3 (13), 101–116.
- THORNİCROFT G (1991). The concept of case management for long-term mental illness. *International review of psychiatry*, 3 (1), 125–132.
- THORNİCROFT G, DEB T VE HENDERSON C (2016). Community mental health care worldwide: current status and further developments. *World Psychiatry*, 15 (3), 276–286.
- THORNİCROFT G VE TANSELLA M (2002). Balancing community-based and hospital-based mental

- health care. *World Psychiatry*, 1 (2), 84.
- TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİ HAKKINDA YÖNERGE (2014). 5 Ocak 2019 tarihinde <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/4299,toplum-ruh-sagligi-merkezleri-hakkinda-yonergepdf.pdf?0> adresinden erişildi.
- ULAŞ H (2008). Batı Avrupa ülkelerinde ve Türkiye’de psikiyatrik hizmetler. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 11 (2), 2–12.
- UNCU Y VE AKMAN, M (2004). *Sağlığa biyopsikososyal yaklaşım, aile doktorları için kurs notları*. Ankara: Ata Ofset Tanıtım ve Matbaacılık.
- WHO (2001). *The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2002). *Prevention and promotion in mental health*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2003). *Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation* (C. 916). Geneva: World Health Organization.
- WHO (2004). *Prevention of Mental Disorders: Effective interventions and policy options*. Geneva: World Health Organization.
- YANIK M (2007). Türkiye ruh sağlığı sistemi üzerine değerlendirme ve öneriler, ruh sağlığı eylem planı önerisi. *Reviews, Cases And Hypotheses in Psychiatry Özel Sayısı*, 1 (3), 9–78.
- YEŞİL R (2010) Nicel ve Nitel Araştırma Yöntemleri, İçinde Remzi Y. Kincal (Der.) Bilimsel Araştırma Yöntemleri, 49–77.
- YILDIRIM A VE ŞİMŞEK H (2016). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- YILDIZ M (2005). Şizofrenide Psikososyal Tedaviler. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 1 (12), 67–73.
- YILDIZ M (2008). Psikiyatrik rehabilitasyon yönelimli gündüz hastanesi uygulaması: Kocaeli Üniversitesi deneyimi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9 (3 Suppl. 1), 9.
- YILMAZ V (2012). *İnsan Hakları ve Karşılaştırmalı Sosyal Politika Yaklaşımı Işığında Türkiye’de Ruh Sağlığı Politikaları: Tespitler ve Öneriler*. İstanbul: RUSİHAK Yayınları.
- ZASTROW C (2013). *Sosyal Hizmete Giriş*. Ankara: Nika Yayınevi.

EKLER

EK 1 Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

I. Sosyo-demografik Bilgiler

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz:
3. Eğitim durumunuz:
4. Mesleki deneyim süreniz:
5. Ruh sağlığı alanındaki mesleki deneyim süreniz:
6. Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezindeki (TRSM) mesleki deneyim süreniz:

II: Sağlık Profesyonellerinin Bilgi, Beceri,Deneyim ve Görüşleri

7. TRSM’de çalışmaya başlamadan önce ve çalışma süreciniz boyunca ruh sağlığı alanına ilişkin bilgileri ve becerileri nasıl edindiniz?
8. TRSM de çalışan sağlık profesyonelleri toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerini sunarken hangi konularda (mesleki beceriler) geliştirici ve destekleyici eğitimlere ihtiyaç duyar? Ne sıklıkla?
9. TRSM’de sunulan hizmetler konusundaki görüş ve düşünceleriniz nelerdir?
10. TRSM’de çalışan bir sağlık profesyoneli olarak Toplum Temelli Ruh Sağlığı uygulamalarındaki rol ve görevleriniz hakkında düşünceleriniz nelerdir?
11. TRSM’deki mesleki uygulamalarınızın daha aktif ve verimli olabilmesi için düşünce ve önerileriniz nelerdir?
12. TRSM’de var olan ekip çalışmasını deneyimlerinizden yola çıkarak değerlendiriniz?
13. TRSM’de çalışan sosyal hizmet uzmanlarının Toplum Temelli Ruh Sağlığı uygulamalarındaki rol ve görevleri hakkında düşünceleriniz nelerdir?
14. TRSM’deki sosyal hizmet uygulamalarının etkinliği ve yeterliliği konusundaki düşünceleriniz nelerdir?
15. TRSM’deki sosyal hizmet uygulamalarının daha aktif ve verimli olabilmesi için düşünce ve önerileriniz nelerdir?
16. TRSM’de çalışan bir sağlık profesyoneli olarak, bu merkezde çalışmaya başlamadan önceki TRSM’ye bakış açınız ile deneyimleriniz neticesinde oluşan bakış açınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?

17. TRSM’de çalışan bir sağlık profesyoneli olarak, toplum temelli ruh sağlığı uygulamalarının daha etkili ve verimli olması açısından, öneri ve görüşleriniz nelerdir?



EK 2 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF)

ÇALIŞMANIN ADI:

Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Bilgi, Beceri, Deneyim ve Görüşlerinin Değerlendirilmesi

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirseniz, **Çalışmaya Katılma Onayı** kısmını imzalayınız.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :

Değerli Katılımcı;

Bu araştırma Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans Tez Çalışması olarak yürütülmekte olup, "Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde (TRSM) Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Bilgi, Beceri, Deneyim ve Görüşlerinin Değerlendirilmesi" konusunu ele almak amacıyla planlanmıştır.

Nitelikli ve etkin bir toplum temelli ruh sağlığı hizmetinin verilmesi önemlidir. Bu konuda en önemli görüşün bu hizmetin verildiği TRSM'ler de çalışan siz sağlık profesyonellerine ait olduğu yadsınamaz bir gerçektir. Siz profesyonellerin bilgileri, becerileri, deneyimleri, görüş ve değerlendirmeleri araştırmayı önemli kılmaktadır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Çalışmaya katıldığınız taktirde size araştırmacı tarafından 2 başlıktan oluşan sorular sorulacaktır. Birinci bölümde demografik verileriniz ile ilgili sorular bulunmaktadır. İkinci bölümde ise araştırmanın konusu baz alınarak hazırlanan keşfedici sorular sorulacaktır.

Araştırmada, size uygulanacak olan görüşme formunu uygulamadan önce araştırmayı derinlemesine inceleyebilmek için ses kaydını ses kayıt cihazı ile kaydedilmesi düşünülmektedir. Görüşme anında konuşulanların not alınması zor olduğundan izin verdiğiniz takdirde ses kayıt cihazı kullanılacaktır. Bu bilgilendirilmiş gönüllü formunu imzaladığınız taktirde ses kaydı için izin verdiğinizizi beyan etmiş sayılırsınız. Ses kayıtları şifre korumalı bir klasör ile araştırmacının bilgisayarına aktarılacak olup, görüşmelerin gizliliğine önem verilecektir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Araştırmada, hastane temelli ruh sağlığı hizmetlerinden toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçiş yapan, Türkiye'de ilk kurulan toplum ruh sağlığı merkezinde bulunan siz sağlık profesyonellerinin bilgi, beceri, deneyim ve görüşlerini değerlendirmek amaçlanmıştır. Bu temel amaç doğrultusunda günümüzde ve gelecekte TRSM'lerde toplum temelli hizmetlerin geliştirilmesi yönünde katkı sağlaması hedeflenmektedir.

Bu araştırmanın toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinde çalışacak sağlık profesyonellerine ve akademik araştırmalara ışık tutacağı düşünülmektedir. Ayrıca araştırma konusuyla ilgili olarak

mevcut sorunların belirlenmesi, gelecek yıllarda dönüşüm geçirmesi muhtemel olan toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerindeki gelişmelerde ilerleme kaydedilmesine yardımcı olacağına inanılmaktadır. Yapılan bu bilimsel araştırma, toplum ruh sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık profesyonellerinin bilgi, beceri, deneyim ve görüşlerinin belirlenmesinde ve hizmetlerin iyileştirilmesinde öneriler getirebilecektir. Ayrıca bu araştırma tamamlandığında; TRSM hizmetlerinde Sosyal Hizmet'in gerekliliğinin sağlık profesyonelleri açısından değerlendirilmesi anlamında bir kaynak olacaktır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Araştırma verilerin yazımında hiçbir şekilde kimliğinizi ortaya çıkarabilecek bir ayrıntıya yer verilmeyecektir. Alınan bilgiler bilimsel araştırma dışında hiçbir şekilde kullanılmayacaktır. İsmiğiniz verilerde "Katılımcı 1" "Katılımcı 2" şeklinde yer alacaktır. Katılımcıya hangi numara verildiği araştırmacı dışında hiç kimse tarafından bilinmeyecektir.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

1. Mustafa AKGÜN (Araştırmacı) / mustafaakqun2306@gmail.com
2. İsmet Galip YOLCUOĞLU (Danışman) / ismetgalip@gmail.com

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllü Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Telefon:		

Araştırmacı Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		

EK 3 Etik Kurul İzni



www.uskudar.edu.tr

Altunizade Mahallesi Halkın Türkesy Sokak No:14/36662 Üsküdar/İSTANBUL
T: 3216 400 22 22 F: 3216 474 12 54 bilgi@uskudar.edu.tr

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2018/979

25/11/2018

Sayın Prof.Dr.İsmet Galip YOLCUOĞLU
(Mustafa Akgün)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 25/11/2018 tarihinde yapılan 12 No.lu toplantısında "Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Bilgi, Beceri, Deneyim Ve Görüşlerinin Değerlendirilmesi" adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç.Dr.Cambur TAŞ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik
Kurulu Başkanı

0212 3216 400 22 22

EK 4 T. C. Sağlık Bakanlığı İzni



T.C.
BOLU VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 49769843-604.02
Konu : Prof.Dr.İsmet GALİP
YOLCCUOĞLU'nun
Danışmanlığında Yüksek Lisans
Öğrencisi Mustafa AKGÜN'ün
Araştırma İzni

Sayın MUSTAFA AKGÜN
ÇSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü)

İlgi : Prof. Dr. İsmet Galip YOLCCUOĞLU'nun 12/12/2018 Tarihli Dilekçesi

İlgi yazınız gereği Prof.Dr. İsmet Galip YOLCCUOĞLU danışmanlığınca Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Ruh Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde yapmak istediğiniz araştırmaya talebiniz kabul edilmiştir.Valilik oluru, Müdürlüğümüz komisyon kararı ve protokol yazınız ekinde sunulmuş olup, araştırmayı başlatmak üzere ilgili sağlık tesisinin eğitim birimine başvurunuz hususunda; Gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır.
Uzm.Dr. Mehmet BAİCİ
Personel,Acil,Sağlık,İlaç ve
Tıbbi Cihaz Hizmetleri Başkanı

EK:
1- Mustafa AKGÜN Protokol
2- Mustafa AKGÜN Komisyon Kararı
3- Yüksek Lisans Öğrencisi Mustafa AKGÜN'ün Araştırma İzni

Güvenli Elektronik İmza
Astrile Ayıdır
12 Ocak 2019
S. POĞAN BOZYER
11.01.2019

Binyüzbir Mah. Hattat Emin Barın Cad. No: 108 BOLU
Posta No:0574 215 13 52

e-Posta:mgulay.guner@sa.gov.tr İnt.Adresi: Personel ve Destek Hizmetleri
Başkanlığı Eğitim A3-Gü. Birim: N.ÇÜNERİ

Çevrim elektronik imza suretiyle http://e-helge.saglik.gov.tr adresinde: 6284743-5723-4684-16140-961ac35c11 kademeli olarak
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: NURGULAY GÜNERİ
Çevre:HEMŞİRE

Telefon No:0574 215 03 4041 / 231